

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТВЕРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

на правах рукописи

ШАПЕКИНА ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫХ
ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**3.2.3. – Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза**

диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
к.м.н., доцент
А.А.Родионов

Тверь, 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	15
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1. Программа исследования	31
2.2. Характеристика баз исследования и формирование выборки	33
2.3. Методы исследования	40
ГЛАВА 3. ВЛАДЕНИЕ ВРАЧАМИ КОММУНИКАТИВНЫМИ НАВЫКАМИ ДО И ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ	48
3.1. Навыки установления контакта с пациентом	48
3.2. Навыки выявления причины обращения	56
3.3. Навыки сбора информации	67
3.4. Навыки информирования, разъяснения информации	78
3.5. Навыки выстраивания отношений	93
3.6. Анализ данных оценки владения врачами коммуникативными навыками до обучения	101
3.7. Результаты обучения врачей навыкам профессионального общения при сборе жалоб и анамнеза.....	104
3.8. Результаты обучения врачей навыкам разъяснения информации.....	106
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ВЛАДЕНИИ ВРАЧАМИ НАВЫКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ	108
4.1. Мнение стандартизированных пациентов о владении врачами	

коммуникативными навыками при сборе жалоб и анамнеза.....	108
4.2. Мнение стандартизированных пациентов о владении врачами коммуникативными навыками при разъяснении информации	113
4.3. Результаты обучения врачей навыкам профессионального общения с точки зрения стандартизированных пациентов	127
4.4. Мнение реальных пациентов о владении врачами коммуникативными навыками до и после обучения.....	129
ГЛАВА 5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ СБОРА ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА И РАЗЪЯСНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ	134
5.1. Анализ времени, затраченного на сбор жалоб и анамнеза.....	134
5.2. Анализ времени, затраченного врачами на разъяснение информации пациентам	137
5.3. Длительность и полнота сбора жалоб, точность диагностики.....	141
5.4. Длительность и разъяснение информации при консультировании	144
ГЛАВА 6. ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	146
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	153
ВЫВОДЫ	161
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	164
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	165
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	166
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	190
Список таблиц	190
Список рисунков	196
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	200
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	201

ПРИЛОЖЕНИЕ 3	202
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	203

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Актуальной задачей, стоящей перед системой здравоохранения нашей страны, является переход на систему менеджмента человекоцентричной медицинской организации (ГОСТ Р 71549-2024). Одной из составляющих этой системы является совершенствование навыков профессионального общения врачей с пациентами/родственниками пациентов [7]. В связи с этим удовлетворенность пациентами оказанной помощью и количество жалоб во многом зависят от владения врачами коммуникативными навыками [5, 12].

Одним из критериев качества медицинской помощи является наличие обоснованных жалоб пациентов. Несмотря на активно проводимые мероприятия по улучшению качества медицинской помощи, количество жалоб пациентов с каждым годом продолжает увеличиваться. По данным Росздравнадзора и Центра политики в сфере здравоохранения ВШЭ в 2022 году количество жалоб на не предоставление гарантированного объема медицинской помощи и ее низкое качество и доступность увеличилось на треть [2]. Вышеуказанное подтверждается и сведениями Всероссийского союза страховщиков, по данным которого в 2022 году качество и доступность оказания медицинских услуг по ОМС ухудшились, и, соответственно, увеличилось количество жалоб на 14%, при этом около 90% обращений касались амбулаторной помощи [16]. По данным исследования Центра политики в сфере здравоохранения ВШЭ, пациенты чаще всего (56% респондентов) жаловались на «безразличное, формальное, грубое отношение врачей». Также были отмечены следующие проблемы: постановка неправильных диагнозов, пропуск серьезных заболеваний, ошибки в диагностировании [20].

В профессиональные стандарты врачебных специальностей входит обобщенная трудовая функция, которая регламентирует проведение обследования пациента с целью установления диагноза в амбулаторных условиях. Трудовыми действиями данной функции являются сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента. При проведении первичной специализированной

аккредитации врачей клинических специальностей обязательным является оценка навыков общения с пациентами при оказании медицинской помощи [25].

В последние десятилетия в обществе сформировался запрос необходимости перехода от патерналистских принципов к пациент-ориентированным подходам во взаимодействии медицинских работников и пациентов [3, 21, 30, 38, 46, 49, 65, 108, 169]. Отмечаются различия в применении коммуникативных навыков между врачами терапевтических и хирургических специальностей [18].

Основными целями партнерской модели взаимодействия между врачами и пациентами являются удовлетворенность пациентами оказанной помощью, а также удовлетворенность врачами проделанной работой [4, 69, 81, 82, 84, 116, 105, 145]. Обучение врачей владению навыками профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия между врачами и пациентами является актуальной задачей в современных условиях.

Степень разработанности темы

В современных условиях здравоохранения партнерская модель взаимодействия врачей с пациентами является самой актуальной моделью, применяемой в мире. На сегодняшний день за рубежом проведено и опубликовано большое количество исследований, посвященных партнерской модели взаимодействия врача и пациента [17, 26], свидетельствующих о ее эффективности.

В нашей стране исследователи изучали владение коммуникативными навыками выпускников медицинских вузов [19], роль коммуникации в профессиональной деятельности врача [5], возможности повышения эффективности коммуникации в системе «врач-больной» на амбулаторном приеме [12]. Однако, до настоящего времени остаются не изученными вопросы владения врачами навыками профессионального общения в модели «врач-пациент» в амбулаторных условиях, а также влияния обучения на качество оказания медицинской помощи и удовлетворенность пациентов. Не изучены продолжительность этапов сбора жалоб, анамнеза и разъяснения информации в рамках врачебного приема. Не определены взаимосвязи между временем,

затраченным на сбор жалоб, анамнеза и разъяснением информации пациентам и выявлением всех проблем пациентов, точностью диагностики. Все вышеизложенное и определило актуальность настоящего исследования.

Цель работы

Научное обоснование необходимости обучения врачей владению навыками профессионального общения с пациентами в рамках партнерской модели при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Задачи работы

1. Изучить степень и особенности владения навыками профессионального общения врачами различных специальностей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
2. Оценить влияние обучения врачей приемам медицинской коммуникации на уровень владения навыками профессионального общения при осуществлении медицинской деятельности в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
3. Изучить мнение пациентов о степени владения коммуникативными навыками врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.
4. Оценить продолжительность проведения врачами сбора и разъяснения информации во время приема пациентов; определить взаимосвязи между временем, затраченным на сбор жалоб, анамнеза и полнотой сбора информации у пациентов, точностью диагностики; временем разъяснения информации и результативностью консультирования.
5. Разработать и внедрить программы обучения навыкам профессионального общения на основе пациент-ориентированных подходов в рамках партнерской

модели взаимодействия при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Научная новизна

Получены новые теоретические знания, подтверждающие недостаточную степень владения и применения врачами различных специальностей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, навыков профессионального общения, соответствующих партнерской модели с учетом пола, возраста, специальности.

Доказано положительное влияние обучения врачей приемам медицинской коммуникации, позволившее повысить удельный вес врачей, применяющих навыки профессионального общения при осуществлении медицинской деятельности, с 54,2% до 91,1%.

Исследование мнения пациентов (как стандартизированных, так и реальных) о владении врачами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, навыками профессионального общения выявило позитивную динамику после прохождения соответствующей подготовки, что способствовало росту доверия со стороны пациентов и готовности к дальнейшему сотрудничеству.

Установлено, что полнота сбора жалоб, точность диагностики, разъяснение врачом информации пациентам взаимосвязаны с длительностью проведения данных этапов врачебного приема.

Полученные результаты исследования явились основанием для разработки сквозных междисциплинарных рабочих программ обучения студентов, ординаторов и врачей в медицинском вузе с использованием тренингового компонента.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость проведенного исследования заключается в получении научно обоснованных данных, доказывающих необходимость

изменения существующих подходов в обучении коммуникативным навыкам студентов медицинских вузов, ординаторов и врачей.

Обоснована целесообразность изучения мнения стандартизированных и реальных пациентов о владении врачами навыками профессионального общения для выявления существующих проблем и оперативного их решения.

Определены затраты рабочего времени врача на сбор жалоб, анамнеза, разъяснение информации при консультировании, свидетельствующие о взаимосвязи между точностью диагностических гипотез на первичном приеме со стандартизированным пациентом и продолжительностью данных этапов врачебного приема.

Научно-практическая значимость заключается в разработке и внедрении программ обучения студентов медицинских вузов, ординаторов и врачей навыкам профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия с пациентами.

Методология и методы исследования

Методологической базой исследования послужили труды отечественных и зарубежных авторов, нормативные правовые акты Российской Федерации и с использованием комплекса методов: библиографического, компаративного анализа, социологического (анкетирование), организационного эксперимента, метода экспертных оценок, фотохронометражного, статистического.

Базы исследования: исследование выполнено на базе трех медицинских организаций Тверской области, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению: ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского», ГБУЗ ТО «Зубцовская центральная районная больница», ГБУЗ ТО «Калининская центральная районная клиническая больница» и ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России.

Объект исследования: система организации врачебного приема в амбулаторных условиях.

Предмет исследования: уровень владения врачами коммуникативными

навыками, влияющими на эффективность профессиональной деятельности врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Единицы наблюдения: врачи медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, анкеты пациентов, карты фотохронометражных наблюдений, чек-листы оценки владения врачами навыками профессионального общения.

Тип исследования: аналитическое, одномоментное выборочное исследование. Объем исследования: 398 чек-листов оценки экспертом владения врачами навыками профессионального общения, 398 карт хронометражных измерений, 398 анкет стандартизированных пациентов, 400 анкет опроса реальных пациентов.

Этические аспекты

Составленная для исследования база данных не содержала личных или иных данных, позволявших персонифицировать отдельные случаи наблюдений. На проведение исследования получено разрешение локального этического комитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол №5 от 19.06.2023г.).

Положения, выносимые на защиту

1. Степень владения коммуникативными навыками врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не в полной мере соответствует компетенциям партнерской модели и зависит от пола, возраста и специальностей врачей.
2. Обучение врачей навыкам профессионального общения будет способствовать более эффективному взаимодействию с пациентами в рамках партнерской модели, увеличению количества верных диагностических гипотез на

первичном приеме со стандартизированным пациентом, приведет к повышению удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.

3. Разработанная сквозная междисциплинарная программа обучения навыкам профессионального общения студентов, ординаторов и врачей, включающая тренинговый компонент, будет способствовать использованию партнерской модели при взаимодействии с пациентами.

Степень достоверности полученных результатов

Полученные результаты исследования, научные положения, выводы и практические рекомендации обладают высокой степенью достоверности, основаны на методологии, имеющей доказательные теоретические положения. Достоверность представленных результатов исследования определяется достаточным объемом выполненных исследований, репрезентативностью выборки социологического исследования, использованием современного статистического инструментария с применением лицензионных статистических программ.

При статистической обработке результатов исследования наличие значимых различий между наблюдаемыми различиями и их ожидаемыми значениями в условии истинности нулевой гипотезы между выборочными совокупностями определяли при помощи точного теста Фишера, и бутстреп-версии теста Стьюдента для независимых переменных. Использовали непараметрический метод Манна-Уитни для двух групп, корреляционный анализ (коэффициент Спирмена), регрессионный анализ. Статистическая значимость устанавливалась при достижении уровня $p \leq 0,05$ (как для односторонних, так и для двусторонних тестов).

Апробация результатов исследования

Материалы диссертации доложены на конференциях РОСОМЕД (29-30.09.2022г.; 25-27.09.2024г. г.Москва), учебно-методических конференциях ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России (02.02.2023г., 07.02.2024 г.,

05.02.2025г.), «Неделе медицинского образования» (08-12.04.2024г. г.Москва), Второй стратегической сессии по медицинской коммуникации МГУ им. Ломоносова «Согласованный подход в обучении навыкам общения в медицине» (26-27.01.2023 г., г.Москва), III Международном конгрессе «РОСМЕДОБР» (16-18.10.2024г. г.Москва). Апробация диссертации проведена на межкафедральной конференции ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России (протокол №2 от 14.02.2025 года).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в процесс обучения студентов, ординаторов ФГБОУ ВО Тверского ГМУ Минздрава России и слушателей дополнительных профессиональных образовательных программ повышения квалификации Тверского ГМУ (акт внедрения от 12.02.2025г.), врачей медицинских организаций Тверской области: ГБУЗ ТО Тверская станция скорой медицинской помощи, ГБУЗ ТО «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского» (акты внедрения от 22.01.2025г.). Разработаны рабочие программы дисциплин: «Профессиональные коммуникации в работе врача-стоматолога» для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03. «Стоматология» (от 10.06.2024г.), «Коммуникативные навыки» для студентов, обучающихся по специальности 34.03.01. «Сестринское дело» (от 28.08.2023г.), модуль «Коммуникативные навыки врача» дисциплины «Обучающий симуляционный курс» для обучающихся по всем программам ординатуры (от 28.08.2023г.);, дополнительные профессиональные программы повышения квалификации в системе непрерывного медицинского образования: «Навыки профессионального общения врача» 36ч (от 17.12.2024г.), «Коммуникативные навыки (базовый курс)» 16ч (от 17.12.2024г.), «Профессиональное общение врача с пациентом (продвинутый курс)» 16ч (от 17.12.2024г.). Разработана и внедрена на федеральном уровне рабочая образовательная программа подготовки стандартизированных пациентов для аккредитации специалистов здравоохранения «Стандартизированный пациент в аккредитации специалистов здравоохранения»

(от 28.11.2023г.).

Личный вклад автора

Личный вклад автора заключается в формировании рабочей гипотезы, определении темы исследования, патентно-информационном поиске, разработке программы исследования и плана его проведения, сборе материалов исследования и их обработке, создании и регистрации баз данных, систематизации баз данных, анализе и обобщении результатов исследования, в подготовке основных публикаций по результатам выполненной работы и оформлении текста диссертации. Результаты работы представлены лично автором на отечественных и международных конгрессах и научно-практических конференциях.

Публикации

По материалам диссертации опубликованы 8 научных работ, в том числе 3 научные статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» п.12: исследование социальных взаимоотношений в медицине и здравоохранении – роли социального поведения на физическое, душевное и социальное благополучие пациента; п.16: изучение кадрового обеспечения органов и учреждений системы здравоохранения, особенности подготовки и переподготовки медицинских кадров различного профиля, изучение мнения медицинского персонала по вопросам организации медицинской помощи пациентам; п. 17: исследование медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинского персонала, изучение мнения пациентов о качестве

оказания медицинской помощи.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 204 страницах, и состоит из введения, 6 глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 176 источника, из которых 49 отечественных и 127 – зарубежных. Работа проиллюстрирована 87 таблицами и 60 рисунками.

ГЛАВА 1. ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Существуют различные модели общения врача с пациентом. Наиболее распространенными являются: инженерная, патерналистская, партнерская, потребительская модели общений. Инженерная модель подразумевает безличностное восприятие пациента, как сломавшийся механизм, не подразумевает предложение вариантов лечения. Чаще применяется врачами-хирургами, которые обосновывают использование данной модели, нехваткой времени.

Патерналистская модель (от лат. *pater* – отец) подразумевает авторитарную роль врача, как главного во взаимоотношениях с пациентом. Данная модель похожа на отношения родителя и ребенка: врач проявляет заботу о пациенте, но все ответственные решения по поводу обследования и лечения принимает сам, без согласования с пациентом.

В последнее время на врачебных приемах можно наблюдать проявление консюмеризма (англ. *consumerism* – потребительство). Эта модель взаимоотношений противоположна патерналистской. В данной ситуации решающее слово остается за пациентами, которые, как правило, некомпетентны в области медицины. Поэтому их решения и действия чаще сомнительны.

Партнерская модель взаимоотношений подразумевает равные права врача и пациента в принятии решений, которые стремятся к сотрудничеству, взаимопониманию. Пациент выступает как партнер. Врач в данной модели подбирает оптимальный, согласованный вариант обследования и лечения пациента. В партнерской модели на первое место выходит умение врача наладить контакт с пациентом, выстроить доверительные отношения, учитывать мнение собеседника [32].

На сегодняшний день со стороны общества сформировался запрос именно на пациент-ориентированную (партнерскую) модель медицинского консультирования, которая способствует созданию партнерских отношений между врачом и пациентом [3, 21, 30, 38, 46, 49, 65, 108, 169]. Особенного

отношения к себе требуют пациенты, страдающими онкологическими заболеваниями, в беседе с ними важно применять именно пациент-ориентированную модель общения [134, 139]. Данная модель применима и при консультировании пациентов в тяжелом состоянии, что позволяет уменьшить трудности общения и повысить удовлетворенность оказанием помощи последних [64, 122, 136, 162, 163,]. Партнерская модель подразумевает то, что должны учитываться желания, ценности людей, семейные ситуации, социальные обстоятельства и образ жизни. Необходимо видеть человека как личность, и работать сообща над разработкой соответствующих совместных решений [121, 154]. Paul Little и его команда выявили явное стремление пациентов к более персонализированному подходу в медицине, включая укрепление здоровья и партнерские отношения в процессе лечения [135].

Более поздние работы Dwamena и его коллег (2012) и Driever (2023) подтвердили преимущества пациент-центрированного подхода в консультациях. Они также продемонстрировали, что специальная подготовка медицинских специалистов в области пациентоориентированного взаимодействия значительно повышает удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи [81, 84, 105, 116, 132, 145].

Исследования Stewart et al. и Paternotte дополнительно подтвердили, что как сами пациенты, так и их близкие предпочитают именно такой подход к медицинскому обслуживанию [78, 160].

Д-р Джонатан Сильверман, член Королевского общества врачей общей практики, директор по исследованиям коммуникации факультета клинической медицины Кембриджского университета, д-р Сюзанна М. Кёрц, доктор наук, почетный профессор университета Калгари (Канада) и д-р Джульет Дрейпер, член Королевского общества врачей общей практики, доктор медицины, директор каскадного образовательного проекта по навыкам общения в Восточном округе Великобритании предложили Калгари-Кембриджскую модель (руководство), как основную пациент-ориентированную модель медицинского консультирования. Данная модель названа в честь Калгари (Канада) и Кембриджа (Соединенное

королевство). Максимальное количество исследований, описанных в руководстве, приходится на 70-80 года двадцатого века, первые же исследования начались с 1966 года [17]. Данная модель была разработана на основе опроса пациентов, принимая во внимание успешные действия медицинских работников. Калгари-Кембриджское руководство создано с целью улучшения взаимодействий врача с пациентом, а также для создания четкой структуры приема, что помогло бы придерживаться временных рамок приема врача и повысило качество оказания медицинской помощи. Неструктурированная консультация может привести к непониманию врачом точных причин обращения пациента за медицинской помощью и ухудшению понимания последним дальнейшего плана своих действий. На сегодняшний день Калгари-Кембриджская модель общения популярна во многих странах мира. Многие партнерские модели взаимоотношений в системе «врач-пациент» были основаны на этой модели. За три десятилетия существования Калгари-Кембриджской модели было проведено подробное изучение каждого из 71 коммуникативного навыка. С момента опубликования первой информации об этой модели в медиапространстве в 1996 году её эффективность подтверждается многочисленными научными работами [26]. Она была адаптирована и для ветеринарии.

Структура партнерской модели медицинского консультирования представлена на рис.1. Состоит она из пяти этапов [34]. Первый этап - начало консультации. Основной задачей, стоящей перед врачом, на этом отрезке является знакомство с пациентом, установление контакта и выявление причины обращения. Вторым этапом является сбор информации. Врач подробно детализирует ключевые, клинически важные жалобы пациента, собирает данные анамнеза заболевания и жизни. Третий этап – физикальное обследование на предмет обнаружения симптомов болезни. Четвертый этап – объяснение информации и дальнейшее планирование. В этот момент врач подробно и доступно разъясняет результаты физикального осмотра, объясняет причины возникновения данного состояния, диагностические гипотезы, предлагает и согласовывает план дальнейшего обследования и лечения. Последний этап - завершение консультации.

На этом этапе происходит подведение итогов консультации и планирование следующего визита пациента. В ходе медицинской консультации реализуется комплексная система организации взаимодействия. Она включает в себя систематизацию информации путем резюмирования после каждого этапа, плавный переход между различными стадиями беседы, а также формирование доверительной атмосферы посредством как словесного, так и невербального общения с пациентом [73, 90, 137, 173].



Рисунок 1 – Этапы партнерской модели

Ниже представлены навыки, соответствующие партнерской модели [5].

I. Начало приема:

1. Приветствовать пациента.
2. Представиться, объяснить свою роль, получить согласие (если необходимо).
3. Проявить заботу о физическом комфорте пациента.
4. Выяснить причину обращения пациента с помощью открытого вопроса.
5. Внимательно слушать, не перебивая и не направляя пациента.
6. Применять скрининг для выявления всех проблем пациента.
7. Обобщать информацию, определиться с повесткой приема.

II. Сбор информации:

8. Выяснить анамнез заболевания последовательно, начиная с самого начала до сегодняшних дней.
9. Применять открытые и закрытые вопросы, переходя от открытых к закрытым («воронка вопросов»).
10. Применять активное слушание.
11. Поощрять пациента к рассказу, применяя вербальные и невербальные сигналы.
12. Улавливать вербальные и невербальные сигналы самого пациента.
13. Прояснять неясные утверждения.
14. Периодически обобщать (суммировать) услышанное.
15. Использовать краткие и понятные вопросы.
16. Устанавливать последовательность событий.
17. Определять и исследовать убеждения, идеи, тревожность, ожидания собеседника, влияние проблемы на его жизнь.
18. Поощрять к выражению эмоций.

III. Структурирование консультации

19. Подводить итоги по окончании каждого этапа консультации.
20. Сообщать о переходе к следующему блоку вопросов.
21. Логически следовать последовательности.
22. Контролировать время приема и придерживаться повестки приема.

IV. Создание отношений

23. Демонстрировать правильные невербальные действия: зрительный контакт, поза, речь.
24. Читать и делать записи таким образом, чтобы это не мешало диалогу.
25. Создавать доверительное отношение.
26. Принимать без осуждения право пациента на его чувства и взгляды.
27. Применять эмпатию.
28. Оказывать поддержку.
29. Быть тактичным.
30. Делиться своим умозаключением, вовлекая в диалог пациента.

31. Объяснять необходимость вопросов.
32. Спрашивать разрешения и объяснять процесс во время обследования.

V. Объяснение и планирование

33. Дробить передаваемую информацию.
34. Оценивать исходные знания пациента.
35. Уточнять у пациента, какая информация ему будет полезна.
36. Предоставлять объяснения в нужное время.
37. Структурировать объяснение.
38. Использовать разделители информации, паузы.
39. Применять повторение и обобщение.
40. Быть лаконичным, использовать понятный язык.
41. Использовать наглядные (графические) методы информации.
42. Проверять понимание полученной информации, попросив повторить.
43. Предоставлять объяснения состояния в связи с выясненными представлениями, тревогами, ожиданиями пациента.
44. Поощрять пациента к сотрудничеству, предоставляя возможность задавать вопросы.
45. Отвечать на вербальные и невербальные сигналы пациента.
46. Выяснять отношения, реакции и чувства пациента по поводу полученной информации.
47. Делиться с пациентом своими мыслями, идеями.
48. Вовлекать пациента в диалог, не давая указаний.
49. Поощрять пациента выражать свои идеи, предложения, предпочтения.
50. Согласовывать взаимоприемлемый план.
51. Предлагать выбор.
52. Сверяться с пациентом, все ли проблемы учтены.

VI. Завершение приема

53. Договориться с пациентом о следующих взаимоприемлемых шагах.
54. Объяснять возможные неожиданные для пациента результаты.
55. Кратко подводить итоги встречи.

56. Выяснить согласие пациента по поводу плана обследования, лечения.

VII. Условия разъяснения и планирования

57. Предоставлять точную информацию о процедурах.

58. Сообщать о целях назначенных процедур.

59. Поощрять обсуждение опасений пациента в отношении процедур, вопросы.

60. Выражать мнение о процессе.

61. Высказывать обоснование своего заключения.

62. Объяснять причины, серьезность, последствия.

63. Выяснять мнение, реакцию и отношение пациента.

64. Обсуждать варианты обследования, лечения.

65. Предоставлять информацию о предполагаемых действиях, лечении.

66. Узнавать мнение пациента о мотивации, барьерах.

67. Принимать взгляды пациента.

68. Выявлять реакции, переносимость, опасения пациента.

69. Принимать во внимание образ жизни, убеждения, способности пациента.

70. Призывать пациента участвовать в реализации планов, брать на себя ответственность, быть самостоятельным.

71. Обсуждать системы поддержки пациентов.

Отдельные навыки применяются не случайно, а целенаправленно в конкретный момент консультации [100, 112].

Успешная медицинская консультация направлена на достижение нескольких ключевых показателей: удовлетворенность пациентов полученной помощью, эффективное восприятие и сохранение в памяти врачебных рекомендаций, что в итоге формирует приверженность к лечению и приводит к благоприятным клиническим результатам [15, 44, 62, 69, 83, 148, 164, 174]. Согласно данным исследования Iversen за 2021 год, ориентация на пациента не влечет за собой увеличение длительности приема [67]. Важно отметить, что позитивный эффект распространяется и на медицинских специалистов: повышается их

удовлетворенность профессиональной деятельностью и снижается риск профессионального выгорания [8, 27, 29, 158].

Коммуникативным навыкам можно обучать студентов, ординаторов, врачей. По проведенным исследованиям, врачи, прошедшие обучение принципам партнерской модели, получали меньше жалоб даже по истечении 10 лет профессиональной работы. В 2007 году Tamblyn с соавторами представил результаты долгосрочного исследования молодых специалистов в Онтарио и Квебеке, которое продолжалось около двенадцати лет. В ходе работы была выявлена прямая зависимость между качеством врачебного общения и количеством жалоб пациентов, что подтверждалось данными государственных экзаменов [131].

Освоение пациентоориентированной модели консультирования дает врачу возможность эффективно управлять ходом приема, не упуская значимых деталей и одновременно создавая атмосферу доверия [13, 22, 23, 48, 91, 166]. При отсутствии четкой структуры коммуникации взаимодействие с пациентом часто становится хаотичным и менее эффективным.

Развитие профессиональных коммуникативных навыков способствует повышению результативности врачебной деятельности в повседневных условиях [7, 28, 31, 127, 138, 147, 151, 153]. Ruben в своей статье, пишет: более позитивное общение с лечащим врачом было связано с более высоким уровнем самоэффективности, что, в свою очередь, было связано с более низкими уровнями интенсивности боли и болевого вмешательства [143]. Данный факт способствует повышению качества оказания медицинской помощи населению в целом [70, 109, 110]. В своей статье 2023 года Li с коллегами указали, что коммуникация между врачом и пациентом, ориентированная на пациента, повышает эффективность и безопасность медицинских услуг [124]. Исследования начала XXI века продемонстрировали прямую связь между качеством врачебного общения и количеством претензий от пациентов. Было установлено, что ранняя диагностика и коррекция коммуникативных ошибок врача позволяет существенно снизить число жалоб [165].

Успешная медицинская консультация начинается с грамотного установления первичного контакта, который включает в себя приветствие, представление врача, заботу об удобстве пациента и согласование предпочтительной формы обращения [61, 101]. На данном этапе закладывается фундамент будущих взаимоотношений между врачом и пациентом [14].

Научные данные подтверждают эффективность короткого неформального диалога в начале приема. Такой подход способствует построению доверительных отношений и повышает удовлетворенность пациента при минимальных временных затратах [130].

В атмосфере доверия пациент демонстрирует большую лояльность к врачу, что положительно влияет на качество получаемой информации о состоянии здоровья. Исследования подтверждают, что уважительное отношение к пациенту способствует более открытому диалогу и получению большего объема информации [43].

При переходе к сбору жалоб рекомендуется начинать с открытого вопроса, предоставляя пациенту возможность высказаться без прерываний. Однако практика показывает, что несмотря на частую постановку открытых вопросов (63% случаев), лишь 20% пациентов могут изложить свою проблему без прерываний со стороны врача, причем среднее время до первого прерывания составляет всего 12 секунд [141].

Перебивание пациента конкретными или закрытыми вопросами, хотя и направлено на сокращение времени приема, часто приводит к противоположным результатам: пациенты сбиваются с мысли, тратят время на восстановление повествования или занимают пассивную позицию, ограничиваясь краткими ответами на вопросы врача.

Активное слушание представляет собой комплексный навык, включающий умение молчать, поддерживать рассказ пациента, улавливать как вербальные, так и невербальные сигналы [74]. Исследования показывают, что пациенты обычно приходят с несколькими проблемами, но врачи часто ограничиваются первыми двумя жалобами. Среднее количество жалоб на приеме варьируется от 1,2 до 3,9,

что подчеркивает необходимость полного сбора информации перед формированием диагностических гипотез [33].

Одним из ключевых инструментов для выявления полного спектра проблем пациента является скрининговый опрос, однако этот метод практически не используется врачами различных специальностей [113]. Правильно проведенный скрининг с помощью открытых вопросов позволяет удостовериться, что все имеющиеся жалобы пациента на момент консультации выявлены.

Для подтверждения корректности понимания проблем пациента и стимулирования его к продолжению рассказа используется техника обобщения (повторения услышанных жалоб). Без этого врач может лишь предполагать правильность понимания жалоб, тогда как демонстрация обобщения показывает заинтересованность врача и дает пациенту возможность осмыслить свои проблемы и скорректировать понимание врача при необходимости.

После получения полного перечня жалоб врач определяет повестку приема, оценивая клиническую значимость каждой жалобы. Это позволяет эффективно распределить время консультации с учетом потребностей обеих сторон. Исследования показали, что предварительное обсуждение повестки консультации и ее понимание пациентом приводит к меньшему количеству новых жалоб в ходе приема без увеличения общей продолжительности консультации [87].

Следующий этап - сбор анамнеза, необходим для диагностического поиска. Традиционно основное внимание уделяется биомедицинским аспектам заболевания [57, 95]. Однако важно также учитывать “опыт болезни” - то, как пациент переживает и справляется с заболеванием, его опасения и ожидания, влияние болезни на жизнь [149].

Пациент-ориентированный подход к общению, как показал Zwingmann, положительно влияет на восприятие пациентами своего состояния: снижается тревожность и повышается доверие к врачу [88]. Такой подход не только помогает лучше понять проблему, но и способствует построению гармоничных отношений в диаде “врач-пациент”, снижая риск конфликтов [60, 82]. Исследования Steihaug подтверждают, что признание позиции пациента помогает более конструктивно

относиться к возможным разногласиям и снижает неудовлетворенность пациентов [150].

Для получения полной клинической картины при сборе анамнеза важно правильное использование различных типов вопросов. Открытые вопросы позволяют пациенту свободно выражать свои мысли, не ограничивая его повествование, в то время как закрытые вопросы дают возможность получить конкретную информацию [17]. Оптимальной стратегией является начало диалога с открытого вопроса с последующим уточнением деталей посредством закрытых вопросов - так называемая “воронка вопросов” (“the open-to-closed cone”). Этот подход особенно эффективен при переходе к новой теме или разделу беседы.

Коммуникативные навыки сохраняют свою актуальность и во время проведения физикального осмотра, где важно не только профессиональное выполнение манипуляций, но и демонстрация уважения к пациенту через постоянное информирование о проводимых процедурах [34].

Современная практика показывает дисбаланс в распределении времени консультации: основное внимание уделяется сбору жалоб, анамнеза и осмотру как базису для формирования диагностических гипотез, в то время как этапы объяснения информации и планирования остаются недооцененными [120]. При этом эффективность этих заключительных этапов часто снижается из-за ограниченного времени.

В случаях диагностической неопределенности врачам необходимо владеть специальными стратегиями для корректного донесения этой информации до пациента [72]. При этом важно помнить, что качественный сбор анамнеза и жалоб теряет свою ценность, если врач не способен эффективно объяснить результаты осмотра с учетом индивидуальных потребностей пациента, разработать оптимальный план дальнейшего обследования для установления точного диагноза и составить персонализированный план лечения, учитывающий возможности конкретного пациента [159].

Врачам приходится разъяснять информацию пациентам на каждом своем приеме: будь то первичный прием, повторный или профилактическое

консультирование [6, 42]. На отдельном месте стоит профилактическое консультирование пациента, и врачу важно придерживаться структуры данного приема и уметь правильно применять коммуникативные навыки для достижения результативности [66]. Анализ существующих исследований демонстрирует существенные пробелы в коммуникации между врачами и пациентами. Медицинские специалисты часто предоставляют недостаточную информацию о состоянии здоровья и планах лечения, ориентируясь преимущественно на собственное видение проблемы без учета мнения пациентов [52].

Коммуникация часто строится как монолог врача, особенно при обсуждении назначений лекарственных препаратов [142]. Значительный барьер в общении создает использование специализированной медицинской терминологии, которая часто непонятна пациентам. Исследования показывают, что даже распространенные медицинские термины вызывают затруднения в понимании [50]. Это приводит к тому, что около 30% пациентов не получают или не запоминают важную информацию о назначенных процедурах, а до 50% не следуют врачебным рекомендациям из-за недостаточного понимания [129].

Для повышения эффективности информационного взаимодействия врач должен определить исходный уровень знаний пациента, выявить его информационные потребности, учитывать, как вербальные, так и невербальные сигналы, предоставлять информацию дозированно, с паузами [34].

Исследования показывают, что молодые пациенты запоминают около 49,5% информации, а пожилые пациенты - 48,4%. При увеличении объема информации усвоение снижается. Пациенты с неблагоприятным прогнозом запоминают меньше информации по сравнению с теми, у кого прогноз более благоприятный [79]. При работе с несовершеннолетними пациентами особенно важно учитывать мнение родителей [52]. Врач должен не только объяснять диагноз и методы обследования, но и адаптировать информацию под конкретные потребности пациента, избегая предоставления избыточной информации [40, 144].

Успешная врачебная консультация требует грамотного построения диалога. Ключевым элементом является правильная подача информации: врач должен

говорить в комфортном темпе, делая паузы для реакции пациента [99]. Это позволяет пациенту не только задавать вопросы по ходу беседы, но и выражать свое отношение к получаемой информации [78]. Такой формат создает основу для конструктивного диалога между врачом и пациентом [167].

Современные пациенты активно используют интернет для поиска информации о своем здоровье. Исследования показывают, что они стремятся обсудить найденную информацию с врачом и готовы принять профессиональное мнение специалиста [53]. При этом важно, чтобы врач проявлял заинтересованность в обсуждениях - пренебрежительное отношение может привести к потере доверия и поиску альтернативного специалиста.

После ответа на все вопросы пациента врач должен убедиться в правильности восприятия информации. Традиционный вопрос “все ли понятно?” часто не дает реальной картины усвоения информации. Более эффективным является метод “Teach Back” - просьба пациента пересказать полученную информацию своими словами [76]. Этот подход, не имеющий директивного характера, значительно повышает качество усвоения информации [86]. Исследования подтверждают, что пациенты лучше запоминают рекомендации, когда врач использует этот метод для проверки понимания информации [103, 125].

Одна из главнейших целей разъяснения информации врачом – это стремление с помощью применения различных коммуникативных навыков, добиться того, чтобы в результате этого этапа консультации у пациента сформировалась приверженность лечению (комплаенс) [32]. Haskard Zolnierек показал, что общение с врачом достоверно положительно коррелирует с приверженностью пациента лечению [102].

Финальным, но не менее важным этапом консультации является разработка совместного плана действий. Исследования подтверждают, что вовлеченность пациента в процесс принятия решений значительно повышает эффективность лечения [54, 172]. При этом современное здравоохранение сталкивается с проблемой недостаточного участия пациентов в обсуждении лечебных мероприятий [58].

На этапе планирования врач должен определить проблему совместно с пациентом, обсудить доступные варианты действий, выявить возможные препятствия и ресурсы пациента, достичь взаимопонимания, принять решение или определить необходимость дополнительного обсуждения. Завершающий этап консультации включает подведение итогов встречи и определение дальнейших шагов взаимодействия [118].

Успешная амбулаторная консультация строится на принципах пациент-ориентированного подхода, где ключевым фактором является формирование доверительных отношений между врачом и пациентом. Это не только способствует повышению лояльности к медицинскому учреждению, но и напрямую влияет на приверженность пациента назначенному лечению [12, 45, 59, 107]. Врач должен уважительно относиться к пациенту [140]. Nichols в исследовании 2021 года показал, что доверие пациента напрямую связано с его эмоциональным благополучием [56, 175, 176]. Врачу важно проявлять эмпатию, реагировать на чувства пациента, таким образом демонстрируя свое сопереживание в связи с возникшей проблемой пациента [5, 9, 89, 115]. В процессе консультации критически важны невербальные сигналы коммуникации. Врач должен поддерживать зрительный контакт с пациентом не менее половины времени приема, при этом организация записей должна быть такой, чтобы не создавать барьеров в общении [97].

К ключевым элементам профессионального общения относятся: уважительное обращение к пациенту по имени и отчеству, внимание к комфорту пациента, открытая поза, направленная в сторону собеседника, аккуратность и опрятность внешнего вида врача. Эти аспекты создают основу для доверительного взаимодействия и способствуют позитивной атмосфере во время консультации.

Врачи различных специальностей и стажа используют разного рода коммуникативные навыки. Так, например, Mast в своей статье пишет о применении различных приемов профессионального общения в своей деятельности женщинами-врачами и мужчинами-врачами [119].

Врачи должны не только освоить навыки, необходимые в своей

деятельности, но поддерживать и развивать их благодаря регулярному непрерывному медицинскому образованию в течении всей профессиональной жизни [1, 46, 63, 93, 104, 133, 170]. Это связано с тем, что со временем частота применения различных коммуникативных навыков снижается [155]. При этом, необходимо развивать навыки общения не только с самими пациентами, но и с их родственниками [71]. На сегодняшний день в Российской Федерации обучение навыкам общения находится на недостаточно высоком уровне. Подготовка будущих врачей в области профессионального общения существенно различается в разных медицинских вузах [41, 51, 85, 111, 128, 169]. Для повышения качества медицинского обслуживания требуется системное внедрение курсов по развитию коммуникативных навыков на всех уровнях медицинского образования.

Эффективное обучение должно включать: работу квалифицированных тренеров, разбирающихся в навыках профессионального общения, наблюдение за взаимодействием врача и пациента, практическое освоение различных подходов к общению, применение разнообразных методов оценки сформированных навыков. Такой комплексный подход позволит сформировать у будущих специалистов необходимые коммуникативные компетенции для успешной медицинской практики. [10, 11, 19, 25, 37, 39, 68, 75, 94, 114, 117, 123, 156, 161, 168]. Занятия по обучению навыкам общения должны проходить в виде тренинга с применением деловой игры с привлечением стандартизированного пациента [77, 80, 96, 98].

В условиях активного развития страховой медицины и реализации государственных программ по повышению качества медицинского обслуживания наблюдается тревожный рост числа жалоб от пациентов. Основная причина недовольства - непрофессиональное общение медицинского персонала с пациентами.

Решение этой проблемы лежит в плоскости перехода к пациент-ориентированной модели консультирования. Внедрение этой модели позволяет структурировать процесс приема, эффективно решать проблемы пациентов, формировать доверительные отношения, снижать риск конфликтных ситуаций, уменьшать количество диагностических ошибок, повышать приверженность

пациентов лечению, улучшать клинические результаты, повышать удовлетворенность пациентов. В результате повышается общий уровень оказания медицинской помощи населению [36].

Для успешного внедрения пациент-ориентированного подхода необходимо постоянное совершенствование коммуникативных навыков врачей через систему непрерывного медицинского образования на протяжении всей профессиональной деятельности. Это позволит создать прочный фундамент для качественного взаимодействия с пациентами и повышения эффективности медицинской помощи. На сегодняшний день остается недостаточно изученным владение навыками общения у врачей с пациентами и (или) их родственниками в нашей стране. Остаются неизученными особенности общения врачей различных специальностей и различного стажа с пациентами. В медицинских вузах в процесс обучения студентов и ординаторов вводятся модули по обучению коммуникативным навыкам. Но недостаточно изучено освоение приемов профессионального общения у врачей различных специальностей и различного стажа после обучения, а также не изучена устойчивость этих навыков у медицинских работников в перспективе.

Таким образом, профессиональное общение врача является составной частью качественно проведенного врачебного приема. Целью данной работы является изучение роли приемов профессионального общения врача для улучшения организации амбулаторной помощи населению.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа исследования

Исследование проводилось в период 2019 – 2025 гг. в соответствии с целями, задачами в рамках классического соблюдения и взаимосвязанности этапов.

В таблице 1 представлены этапы, материалы и объем исследования.

Первый этап включал в себя разработку программы исследования, анализ литературных источников и нормативно-правовых документов.

Второй этап - изучение степени владения врачами навыками профессионального общения на предмет соответствия партнерской модели до обучения коммуникативным навыкам. В исследовании участвовали 199 врачей. Для оценки владения врачами навыками общения применялись два чек-листа: «Сбор жалоб и анамнеза» (Приложение 1) и «Консультирование» (Приложение 2). Анализировались результаты оценки эксперта и мнения стандартизированных пациентов (СП).

На третьем этапе проходило обучение врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях навыкам профессионального общения.

На четвертом этапе оценивалась степень владения врачами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях навыками профессионального общения на предмет соответствия партнерской модели после обучения. С помощью чек-листов «Сбор жалоб и анамнеза» (Приложение 1) и «Консультирование» (Приложение 2) экспертом оценивалось владение врачами навыками сбора жалоб, анамнеза и разъяснения информации пациенту после соответствующей подготовки. Анализировались результаты оценки эксперта и мнения СП о владении врачами навыками профессионального общения после подготовки.

На пятом этапе изучались и анализировались результаты мнения реальных пациентов о степени владения коммуникативными навыками врачей, прошедших

и непрошедших обучение. Для опроса реальных пациентов была разработана анкета, содержащая 27 вопросов (Приложение 4). Был проведен анализ результатов ответов реальных пациентов.

На шестом этапе велась разработка и внедрение программ обучения студентов, ординаторов, слушателей ДПО и врачей учреждений здравоохранения.

Таблица 1 – Этапы, материалы, методы и объем исследования

№ этапа	Этапы исследования	Методы	Материалы, объекты и объемы исследования
1 этап	Разработка программы исследования, постановка и обоснование цели и задач исследования. Анализ литературных источников и нормативно-правовых документов	Библиографический	Нормативно-правовые документы Минздрава России, источники литературы: 49 отечественных и 127 зарубежных
2 этап	Изучение степени владения врачами навыками профессионального общения на предмет соответствия партнерской модели до обучения коммуникативным навыкам. Изучение и анализ мнения стандартизированных пациентов	Социологический (анкетирование), организационного эксперимента, метод экспертных оценок, фотохронометражный, статистический	398 чек-листов, 398 анкет стандартизированных пациентов
3 этап	Обучение врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях навыкам профессионального общения	Методы организационного эксперимента	199 врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях
4 этап	Оценка степени владения врачами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях навыками профессионального общения на предмет соответствия партнерской модели после обучения. Изучение и анализ мнения стандартизированных пациентов	Социологический (анкетирование), организационного эксперимента, метод экспертных оценок, фотохронометражный, статистический	398 чек-листов, 398 анкет стандартизированных пациентов
5 этап	Изучение и анализ мнения реальных пациентов о степени владения коммуникативными навыками врачей, прошедших и непрошедших обучение	Социологический (анкетирование), статистический	400 анкет опроса реальных пациентов
6 этап	Разработка и внедрение программ обучения студентов, ординаторов, слушателей ДПО и врачей учреждений здравоохранения	Организационный эксперимент, компаративный анализ	Министерство здравоохранения Тверской области, ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России

Объект исследования: система организации врачебного приема в амбулаторных условиях.

Предмет исследования: уровень владения врачами коммуникативными навыками, влияющими на эффективность профессиональной деятельности врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Единицы наблюдения: врачи медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, анкеты пациентов, карты фотохронометражных наблюдений, чек-листы оценки владения врачами навыками профессионального общения.

Объем исследования: 398 чек-листов оценки экспертом владения врачами навыками профессионального общения, 398 карт хронометражных измерений, 398 анкет стандартизированных пациентов, 400 анкет опроса реальных пациентов.

Разработанный инструментарий, представляющий собой программы сбора материала, предполагал последовательное решение поставленных в исследовании задач. Использованы сплошной и выборочный методы исследования, а достаточный объем наблюдений позволил получить репрезентативные данные для их дальнейшей разработки и анализа.

2.2. Характеристика баз исследования и формирование выборки

Исследование проводилось в базах на трех государственных медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Калининская центральная районная клиническая больница», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Зубцовская центральная районная больница» и одного государственного медицинского университета – федерального государственного бюджетного образовательного

учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет».

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского» (ГБУЗ «ГКБ №1 им. В.В.Успенского») является многопрофильной медицинской организацией и обслуживает прикрепленное население Центрального и части Московского районов города Твери, численность которого составляет 53 222 человека. В состав входят:

- поликлиника №1 обслуживает население Центрального района. Плановая мощность – 235 посещений в смену. В составе поликлиники имеются: 2 офиса врачей общей практики, травматологический пункт, кабинет экстренной стоматологической помощи;
- поликлиника №2 обслуживает население Центрального и части Московского районов. Плановая мощность – 250 посещений в смену;
- стационар круглосуточного пребывания – 205 коек;
- дневной стационар при круглосуточном стационаре – 30 коек;
- дневной стационар при поликлинике – 70 коек.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Калининская центральная районная клиническая больница» (ГБУЗ "КЦРКБ") является многопрофильной медицинской организацией и обслуживает прикрепленное население Калининского района Тверской области, численность которого составляет 59603 человека. В состав входят:

- поликлиника оказывает содействие в работе 18 амбулаторий и 22 ФАПов района, в составе поликлиники имеются 2 офиса врачей общей практики. За год обслуживает около 40000 человек (60000 посещений);
- стационар круглосуточного пребывания – 96 коек;
- дневной стационар при круглосуточном стационаре – 38 коек.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Зубцовская центральная районная больница» (ГБУЗ «Зубцовская ЦРБ») является

многопрофильной медицинской организацией и обслуживает прикрепленное население Зубцовского района Тверской области 15482 человека. В состав входят:

- поликлиника оказывает содействие в работе 26 ФАПов района, в составе поликлиники имеются 3 офиса врачей общей практики;
- стационар круглосуточного пребывания – 46 коек;
- дневной стационар при круглосуточном стационаре – 26 коек.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России) имеет 6 факультетов — лечебный, стоматологический, педиатрический, фармацевтический, клинической психологии и высшего сестринского образования. Осуществляется подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре, аспирантуре и докторантуре. В рамках дополнительного профессионального образования реализуются около 100 программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки для практикующих врачей. Ежегодно программы повышения квалификации и (или) профессиональной переподготовки проходят около 1000 человек. В Тверском ГМУ по различным образовательным программам обучаются более 5000 человек, их них около 1500 иностранных граждан из 47 стран.

Минимальная численность единиц исследования должна была составить 196 врачей (рисунок 2).

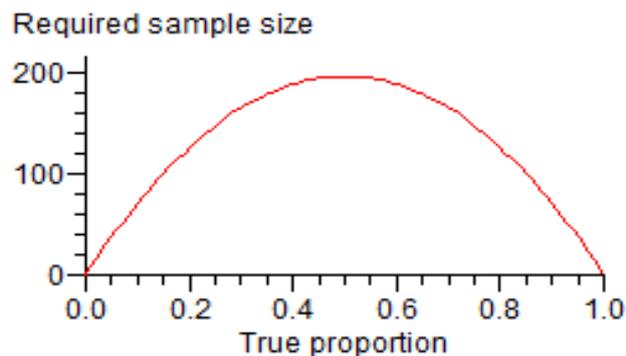


Рисунок 2 – Зависимость минимально необходимой численности выборки для исследования описанных характеристик (модуль Sample Size программы DESCRIBE 3.07 пакета WINPEPI® (J.H.Abramson))

Необходимый размер выборки был рассчитан для порогового уровня статистической значимости (альфа-ошибки) 5%, мощности (бета-ошибки) – 20%, распространённости основных переменных (0,5) и минимально значимых различий (0,07), выявленных в исследовании. Для расчёта был использован модуль Sample Size программы DESCRIBE 3.07 пакета WINPEPI® (J.H.Abramson).

Критериями включения врачей медицинских организаций в исследование являлись:

- врачи, осуществляющие прием в амбулаторных условиях, в государственных медицинских организациях в рамках первичной и первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- врачи акушеры-гинекологи женских консультаций.

Критериями невключения врачей медицинских организаций в исследование являлись:

- врачи, работающие в медицинских организациях, не имеющих в своем составе подразделений, по оказанию первичной медико-санитарной помощи, за исключением врачей акушеров-гинекологов женских консультаций.

Использовалась многоэтапная кластерная выборка. На первом этапе из 91 МО, подведомственных Министерству здравоохранения Тверской области были исключены казенные учреждения (10), детские санатории (6), стоматологические поликлиники (11), станция скорой медицинской помощи (1), станция переливания крови (1), диспансеры и центры специализированной медицинской помощи (11), МО, не имеющие в своем составе подразделений по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи, кроме родильных домов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь в соответствии с участковым принципом (3). В итоге, на исходе первого этапа выборки, в ее рамке осталось 47 МО, десять из которых работали с населением областного центра и 37 в городских и муниципальных округах, районах и ЗАТО области.

Поскольку каждый третий житель Тверской области проживает в областном

центре, на втором этапе выборки, из 10 МО Твери была случайным образом, с использованием процедуры RANDOM пакета WinPeri, отобраны одна медицинская организация и из оставшихся 37 – две организации. В итоге на втором этапе в выборку были включены:

1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского» (ГКБ 1) (60);
2. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Зубцовская центральная районная больница» (16);
3. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Калининская центральная районная клиническая больница» (26);
4. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (97).

Таким образом общее количество единиц исследования составило 199 врачей (таблица 2).

По половому составу группы соответствовали генеральной совокупности для укрупненных групп специальностей по Тверской области.

Таблица 2 – Распределение врачей по специальностям, абс./%

Группа специальностей	мужчины		женщины		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	11	34,4% _a	119	71,3% _b	130	65,3%
хирургические	20	62,5% _a	19	11,4% _b	39	19,6%
акушерско-гинекологические	1	3,1% _a	29	17,4% _b	30	15,1%
Итого	32	100,0%	167	100,0%	199	100,0%

Примечание: использован точный тест Фишера ($p < 0,001$) с апостериорным анализом скорректированных остатков.

Большинство врачебных ставок в хирургических подразделениях были заняты врачами мужчинами (62,5%), большинство врачебных ставок в терапевтических подразделениях (91,5%) и в акушерско-гинекологических подразделениях занимали врачи женщины (96,7%) (точный тест Фишера, $p < 0,001$).

Распределение врачей по полу и стажу работы представлена на рисунке 3.

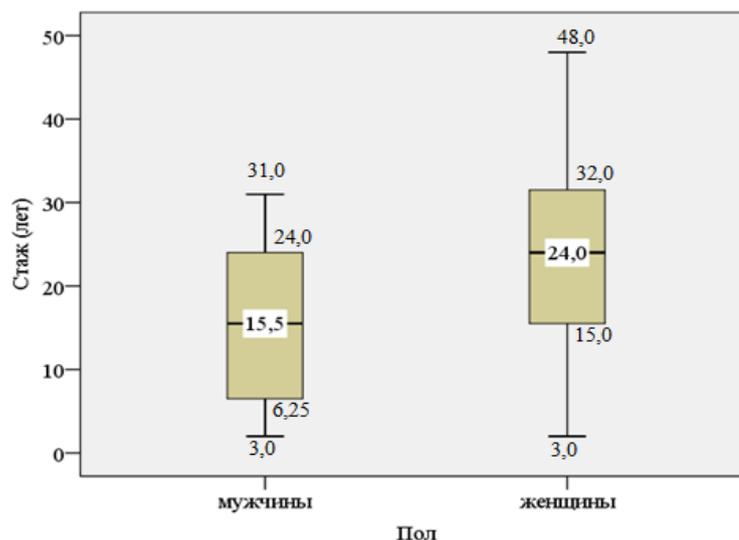


Рисунок 3 – Распределение врачей по полу и стажу, года

Минимальное значение стажа работы по профессии у врачей мужчин составило 2 года, максимальное – 32 года; медианное значение, нижний и верхний квартили составили, соответственно 15,5; 6,25 и 24,0 лет, соответственно. Стаж женщин был большим: от 2 до 45 лет (24,0; 15,0 и 32,0). Различия были статистически значимыми (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$).

Распределение врачей по стажу работы и группам специальностей представлено на рисунке 4.

Медианные и квартильные значения стажа врачей терапевтических специальностей составили 26,5 (16,0; 33,0) лет, что было значимо больше чем для хирургических 15,0 (8,0; 24,0) и акушерско-гинекологических специальностей 20,0 (14,75; 28,8) лет (дисперсионный анализ с апостериорным тестом Тьюки, $p < 0,001$).

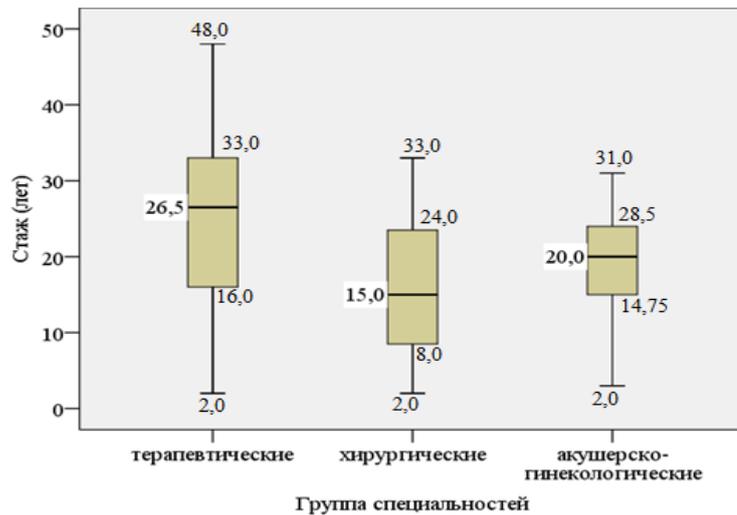


Рисунок 4 – Распределение врачей по группам специальностей и стажу работы, года

Распределение обследованных врачей по полу и возрасту представлено на рисунке 5.

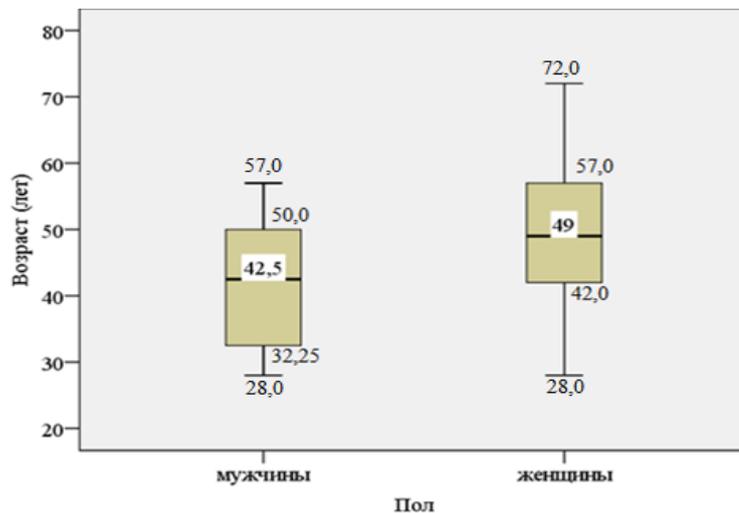


Рисунок 5 – Распределение врачей по полу и возрасту, года

Медианное значение, нижний и верхний квартили возраста у врачей мужчин составили, соответственно 42,5 (32,25; 50,0) лет. Стаж женщин был большим (49,0; 42,0 и 57,0). Различия были статистически значимыми (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$).

Распределение врачей по специальностям и возрасту представлено на рисунке 6.

Медианные и квартильные значения возраста врачей терапевтических специальностей составили 52,0 (42,0; 58,25) лет, что было значимо больше чем для хирургических 42,0 (34,0; 49,0) и акушерско-гинекологических специальностей 46,5 (41,75; 50,0) лет (дисперсионный анализ с апостериорным тестом Тьюки, $p < 0,001$).

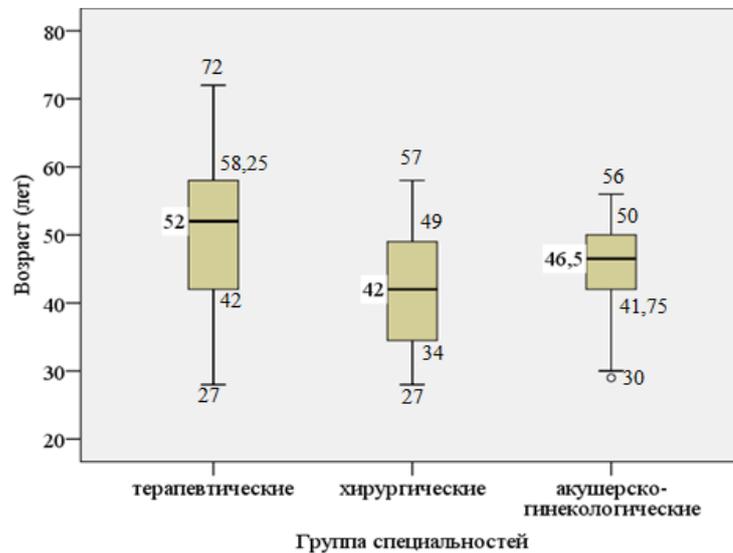


Рисунок 6 – Распределение врачей по специальностям и возрасту, года

2.3. Методы исследования

Исследование проводилось по комплексной методике, включающей следующие методы: библиографический, организационного эксперимента, социологический (анкетирование), метод экспертных оценок, фотохронометражный, компаративного анализа, статистический.

Методика исследования

Исследование проводилось на симулированном первичном врачебном приёме с использованием стандартизированного пациента (СП), прошедшего обучение по программе «Стандартизированный пациент». Решение о применении СП для оценки владения врачами навыками профессионального общения, было принято для того, чтобы получить независимую оценку. СП знают, как необходимо действовать, чтобы врач продемонстрировал тот или иной коммуникативный

навык, владение которым требует оценки. На врачебном приеме присутствовал эксперт, который проводил оценку владения врачами навыками профессионального общения. Во время врачебного приема перед врачами стояла задача собрать у пациентов жалобы и анамнез жизни и заболевания. На основании полученных данных врачи должны были поставить наиболее вероятную диагностическую гипотезу. Этап физикального осмотра в данном исследовании не был предусмотрен. Следующим этапом врачам нужно было разъяснить информацию пациентам по поводу возникшего состояния здоровья, ответив на все их вопросы.

Во время амбулаторного приема экспертом оценивались в соответствии с чек-листом «Сбор жалоб и анамнеза», состоящем из 19 пунктов (Приложение 1), по дихотомической шкале следующие навыки профессионального общения:

Приветствие пациента врачом – ответное действие врача на приветствие входящего в кабинет пациента. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Забота о комфорте пациента – действие врача, направленное на создание комфорта пациента во время беседы с ним с указанием места, где можно расположить пациенту вещи и куда можно присесть. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Представление себя врачом – врач называет свои фамилию, имя и отчество, а также обозначает свою специальность. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Идентификация пациента – врач выясняет фамилию, имя, отчество пациента, уточняет приемлемое обращение к пациенту. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Использование врачом **открытых вопросов** – врач начинает сбор жалоб пациента с открытого вопроса, а также применяет открытые вопросы при детализации жалоб. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Применение закрытых вопросов – врач применяет закрытые вопросы для получения конкретной информации от пациента в процессе детализации жалобы или при уточнении какой-либо информации. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Выслушивание пациента – при сборе информации от пациента врач применяет активное слушание (молчание, фасилитация, улавливание сигналов пациента), при этом не перебивая, не направляя его. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Скрининг – для выявления всех проблем пациента врач применяет навык скрининга («что еще?»). Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Выявление жалобы с помощью закрытого вопроса – ошибочное (неверное) действие врача. Таким образом врач препятствовал выявлению других важных жалоб пациента. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Полный сбор жалоб пациента – в процессе беседы, врач выявляет все проблемы пациента, дойдя до момента, когда пациент скажет, что жалоб больше нет. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Обобщение врачом информации, полученной от пациента – в процессе беседы с пациентом врач периодически резюмирует (обобщает) информацию, полученную от пациента (кратко перечисляет все жалобы). Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Детализация жалоб пациента – врач детализирует (разбирает) наиболее важные с клинической точки зрения жалобы пациента. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Неперебивание – в процессе беседы с пациентом врач не перебивает пациента, а предоставляет возможность пациенту досказать свою проблему. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Серия вопросов – в процессе беседы с пациентом врач не задает серию вопросов (два и более вопроса подряд). Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Сбор анамнеза заболевания – врач интересовался, задавал вопросы об истории развития данного состояния пациента, выяснял возможные причины возникновения заболевания, последовательность развития симптомов. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Сбор анамнеза жизни – врач интересовался, задавал вопросы об анамнезе жизни пациента, наличии хронических и перенесенных заболеваний, наличии аллергических реакций, о диспансерном учете, о наличии наследственных заболеваний. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Постановка правильного диагноза – по окончании беседы врач выставляет наиболее вероятную диагностическую гипотезу. Она должна соответствовать эталону. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Во время амбулаторного приема экспертом оценивались в соответствии с чек-листом «Консультирование», состоящем из 11 пунктов (Приложение 2), по дихотомической шкале следующие навыки профессионального общения:

Разъяснил результаты физикального осмотра – врач разъяснил пациенту данные проведенного физикального осмотра (измерение АД, пульсоксиметрия, аускультация легких, пальпация живота и др.). Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Уточнение исходных знаний пациента – врач выяснил у пациента исходное понимание проблемы: что пациент знает и понимает о своем состоянии. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Предоставил возможность задавать вопросы по мере их возникновения – врач предлагает пациенту задавать все свои вопросы по мере их возникновения в процессе консультации. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Предоставлял **информацию дозированно** – для улучшения понимания пациентом, врач предоставляет информацию дозированно, с предоставлением пациенту возможности отреагировать на услышанное. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Не использовал медицинские термины – врач в беседе с пациентом в своей речи не употребляет медицинские термины. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Убедился в понимании пациентом информации – после ответа на вопрос пациента или предоставлении какой-либо информации врач убеждается в понимании пациентом полученной информации, спросив об этом самого пациента, предпочтительно попросив повторить услышанное. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Реагировал на чувства пациента – в процессе беседы врач, проявляя эмпатию, реагирует на чувства и эмоции пациента относительно его состояния. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Согласовал план дальнейших действий – по окончании консультации врач согласовывал взаимоприемлемый план дальнейших действий пациента. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

С целью исследования создания доверительных и доброжелательных отношений между врачом и пациентом исследовались следующие навыки:

Обращение к пациенту – в процессе беседы врач не однократно обращается к пациенту, используя приемлемое для пациента обращение. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Поддержание зрительного контакта – на протяжении всей беседы с пациентом врач поддерживает зрительный контакт (глаза-в-глаза) с собеседником не менее 50% времени приема. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Выдерживание временных рамок – на первичный прием пациента врачу отводится 15 минут. Источник информации протокол исследования. Тип – дихотомическая (да/нет).

Во время общения врача с пациентом проводился фотохронометраж сбора и разъяснения информации. Общее количество чек-листов составило 398 штук.

По окончании работы врача, стандартизированный пациент также заполнял анкету, содержащую 10 вопросов о владении врачом коммуникативными навыками сбора и разъяснения информации (Приложение 3) с его точки зрения. Общее количество анкет стандартизированных пациентов составило 398 штук. Анализировались результаты оценки эксперта и мнения стандартизированных пациентов.

Затем проводилось обучение врачей медицинских организаций навыкам профессионального общения в рамках партнерской модели. Обучение проходило в очной форме, состояло из трех шестичасовых занятий: семинара и 2-х практических с применением стандартизированного пациента.

Проводилось повторная экспертная оценка сформированности навыков профессионального общения после обучения с использованием тех же чек-листов, что и до обучения.

Социологическое исследование мнений реальных пациентов о степени владения коммуникативными навыками врачей проводилось в ГБУЗ ТО «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского», ГБУЗ ТО «Калининская центральная районная клиническая больница». В исследовании участвовали 200 пациентов, посетивших врачей, не проходивших обучение коммуникативным навыкам, и 200 пациентов, побывавших на приеме у врачей, прошедших соответствующую подготовку. Мнение пациентов изучали с помощью специально разработанной анкеты, содержащей 27 вопросов (Приложение 4). За каждый положительный ответ начислялся 1 балл, таким образом, максимальное количество баллов, которое мог получить врач составило – 27. Опрос пациентов по данной анкете проводился после врачебного приема.

На основании сравнения результатов оценки владения коммуникативными приёмами врачами медицинских организаций, оказывающих ПМСП, были разработаны программы обучения навыкам профессионального общения медицинских работников.

Создание базы данных и обработка полученного материала проводились с использованием пакетов программ Microsoft ® Office ® 2016 (Microsoft Corporation, Tulsa, OK, USA), IBM® SPSS® Statistics 23.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA и WinPEPI© 11.39 (J.H.Abramson).

При представлении данных использовалась следующая методология:

- Для качественных показателей: абсолютные числа и процентные соотношения;
- Для нормально распределенных количественных данных: среднее значение \pm стандартное отклонение ($M \pm m$);
- При отсутствии нормального распределения: медианы, квартильный анализ и визуализация через боксплоты по методу Тьюки.

Статистический анализ включал следующие подходы:

- Анализ категориальных переменных:
 - Для таблиц малой размерности: точный критерий Фишера
 - Для больших таблиц: критерий хи-квадрат (Пирсона или критерий соответствия)
 - При сравнении более двух групп: попарное сравнение с коррекцией Сидака
- Анализ количественных признаков:
 - Для более двух независимых групп: бутстреп-версия дисперсионного анализа с посттестом Тьюки
 - Для двух независимых групп: t-тест Стьюдента или тест Саттертуайта (при неравной дисперсии)
 - При отсутствии нормального распределения: непараметрические методы (Манна-Уитни для двух групп)
- Исследование взаимосвязей:
 - Количественные переменные: корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) и регрессионный анализ
 - Качественные переменные: анализ таблиц сопряженности с расчетом отношения шансов и 95% доверительных интервалов

С целью определения оптимальных точек разделения использован ROC-анализ, для устранения эффекта множественных сравнений – поправка Бонферрони и множественная логистическая регрессия.

Статистическая значимость устанавливалась при достижении уровня $p \leq 0,05$ (как для односторонних, так и для двусторонних тестов).

ГЛАВА 3. ВЛАДЕНИЕ ВРАЧАМИ КОММУНИКАТИВНЫМИ НАВЫКАМИ ДО И ПОСЛЕ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Навыки установления контакта с пациентом

3.1.1. Анализ владения врачами навыком приветствия

Материалы, представленные в данной главе, изложены в публикации автора диссертации «Оценка владения навыками сбора информации у врачей различных специальностей до и после обучения приемам профессионального общения» [35].

В самом начале врачебного приема, пациент, входящий в кабинет, приветствует врача. Представляло интерес ответное действие врача на приветствие пациента. Таким образом, врачи были распределены на приветствующих и не приветствующих пациентов. Данные о распределении врачей на приветствующих и не приветствующих своих пациентов в зависимости от пола представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение врачей, выполняющих/не выполняющих приветствие пациентов по полу, абс./%

Пол	приветствовали		не приветствовали		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	27	84,4%	5	15,6%	6	100,0%
женщины	147	88,0%	20	12,0%	31	100,0%
Итого	174	87,4%	25	12,6%	37	100,0%

Отвечали на приветствие пациентов большинство врачей (84,4% мужчин и 88,0% женщин). Мужчины и женщины делали это одинаково часто (точный тест Фишера, $p = 0,373$).

Интерес представляло оценить имеются ли различия в частоте приветствия

пациентов врачами различных групп специальностей. Такие данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Распределение врачей, выполняющих/не выполняющих приветствие пациентов по специальностям, абс./%

Группы специальностей	приветствовали		не приветствовали		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	110	84,6% _a	20	15,4%	130	100,0%
хирургические	34	87,2% _a	5	12,8%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0% _b	-	0,0%	30	100,0%
Итого	174	87,4%	25	12,6%	199	100,0%

Примечание: использован точный тест Фишера, $p = 0,042$, с поправкой на множественность сравнений Сидак.

Акушеры гинекологи всегда (в 100% случаев) приветствовали пациентов, в то время как почти 13% врачей хирургических специальностей и более 15% – терапевтических не делали этого. Данное различие было статистически значимым (точный тест Фишера, $p = 0,042$, с поправкой Сидак, $p = 0,008$ и $p = 0,042$).

Вероятность возможного влияния возраста на частоту приветствия врачей представлены на рисунке 7.

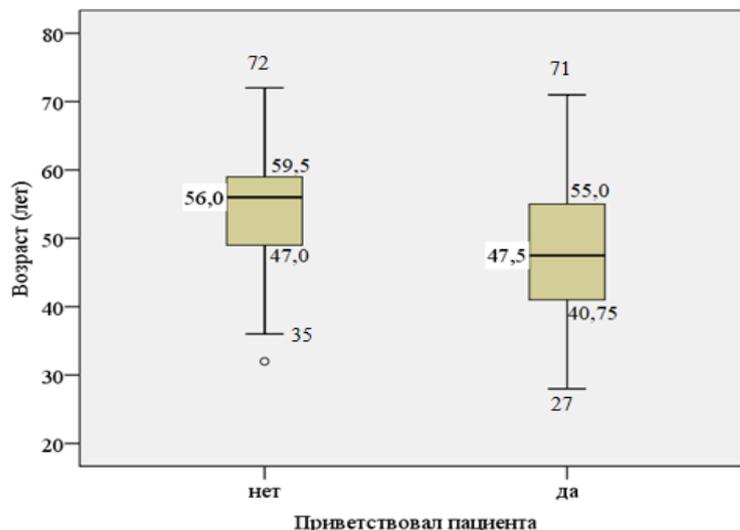


Рисунок 7 – Возраст врачей, приветствовавших и не приветствовавших пациента, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста врачей, которые приветствовали своих пациентов составили 47,5 (40,75; 55,0) лет. Те же значения для не приветствующих пациентов врачей составили, соответственно 56,0 (47,0; 59,5) лет. Различия между распределениями были статистически значимыми (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,008$).

3.1.2. Анализ проявления врачами заботы о комфорте пациента

Забота о комфорте пациента – действие врача, направленное на создание комфорта пациента во время беседы с ним с указанием места, где можно расположить пациенту вещи и куда можно присесть. Результаты распространенности проявления такой заботы среди врачей обоего пола представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение врачей, проявлявших/не проявлявших заботу о комфорте пациента по полу, абс./%

Пол	заботились о комфорте		не заботились о комфорте		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	3	9,4%	29	90,6%	32	100,0%
женщины	72	43,1%	95	56,9%	167	100,0%
Итого	75	37,7%	124	62,3%	199	100,0%

Оказалось, что лишь 37,7% врачей заботились о комфорте своих пациентов во время приёма. Мужчины проявляли такую заботу значительно реже 9,4%, против 43,1% женщин, данное распределение статистически значимо (точный тест Фишера, $p < 0,001$).

Определенный интерес представляла проверка гипотезы, что врачи разных специальностей проявляют заботу о комфорте пациентов с разной частотой. Данные такой проверки представлены в таблице 6.

Чаще всего (почти в 87% случаев) о комфорте пациентов заботились врачи акушеры-гинекологи, реже – терапевты (36,2% случаев). Лишь 5% врачей-хирургов проявляли такую заботу. Данные различия были статистически значимыми (точный тест Фишера, $p < 0,001$; с поправкой Сидак).

Таблица 6 – Распределение врачей, проявлявших/не проявлявших заботу о комфорте пациента по группам специальностей, абс./%

Группы специальностей	заботились о комфорте		не заботились о комфорте		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	47	36,2% _b	83	62,8%	130	100,0%
хирургические	2	5,1% _c	37	94,9%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	26	86,7% _a	4	13,3%	30	100,0%
Итого	75	37,7%	124	62,3%	199	100,0%

Примечание: использован точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой на множественность сравнений Сидак.

Как очевидно из рисунка 8 данные различия не были статистически значимыми (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,282$).

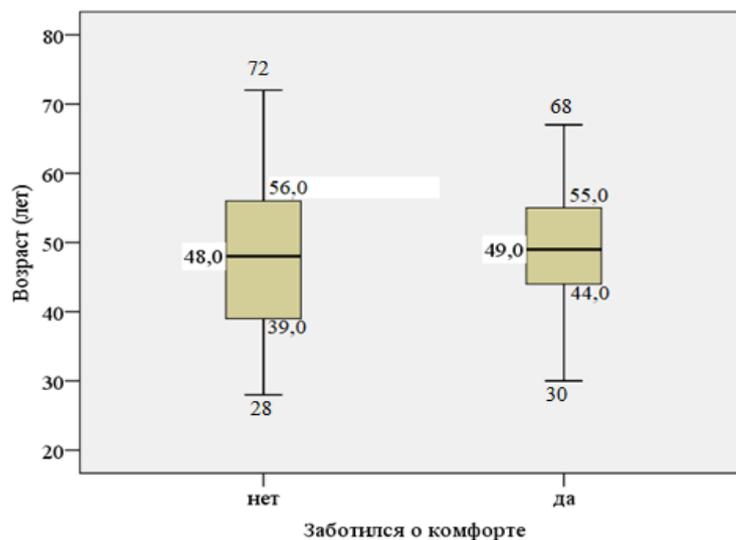


Рисунок 8 – Возраст врачей, заботившихся и не заботившихся о комфорте пациента, года

Медиана, верхний и нижней квартили возраста врачей, заботящихся о комфорте своих пациентов составили 49,0 (44,0 и 55,0) лет. Для остальных соответствующие значения составили 48,0 (39,0 и 56,0).

3.1.3. Анализ частоты представления врачами пациентам

Для того, чтобы пациент понимал к какому специалисту он пришел, смог обращаться к нему, врачу необходимо представиться. В рамках протокола нашего исследования переменная «представление себя врачом» описывало ситуацию, когда врач называл свои фамилию, имя и отчество, а также обозначал свою специальность. Соотношение представляющихся и не представляющихся таким образом врачей показано в таблице 7.

Таблица 7 – Распределение врачей, представившихся/не представившихся пациентам по полу, абс./%

Пол	представились		не представились		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	6	18,8%	26	81,3%	32	100,0%
женщины	12	7,2%	155	92,8%	167	100,0%
Итого	18	9,0%	181	91,0%	199	100,0%

Лишь 9% врачей представились пациентам. При этом врачи-мужчины делали это значительно чаще (18,8% против 7,2%). Данные различия были статистически значимыми (точный тест Фишера, $p = 0,048$).

Проверка гипотезы о неодинаковой частоте представления пациентам врачей разных специальностей представлены в таблице 8.

Реже всего представлялись врачи-терапевты (4,6% случаев); хирурги представлялись в 15,4% случаев, а акушеры-гинекологи – в 20%. Различия были

статистически значимыми лишь в паре терапевты – акушеры-гинекологи (точный тест Фишера, $p < 0,001$; с поправкой Сидак).

Таблица 8 – Распределение врачей, представлявшихся/не представлявшихся пациентам по группам специальностей, абс./%

Группы специальностей	представились		не представились		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	6	4,6% _{a,b}	124	95,4%	130	100,0%
хирургические	6	15,4% _{b,c}	33	84,6%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	6	20,0% _c	24	80,0%	30	100,0%
Итого	18	9,0%	181	91,0%	199	100,0%

Примечание: использован точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой на множественность сравнений Сидак.

Представляющиеся пациентам врачи были в среднем моложе, чем те, которые не представлялись (рисунок 9).

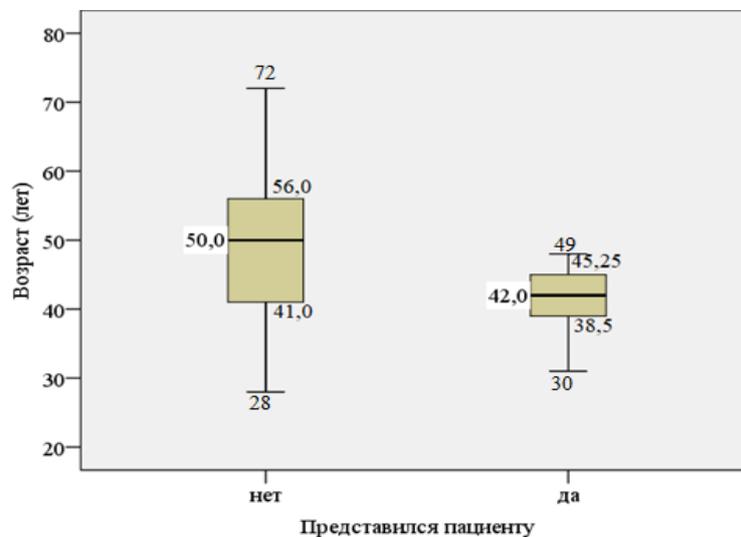


Рисунок 9 – Возраст врачей, представляющихся/не представляющихся пациентам, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для первых составили 42,0 (38,5 и 45,25) и 50,0 (41,0 и 56,0) лет для вторых. Данные различия были статистически значимыми (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,001$).

3.1.4. Анализ частоты идентификации пациентов врачами

Важным навыком выстраивания доверительных отношений с пациентом является обращение к нему по имени-отчеству. Для этого врачу необходимо идентифицировать пациента, уточнив его фамилию, имя и отчество. Для нашего исследования переменная «идентификация пациента» означала выяснение/не выяснение врачом фамилии, имени, отчества пациента, уточнение/не уточнение приемлемого обращения к пациенту. Распределение врачей мужчин и женщин по отношению к идентификации пациента представлено в таблице 9.

Таблица 9 – Распределение врачей, идентифицирующих/не идентифицирующих пациентов по полу врача, абс./%

Пол	идентифицировали пациента		не идентифицировали пациента		всего	
	n	%	n	%	n	%
мужчины	20	62,5%	12	37,5%	32	100,0%
женщины	144	86,2%	23	13,8%	167	100,0%
Итого	164	82,4%	35	17,6%	199	100,0%

Безотносительно к полу лишь 82,4% врачей выясняли фамилию, имя и отчество пациента, уточняли приемлемую для пациента форму обращения к нему. При этом женщины делали это существенно чаще врачей-мужчин (86,2% и 62,5%, соответственно). Данное различие было статистически значимым (точный тест

Фишера, $p = 0,004$).

В рамках исследования представляло интерес изучение частоты идентификации пациента врачами разных специальностей (таблица 10).

Таблица 10 – Распределение врачей, идентифицирующих/не идентифицирующих пациентов по группам специальностей, абс./%

Группы специальностей	идентифицировали пациента		не идентифицировали пациента		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	107	82,3%	23	17,7%	130	100,0%
хирургические	33	84,6%	6	15,4%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	24	80,0%	6	20,0%	30	100,0%
Итого	164	82,4%	35	17,6%	199	100,0%

Как следует из данных таблицы, врачи различных специальностей по частоте идентификации пациентов не различались (точный тест Фишера, $p = 0,891$).

Частота идентификации пациентов не была взаимосвязана с возрастом врача (рисунок 10).

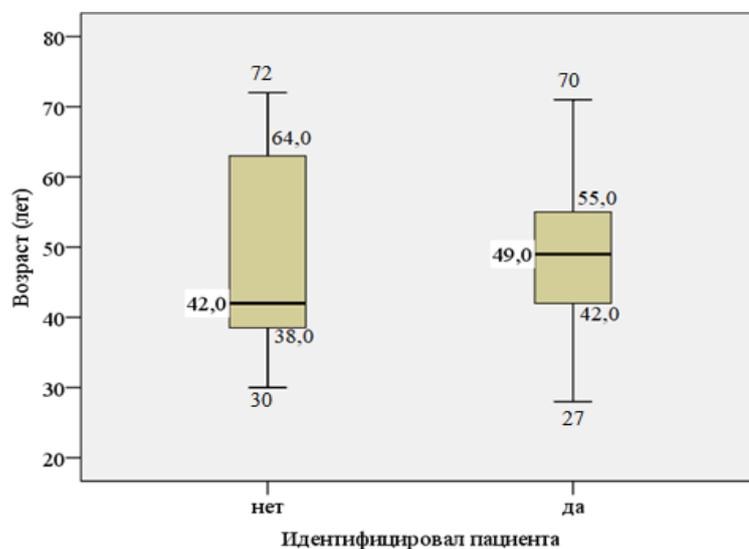


Рисунок 10 – Возраст врачей, идентифицировавших/не идентифицировавших пациента, года

3.2. Навыки выявления причины обращения

3.2.1. Анализ применения врачами открытых вопросов при выявлении жалоб пациентов

Открытый вопрос подразумевает развернутый ответ. С помощью открытого вопроса врач предоставляет пациенту возможность подробно рассказать о своей проблеме (жалобе), и, тем самым, получает от него больше информации. Данные о частоте применения открытых вопросов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих открытые вопросы по полу, абс./%

Пол	применяли открытые вопросы		не применяли открытые вопросы		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	31	96,9%	1	3,1%	32	100,0%
женщины	157	94,0%	10	6,0%	167	100,0%
Итого	188	94,5%	11	5,5%	199	100,0%

Подавляющее количество врачей, как мужчин (96,9%), так и женщин (94%) использовали открытые вопросы при сборе жалоб пациента. При этом статистически значимых различий в частоте их использования мужчинами и женщинами не было (точный тест Фишера, $p = 0,446$).

Как показал анализ данных, представленных в таблице 12, частота задаваемых открытых вопросов в процессе сбора жалоб и анамнеза врачами различных специальностей статистически значимо не различалась (точный тест Фишера, $p = 0,519$).

Возрастные распределения использующих и не использующих открытые вопросы врачей также не различалось (U-тест Манна-Уитни для независимых

переменных, $p = 0,465$).

Таблица 12 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих открытые вопросы по специальностям, абс./%

Группы специальностей	использовали открытые вопросы		не использовали открытые вопросы		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	124	95,4%	6	4,6%	130	100,0%
хирургические	37	94,9%	2	5,1%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	27	90,0%	3	10,0%	30	100,0%
Итого	188	94,5%	11	5,5%	199	100,0%

3.2.2. Анализ применения врачами активного слушания при сборе жалоб у пациентов

Активное слушание – это комплексный навык, который состоит из молчания, фасилитации и улавливания сигналов пациента. С помощью активного слушания врач предоставляет возможность пациенту высказаться, демонстрируя свой интерес к проблемам (жалобам) пациента, создавая атмосферу доверия и уважения. Таким образом врач получает максимум качественной информации за более короткое время.

Данные о частоте применения навыка активного слушания врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 13.

Все врачи в равной степени как мужчины (100,0%), так и женщины (100,0%) выслушали, не перебивая, первую жалобу пациента, представленную на запрос врача.

Таблица 13 – Распределение врачей, применявших активное слушание по полу, абс./%

Пол	слушали		не слушали		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	167	100,0%	-	0,0%	167	100,0%
Итого	199	100,0%	-	0,0%	199	100,0%

Анализ данных показал, что врачи всех специальностей в равной степени применяли активное слушание при предъявлении пациентом первой жалобы (таблица 14).

Таблица 14 – Распределение врачей, применявших активное слушание по специальностям, абс./%

Группы специальностей	слушали		не слушали		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	130	100,0%	-	0,0%	130	100,0%
хирургические	39	100,0%	-	0,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0%	-	0,0%	30	100,0%
Итого	199	100,0%	-	0,0%	199	100,0%

3.2.3. Анализ владения врачами навыком скрининга для выявления всех жалоб пациентов

У пациента, пришедшего на прием к врачу, как правило, имеется несколько жалоб. Для выявления всех жалоб (проблем) пациента, врачу необходимо применять навык скрининга жалоб.

Данные о частоте применения скрининга для выявления жалоб пациента врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 15.

Врачи, относящиеся к женскому полу чаще (26,9%) применяли навык скрининга при выявлении жалоб пациента, чем врачи мужского пола (15,6%).

Таблица 15 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих навык скрининга по полу, абс./%

Пол	проводили скрининг		не проводили скрининг		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	5	15,6%	27	84,4%	32	100,0%
женщины	45	26,9%	122	73,1%	167	100,0%
Итого	50	25,1%	149	74,9%	199	100,0%

На основании анализа данных, представленных в таблице 16, выявлено, что врачи акушеры-гинекологи (40,0%) чаще врачей-хирургов (25,6%) и врачей-терапевтов (21,5%) применяли навык скрининга при сборе жалоб пациента (точный тест Фишера, $P = 0,122$).

Таблица 16 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих навык скрининга по специальностям, абс./%

Группы специальностей	проводили скрининг		не проводили скрининг		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	28	21,5%	102	78,5%	130	100,0%
хирургические	10	25,6%	29	74,4%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Итого	50	25,1%	149	74,9%	199	100,0%

Частота применения скрининга при сборе жалоб пациентов (рисунок 11) не была взаимосвязана с возрастом врача (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,199$).

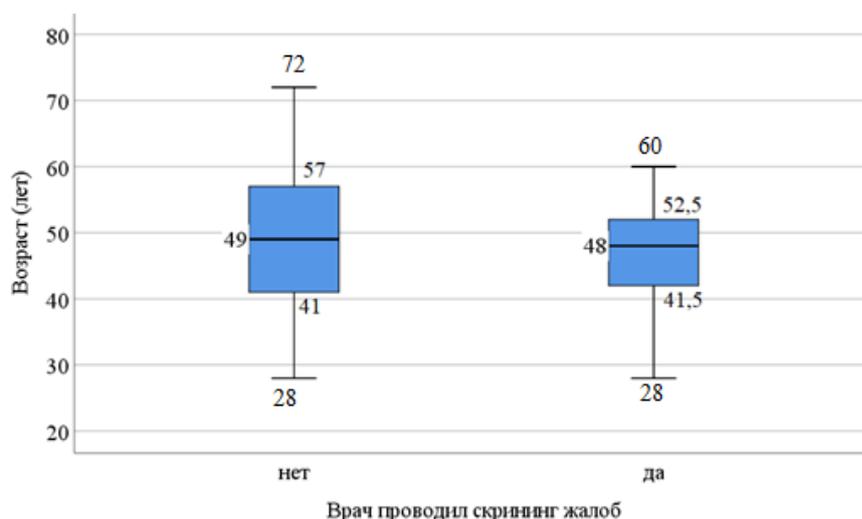


Рисунок 11 – Возраст врачей, применявших / не применявших скрининг, года

3.2.4. Анализ частоты выявления жалобы пациента с помощью закрытого вопроса

Закрытый вопрос – это вопрос, который подразумевает краткий ответ, чаще «да» или «нет». Применение врачами закрытого вопроса для выявления последующих жалоб пациентов ограничивает их в ответе. Поэтому данное действие является неверным. Данные о частоте выявления жалоб пациентов закрытыми вопросами врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Выявление жалоб у пациента с помощью закрытого вопроса врачами по полу, абс./%

Пол	выявляли жалобы с помощью закрытого вопроса		не выявляли жалобы с помощью закрытого вопроса		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	26	81,3%	6	18,9%	32	100,0%
женщины	109	65,3%	58	34,7%	167	100,0%
Итого	135	67,8%	64	32,2%	199	100,0%

На основании анализа результатов исследования, выявлено, что врачи и мужского (81,3%) и женского (65,3%) пола часто выявляют жалобы пациентов с помощью закрытого вопроса.

Анализ данных показал (таблица 18), что врачи-терапевты (60,8%) реже врачей других специальностей применяют закрытый вопрос при выявлении жалоб пациентов, при этом разница между врачами-хирургами и врачами-акушерами-гинекологами была незначительная (точный тест Фишера, $p = 0,039$, с поправкой Сидак).

Таблица 18 – Выявление жалоб с помощью закрытого вопроса врачами различных специальностей, абс./%

Группы специальностей	выявляли жалобы с помощью закрытого вопроса		не выявляли жалобы с помощью закрытого вопроса		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	79	60,8% _a	51	39,2%	130	100,0%
хирургические	32	82,1% _b	7	17,1%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	24	80,0% _{ab}	6	20,0%	30	100,0%
Итого	135	67,8%	64	32,2%	199	100,0%

На рисунке 12 представлена взаимосвязь частоты выявления жалобы с помощью закрытого вопроса с возрастом врача.

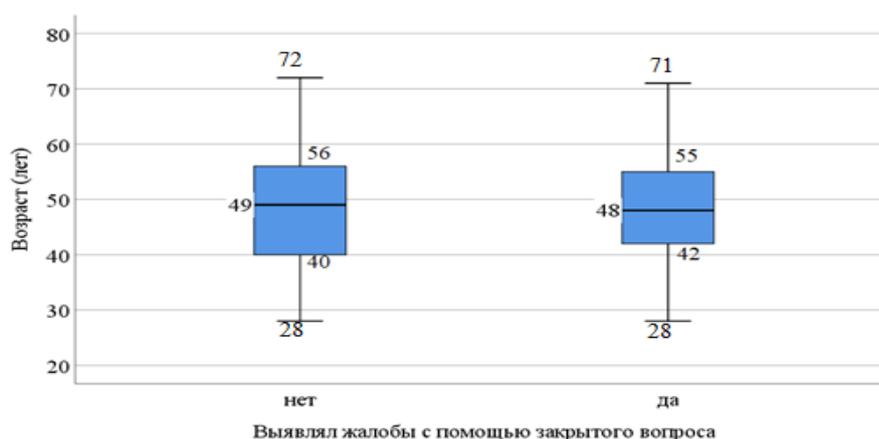


Рисунок 12 – Возраст врачей, выявлявших / не выявлявших жалобы с помощью закрытого вопроса, года

Частота выявления жалобы с помощью закрытого вопроса при сборе информации у пациентов не была связана с возрастом врача (рисунок 12) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,998$).

3.2.5. Анализ частоты выявления врачами всех жалоб пациента

Выявление врачами всех жалоб пациентов в процессе медицинской консультации имеет важное значение для дальнейшего диагностического поиска. Данные о выявлении полного перечня жалоб пациентов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 19.

Таблица 19 – Выявление всех жалоб пациентов врачами, различающимися по полу, абс./%

Пол	выявили все жалобы		не выявили все жалобы		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	10	31,3%	22	68,7%	32	100,0%
женщины	22	13,2%	145	86,8%	167	100,0%
Итого	32	16,1%	167	83,9%	199	100,0%

Врачи редко (16,1%) выявляют полный перечень жалоб пациентов, при этом врачи мужчины выявляют все жалобы в 31,3%, а врачи женщины в 13,2%, данное распределение было статистически значимо (точный тест Фишера, $p = 0,017$).

Представляло интерес распределение выявления полного перечня жалоб пациентов по специальностям врачей (таблица 20).

На основании анализа полученных данных врачи-хирурги (12,8%) реже врачей-терапевтов (16,9%) и врачей-акушеров-гинекологов (16,7%) собирали все жалобы пациента на врачебном приеме (точный тест Фишера, $p = 0,898$). При этом статистической разницы между врачами-терапевтами и врачами-акушерами-гинекологами не наблюдается.

Таблица 20 – Выявление всех жалоб пациентов врачами различных специальностей, абс./%

Группы специальностей	полностью собрали жалобы		не полностью собрали жалобы		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	22	16,9%	108	83,1%	130	100,0%
хирургические	5	12,8%	34	87,2%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	5	16,7%	25	83,3%	30	100,0%
Итого	32	16,1%	167	83,9%	199	100,0%

Частота выявления полного перечня жалоб пациентов не была взаимосвязана с возрастом врача (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,625$) (рисунок 13).

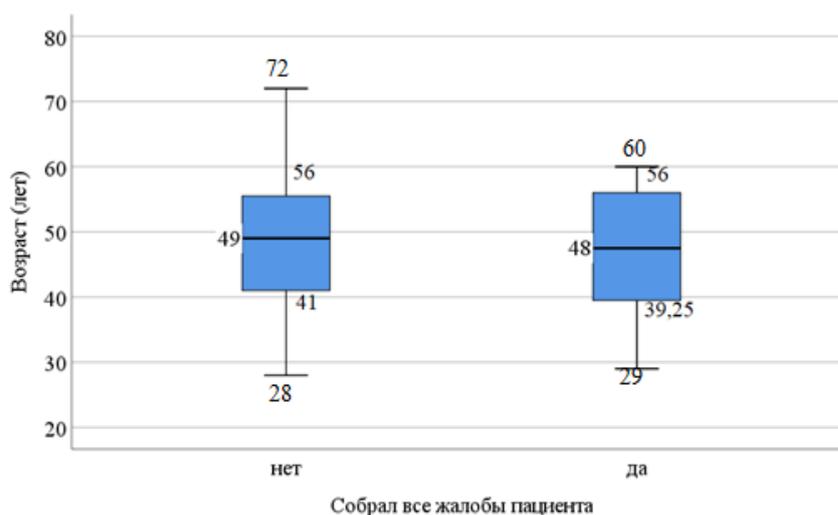


Рисунок 13 – Возраст врачей, производших / не производших полный сбор жалоб, года

3.2.6. Анализ количества собранных врачами жалоб пациентов

В исследовании проводился анализ количества жалоб, собранного врачами из имеющихся у пациента. Данные о количестве жалоб, собранных врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 21.

Таблица 21 – Количество жалоб, собранных врачами разного пола, абс./%

Пол	количество собранных жалоб				всего n (%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
мужчины	6 (18,8%) _a	16 (50,0%) _a	- (0,0%) _a	10 (31,3%) _a	32 (100,0%)
женщины	45 (26,9%) _a	32 (19,2%) _b	68 (40,7%) _b	22 (13,2%) _b	167 (100,0%)
Итого	51 (25,6%)	48 (24,1%)	68 (34,2%)	32 (16,1%)	199 (100,0%)

Из заранее заготовленных четырех жалоб пациента, врачи мужчины (50,0%) чаще выявляли только две жалобы пациентов, при том, что врачи женщины (34,2%) чаще останавливались при получении трех жалоб (точный тест Фишера, $p < 0,001$ с апостериорным анализом скорректированных остатков).

При анализе данных (таблица 22) получены следующие результаты: врачи всех специальностей чаще выявляют три жалобы пациента из имеющихся четырех (точный тест Фишера, $p = 0,121$).

Таблица 22 – Количество жалоб, собранных врачами различных специальностей, абс./%

Группы специальностей	количество собранных жалоб				всего n (%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
терапевтические	38 (29,2%)	33 (25,4%)	37 (28,5%)	22 (16,9%)	130 (100,0%)
хирургические	7 (17,9%)	12 (30,8%)	15 (38,5%)	5 (12,8%)	39 (100,0%)
акушерско-гинекологические	6 (20,0%)	3 (10,0%)	16 (53,3%)	5 (16,7%)	30 (100,0%)
Итого	51 (25,6%)	48 (24,1%)	68 (34,2%)	32 (16,1%)	199 (100,0%)

При анализе данных по возрасту, большинство врачей старшего возраста ограничиваются выявлением двух жалоб пациента (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$) (рисунок 14).

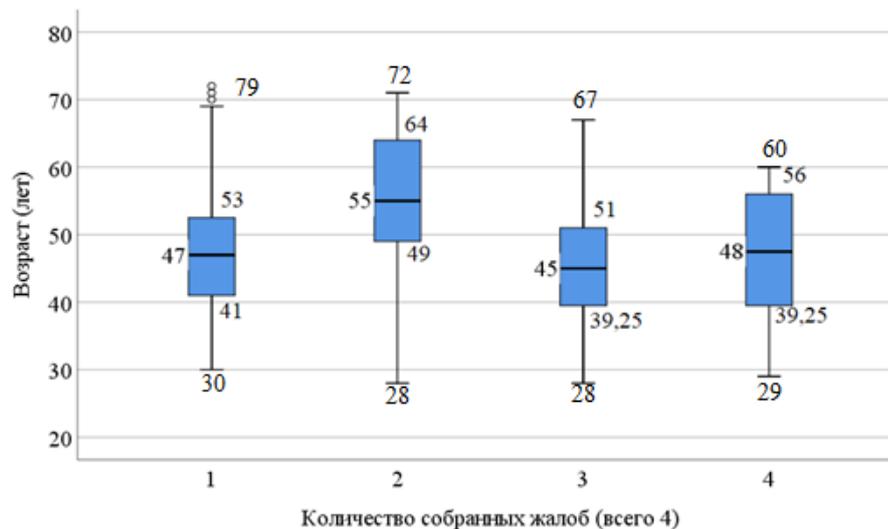


Рисунок 14 – Возраст врачей, выявляющих различное количество жалоб у пациентов, года

3.2.7. Анализ применения врачами обобщения информации, полученной от пациента

В процессе сбора информации у пациента врач должен периодически обобщать полученную информацию. Обобщение помогает врачу убедиться в правильности своего понимания информации, полученной от пациента, а также определиться с повесткой конкретного врачебного приема. Данные о частоте применения обобщения информации, полученной от пациентов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 23.

Таблица 23 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих обобщение информации по полу, абс./%

Пол	производили обобщение		не производили обобщение		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	-	0,0%	32	100,0%	32	100,0%
женщины	6	3,6%	161	96,4%	167	100,0%
Итого	6	3,0%	193	97,0%	199	100,0%

Врачи крайне редко (3,0%) обобщают информацию, полученную от пациента. При анализе данных выявлено, что врачи мужчины (100%) не обобщают полученную от пациентов информацию, при том, что врачи женщины обобщают ее в 3,6% случаев (точный тест Фишера, $p = 0,344$).

Анализ данных показал (таблица 24), что врачи-терапевты (3,8%) чаще врачей-хирургов (2,6%) обобщают информацию, полученную от пациентов, а врачи акушеры-гинекологи (100%) не обобщают, полученную информацию вовсе (точный тест Фишера, $p = 0,834$).

Таблица 24 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих обобщение информации по специальностям, абс./%

Группы специальностей	производили обобщение		не производили обобщение		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	5	3,8%	125	96,2%	130	100,0%
хирургические	1	2,6%	38	97,4%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	-	0,0%	30	100,0%	30	100,0%
Итого	6	3,0%	193	97,0%	199	100,0%

При анализе распределения данных по возрасту (рисунок 15), выявлено, что более молодые врачи реже обобщают полученную от пациента информацию.

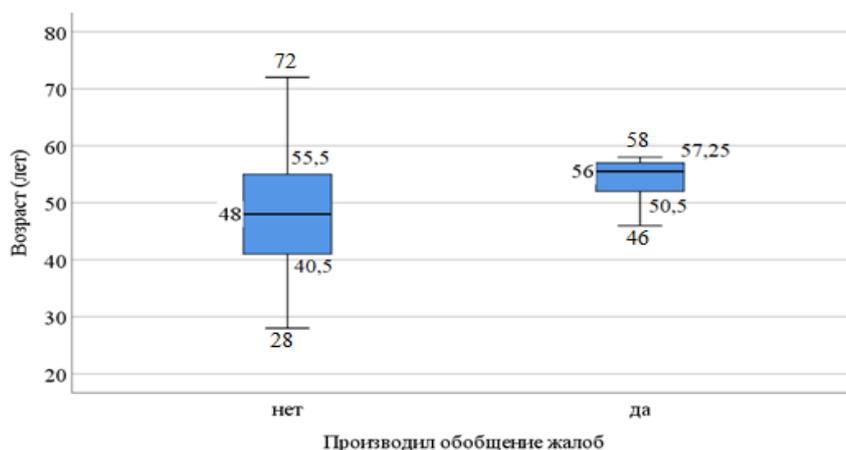


Рисунок 15 – Возраст врачей, производивших и не производивших обобщение, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для не использующих обобщение полученной информации у пациентов составили 48,0 (40,50 и 55,50) и применяющих обобщение 55,5 (50,50 и 57,25) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,095$).

3.3. Навыки сбора информации

3.3.1. Анализ частоты детализации врачами ключевых жалоб пациентов

Выявив все проблемы пациента, врач определяется с их значимостью и переходит к детализации наиболее важных с клинической точки зрения жалоб. Данные о частоте применения детализации жалоб пациентов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 25.

Таблица 25 – Распределение врачей, детализирующих/не детализирующих ключевые жалобы пациентов по полу, абс./%

Пол	детализировали ключевые жалобы		не детализировали ключевые жалобы		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	21	65,6%	11	36,4%	32	100,0%
женщины	56	33,5%	111	66,5%	167	100,0%
Итого	77	38,7%	122	61,3%	199	100,0%

Врачи (61,3%) чаще не детализируют жалобы пациентов. При этом врачи мужчины (65,6%) чаще врачей женщин (33,5%) детализируют ключевые жалобы пациентов, данное значение статистически значимо (точный тест Фишера, $p = 0,001$).

При анализе данных (таблица 26), врачи-акушеры-гинекологи (56,7%) чаще врачей-терапевтов (38,5%) и врачей-хирургов (25,6%) детализируют ключевые

жалобы пациентов, полученные в результате расспроса, распределение статистически значимо (точный тест Фишера, $p = 0,036$, с поправкой Сидак).

Таблица 26 – Распределение врачей, детализирующих/не детализирующих ключевые жалобы пациентов по специальностям, абс./%

Группы специальностей	детализировали ключевые жалобы		не детализировали ключевые жалобы		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	50	38,5% _{ab}	80	61,5%	130	100,0%
хирургические	10	25,6% _a	29	74,4%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	17	56,7% _b	13	43,3%	30	100,0%
Итого	77	38,7%	122	61,3%	199	100,0%

Детализацию ключевых жалоб пациентов чаще осуществляют врачи молодого возраста на уровне тенденции (рисунок 16). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для не детализирующих жалобы пациентов составили 49,0 (41,0 и 58,0) и детализирующих жалобы 48,0 (40,0 и 54,0) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,059$).

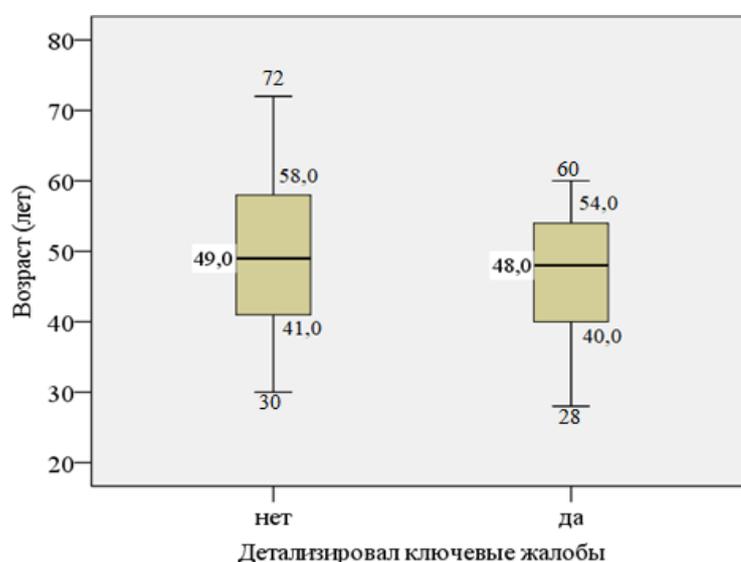


Рисунок 16 – Возраст врачей, детализирующих и не детализирующих ключевые жалобы пациентов, года

3.3.2. Анализ частоты перебивания врачами пациентов

При перебивании, пациент берет пассивную роль, полностью следует за врачом. В такой ситуации пациенты часто сбиваются, забывают, о чем хотели сказать. В итоге врач может получить неполную информацию от собеседника. Для получения большей информации, врач не должен перебивать пациентов.

Данные о частоте перебивания пациентов при расспросе врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 27.

Таблица 27 – Распределение врачей не перебивавших пациентов по полу, абс./%

Пол	не перебивали пациента		перебивали пациента		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	22	68,8%	10	31,2%	32	100,0%
женщины	100	51,9%	67	48,1%	167	100,0%
Итого	122	61,3%	77	58,7%	199	100,0%

При анализе полученных данных выявлено, что врачи женщины (48,1%) чаще перебивают пациентов во время сбора жалоб и анамнеза, чем врачи мужчины (31,2%) (точный тест Фишера, $p = 0,430$).

Анализ данных о частоте перебивания пациентов при расспросе врачами различных специальностей представлен в таблице 28.

При анализе распределения показателя по специальностям (таблица 28), выявлено, что все врачи-акушеры-гинекологи (100%) не перебивали пациентов, врачи-терапевты перебивали своих пациентов в 43,1% случаев. Худший результат показали врачи хирургического профиля, они перебивали пациентов в 53,8% случаев, данное распределение статистически значимо (точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой Сидак).

Таблица 28 – Распределение врачей не перебивавших пациентов по специальностям, абс./%

Группы специальностей	не перебивали пациента		перебивали пациента		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	74	56,9% _a	56	43,1%	130	100,0%
хирургические	18	46,2% _a	21	53,8%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0% _{ab}	-	0,0%	30	100,0%
Итого	122	61,3%	77	58,7%	199	100,0%

Врачи более старшего возраста чаще перебивают пациентов во время расспроса (рисунок 17). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, перебивающих пациентов при проведении сбора жалоб и анамнеза составили 53,0 (46,00 и 58,00) и не перебивающих 45,50 (38,75 и 52,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

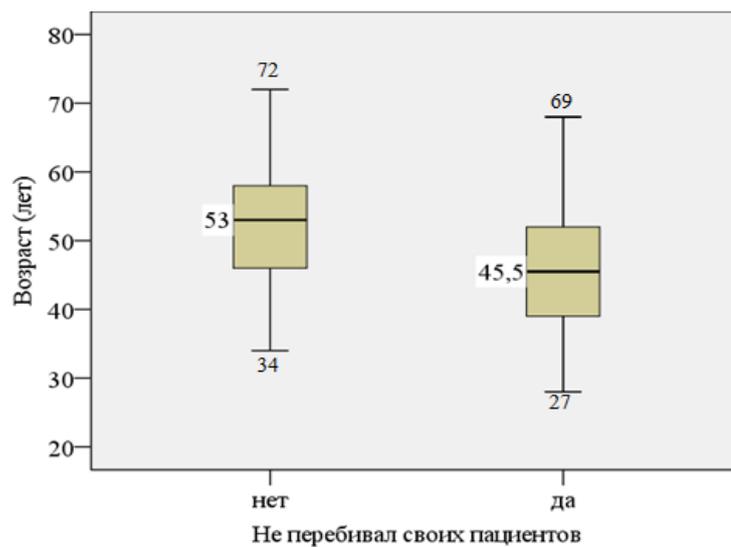


Рисунок 17 – Возраст врачей, перебивающих и не перебивающих своих пациентов, года

3.3.3. Анализ частоты применения врачами серии вопросов

Врачи могут применять серию вопросов при расспросе пациентов. Серия вопросов – это два и более вопроса, заданные подряд без ожидания ответа пациента. Но пациенты в таком случае часто отвечают только на последний вопрос или тот, который лучше запомнился, поэтому остальные вопросы врача остаются без ответа. Это действие врача является неверным. Данные о частоте использования серии вопросов при расспросе пациентов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 29.

Таблица 29 – Распределение врачей, не применявших серии вопросов по полу, абс./%

Пол	не задавали серии вопросов		задавали серии вопросов		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	10	31,3%	22	68,7%	32	100,0%
женщины	51	30,5%	116	69,5%	167	100,0%
Итого	61	30,7%	138	69,3%	199	100,0%

Врачи (69,3%) часто применяют серию вопросов при сборе информации у пациента, при этом отсутствует статистическая разница между врачами обоих полов (точный тест Фишера, $p = 0,544$) (таблица 30).

Таблица 30 – Распределение врачей, не применявших серии вопросов по специальностям, абс./%

Группы специальностей	не задавали серии вопросов		задавали серии вопросов		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	37	28,5%	93	71,5%	130	100,0%
хирургические	16	41,0%	23	59,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	8	26,7%	22	73,3%	30	100,0%
Итого	61	30,7%	138	69,3%	199	100,0%

Анализ данных показал (таблица 30), что врачи-хирурги (59,0%) реже врачей других специальностей применяют серию вопросов при сборе информации у пациентов, в то время как статистическая разница между врачами-терапевтами (71,5%) и врачами-акушерами-гинекологами (73,3%) незначительная (точный тест Фишера, $p = 0,315$).

Частота применения серии вопросов при сборе жалоб и анамнеза пациентов не была взаимосвязана с возрастом врача (рисунок 18) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,323$).

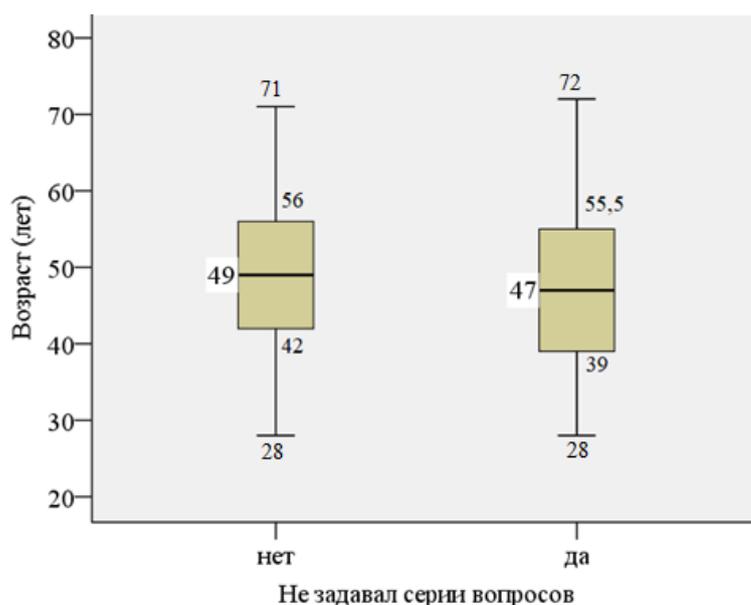


Рисунок 18 – Возраст врачей задававших и не задававших серии вопросов, года

3.3.4. Анализ частоты выявления врачами данных анамнеза заболевания

Для врача важное значение имеет не только выявление всех жалоб пациента, но и сбор данных анамнеза заболевания: как оно возникло, развивалось. Эти данные необходимы врачу для планирования дальнейшего обследования и лечения пациента. Информация о частоте сбора данных анамнеза заболевания пациентов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 31.

Врачи (97,0%) часто во время врачебного приема собирали анамнез заболевания пациентов, при этом все врачи женщины (100%) интересовались

анамнезом заболевания, врачи мужчины (81,3%) чуть меньше были заинтересованы в данных анамнеза заболевания пациентов, статистически значимо (точный тест Фишера, $p < 0,001$).

Таблица 31 – Распределение врачей, собиравших анамнез заболевания, по полу, абс./%

Пол	собирали анамнез заболевания		не собирали анамнез заболевания		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	26	81,3%	6	18,8%	32	100,0%
женщины	167	100,0%	-	0,0%	167	100,0%
Итого	193	97,0%	6	3,0%	199	100,0%

На основании анализа данных (таблица 32) выявлено, что все врачи-терапевты (100%), как и врачи-акушеры-гинекологи (100%) задавали вопросы пациентам, касающиеся анамнеза их заболевания, врачи-хирурги (84,6%) реже собирали данные анамнеза заболевания пациентов (точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой Сидак).

Таблица 32 – Распределение врачей, собиравших анамнез заболевания, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	собирали анамнез заболевания		не собирали анамнез заболевания		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	130	100,0% _a	-	0,0%	130	100,0%
хирургические	33	84,6% _b	6	15,4%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0% _a	-	0,0%	30	100,0%
Итого	193	97,0%	6	3,0%	199	100,0%

Врачи более старшего возраста чаще интересовались анамнезом заболевания пациентов (рисунок 19). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не выясняющих данные анамнеза заболевания пациентов при проведении сбора жалоб и анамнеза составили 40,50 (35,50 и 42,25) и выясняющих 49,00 (41,00 и 56,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,013$).

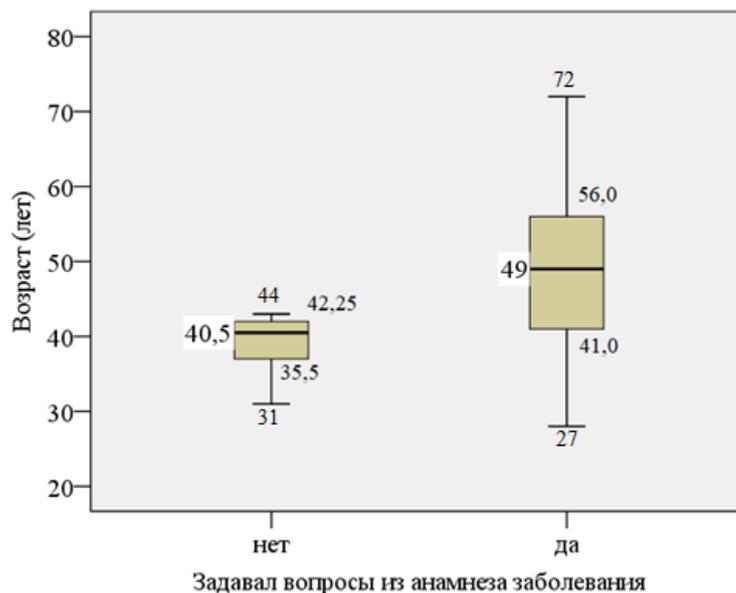


Рисунок 19 – Возраст врачей, задававших и не задававших вопросы из анамнеза заболевания, года

3.3.5. Анализ частоты выявления врачами данных анамнеза жизни

Анамнез жизни пациента – совокупность сведений о пациенте, которые помогают понять какой образ жизни ведет пациент, чем болел ранее. Данная информация важна для врача для планирования обследования и лечения пациента. Информация о частоте сбора данных анамнеза жизни пациентов врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 33.

Врачи (84,4%) часто задавали вопросы пациентам, касающиеся анамнеза их жизни. Все врачи мужчины (100%) интересовались анамнезом жизни своих пациентов, при этом врачи женщины (81,4%) реже собирали анамнез жизни

пациентов, данное значение статистически значимо (точный тест Фишера, $p = 0,003$).

Таблица 33 – Распределение врачей, собиравших анамнез жизни, по полу, абс./%

Пол	собирали анамнез жизни		не собирали анамнез жизни		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	136	81,4%	31	18,6%	167	100,0%
Итого	168	84,4%	31	15,6%	199	100,0%

Анализ данных показал (таблица 34), что врачи-терапевты (80,8%) реже врачей-хирургов (92,35) и врачей-акушеров-гинекологов (90,05) задавали вопросы, касающиеся анамнеза жизни больных, данное распределение не является статистически значимым (точный тест Фишера, $p = 0,166$).

Таблица 34 – Распределение врачей, собиравших анамнез жизни, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	собирали анамнез жизни		не собирали анамнез жизни		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	105	80,8%	25	19,2%	130	100,0%
хирургические	36	92,3%	3	7,7%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	27	90,0%	3	10,0%	30	100,0%
Итого	168	84,4%	31	15,6%	199	100,0%

Частота сбора данных анамнеза жизни пациентов не была взаимосвязана с возрастом врача (рисунок 20) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,653$).

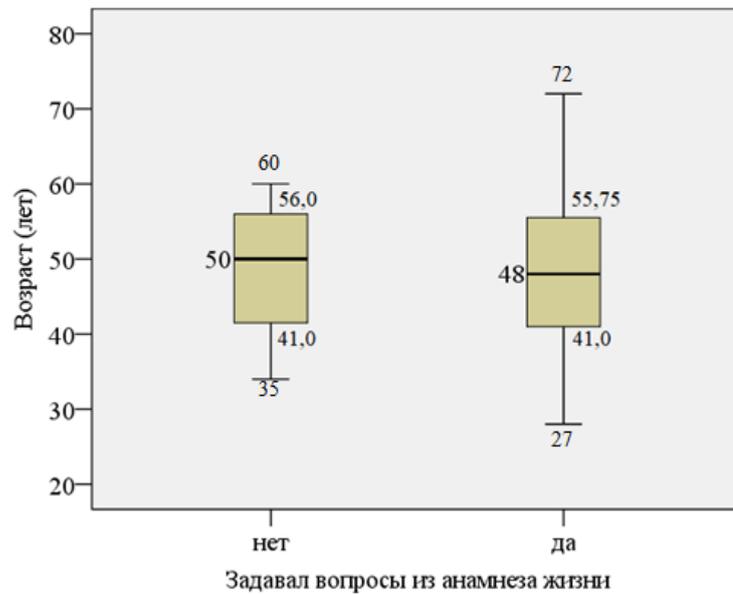


Рисунок 20 – Возраст врачей, задающих и не задающих вопросы из анамнеза жизни, года

3.3.6. Анализ частоты предположения врачами правильной диагностической гипотезы

На основании собранных у пациентов жалоб и анамнеза врачи уже могут предполагать наиболее верную диагностическую гипотезу. Данные о частоте предположения правильной диагностической гипотезы в результате сбора информации у пациентов врачами мужчинами и врачами женщинами представлены в таблице 35.

Таблица 35 – Распределение врачей, предположивших правильный диагноз, по полу, абс./%

Пол	диагноз поставлен правильно		диагноз поставлен неправильно		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	10	31,3%	22	68,7%	32	100,0%
женщины	63	37,7%	104	62,3%	167	100,0%
Итого	73	36,7%	126	63,3%	199	100,0%

Врачи (36,7%) редко предполагают верную диагностическую гипотезу по результатам сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов. Врачи женщины (37,7%) чаще чем врачи мужчины (31,3%) предполагали верную диагностическую гипотезу (точный тест Фишера, $p = 0,552$).

По результатам анализа данных (таблица 36), врачи-акушеры-гинекологи (63,3%) чаще врачей-терапевтов (32,3%) и врачей-хирургов (30,8%) предполагают верные диагностические гипотезы по итогам сбора информации у пациентов, данное распределение статистически значимо (точный тест Фишера, $p = 0,005$, с поправкой Сидак).

Таблица 36 – Распределение врачей, предположивших правильный диагноз, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	диагноз поставлен правильно		диагноз поставлен неправильно		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	42	32,3% _a	88	67,7%	130	100,0%
хирургические	12	30,8% _a	27	69,2%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	19	63,3% _b	11	36,7%	30	100,0%
Итого	73	36,7%	126	63,3%	199	100,0%

Врачи старших возрастных групп чаще предполагают верные диагностические гипотезы (рисунок 21).

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, предположивших неверную диагностическую гипотезу в результате сбора жалоб и анамнеза у пациентов составили 47,0 (40,0 и 53,0) и предположивших верную диагностическую гипотезу 52,0 (44,0 и 57,0) лет соответственно (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,015$).

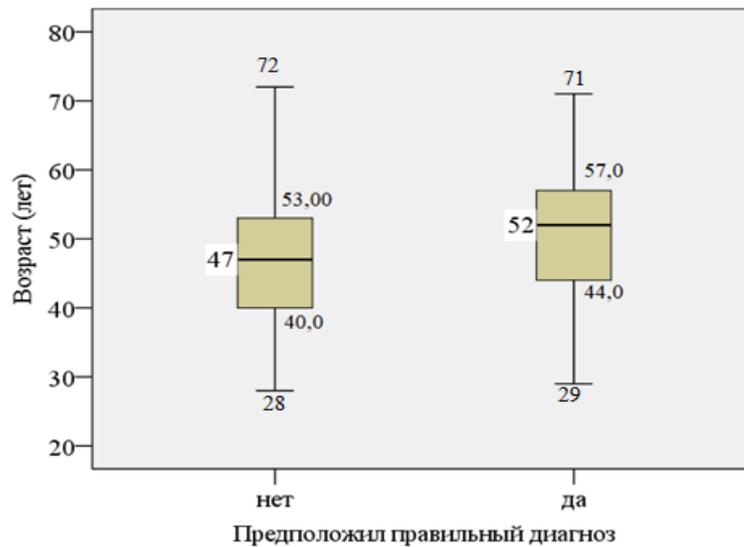


Рисунок 21 – Возраст врачей, предположивших / не предположивших правильный диагноз, года

3.4. Навыки информирования, разъяснения информации

3.4.1. Анализ частоты разъяснения врачами результатов осмотра пациентов

После проведенного физикального осмотра, врач должен разъяснить пациенту его результаты. В связи с этим врачи были распределены на разъяснивших и не разъяснивших результаты осмотра. Данные о распределении врачей на разъяснивших и не разъяснивших результаты проведенного осмотра пациентам в зависимости от пола представлены в таблице 37.

Таблица 37 – Распределение врачей на разъяснявших/не разъяснявших результаты осмотра пациентам по полу, абс./%

Пол	разъяснили		не разъяснили		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	26	81,3%	6	18,7%	32	100,0%
женщины	126	75,4%	41	24,6%	167	100,0%
Итого	152	76,4%	47	23,6%	199	100,0%

Разъясняли результаты осмотра пациентам большинство врачей (81,3% мужчин и 75,4% женщин). Мужчины и женщины делали это одинаково часто (точный тест Фишера, $p = 0,650$).

Интерес представляло оценить имеются ли различия в частоте разъяснения результатов осмотра своим пациентам врачами различных групп специальностей. Такие данные представлены в таблице 38.

Таблица 38 – Распределение врачей на разъяснявших/не разъяснявших результаты осмотра пациентам по специальностям, абс./%

Группы специальностей	разъяснили		не разъяснили		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	100	76,9%	30	23,1%	130	100,0%
хирургические	29	74,4%	10	25,6%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	23	76,7%	7	23,3%	30	100,0%
Итого	152	76,4%	47	23,6%	199	100,0%

На основании анализа данных большинство врачей всех специальностей практически одинаково часто разъясняли пациентам результаты проведенного осмотра (76,9% врачей-терапевтов, 76,7% врачей-акушеров-гинекологов, 74,4% врачей-хирургов) (точный тест Фишера, $p = 0,969$).

Вопросы возможного влияния на разъяснение результатов осмотра возраста врачей представлены на рисунке 22.

Врачи более молодого возраста чаще разъясняли результаты проведенного физикального осмотра пациента (рисунок 22). Медиана, нижний и верхний квартили возраста врачей, которые разъясняли результаты физикального осмотра своим пациентам составили 46,0 (30,25; 52,0) лет. Те же значения для не приветствующих пациентов врачей составили, соответственно 44,0 (37,0; 56,0) лет. Различия между распределениями имели тенденцию к статистической значимости (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,088$).

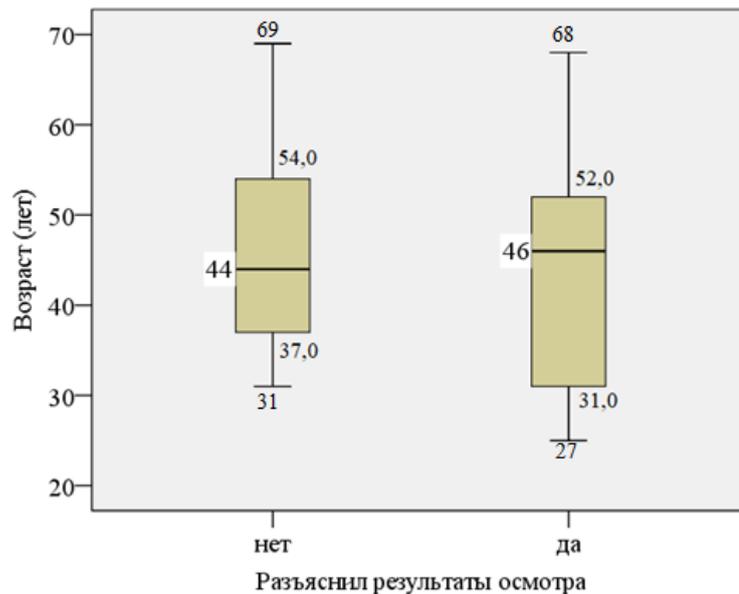


Рисунок 22 – Возраст врачей, разъяснивших и не разъяснивших результаты осмотра, года

3.4.2. Анализ частоты уточнения врачами исходных знаний пациента относительно своего состояния

Прежде чем преступить к разъяснению информации по поводу состояния пациента, врач должен осведомиться об исходных знаниях и понимании происходящего у самого пациента. Это поможет врачу определиться с объемом информации, которую нужно сообщить пациенту. То есть, врач разъясняет информацию опираясь на исходные знания пациента, предварительно уточнив это у него самого.

Соотношение уточняющих и не уточняющих исходные знания пациента относительно своего состояния врачей по полу представлено в таблице 39.

Лишь около 30% обследованных врачей интересовались исходными знаниями пациентов. При этом врачи-мужчины делали это значительно чаще (46,9% против 26,3%). Данные различия были статистически значимыми (точный тест Фишера, $p = 0,033$).

Таблица 39 – Распределение врачей, уточнявших/не уточнявших исходные знания пациентов относительно своего состояния, по полу, абс./%

Пол	уточнили		не уточнили		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	15	46,9%	17	53,1%	32	100,0%
женщины	44	26,3%	123	73,7%	167	100,0%
Итого	59	29,6%	140	70,4%	199	100,0%

Проверка гипотезы о неодинаковой частоте выявления исходного понимания проблемы пациентами врачей разных специальностей представлены в таблице 40.

Реже других специальностей уточняли исходные знания пациента относительно его состояния врачи акушеры-гинекологи (13,3%), врачи-хирурги уточняли в 38,5% случаев, а врачи-терапевты - в 30,8%. Различия имели тенденцию к статистической значимости (точный тест Фишера, $p = 0,063$).

Таблица 40 – Распределение врачей, уточнявших/не уточнявших исходные знания пациентов относительно своего состояния, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	уточнили		не уточнили		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	40	30,8%	90	69,2%	130	100,0%
хирургические	15	38,5%	24	61,5%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	4	13,3%	26	86,7%	30	100,0%
Итого	59	29,6%	140	70,4%	199	100,0%

Примечание: использован точный тест Фишера, $p = 0,063$, с поправкой на множественность сравнений Сидак

Врачи, уточняющие исходные знания пациентов относительно их состояния были в среднем моложе, чем те, которые не выясняли эту информацию (рисунок

23). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для первых составили 31,0 (29,0 и 46,0) и для вторых 48,0 (37,0 и 54,0) лет. Данные различия были статистически значимыми (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,001$).

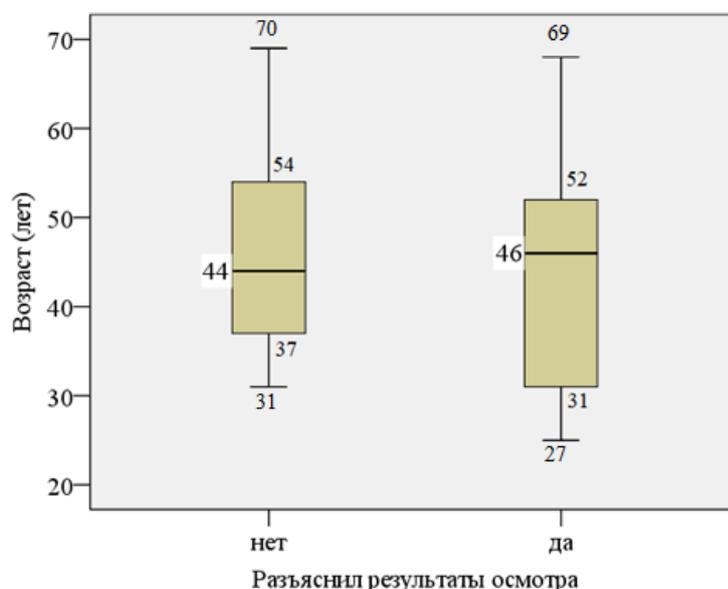


Рисунок 23 – Возраст врачей, уточняющих и не уточняющих исходные знания пациентов, года

3.4.3. Анализ частоты выявления врачами наличия вопросов у пациентов

Врач должен начинать разъяснение информации пациенту с уточнения, какая информация нужна пациенту по данному вопросу. Распределение врачей мужчин и женщин по выявлению наличия вопросов у пациентов представлено в таблице 41.

Около 50,3% обследованных врачей в процессе разъяснения информации пациентам интересовались какая информация им нужна или какие вопросы у них имеются. При этом врачи-мужчины делали это значительно чаще (65,6% против 47,3%). Данное различие имело тенденцию к статистической значимости (точный тест Фишера, $p = 0,081$).

Таблица 41 – Распределение врачей по выявлению наличия вопросов у пациентов по полу, абс./%

Пол	спросили		не спросили		всего	
	n	%	n	%	n	%
мужчины	21	65,6%	11	34,4%	32	100,0%
женщины	79	47,3%	88	52,7%	167	100,0%
Итого	100	50,3%	99	49,7%	199	100,0%

В рамках исследования представляло интерес изучение частоты выявления вопросов у пациентов врачами разных специальностей (таблица 42).

Как следует из данных таблицы 42, врачи различных специальностей по частоте выявления вопросов у пациентов различались. Чаще всех выясняли, какая информация нужна пациентам врачи-хирурги (64,1%), врачи-акушеры-гинекологи составили 60,0%, а врачи-терапевты продемонстрировали наихудший результат – 43,8% случаев (точный тест Фишера, $p = 0,044$).

Таблица 42 – Распределение врачей по выявлению наличия вопросов у пациентов по специальностям, абс./%

Группы специальностей	спросили		не спросили		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	57	43,8% _a	73	56,2%	130	100,0%
хирургические	25	64,1% _b	14	35,9%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	18	60,0% _{ab}	12	40,0%	30	100,0%
Итого	100	50,3%	99	49,7%	199	100,0%

Частота выявления вопросов у пациентов была взаимосвязана с возрастом врача (рисунок 24). Врачи более молодого возраста чаще интересовались, какая информация нужна пациентам, предлагая им задать вопросы, чем врачи более старшего возраста. Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не

уточнивших наличие вопросов у пациентов составили 48,0 (44,0 и 54,0) и для уточнивших наличие вопросов 31,0 (29,0 и 46,0) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

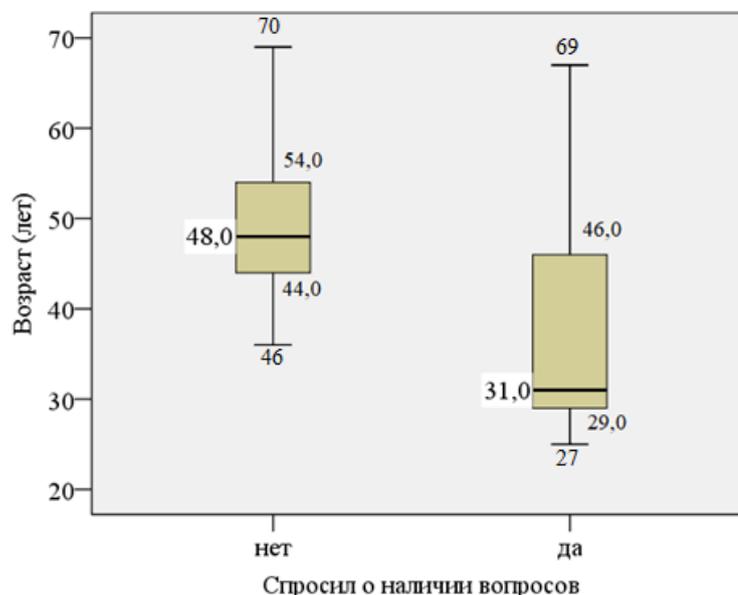


Рисунок 24 – Возраст врачей, выявивших и не выявивших наличие вопросов пациентов, года

3.4.4. Анализ частоты предоставления врачами возможности пациентам задавать вопросы

Очень важно, чтобы врач предоставлял возможность пациенту задать все вопросы по мере их возникновения. Этот навык необходим для вовлечения пациента в процесс беседы при разъяснении информации и решение всех его вопросов и сомнений.

Данные о частоте предоставления возможности пациентам задать все имеющиеся или возникающие у них вопросы относительно своего состояния врачами, различающимися по полу, представлены в таблице 43.

Врачи в 57,8% случаев предоставляли возможность пациентам задавать вопросы в процессе разъяснения информации (таблица 43). При этом врачи

мужчины чаще (в 75,0% случаев) демонстрировали владение этим навыком по сравнению с врачами женщинами (54,5%) (точный тест Фишера, $p = 0,033$).

Таблица 43 – Распределение врачей, предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы, по полу, абс./%

Пол	предоставил		не предоставил		всего	
	n	%	n	%	n	%
мужчины	24	75,0%	8	25,0%	32	100,0%
женщины	91	54,5%	76	45,5%	167	100,0%
Итого	115	57,8%	84	42,2%	199	100,0%

Как показал анализ данных, представленных в таблице 44, частота предоставления пациентам возможности задавать вопросы в процессе разъяснения информации врачами-хирургами составила 64,1%, врачами-терапевтами – 59,2%, а врачами-акушерами-гинекологами – 43,3% (точный тест Фишера, $p = 0,198$).

Таблица 44 – Распределение врачей, предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	предоставил		не предоставил		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	77	59,2%	53	40,8%	130	100,0%
хирургические	25	64,1%	14	35,9%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	13	43,3%	17	56,7%	30	100,0%
Итого	115	57,8%	84	42,2%	199	100,0%

Возрастные распределения предоставляющих и не предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы в процессе разъяснения информации (рисунок 25) врачей статистически значимо различалось в пользу врачей более молодого возраста (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных, $p < 0,001$).

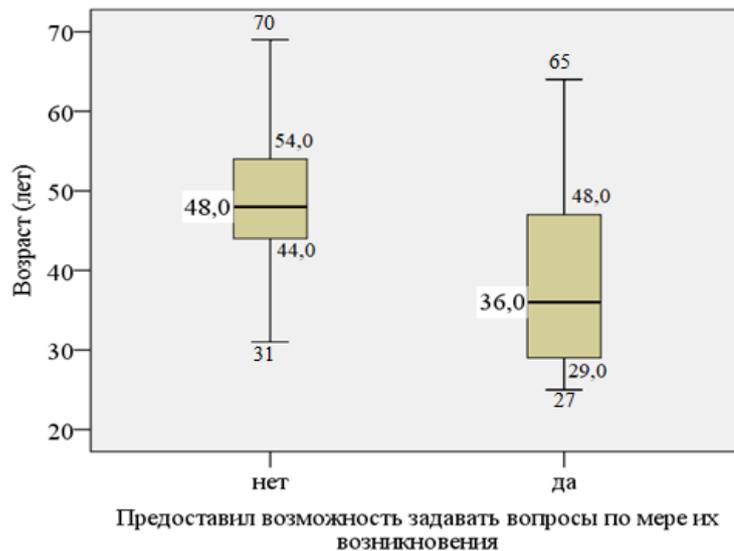


Рисунок 25 – Возраст врачей, предоставляющих и не предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы, года

3.4.5. Анализ частоты предоставления врачами дозированной информации пациентам

Врач предоставляет информацию пациенту дозированно с применением пауз, чтобы тот мог отреагировать на услышанное. Данные о распределении врачей на разъяснивших информацию пациентам дозированно и не применявших дозированное предоставление информации в зависимости от пола представлены в таблице 45. Врачи обоих полов очень часто (в 94,0% случаев) (таблица 45) предоставляли информацию пациентам дозированно, причем врачи мужчины выполняли этот навык в 100% случаев (точный тест Фишера, $p = 0,221$).

Таблица 45 – Распределение врачей по предоставлению дозированной информации пациентам по полу, абс./%

Пол	дозированно		не дозированно		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	155	92,8%	12	7,2%	167	100,0%
Итого	187	94,0%	12	6,0%	199	100,0%

При анализе данных распределения приема дозированного предоставления информации по специальностям (таблица 46), выявлено, что врачи-хирурги и врачи-акушеры-гинекологи в 100% случаев применяли данный навык, врачи-терапевты чуть реже – в 90,8% демонстрировали дозированность при разъяснении информации (точный тест Фишера, $p = 0,039$, с поправкой Сидак).

Таблица 46 – Распределение врачей по предоставлению дозированной информации пациентам по специальности, абс./%

Группы специальностей	проводили скрининг		не проводили скрининг		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	118	90,8% _a	12	9,2%	130	100,0%
хирургические	39	100,0% _b	-	0,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0% _b	-	0,0%	30	100,0%
Итого	187	94,0%	12	6,0%	199	100,0%

Частота применения дозированного предоставления информации пациентам не была взаимосвязана с возрастом врача (рисунок 26) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,165$).

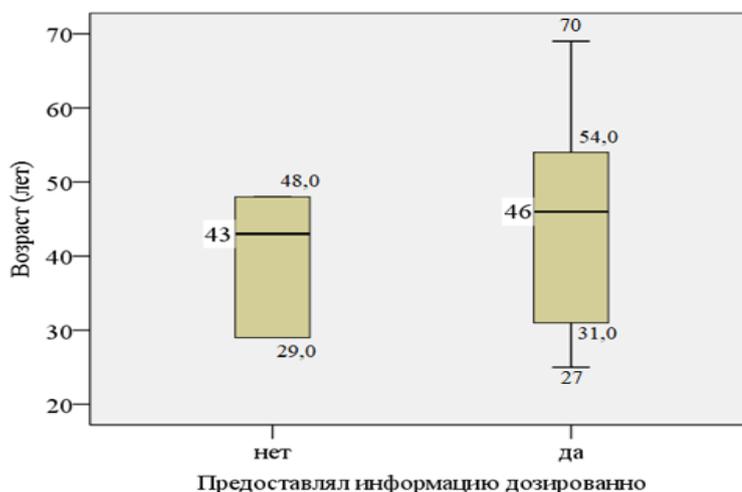


Рисунок 26 – Возраст врачей, предоставлявших пациентам информацию дозированно / не дозированно, года

3.4.6. Анализ частоты использования врачами медицинских терминов при общении с пациентами

В процессе разъяснения информации врач не использует медицинские термины, то есть информация предоставляется на доступном языке. Этот навык необходим, чтобы пациент понимал информацию, предоставленную врачом. Данные о частоте применения медицинских терминов при разъяснении информации пациентам врачами, различающимися по полу, представлены в таблице 47.

Таблица 47 – Распределение врачей, использовавших/не использовавших медицинские термины при консультировании, по полу, абс./%

Пол	не использовали		использовали		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	162	97,0%	5	3,0%	167	100,0%
Итого	194	97,5%	5	2,5%	199	100,0%

При анализе данных врачи обоих полов очень часто (в 97,5% случаев) не использовали медицинские термины при разъяснении информации пациентам. Врачи мужчины демонстрировали этот навык в 100% случаев, врачи женщины – в 97% случаев (точный тест Фишера, $p = 0,999$).

В рамках исследования представляло интерес изучение частоты применения медицинских терминов при разъяснении информации пациентам врачами разных специальностей (таблица 48).

Анализ данных показал, что врачи-хирурги и врачи-акушеры-гинекологи не применяют медицинские термины при разъяснении информации в 100% случаев, в то время как врачи-терапевты демонстрировали этот навык в 96,2% случаев (точный тест Фишера, $p = 0,514$).

Таблица 48 – Распределение врачей, использовавших/не использовавших медицинские термины при консультировании, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	не использовали		использовали		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	125	96,2%	5	3,8%	130	100,0%
хирургические	39	100,0%	-	0,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0%	-	0,0%	30	100,0%
Итого	195	97,5%	5	2,5%	199	100,0%

При анализе использования / не использования медицинских терминов при разъяснении информации пациентам врачами с учетом распределения по возрасту (рисунок 27), выявлено, что врачи более молодого возраста реже применяют медицинские термины в своей речи. Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не применявших медицинские термины в своей речи при разъяснении информации пациентам составили 46,0 (31,0 и 53,0) и использовавших медицинские термины 56,0 (51,50 и 59,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,015$).

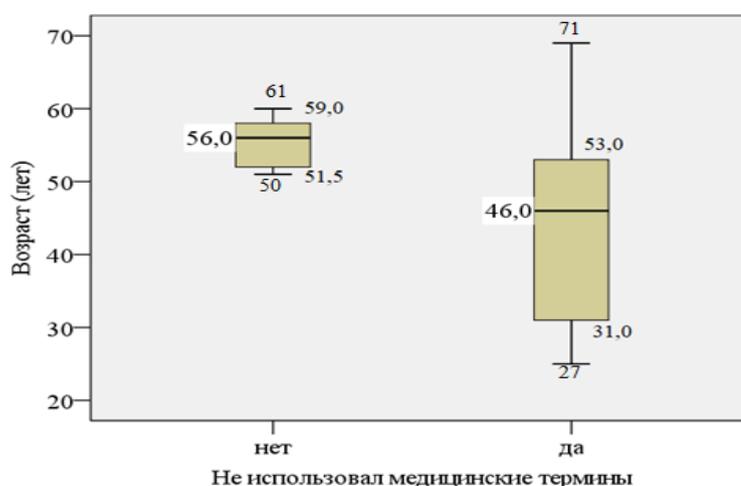


Рисунок 27 – Возраст врачей, использовавших / не использовавших медицинские термины, года

3.4.6. Анализ частоты выяснения врачами понимания пациентом информации

После разъяснения информации, врач должен убедиться в понимании пациентом полученной информации, уточнив это у самого пациента. Данные о частоте выяснения врачами разного пола наличия понимания пациентами полученной информации, представлены в таблице 49.

Таблица 49 – Распределение врачей, убеждавшихся в понимании пациентом информации, по полу, абс./%

Пол	убедился		не убедился		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	15	46,9%	17	53,1%	32	100,0%
женщины	57	34,1%	110	65,9%	167	100,0%
Итого	72	36,2%	127	63,8%	199	100,0%

При анализе данных (таблица 49) врачи обоих полов редко (в 36,2% случаев) убеждаются в понимании пациентом полученной информации. При этом врачи мужчины чаще (в 46,9% случаев) применяют данный навык, врачи женщины демонстрируют его в 34,1% случаев (точный тест Фишера, $p = 0,228$).

Результаты анализа данных выяснения врачами различных специальностей понимания пациентами полученной информации, представлены в таблице 50.

Таблица 50 – Распределение врачей, убеждавшихся в понимании пациентом информации, по специальности, абс./%

Группы специальностей	полностью собрали жалобы		не полностью собрали жалобы		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	45	36,4%	85	63,6%	130	100,0%
хирургические	15	38,5%	24	61,5%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	12	40,0%	18	60,0%	30	100,0%
Итого	72	36,2%	127	63,8%	199	100,0%

При анализе распределения данного навыка по специальностям (таблица 50),

выявлено, что врачи-акушеры-гинекологи (в 40,0% случаев) чаще врачей-хирургов (38,5%) и врачей-терапевтов (36,4%) убеждаются в понимании пациентом полученной информации во время разъяснения (точный тест Фишера, $p = 0,821$).

Представляло интерес распределение навыка убеждения в понимании пациентом информации врачами в зависимости от возраста врачей (рисунок 28).

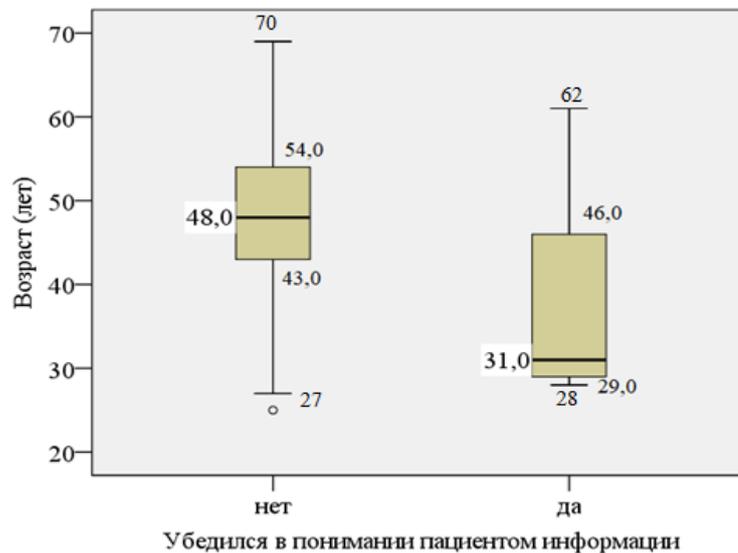


Рисунок 28 – Возраст врачей, убедившихся и не убедившихся в понимании пациентами информации, года

При анализе данных выявлено, что врачи более молодого возраста чаще убеждаются в понимании пациентом полученной при разъяснении информации. Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не убеждавшихся в понимании пациентами информации составили 48,0 (43,0 и 54,0) убеждавшихся в понимании пациентами полученной информации 31,0 (29,00 и 46,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

3.4.8. Анализ частоты согласования врачами с пациентами плана дальнейших действий

После проведения разъяснения, врач согласовывает взаимоприемлемый план дальнейших действий пациента с учетом возможностей последнего.

Данные о частоте применения навыка согласования дальнейших действий пациента врачами, различающимися по полу представлены в таблице 51.

Таблица 51 – Распределение врачей, согласовывавших план дальнейших действий с пациентом, по полу, абс./%

Пол	согласовал		не согласовал		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	26	81,3%	6	18,7%	32	100,0%
женщины	116	69,5%	51	30,5%	167	100,0%
Итого	142	71,4%	57	28,6%	199	100,0%

При анализе полученных данных врачи согласовывают план дальнейших действий пациента в 71,4% случаев (таблица 51). Врачи мужчины (в 81,3% случаев) гораздо чаще врачей женщин (69,5%) применяют данный навык во время врачебного приема (точный тест Фишера, $p = 0,206$).

Данные о частоте применения навыка согласования дальнейших действий пациента врачами различных специальностей представлены в таблице 52.

Таблица 52 – Распределение врачей, согласовывавших план дальнейших действий с пациентом, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	согласовал		не согласовал		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	95	73,1%	35	26,9%	130	100,0%
хирургические	30	76,9%	9	23,1%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	17	56,7%	13	43,3%	30	100,0%
Итого	142	71,4%	57	28,6%	199	100,0%

При анализе распределения навыка согласования дальнейшего плана действий с пациентом по специальностям, получены следующие результаты

(таблица 52): врачи-акушеры-гинекологи в 56,7% случаев согласовывают план действий с пациентами, что значительно реже, чем врачи других специальностей. При этом врачи-хирурги (76,9%) и врачи-терапевты (73,1%) продемонстрировали практически одинаковые результаты (точный тест Фишера, $p = 0,153$).

Анализ данных показал, что врачи более молодого возраста чаще согласовывают план дальнейших действий с пациентом (рисунок 29). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не согласовавших план дальнейших действий с пациентами составили 48,0 (44,0 и 54,0) и согласовавших план с пациентами 43,50 (31,00 и 53,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

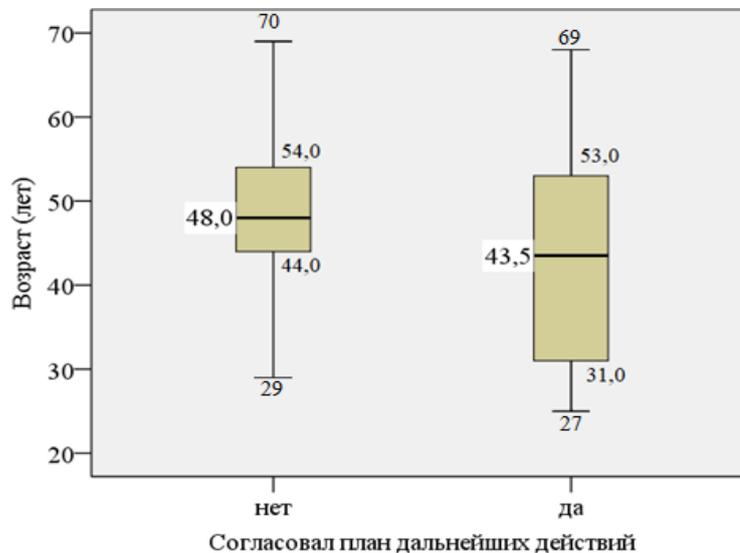


Рисунок 29 – Возраст врачей, не согласовывающих и согласовывающих план дальнейших действий пациента, года

3.5. Навыки выстраивания отношений

3.5.1. Анализ частоты поддержания врачами зрительного контакта

Для выстраивания доверительных взаимоотношений и улавливания сигналов пациентов врачу нужно поддерживать зрительный контакт с ними не менее 50%

времени врачебного приема. При поддержании зрительного контакта, пациенты чувствуют заинтересованность врача в беседе. Информация о частоте применения навыка поддержания зрительного контакта *во время сбора жалоб и анамнеза* с пациентами врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 53.

Таблица 53 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт при сборе жалоб и анамнеза, по полу, абс./%

Пол	поддерживали зрительный контакт		не поддерживали зрительный контакт		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	27	84,4%	5	15,6%	32	100,0%
женщины	127	76,0%	40	24,0%	167	100,0%
Итого	154	77,4%	45	22,6%	199	100,0%

Врачи мужчины (84,4%) чаще врачей женщин (76,0%) поддерживают зрительный контакт с пациентом на протяжении медицинской консультации (точный тест Фишера, $p = 0,363$).

Данные о частоте поддержания зрительного контакта врачами различных специальностей представлены в таблице 54.

Таблица 54 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт во время сбора жалоб и анамнеза, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	поддерживали зрительный контакт		не поддерживали зрительный контакт		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	105	80,8% _a	25	19,2%	130	100,0%
хирургические	22	56,4% _b	17	43,6%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	27	90,0% _a	3	10,0%	30	100,0%
Итого	154	77,4%	45	22,6%	199	100,0%

Анализ данных показал (таблица 54), что зрительный контакт с пациентом во время его расспроса чаще поддерживают врачи-акушеры-гинекологи (90,0%), врачи-терапевты – в 80,8%, худший результат продемонстрировали врачи хирургических специальностей (56,4%) (точный тест Фишера, $p = 0,002$, с поправкой Сидак).

Врачи старшего возраста реже (рисунок 30) поддерживали зрительный контакт с пациентом при проведении расспроса.

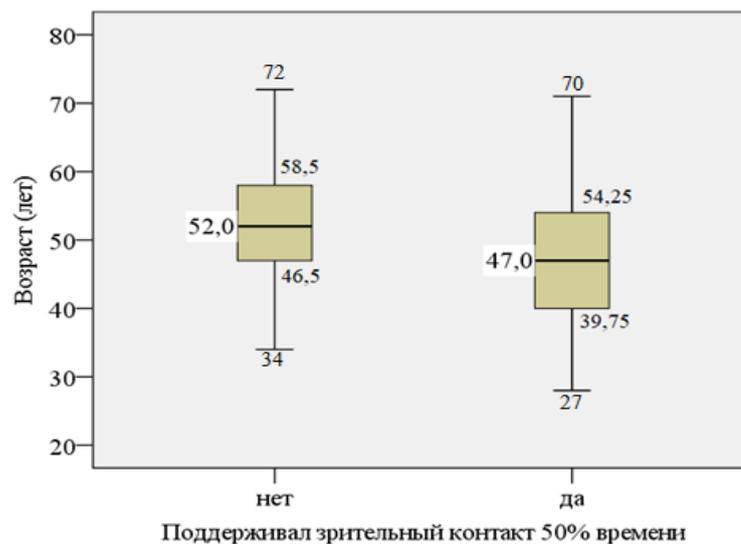


Рисунок 30 – Возраст врачей, поддерживавших и не поддерживавших зрительный контакт с пациентом при сборе жалоб и анамнеза, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не поддерживающих зрительный контакт с пациентами при проведении сбора жалоб и анамнеза составили 52,50 (46,50 и 58,50) и поддерживающих зрительный контакт 47,00 (39,75 и 54,25) лет, статистически значимо (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

Врач поддерживает зрительный контакт с пациентом в процессе *разъяснения ему информации* в количестве 50% времени консультирования. Данные о распределении врачей на поддерживавших/не поддерживавших зрительный контакт с пациентами по полу представлен в таблице 55.

Таблица 55 – Распределение врачей, поддерживавших\не поддерживавших зрительный контакт во время разъяснения информации, по полу, абс./%

Пол	поддерживали		не поддерживали		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	22	68,8%	10	31,3%	32	100,0%
женщины	130	77,8%	37	22,2%	167	100,0%
Итого	152	76,4%	47	23,6%	199	100,0%

На основании полученных данных выявлено, что врачи женщины (77,8%) и врачи мужчины (68,8%) часто поддерживали зрительный контакт с пациентами в процессе разъяснения им информации (точный тест Фишера, $p = 0,264$).

Определенный интерес представляла проверка гипотезы, что врачи разных специальностей с разной частотой поддерживают зрительный контакт с пациентами. Данные проверки представлены в таблице 56.

На основании анализа данных врачи всех специальностей часто поддерживали зрительный контакт с пациентами на протяжении разъяснения информации. При этом врачи-акушеры-гинекологи (86,7%) чаще врачей-терапевтов (74,6%) и врачей-хирургов (74,4%) проявляли навык поддержания зрительного контакта с пациентами (точный тест Фишера, $p < 0,366$) (таблица 56).

Таблица 56 – Распределение врачей, поддерживавших\не поддерживавших зрительный контакт во время разъяснения информации, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	поддерживали		не поддерживали		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	97	74,6%	33	25,4%	130	100,0%
хирургические	29	74,4%	10	25,6%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	26	86,7%	4	13,3%	30	100,0%
Итого	152	76,4%	47	23,6%	199	100,0%

Врачи более молодого возраста чаще поддерживали зрительный контакт с пациентами, чем врачи более старшего возраста (рисунок 31). Медиана, верхний и нижней квантили возраста врачей, поддерживающих зрительный контакт с пациентами составили 44,0 (31,0 и 48,0) лет. Для остальных обследованных соответствующие значения составили 53,0 (43,0 и 56,0). Как очевидно из рисунка данные различия были статистически значимыми (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p < 0,001$).

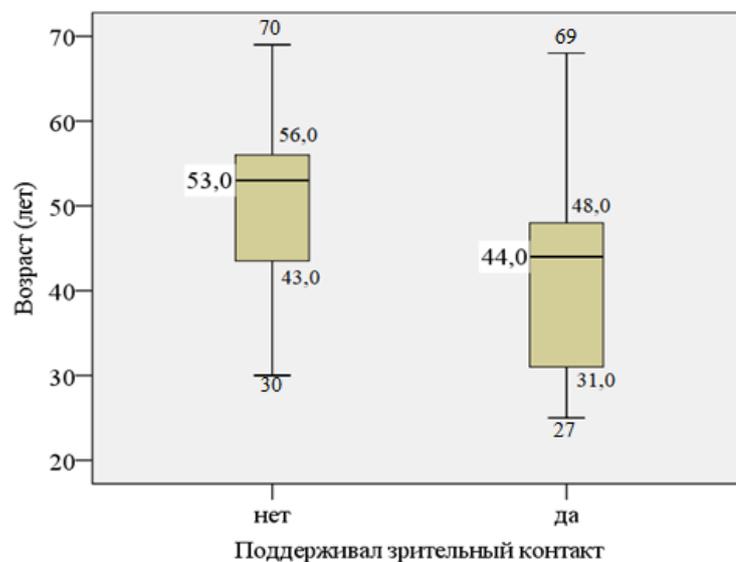


Рисунок 31 – Возраст врачей, поддерживавших и не поддерживавших зрительный контакт с пациентом во время разъяснения информации, года

3.5.2. Анализ частоты обращения врачами к пациентам по имени-отчеству

Обращение врача к пациенту по имени-отчеству во время приема способствует поддержанию доброжелательных отношений в модели «врач-пациент». Данные о частоте обращения к пациентам по имени-отчеству врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 57.

Врачи (5,5%) крайне редко обращаются к пациентам во время расспроса. Врачи мужчины (15,6%) чаще врачей женщин (3,6%) применяют данный навык при расспросе пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,018$)

Таблица 57 – Распределение врачей, обращающихся к пациентам по имени-отчеству, по полу, абс./%

Пол	обращались по имени-отчеству		не обращались по имени-отчеству		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	5	15,6%	27	84,4%	32	100,0%
женщины	6	3,6%	161	96,4%	167	100,0%
Итого	11	5,5%	188	94,5%	199	100,0%

Анализ данных показал (таблица 58), что только врачи терапевтического профиля (8,5%) в небольшом количестве обращались к пациентам по имени-отчеству, врачи-хирурги (0,0%) и врачи-акушеры-гинекологи (0,0%) к пациентам не обращались (точный тест Фишера, $p = 0,058$).

Таблица 58 – Распределение врачей, обращающихся к пациентам по имени-отчеству, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	обращались по имени-отчеству		не обращались по имени-отчеству		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	11	8,5%	119	91,5%	130	100,0%
хирургические	-	0,0%	39	100,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	-	0,0%	30	100,0%	30	100,0%
Итого	11	5,5%	188	94,5%	199	100,0%

Врачи старшего возраста чаще обращаются к пациентам по имени-отчеству (рисунок 32).

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не обращающихся к пациентам по имен-отчеству при проведении сбора жалоб и анамнеза составили 48,0 (40,0 и 55,0) и обращающихся к пациентам 55,0 (53,0 и 58,0) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,010$).

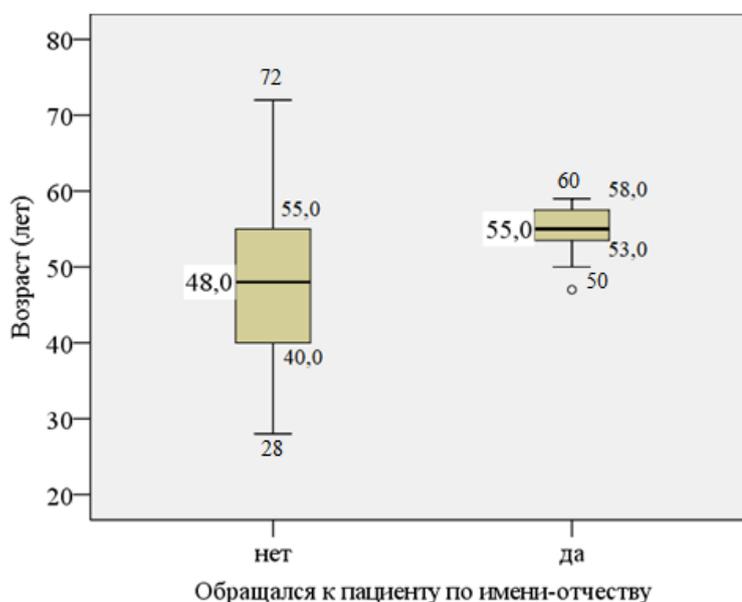


Рисунок 32 – Возраст врачей, обращавшихся / не обращавшихся к пациенту по имени-отчеству, года

3.5.3. Анализ частоты проявления врачами эмпатии

На протяжении врачебного приема пациенты могут проявлять различные чувства, эмоции, что связано с информацией, которую они услышали от врача. В такой момент важно, чтобы врач услышал и правильно отреагировал на чувства пациента, проявив эмпатию.

Данные о частоте реагирований на чувства и эмоции пациента врачами, различающимися по полу представлены в таблице 59.

Таблица 59 – Распределение врачей, реагировавших на чувства пациента, по полу, абс./%

Пол	реагировал		не реагировал		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	14	43,8%	18	56,2%	32	100,0%
женщины	58	34,7%	109	65,3%	167	100,0%
Итого	72	36,2%	127	63,8%	199	100,0%

Врачи во время разъяснения информации редко реагируют на чувства пациентов (таблица 59). Врачи мужчины (в 43,8% случаев) чуть чаще реагировали на чувства пациентов во время консультирования, чем врачи женщины (34,7%) (точный тест Фишера, $p = 0,422$).

При анализе распределения владения эмпатией врачами различных специальностей (таблица 60), выявлено, что врачи-акушеры-гинекологи (46,7%) чаще врачей-хирургов (35,9%) и врачей-терапевтов (33,8%) реагируют на чувства своих пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,402$).

Таблица 60 – Распределение врачей, реагировавших на чувства пациента, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	реагировал		не реагировал		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	44	33,8%	86	66,2%	130	100,0%
хирургические	14	35,9%	25	64,1%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	14	46,7%	16	53,3%	30	100,0%
Итого	72	36,2%	127	63,8%	199	100,0%

Взаимосвязь возраста врачей и реагирование их на эмоции пациента представлена на рисунке 33.

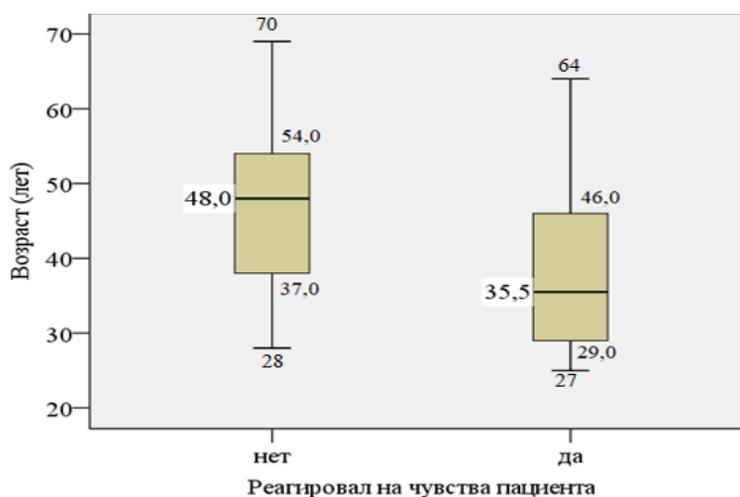


Рисунок 33 – Возраст врачей, не реагировавших и реагировавших на чувства пациента, года

Анализ данных показал (рисунок 33), что врачи более молодого возраста чаще реагируют на чувства пациентов. Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не реагировавших на чувства пациентов составили 48,0 (37,0 и 54,0) и реагировавших 31,00 (29,00 и 46,00) лет, данное распределение статистически значимо (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

3.6. Анализ данных оценки владения врачами коммуникативными навыками до обучения

3.6.1. Анализ результатов сбора врачами жалоб и анамнеза у пациентов

По результатам анализа данных (рисунок 34) выявлено, что врачи часто: не обобщают информацию, полученную от пациентов (97,0%); не обращаются по имени-отчеству (94,5%); не представляются (91,0%); не выявляют полный перечень жалоб пациентов (83,9%); не применяют скрининг при сборе жалоб (78,5%); задают серии вопросов (69,3%); выявляют жалобы, применяя закрытый вопрос (67,8%); предполагают неверную диагностическую гипотезу (63,3%); не проявляют заботу о комфорте пациента (62,3%); не детализируют жалобы пациента (61,3%).

Врачи продемонстрировали лучшее владение следующими навыками: не перебивали пациентов (61,3%); поддерживали зрительный контакт (77,4%); идентифицировали пациентов (82,4%); собирали анамнез жизни (84,4%); приветствовали пациентов (87,4%).

При этом анализ данных показал, что врачи часто применяют открытый вопрос при выявлении жалоб пациента (94,5%), интересуются анамнезом заболевания (97%), и все врачи (100%) активно слушают первую жалобу пациента.



Рисунок 34 – Выполнение врачами исследуемых навыков сбора жалоб и анамнеза, %

3.6.2. Анализ результатов консультирования пациентов врачами

Врачи продемонстрировали (рисунок 35) владение следующими навыками: не использовал медицинские термины (97,5%); дозированное предоставление информации (94,0%); разъяснение результатов проведенного физикального осмотра (76,4%); поддержание зрительного контакта (76,4%).



Рисунок 35 – Частота выполнения врачами исследуемых навыков консультирования, %

Анализ данных показал, что врачи часто согласовывают с пациентом план дальнейших его действий (71,1%), предоставляют возможность задавать вопросы пациентам (57,8%), спрашивают пациентов о наличии у них вопросов (50,3%).

При этом врачи продемонстрировали недостаточное владение навыками убеждения в понимании пациентом полученной информации (36,2%), реагирования на чувства пациента (36,2%). Реже всех приемов врачи применяли навык уточнения исходных знаний пациентов (29,6%).

Таким образом, при проведении исследования по изучению владения навыками профессионального общения у врачей при сборе жалоб и анамнеза у пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях, работающих по специальностям терапия, хирургия, акушерство и гинекология, было выявлено практически полное отсутствие следующих компетенций: обобщение полученной от пациента информации, обращение к пациенту по имени-отчеству, самопрезентация, полный сбор жалоб пациента, навык скрининга. Обнаружено

недостаточное применение врачами заботы о комфорте пациента, поддержания зрительного контакта с собеседником, детализации значимых жалоб. Врачи часто ошибались при попытке поставить правильную диагностическую гипотезу. В процессе медицинской консультации врачи активно применяли ошибочные действия такие, как выявление жалобы с помощью закрытого вопроса, перебивание пациента, применение серии вопросов при его расспросе. При этом чуть хуже, чем у врачей других специальностей выглядели результаты, полученные у врачей-хирургов. Но было выявлено, что врачи всех специальностей, участвующие в исследовании, часто начинают сбор информации у пациента с открытого вопроса, применяют навык активного слушания, получив первую жалобу, интересуются анамнезом жизни пациента.

Исследование изучения владения врачами навыками профессионального общения при разъяснении информации пациентам в амбулаторно-поликлинических условиях, работающих по специальностям терапия, хирургия, акушерство и гинекология, показало недостаточное применение следующих компетенций: уточнение исходного уровня знаний пациента относительно проблемы, реагирование врачей на чувства пациентов, убеждение в понимании пациентом полученной информации, выявление наличия вопросов у пациентов и предоставление возможности им задавать все вопросы по мере возникновения на протяжении консультации.

Всего лишь в 70% случаев врачи согласовывают с пациентом дальнейший план их действий, разъясняют результаты проведенного осмотра, поддерживают зрительный контакт. При этом врачи всех специальностей, участвующие в исследовании, при разъяснении информации очень часто предоставляют её дозированно с паузами, не используя в своей речи медицинские термины.

3.7. Результаты обучения врачей навыкам профессионального общения при сборе жалоб и анамнеза

Результаты обучения врачей навыкам профессионального общения представлены на рисунке 36.



Рисунок 36 – Увеличение доли врачей, владеющих навыками сбора информации после обучения по мнению эксперта, %

Обучение врачей навыкам профессионального общения позволило развить исследованные навыки, практически по всем изученным компетенциям. При этом по 15 компетенциям из 19, доля применяющих их врачей составила более 90%. Самыми ригидными оказались проведение обобщения выявленных жалоб (80%), не выявление жалобы закрытым вопросом (75%) и обращение к пациенту по имени-отчеству (менее 50%).

При этом различия в долях до и после обучения были статистически незначимы лишь в отношении слушания, сбора анамнеза заболевания, использования врачом открытых вопросов (использован точный тест Фишера с поправкой Бонферрони для 20 пар сравнений (критическое значения $p = 0,0025$)).

3.8. Результаты обучения врачей навыкам разьяснения информации

Непосредственные результаты обучения приведены на рисунке 37.



Рисунок 37 – Увеличение доли врачей, владеющих навыками разьяснения информации после обучения по мнению эксперта, %

Результаты обучения позволили развить исследованные навыки, используемые при разьяснении информации, практически по всем изученным компетенциям. При этом по 7 компетенциям из 11, доля применяющих их врачей составила более 90%. Самыми ригидными оказались реагирование на чувства пациентов (81,3%), обращение к пациенту по имени-отчеству (менее 50%).

Таким образом, после обучения основам партнерской модели медицинского консультирования удалось получить увеличение доли врачей, применяющих коммуникативные навыки в своей профессиональной деятельности. При этом по 15 компетенциям из 19, доля применяющих их врачей составила более 90%. Такие врачи активно применяют навык скрининга при сборе жалоб пациента, добиваясь получения полного перечня проблем. Соответственно, наблюдается значительное увеличение доли верных диагностических гипотез, поставленных врачами по итогам сбора жалоб и анамнеза у пациентов. Более ригидными в плане наработки оказались следующие навыки: подведение обобщения выявленных жалоб, запрет на использование закрытых вопросов при выявлении жалоб, обращение к пациенту по имени-отчеству.

После обучения основам партнерской модели медицинского консультирования, удалось получить увеличение доли врачей, применяющих коммуникативные навыки в своей профессиональной деятельности. При этом по 7 компетенциям, необходимым при разъяснении информации, из 11, доля применяющих их врачей составила более 90%. Самыми ригидными оказались реагирование на чувства пациентов (81,3%), обращение к пациенту по имени-отчеству (менее 50%).

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ВЛАДЕНИИ НАВЫКАМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

4.1. Мнение стандартизированных пациентов о владении врачами коммуникативными навыками при сборе жалоб и анамнеза

4.1.1. Анализ мнения стандартизированных пациентов о проявлении врачами доброжелательности

Данные о частоте проявления доброжелательности (готовность помочь, проявление понимания и уважения) в отношении пациентов при сборе жалоб и анамнеза у них врачами мужчинами и врачами женщинами представлены в таблице 61.

Таблица 61 – Мнение стандартизированных пациентов о доброжелательности
врачей разного пола при сборе жалоб и анамнеза, абс./%

Пол	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	16	50,0%	16	50,0%	32	100,0%
женщины	136	81,4%	31	18,6%	167	100,0%
Итого	152	76,4%	47	23,6%	199	100,0%

На основании анализа полученных данных (таблица 61) во время сбора жалоб и анамнеза у пациентов врачи женщины чаще (81,4%) были доброжелательны по отношению к собеседникам, чем врачи мужчины (50,0%) (точный тест Фишера, $p = 0,001$).

На основании анализа (таблица 62) более доброжелательными выглядели врачи-акушеры-гинекологи (90,0%), чем врачи-терапевты (87,7%), менее

доброжелательными, с точки зрения СП, были врачи-хирурги (28,2%) (точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой Сидак).

Таблица 62 – Мнение стандартизированных пациентов в отношении доброжелательности врачей разных специальностей при сборе жалоб и анамнеза, абс./%

Группы специальностей	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	116	87,7% _a	14	12,3%	130	100,0%
хирургические	11	28,2% _b	28	71,8%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	27	90,0% _a	3	10,0%	30	100,0%
Итого	152	76,4%	47	23,6%	199	100,0%

При этом доброжелательность врачей к пациентам не была взаимосвязана с возрастом врача (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,888$).

4.1.2. Анализ мнения стандартизированных пациентов в отношении использования врачами понятного языка общения

Общение врача с пациентом должно проходить на понятном языке, без применения медицинских терминов. Данные о частоте использования специальной терминологии при сборе жалоб и анамнеза у них врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 63.

На основании полученных данных (таблица 63), по мнению СП все врачи мужчины (100%) не употребляли медицинские термины при общении с пациентами, врачи женщины часто (94,6%) использовали понятный язык (точный тест Фишера, $p = 0,344$).

Таблица 63 – Мнение стандартизированных пациентов в отношении применения врачами разного пола понятного языка при сборе жалоб и анамнеза, абс./%

Пол	использование понятного языка		не использование понятного языка		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	161	94,6%	6	5,4%	167	100,0%
Итого	193	97,0%	6	3,0%	199	100,0%

При анализе полученных данных (таблица 64) врачи всех специальностей чаще не применяют медицинские термины при общении с пациентами во время сбора жалоб и анамнеза (точный тест Фишера, $p = 0,306$).

Таблица 64 – Мнение стандартизированных пациентов в отношении применения врачами разных специальностей понятного языка при сборе жалоб и анамнеза, абс./%

Группы специальностей	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	124	95,4%	6	4,6%	130	100,0%
хирургические	39	100,0%	-	0,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0%	-	0,0%	30	100,0%
Итого	193	97,0%	6	3,0%	199	100,0%

При анализе данных (рисунок 38) врачи более молодого возраста склонны к употреблению медицинских терминов при сборе жалоб и анамнеза у пациентов.

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, использующих медицинские термины при расспросе пациентов составили 65,50 (60,50 и 67,25) и не использующих медицинские термины 48,0 (40,50 и 55,00) лет соответственно (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,001$).

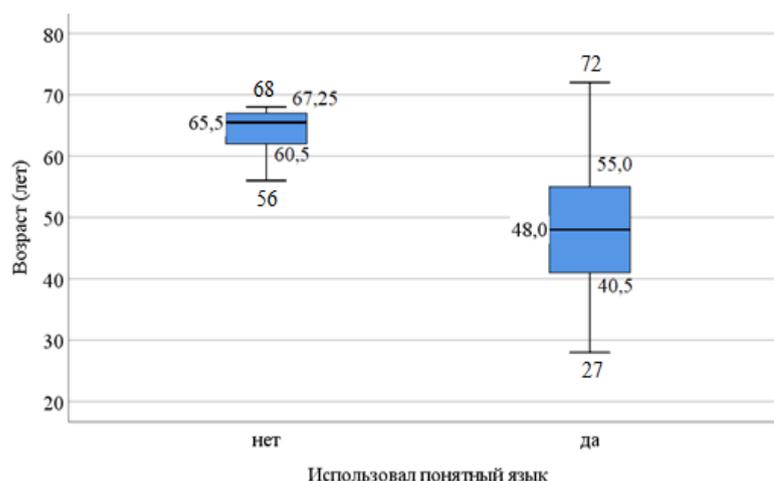


Рисунок 38 – Возраст врачей, использовавших понятный / непонятный язык при общении с пациентом, года

4.1.3. Анализ готовности стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с врачами

Важным критерием оценки работы врача, является готовность пациента записаться к нему на повторный прием. Данные о частоте готовности стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с врачами мужчинами и женщинами представлены в таблице 65.

Таблица 65 – Готовность стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с данным врачом по окончании сбора жалоб и анамнеза (распределение по полу врача), абс./%

Пол	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	n	%	n	%	n	%
мужчины	10	31,3%	22	68,7%	32	100,0%
женщины	119	71,3%	48	28,7%	167	100,0%
Итого	129	64,8%	70	35,2%	199	100,0%

При анализе данных (таблица 65) СП расценивают врачей женщин, как более

доброжелательных и чаще (71,3%) готовы к дальнейшему сотрудничеству с ними, чем с врачами мужчинами (31,3%) (точный тест Фишера, $p < 0,001$).

На основании анализа (таблица 66) стандартизированные пациенты чаще готовы к дальнейшему сотрудничеству с врачами-терапевтами (74,6%) и с врачами-акушерами-гинекологами (70,0%), в следствии их большей доброжелательности к пациентам, чем к сотрудничеству с врачами-хирургами (28,2%) (точный тест Фишера, $p < 0,001$ с поправкой Сидак).

Таблица 66 – Готовность стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с данным врачом по окончании сбора жалоб и анамнеза (распределение по специальностям), абс./%

Группы специальностей	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	97	74,6% _a	33	25,4%	130	100,0%
хирургические	11	28,2% _b	28	71,8%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	21	70,0% _a	9	30,0%	30	100,0%
Итого	129	64,8%	70	35,2%	199	100,0%

При этом готовность СП к дальнейшему сотрудничеству с врачами не была взаимосвязана с возрастом врача (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,947$).

4.1.4. Результаты анализа мнений стандартизированных пациентов после сбора жалоб и анамнеза

На основании анализа мнения СП (рисунок 39) врачи очень часто не обращаются к пациентам по имени-отчеству (94,5%), не выявляют все жалобы пациентов (83,9%), часто не проявляют заботу о комфорте пациентов (63,8%). При этом врачи стараются быть доброжелательными в 76,4% случаев и в 77,4%

поддерживают зрительный контакт с пациентами на протяжении сбора жалоб и анамнеза. А также было выявлено, что врачи часто приветствуют пациентов в ответ (87,4%), и при общении с пациентами используют понятный язык (97%).

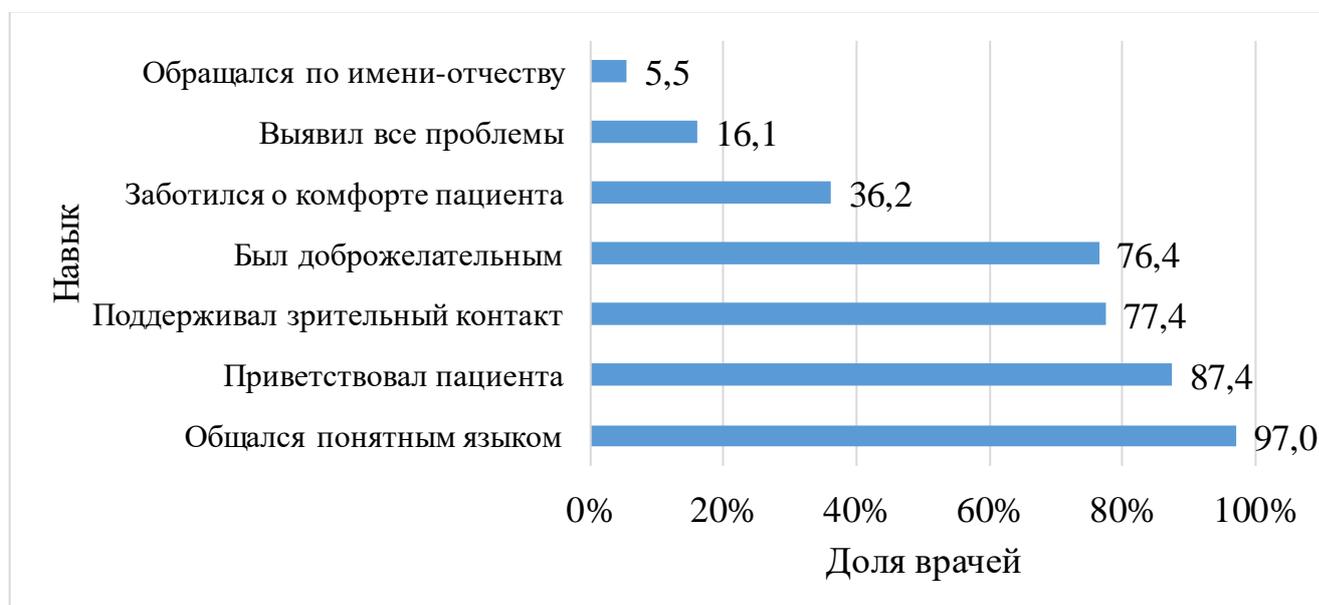


Рисунок 39 – Выполнение врачами исследуемых навыков сбора жалоб и анамнеза по мнению стандартизированного пациента, %

4.2. Мнение стандартизированных пациентов о владении врачами коммуникативными навыками при разъяснении информации

4.2.1. Анализ частоты проявления врачами заботы о комфорте пациента

Данные о частоте проявления заботы о комфорте пациентов во время консультирования с точки зрения самих пациентов врачами, различающимися по полу представлены в таблице 67.

На основании анализа ответов СП врачи во время консультирования проявляли заботу об их комфорте в 64,8% случаев (таблица 67). При этом врачи женщины (65,3%) и врачи мужчины (62,5%) демонстрировали владение данным навыком практически с одинаковой частотой (точный тест Фишера, $p = 0,840$).

Таблица 67 – Распределение врачей, проявивших заботу о комфорте пациента при консультировании, по полу, абс./%

Пол	заботился		не заботился		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	20	62,5%	12	37,5%	32	100,0%
женщины	109	65,3%	58	34,7%	167	100,0%
Итого	129	64,8%	70	35,2%	199	100,0%

Интерес представляет распределение владения врачами навыком заботы о комфорте пациента по специальностям с точки зрения СП (таблица 68).

Таблица 68 – Распределение врачей, проявивших заботу о комфорте пациента при консультировании, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	87	66,9%	43	33,1%	130	100,0%
хирургические	20	51,3%	19	48,7%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	22	73,3%	8	26,7%	30	100,0%
Итого	129	64,8%	70	35,2%	199	100,0%

Анализ данных показал, что врачи-акушеры-гинекологи (73,3%) чаще врачей-терапевтов (66,9%) проявляют заботу о комфорте пациентов, худший результат владения данным навыком продемонстрировали врачи-хирурги (51,3%) (точный тест Фишера, $p < 0,121$).

При анализе данных выявлено (рисунок 40), что врачи более молодого возраста чаще проявляют заботу о пациентах на врачебных приемах. Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не проявивших заботу о комфорте пациентов составили 44,0 (36,0 и 57,0) и проявивших заботу о комфорте

пациентов 46,00 (29,00 и 52,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,009$).

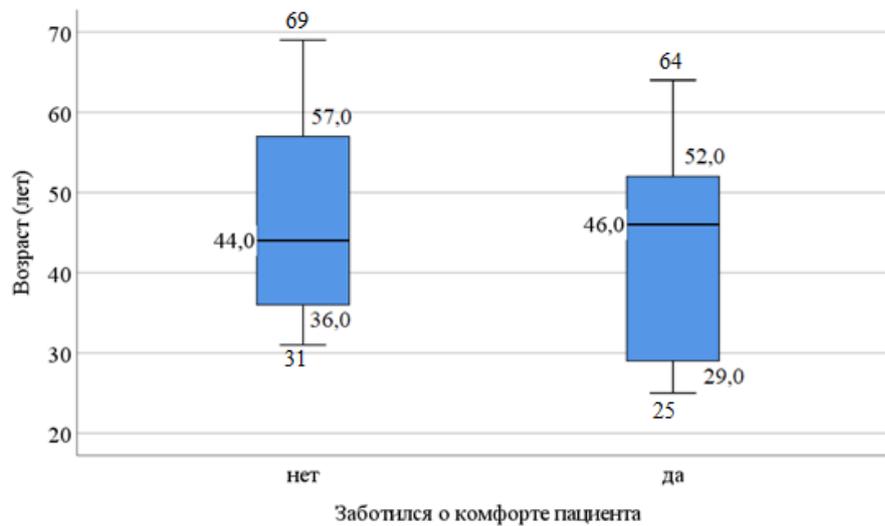


Рисунок 40 – Возраст врачей, заботившихся / не заботившихся о комфорте пациента, года

4.2.2. Анализ частоты проявления врачами доброжелательности на протяжении консультирования

Данные о частоте демонстрации доброжелательности в отношении пациентов с точки зрения стандартизированных пациентов врачами, различающимися по полу представлены в таблице 69.

Таблица 69 – Распределение врачей, проявивших доброжелательность во время консультирования, по полу, абс./%

Пол	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	24	75,0%	8	25,0%	32	100,0%
женщины	143	85,6%	24	14,4%	167	100,0%
Итого	167	83,9%	32	16,1%	199	100,0%

При анализе мнения СП (таблица 69) врачи чаще были доброжелательными (в 83,9% случаев). Врачи женщины (85,6%) были более доброжелательными с пациентами (по их мнению), чем врачи мужчины (75,0%) (точный тест Фишера, $p = 0,185$).

При анализе полученных данных (таблица 70) врачи-терапевты (89,2%) были более доброжелательны с пациентами, чем врачи-акушеры-гинекологи (86,7%), менее доброжелательными с пациентами были врачи-хирурги (64,1%) (точный тест Фишера, $p < 0,002$, с поправкой Сидак).

Таблица 70 – Распределение врачей, проявлявших доброжелательность во время консультирования, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	были доброжелательны		не были доброжелательны		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	116	89,2% _a	14	10,8%	130	100,0%
хирургические	25	64,1% _b	14	35,9%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	26	86,7% _{ab}	4	13,3%	30	100,0%
Итого	167	83,9%	32	16,1%	199	100,0%

Врачи более молодого возраста были более доброжелательными с пациентами (рисунок 41).

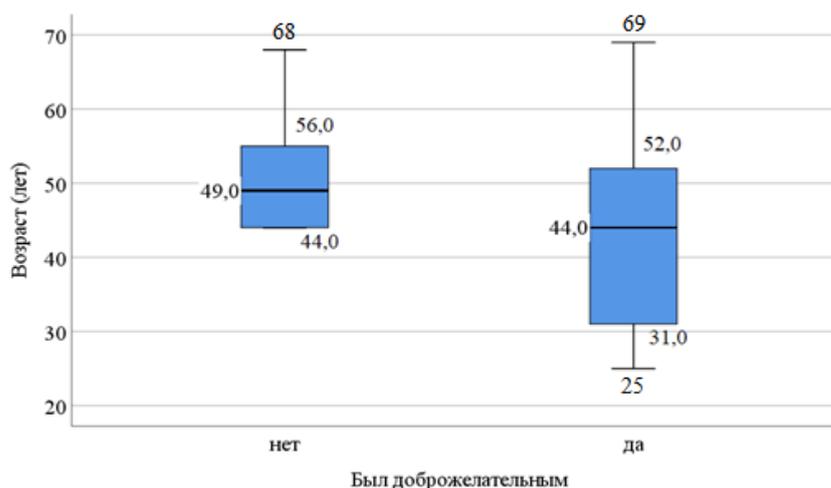


Рисунок 41 – Возраст врачей бывших / не бывших доброжелательными, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не доброжелательных по отношению к пациентам составили 49,0 (44,0 и 56,0) и демонстрирующих доброжелательность 44,00 (31,00 и 52,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

4.2.3. Анализ частоты поддержания врачами зрительного контакта с точки зрения стандартизированного пациентов

Данные о частоте поддержания зрительного контакта с пациентами с точки зрения стандартизированных пациентов врачами, различающимися по полу представлены в таблице 71.

При анализе мнения стандартизированных пациентов (таблица 71) при разъяснении информации врачи часто поддерживали зрительный контакт (в 81,4% случаев). При этом врачи женщины (82,6%) чаще врачей мужчин (75,0%) поддерживали зрительный контакт с пациентами (точный тест Фишера, $p = 0,001$).

Таблица 71 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт во время консультирования, по полу, абс./%

Пол	поддерживали		не поддерживали		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	24	75,0%	8	25,0%	32	100,0%
женщины	138	82,6%	29	17,4%	167	100,0%
Итого	162	81,4%	37	18,6%	199	100,0%

Анализ мнений СП показал (таблица 72), что врачи-хирурги (в 86,7% случаев) и врачи-акушеры-гинекологи (86,7%) чаще врачей-терапевтов (78,5%) поддерживали зрительный контакт с пациентами во время разъяснения информации (точный тест Фишера, $p = 0,392$).

Таблица 72 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт во время консультирования, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	поддерживали		не поддерживали		всего	
	n	%	n	%	n	%
терапевтические	102	78,5%	28	21,5%	130	100,0%
хирургические	34	87,2%	5	12,8%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	26	86,7%	4	13,3%	30	100,0%
Итого	162	81,4%	37	18,6%	199	100,0%

Врачи более молодого возраста чаще поддерживали зрительный контакт с пациентами при разъяснении информации (рисунок 42). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не поддерживающих зрительный контакт с пациентами составили 53,0 (43,0 и 56,0) и поддерживающих зрительный контакт 44,00 (31,00 и 48,75) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

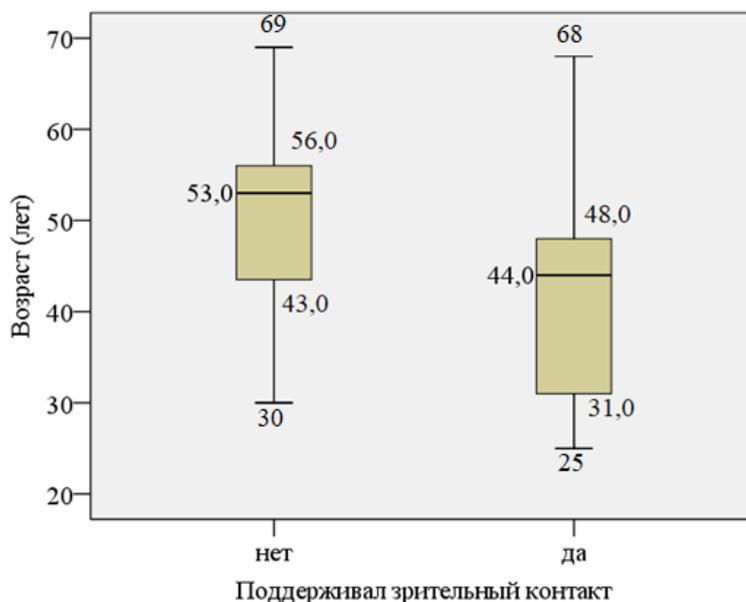


Рисунок 42 – Возраст врачей, поддерживавших / не поддерживавших зрительный контакт, года

4.2.4. Анализ частоты выявления врачами всех вопросов пациентов

Пациенты смогли задать врачам все интересующие их вопросы. Данные о частоте выявления всех вопросов пациентов с точки зрения стандартизированных пациентов врачами, различающимися по полу представлены в таблице 73.

Таблица 73 – Распределение врачей, выявивших все вопросы стандартизированных пациентов, по полу, абс./%

Пол	выявили		не выявили		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	24	75,0%	8	25,0%	32	100,0%
женщины	83	49,7%	84	50,3%	167	100,0%
Итого	107	53,8%	92	46,2%	199	100,0%

Анализ мнений СП (таблица 73) показал, что врачи только в 53,8% случаев выявляли все вопросы пациентов и отвечали на них. При этом врачи-мужчины (в 75,0% случаев) чаще врачей женщин (49,7%) демонстрируют владение данным навыком (точный тест Фишера, $p = 0,011$).

При анализе данных (таблица 74) врачи-хирурги (64,1%) чаще врачей-терапевтов (53,1%) выявляют все вопросы пациентов, наихудший результат владения данным навыком продемонстрировали врачи-акушеры-гинекологи (43,3%) (точный тест Фишера, $p = 0,229$).

Таблица 74 – Распределение врачей, выявивших все вопросы стандартизированных пациентов, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	выявили		не выявили		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	69	53,1%	61	46,9%	130	100,0%
хирургические	25	64,1%	14	35,9%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	13	43,3%	17	56,7%	30	100,0%
Итого	107	53,8%	92	46,2%	199	100,0%

Врачи более молодого возраста чаще выявляют все вопросы пациента при разъяснении информации на врачебном приеме (рисунок 43). Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, не выявляющих все вопросы пациентов составили 48,0 (44,0 и 55,0) и выявляющих все вопросы 32,00 (29,00 и 46,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$).

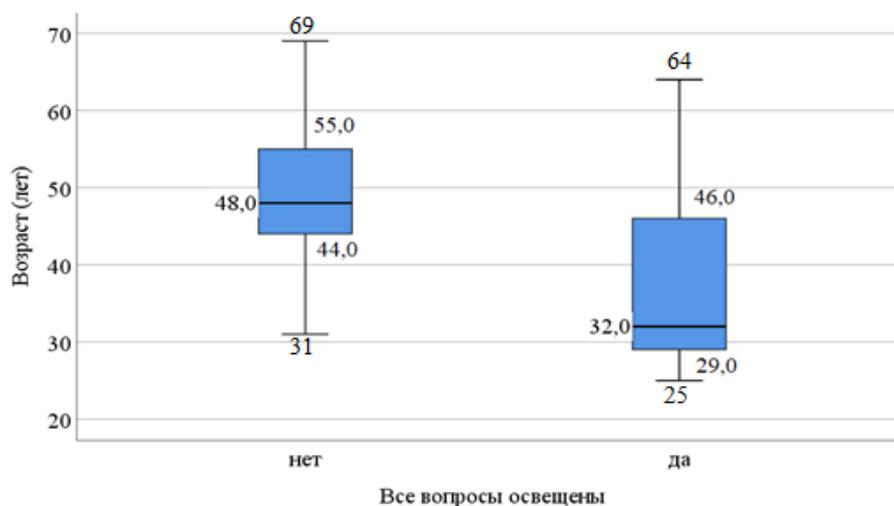


Рисунок 43 – Возраст врачей, выявивших все / не все вопросы у стандартизированных пациентов, года

4.2.5. Анализ частоты использования врачами понятного языка с точки зрения стандартизированных пациентов

Данные о частоте использования понятного языка при разъяснении информации пациентам с точки зрения стандартизированных пациентов врачами, различающимися по полу представлены в таблице 75.

Таблица 75 – Распределение врачей, использовавших понятный язык для стандартизированных пациентов во время консультирования, по полу, абс./%

Пол	язык понятен		язык непонятен		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	163	97,6%	4	2,4%	167	100,0%
Итого	195	98,0%	4	2,0%	199	100,0%

При анализе мнений СП (таблица 75) выявлено, что врачи мужчины и врачи женщины очень часто (в 98,0%) используют понятный язык при разъяснении информации (точный тест Фишера, $p = 0,999$).

Анализ данных (таблица 76) показал, что врачи-хирурги (100%) и врачи-терапевты (99,2%) чаще врачей-акушеров-гинекологов (90,0%) используют понятный для пациентов язык при разъяснении информации, избегая употребления медицинских терминов (точный тест Фишера, $p < 0,022$, с поправкой Сидак).

Таблица 76 – Распределение врачей, использовавших понятный язык для стандартизированных пациентов во время консультирования, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	язык понятен		язык непонятен		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	129	99,2% _a	1	0,8%	130	100,0%
хирургические	39	100,0% _{ab}	-	0,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	27	90,0% _b	3	10,0%	30	100,0%
Итого	195	98,0%	4	2,0%	199	100,0%

Врачи более старшего возраста чаще разъясняют информацию пациентам на понятном для них языке, не прибегая к медицинским терминам (рисунок 44).

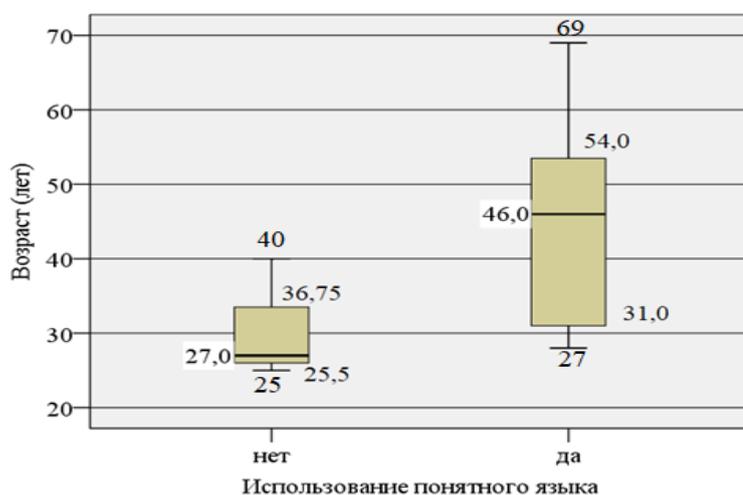


Рисунок 44 – Возраст врачей бывших понятными / непонятными стандартизированным пациентам, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, изъяснявшихся на непонятном для пациента языке составили 27,0 (25,50 и 36,75) и использовавших только понятный для пациента язык 46,00 (31,00 и 54,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,005$).

4.2.6. Анализ доступности предоставления информации врачами с точки зрения стандартизированных пациентов

Данные о доступности разъяснения информации пациентам с точки зрения самих пациентов врачами, различающимися по полу представлены в таблице 77.

Таблица 77 – Распределение врачей по доступности предоставления информации стандартизированным пациентам по полу, абс./%

Пол	была доступной		не была доступной		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	32	100,0%	-	0,0%	32	100,0%
женщины	163	97,6%	4	2,4%	167	100,0%
Итого	195	98,0%	4	2,0%	199	100,0%

Анализ мнений СП показал, что информация, озвученная врачами, была доступна для их понимания в 98,0% случаев (таблица 77). При этом одинаково доступна была полученная информация как от врачей-мужчин (100%), так и от врачей женщин (97,6%) (точный тест Фишера, $p = 0,999$).

При анализе мнений СП (таблица 78) информация, полученная пациентами от врачей-хирургов (100%) и врачей-акушеров-гинекологов (100%) была более доступна, чем от врачей-терапевтов (96,9%) (точный тест Фишера, $p = 0,780$).

Таблица 78 – Распределение врачей по доступности предоставления информации пациентам по специальностям, абс./%

Группы специальностей	была доступной		не была доступной		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	126	96,9%	4	3,1%	130	100,0%
хирургические	39	100,0%	-	0,0%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	30	100,0%	-	0,0%	30	100,0%
Итого	195	98,0%	4	2,0%	199	100,0%

4.2.7. Анализ мнения пациентов по поводу убедительности врачей во время консультирования

Данные об убедительности врачей различающимися по полу при разъяснении информации пациентам с точки зрения стандартизированных пациентов, представлены в таблице 79.

Таблица 79 – Распределение врачей по убедительности при разъяснении информации пациентам по полу, абс./%

Пол	были убедительны		не были убедительны		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	26	81,3%	6	18,7%	32	100,0%
женщины	115	69,8%	52	30,2%	167	100,0%
Итого	141	70,9%	58	29,1%	199	100,0%

При анализе мнений СП при разъяснении информации врачи были убедительны в 70,9% случаев, при этом врачи мужчины (в 81,3% случаев) были более убедительны, чем врачи женщины (69,8%) (точный тест Фишера, $p = 0,001$).

Наиболее убедительными по мнению пациентов (таблица 80) были врачи-хирурги (76,9%), чем врачи-терапевты (72,3%), менее всех убедительными оказались врачи-акушеры-гинекологи (56,7%) (точный тест Фишера, $p = 0,160$).

Таблица 80 – Распределение врачей по убедительности при разъяснении информации пациентам по специальностям, абс./%

Группы специальностей	были убедительны		не были убедительны		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	94	72,3%	36	27,7%	130	100,0%
хирургические	30	76,9%	9	23,1%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	17	56,7%	13	43,3%	30	100,0%
Итого	141	70,9%	58	29,1%	199	100,0%

4.2.8. Анализ частоты готовности стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с врачом

Данные о готовности пациентов к дальнейшему сотрудничеству с врачами, различающимися по полу с точки зрения самих пациентов представлены в таблице 81.

Таблица 81 – Распределение врачей, с которыми пациенты готовы в дальнейшем сотрудничать, по полу, абс./%

Пол	готовы к сотрудничеству		не готовы к сотрудничеству		всего	
	п	%	п	%	п	%
мужчины	24	75,0%	8	25,0%	32	100,0%
женщины	113	67,7%	54	32,3%	167	100,0%
Итого	137	68,8%	62	31,2%	199	100,0%

При анализе мнений СП (таблица 81) по окончании врачебного приема 68,8% СП готовы были к дальнейшему сотрудничеству с врачами, участвующими в исследовании, к врачам-мужчинам на повторный прием готовы были записаться 75,0% пациентов, а к врачам-женщинам – 67,7% пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,274$).

Анализ полученных данных показал (таблица 82), что чаще всего пациенты готовы были к сотрудничеству с врачами-терапевтами (в 73,1% случаев), чем с врачами-хирургами (64,1%), меньше всего пациентов готовы были сотрудничать с врачами-акушерами-гинекологами (56,7%) (точный тест Фишера, $p = 0,167$).

Таблица 82 – Распределение врачей, с которыми пациенты готовы в дальнейшем сотрудничать, по специальностям, абс./%

Группы специальностей	готовы к сотрудничеству		не готовы к сотрудничеству		всего	
	п	%	п	%	п	%
терапевтические	95	73,1%	35	26,9%	130	100,0%
хирургические	25	64,1%	14	35,9%	39	100,0%
акушерско-гинекологические	17	56,7%	13	43,3%	30	100,0%
Итого	137	68,8%	62	31,2%	199	100,0%

Анализ данных показал (рисунок 45), что СП чаще готовы к сотрудничеству с врачами более молодого возраста.

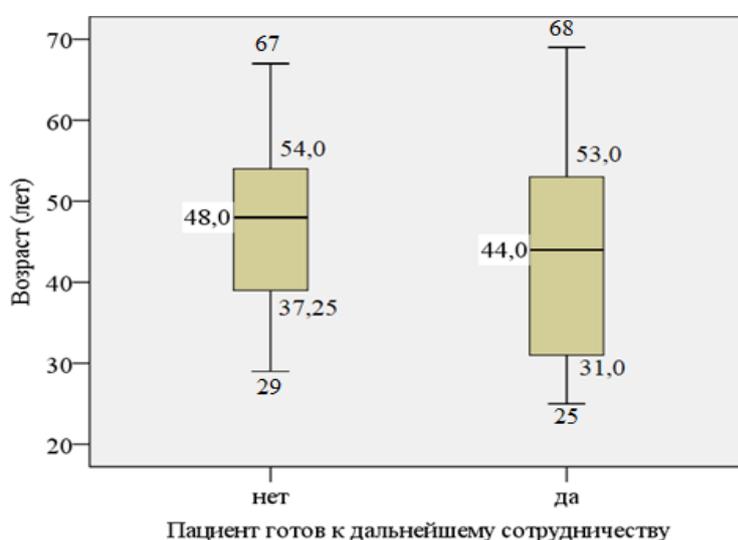


Рисунок 45 – Возраст врачей, с которыми готовы / не готовы продолжить сотрудничество стандартизированные пациенты, года

Медиана, нижний и верхний квартили возраста для врачей, с которыми пациенты не готовы сотрудничать далее составили 48,0 (37,25 и 54,00) и с которыми пациенты готовы сотрудничать далее 44,00 (31,00 и 53,00) лет (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,023$).

4.2.9. Анализ результатов консультирования врачами пациентов

Данные анализа результатов разъяснения информации пациентам врачами с точки зрения СП представлены на рисунке 46.

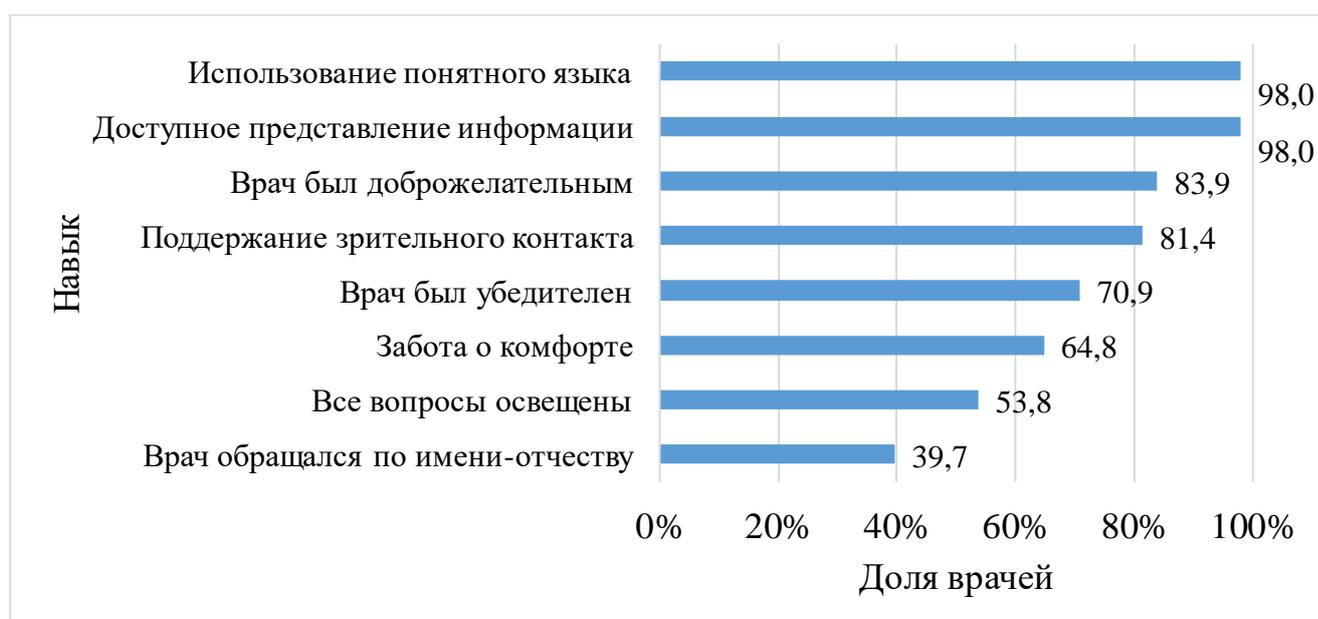


Рисунок 46 – Частота выполнения врачами исследуемых элементов консультирования по мнению стандартизированного пациента, %

С точки зрения СП (рисунок 46) при разъяснении информации врачи очень часто использовали понятный язык (98,0%), доступно предоставляли информацию (98,0%), были доброжелательны (83,9%), поддерживали зрительный контакт (81,4%). Врачи часто были убедительны (70,9%) и проявляли заботу о комфорте пациента (64,8%). При этом врачи недостаточно часто выявляли все вопросы пациентов (53,8%), чтобы предоставить полную информацию о проблеме, а также редко обращались к пациентам по имени-отчеству (39,7%) в процессе беседы.

4.3. Результаты обучения врачей навыкам профессионального общения с точки зрения СП

4.3.1. Анализ результатов обучения врачей навыкам сбора жалоб и анамнеза с точки зрения стандартизированных пациентов

Влияние обучения на изменения элементов общения врача с пациентом по мнению СП представлено на рисунке 47.



Рисунок 47 – Увеличение доли врачей, применяющих навыки, после обучения по мнению стандартизированных пациентов, %

Необращение по имени-отчеству и с точки зрения пациентов оказалось самым ригидным элементом коммуникации, который врачи не хотели (или не могли) менять, по всем остальным приемам пациенты отметили учащение применения врачами в процессе сбора жалоб и анамнеза, особенный рост продемонстрировало применение навыка сбора всех жалоб пациентов.

При этом различия в долях до и после обучения были статистически

незначимы лишь в отношении общения понятным языком (использован точный тест Фишера с поправкой Бонферрони для 7 пар сравнений (критическое значения $p = 0,007143$)).

4.3.2. Анализ результатов обучения врачей навыкам разъяснения информации с точки зрения стандартизированных пациентов

Влияние обучения на изменения элементов общения врача с пациентом по мнению СП представлено на рисунке 48. Не обращение по имени-отчеству и с точки зрения пациентов оказалось самым ригидным элементом коммуникации, который врачи не хотели (или не могли менять).

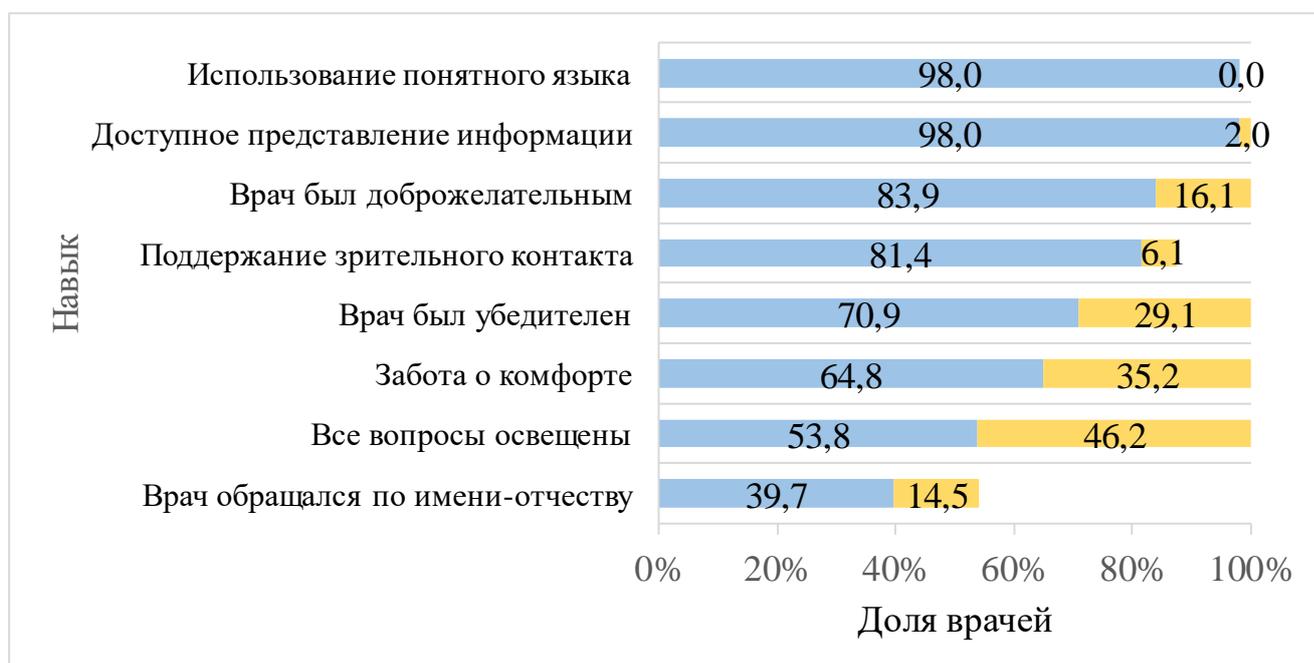


Рисунок 48 – Увеличение доли врачей, чьи навыки консультирования поэлементно соответствует партнерской модели после обучения по мнению стандартизированных пациентов, %

При этом различия в долях до и после обучения были статистически незначимы лишь в отношении общения понятным для пациента языком (использован точный тест Фишера с поправкой Бонферрони для 7 пар сравнений (критическое значения $p = 0,007143$)).

4.4. Мнение реальных пациентов о владении врачами коммуникативными навыками до и после обучения

Представляло интерес мнение реальных пациентов относительно владения врачами, работающими в медицинских организациях, осуществляющих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях навыками профессионального общения до и после обучения. В данном этапе исследования участвовали 400 реальных пациентов: из них 200 человек были пациентами необученных врачей, а другие 200 человек - пациентами врачей, прошедших обучение коммуникативным навыкам. Пациентам необходимо было ответить на 27 вопросов анкеты, касающихся владения врачами навыками общения. За каждый положительный ответ врач получал 1 балл. Таким образом, максимальное количество баллов у одного врача могло быть 27.

На рисунке 49 представлено распределение врачей, прошедших и непрошедших обучение навыкам профессионального общения по числу набранных ими баллов.

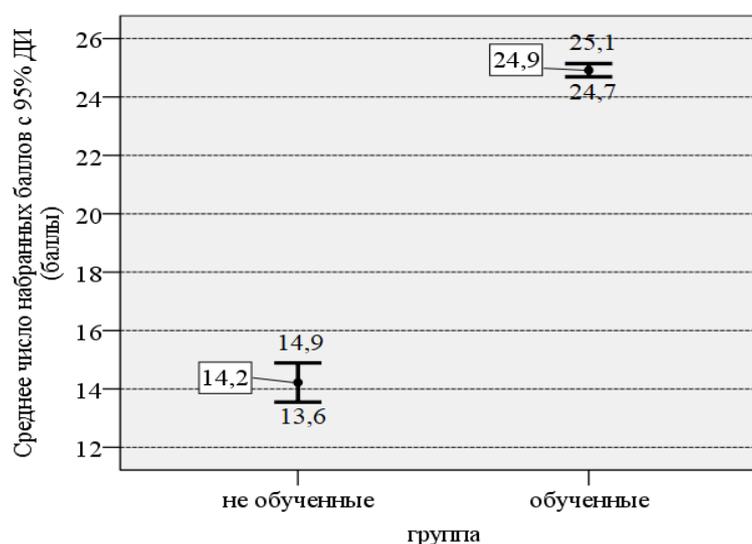


Рисунок 49 – Среднее значение баллов, набранных обученными и необученными врачами

На основании анализа данных (рисунок 49) выявлено, что среднее арифметическое количества баллов, набранных необученными врачами, составило 14,2, а у врачей, прошедших обучение – 24,9. Данное различие было статистически значимым (бутстреп-версия гетероскедастического t-теста Саттертуайта; $p < 0,0001$).

Результаты мнения реальных пациентов о владении врачами отдельными коммуникативными навыками представлены в таблице 83.

На основании анализа результатов исследования выявлено, что врачи, непрошедшие обучение, по мнению реальных пациентов, недостаточно часто выполняют оцениваемые опросником действия. При этом пациенты наименее часто отмечали следующие необходимые действия: уточнение исходных знаний пациента (14%), представление (17%), предоставление возможности задавать вопросы (20%), реагирование на чувства пациента (21%), поддержание зрительного контакта (30%), обращение к пациенту по имени-отчеству (31%), уточнение наличия вопросов у пациентов (35%), убеждение в понимании пациентом полученной информации (44,5%), неперебивание (46%), предоставлении возможности пациенту задать все вопросы (47,5%). Доброжелательными оказались 62% врачей. Самыми частыми навыками партнерской модели, которые выполняли необученные врачи оказались: приветствие пациентов (89%), убедительность (89%), согласование плана лечения с пациентом (80%).

У врачей, прошедших обучение процент выполнения каждого из навыков общения был более 70%. При этом самыми «худшими» оказались: уточнение исходных знаний пациентов (72%), представление (74,5%) и забота о комфорте пациента (79,5%). Доброжелательность обученных врачей составила 100%.

Различия между частотой выполнения каждого отдельного навыка обученными и необученными врачами были статистически значимыми (z-тест для долей с поправкой Бонферрони на множественность сравнений, $p < 0,05$).

Таблица 83 – Выполнение врачами отдельных навыков партнерской модели по мнению реальных пациентов, абс./%

Действие врача	группа			
	не обученные		обученные	
	n	%	n	%
Приветствовал пациента	178	89,0%	200	100%
Заботился о комфорте	98	49,0%	159	79,5%
Представился	34	17,0%	149	74,5%
Идентифицировал пациента	102	51,0%	169	84,5%
Внимательно слушал	153	76,5%	197	98,5%
Не перебивал	92	46,0%	173	86,5%
Собрал все жалобы	143	71,5%	198	99,0%
Детализировал жалобы	109	54,5%	196	98,0%
Не задавал серии вопросов	125	62,5%	192	96,0%
Собрал анамнез заболевания	142	71,0%	192	96,0%
Собрал анамнез жизни	114	57,0%	191	95,5%
Поддерживал зрительный контакт	61	30,5%	179	89,5%
Обращался по имени-отчеству	62	31,0%	172	86,0%
Разъяснил результаты обследования	120	60,0%	200	100%
Уточнил исходные знания пациента	28	14,0%	144	72,0%
Спросил о наличии вопросов	70	35,0%	192	96,0%
Предоставил возможность задавать вопросы	40	20,0%	177	88,5%
Предоставил возможность задать все вопросы	95	47,5%	183	91,5%
Ответил на все вопросы	106	53,0%	192	96,0%
Не использовал медицинские термины	117	58,5%	184	92,0%
Говорил немного, и Вы все запомнили	144	72,0%	180	90,0%
Убедился в понимании пациентом информации	89	44,5%	195	97,5%
Согласовал план дальнейших действий	160	80,0%	195	97,5%
Был убедительным	178	89,0%	197	98,5%
Реагировал на чувства пациента	42	21,0%	177	88,5%
Был доброжелательным	124	62,0%	200	100%
Пациент готов к дальнейшему сотрудничеству	122	61,0%	200	100%

Примечание: использован z-тест для сравнения долей с поправкой Бонферрони на множественность сравнений

Представляло интерес изучение наличия потенциальной взаимосвязи между обучением врачей навыкам профессионального общения и готовностью пациентов к дальнейшему сотрудничеству с ними.

На основании проведенного анализа данных выявлена средней силы прямая корреляционная связь между данными переменными (коэффициент корреляции Спирмена 0,492, $p < 0,001$). Лишь 61% пациентов после посещения необученных врачей выразил готовность к дальнейшему сотрудничеству с ними, а готовность пациентов к сотрудничеству после посещения обученных врачей составила 100%.

Таким образом, с точки зрения стандартизированных пациентов, врачи во время сбора жалоб и анамнеза практически не обращаются к ним по имени-отчеству, при этом крайне редко выявляют все их жалобы и заботятся о комфорте. На основании мнения пациентов, врачи часто доброжелательны с ними и поддерживают зрительный контакт. В положительную сторону было отмечено то, что врачи общаются с пациентами на понятном для них языке, не употребляя медицинские термины.

Стандартизированные пациенты отметили, что при разъяснении информации врачи практически не обращались к ним по имени-отчеству, крайне редко выявляли все их вопросы и заботились о комфорте на протяжении врачебного приема. На основании мнения СП, врачи часто были доброжелательными, убедительными при разъяснении информации, поддерживали зрительный контакт с ними. В положительную сторону были отмечены доступность разъяснений врачей, предоставление информации на понятном для них языке, без применения медицинских терминов.

Врачи, прошедшие обучение, получили больше баллов от реальных пациентов по сравнению с врачами, не прошедшими обучение навыкам профессионального общения: 24,9 против 14,2 соответственно (максимально 27 баллов). Пациенты отметили недостаточное владение навыками профессионального общения врачами, не прошедшими обучение по всем пунктам опросника. При этом, процент выполнения каждого из навыков общения у врачей, прошедших обучение, был более 70%.

Все пациенты были готовы к дальнейшему сотрудничеству с врачами, прошедшими обучение навыкам профессионального общения, и только 61% пациентов из опрошенных согласился к дальнейшему взаимодействию с врачами, непрошедшими обучение.

ГЛАВА 5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ СБОРА ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА И РАЗЪЯСНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

5.1. Анализ времени, затраченного на сбор жалоб и анамнеза

Имеется тенденция к затрате большего количества времени для сбора жалоб и анамнеза у врачей женского пола, чем у врачей мужского пола. Медиана, нижний и верхний квартили временного промежутка составили соответственно 220 секунд (191; 257) и 243 секунды (210; 362) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,069$) (рисунок 50).

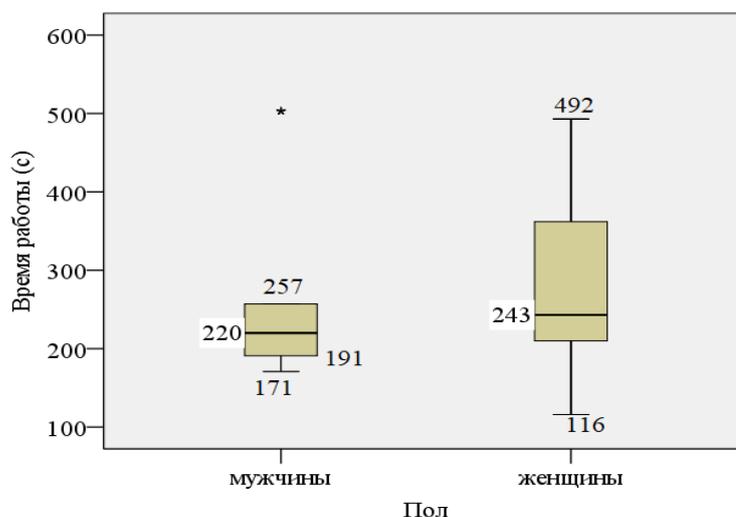


Рисунок 50 – Распределение врачей мужчин и врачей женщин по продолжительности сбора жалоб и анамнеза, секунды

Имеется тенденция к затрате большего количества времени для сбора жалоб и анамнеза у врачей-акушеров-гинекологов, чем у врачей-терапевтов, наименьшее количество времени затрачивали врачи-хирурги (рисунок 51). Медиана, нижний и верхний квартили временного промежутка у врачей различных специальностей составили соответственно 362 секунды (186; 367), 243 секунды (210; 348) и 238 секунд (191; 243) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,022$).

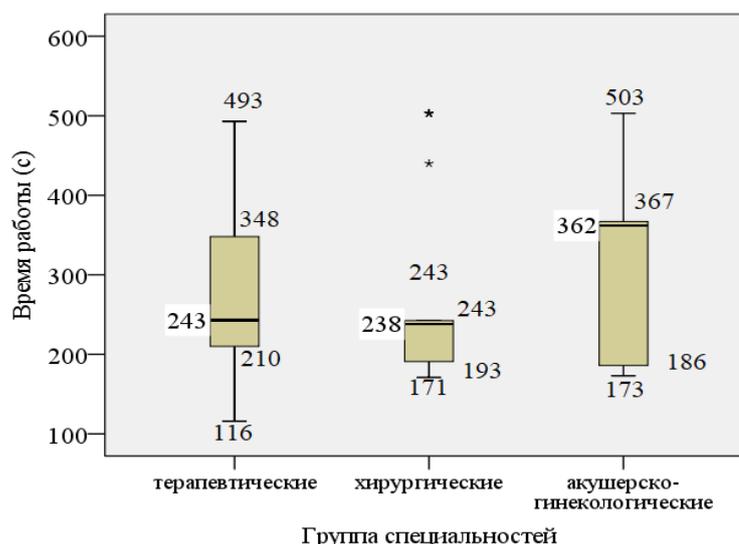


Рисунок 51 – Распределение врачей различных специальностей по продолжительности сбора жалоб и анамнеза, секунды

Большой интерес представляло собой изучение вклада отдельных компонентов пациент-ориентированной модели на продолжительность сбора жалоб и анамнеза. Нами был проведен корреляционный анализ между данными переменными, результаты которого приведены в таблице 84.

Таблица 84 – Результаты корреляционного анализа отдельных компонентов на продолжительность сбора жалоб и анамнеза

Компонент модели	Продолжительность работы, с	Значимость
Приветствие	0,184	0,009
Забота о комфорте	0,264	<0,001
Идентификация пациента	0,326	<0,001
Скрининг	0,266	<0,001
Обобщение	0,266	<0,001
Детализация ключевых жалоб	0,378	<0,001
Задавал вопросы из анамнеза заболевания	0,213	0,002

Примечание – использована ранговая корреляция Спирмена

Для решения проблемы множественных сравнений и исключения «пассажирских» переменных на взаимосвязь была проведена множественная логистическая регрессия. На предварительном этапе был проведён поиск оптимальной точки деления переменной «продолжительность работы» для категоризации данной переменной. При помощи ROC-анализа мы выбрали значение 240 секунд в качестве порогового с приемлемыми значениями чувствительности и специфичности (65,8% и 85,0%, соответственно).

В качестве зависимой переменной была использована перекодированная в категориальный признак «продолжительность сбора жалоб и анамнеза». В качестве независимых переменных были использованы признаки, показавшие наличие корреляционных взаимосвязей из таблицы 84.

Коэффициенты логистической регрессии представлены в таблице 85.

Таблица 85 – Коэффициенты логистической регрессии

Переменная регрессии	B	S.E.	P	Exp(B)
Забота о комфорте	-1,381	0,373	0,000	0,251
Представление	-1,171	0,741	0,114	
Идентификация пациента	-1,014	0,546	0,043	0,363
Скрининг	,737	0,555	0,184	
Обобщение	-20,556	16408,696	0,999	
Детализация ключевых жалоб	-1,473	0,484	0,002	0,229
Обращался к пациенту по И.О.	21,372	11912,278	0,999	
Константа	1,001	20276,777	1,000	

Примечание: B – значения коэффициента; S.E. – стандартная ошибка; P – вероятность альфа-ошибки; Exp(B) – ОШ.

Таким образом переменная «продолжительность сбора жалоб и анамнеза» была независимо обратно взаимосвязана только с тремя другими признаками «забота о комфорте», «идентификация пациента» и «детализация ключевых жалоб».

Нами был проведен перерасчет полученных значений ОШ в ОР. Вероятности не уложиться в 240 секунд при проведении сбора жалоб и анамнеза представлены на рисунке 52.

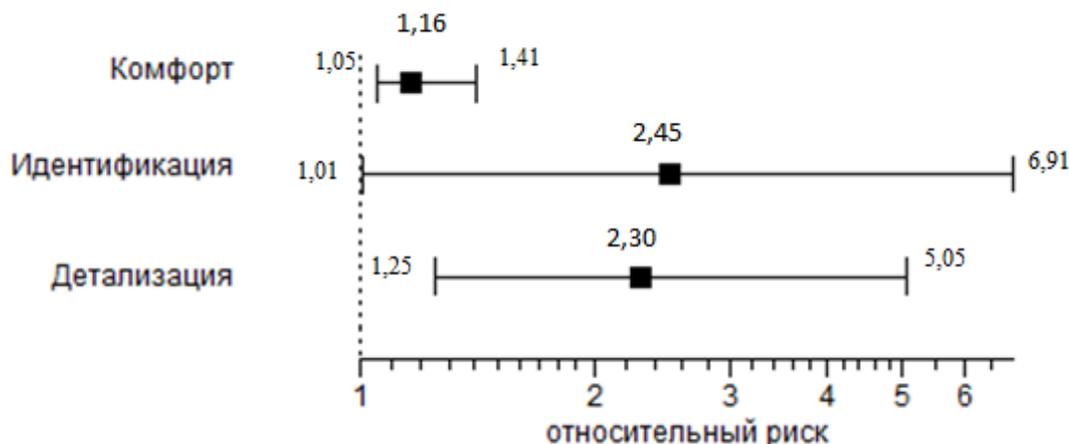


Рисунок 52 – ОР затратить на сбор жалоб и анамнеза более 240 секунд при наличии отдельных переменных

Таким образом вероятность не уложиться в 240 секунд при сборе жалоб и анамнеза оказалась выше: при заботе врача о комфорте пациента (ОР = 1,16 с 95% ДИ от 1,05 до 1,41), при идентификации врачом пациента (ОР = 2,45 с 95% ДИ от 1,01 до 6,91) и при детализации врачом жалоб пациента (ОР = 2,30 с 95% ДИ от 1,25 до 5,05).

5.2. Анализ времени, затраченного врачами на разъяснение информации пациентам

Время, затраченное врачом на разъяснение информации пациенту, представлено на рисунке 53.

Имеется тенденция к затрате большего количества времени для разъяснения информации пациентам у врачей женского пола, чем у врачей мужского пола (рисунок 53). Медиана, нижний и верхний квартили временного промежутка составили соответственно 205 секунд (163; 356) и 214 секунд (142,75; 298) (U-тест

Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,069$).

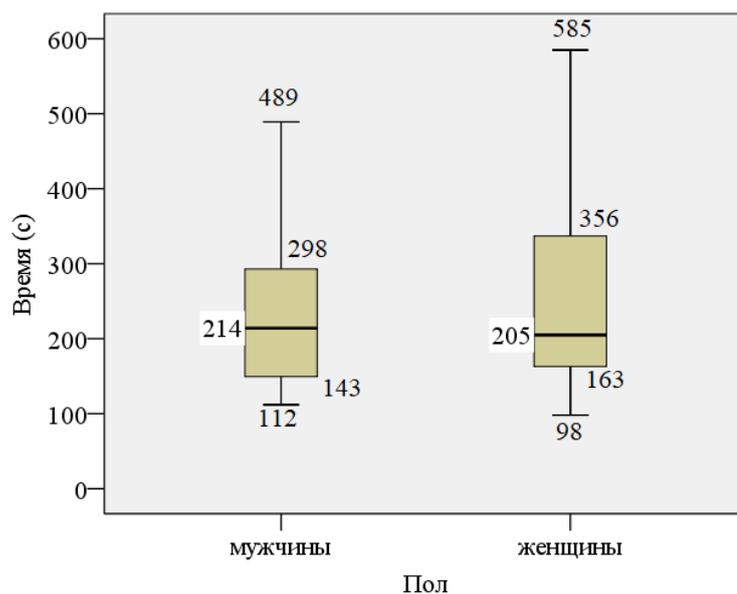


Рисунок 53 – Распределение врачей по продолжительности консультирования по полу, секунды

Выявлено, что имеется тенденция к затрате большего количества времени для разъяснения информации пациентам у врачей-терапевтов, чем у врачей-хирургов, наименьшее количество времени затрачивали врачи-акушеры-гинекологи (рисунок 54).

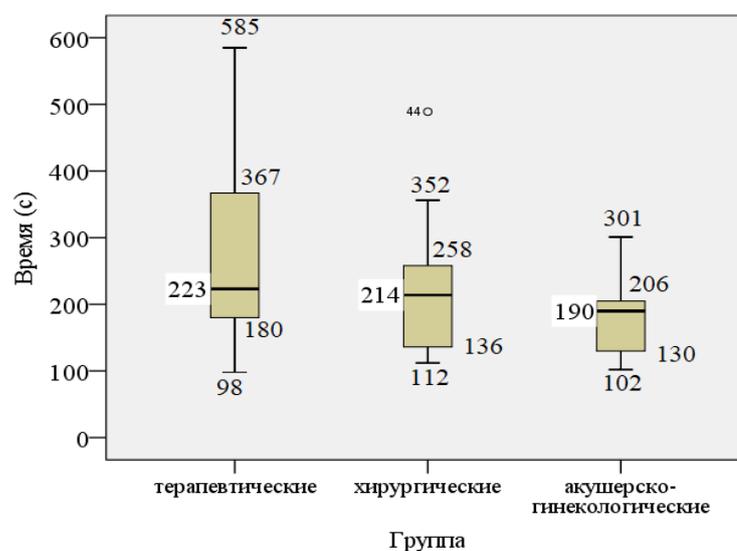


Рисунок 54 – Распределение врачей различных специальностей по продолжительности консультирования, секунды

Медиана, нижний и верхний квартили временного промежутка у врачей различных специальностей составили: у врачей-терапевтов – 223 секунды (180; 367), у врачей-хирургов – 214 секунд (136; 258) и у врачей-акушеров-гинекологов – 190 секунд (130; 206,75) (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,001$) (рисунок 54).

Большой интерес представляло собой изучение вклада отдельных компонентов пациент-ориентированной модели в продолжительность консультирования. Нами был проведен корреляционный анализ между данными переменными, результаты которого приведены в таблице 86.

Таблица 86 – Результаты корреляционного анализа отдельных компонентов в продолжительности консультирования

Компонент модели	Продолжительность работы	Значимость
Разъяснил результаты осмотра	0,547	<0,001
Уточнил исходные знания пациента	0,590	<0,001
Спросил какие есть вопросы	0,394	<0,001
Предоставил возможность задавать вопросы	0,588	<0,001
Убедился в понимании пациентом информации	0,568	<0,001
Согласовал план дальнейших действий	0,535	<0,001
Реагировал на чувства пациента	0,507	<0,001
Комфорт	0,270	<0,001
Доброжелательность	0,378	<0,001
Все вопросы освещены	0,452	<0,001

Для решения проблемы множественных сравнений и исключения «пассажирских» переменных на взаимосвязь нами была проведена множественная логистическая регрессия. На предварительном этапе был проведён поиск оптимальной точки разделения переменной «продолжительность работы» для

категоризации данной переменной. При помощи ROC-анализа мы выбрали значение 180 секунд в качестве порогового с приемлемыми значениями чувствительности и специфичности (83,2% и 72,8%, соответственно).

В качестве зависимой переменной была использована перекодированная в категориальный признак «длительность консультирования». В качестве независимых переменных были использованы признаки, показавшие наличие корреляционных взаимосвязей из таблицы 86.

Коэффициенты логистической регрессии представлены в таблице 87.

Таблица 87 – Коэффициенты логистической регрессии (консультирование)

Переменная	B	S.E.	P	Exp(B)
Разъяснил результаты осмотра	1,713	0,727	0,018	5,548
Уточнил исходные знания пациента	36,245	5373,774	0,995	
Спросил какие есть вопросы	0,668	0,966	0,489	
Предоставил возможность задавать вопросы	36,666	13649,295	0,998	
Убедился в понимании пациентом информации	-17,115	3341,270	0,996	
Согласовал план дальнейших действий	2,207	0,765	0,004	9,084
Реагировал на чувства пациента	33,390	4766,327	0,994	
Комфорт	0,762	0,781	0,329	
Доброжелательность	0,049	0,775	0,949	
Все вопросы освещены	-37,538	13649,295	0,998	
Constant	-3,153	0,827	0,000	0,043

Примечание: B – значения коэффициента; S.E. – стандартная ошибка; P – вероятность альфа-ошибки; Exp(B) – ОШ.

Таким образом переменная «продолжительность консультирования» была независимо прямо взаимосвязана только с двумя другими признаками «разъяснил

результаты осмотра» и «согласовал план дальнейших действий».

Нами был проведен перерасчет полученных значений ОШ в ОР. Вероятности не уложиться в 180 секунд при проведении консультирования представлены на рисунке 55.

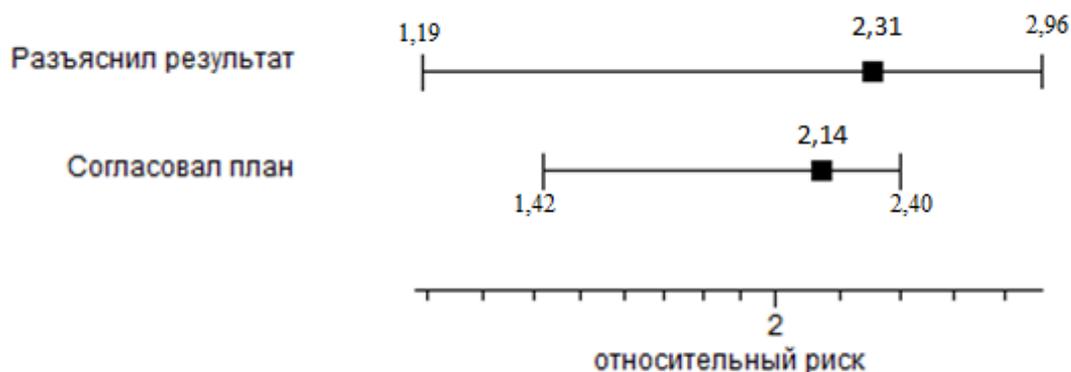


Рисунок 55 – ОР затратить на консультирование более 180 секунд при наличии отдельных переменных

Таким образом вероятность не уложиться в 180 секунд при консультировании оказалась выше: при разъяснении врачом результатов осмотра (ОР = 2,31 с 95% ДИ от 1,19 до 2,96) и при согласовании плана дальнейших действий (ОР = 2,14 с 95% ДИ от 1,42 до 2,40).

5.3. Длительность и полнота сбора жалоб, точность диагностики

Продолжительность сбора жалоб и анамнеза коррелировала с лучшим выявлением всех проблем пациента (коэффициент корреляции Спирмена = 0,603), что свидетельствует от средней силы прямой корреляционной зависимости. Среднее значение такой продолжительности для врачей, выявивших все проблемы составило 406 ± 17 секунд, для не выявивших – 250 ± 6 секунд (рисунок 56). Данные различия были статистически значимыми (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$). Таким образом, выявление всех проблем пациента было связано в среднем с увеличением продолжительности опроса приблизительно на 156 ± 11 секунд.

После обучения навыкам профессионального общения выявление всех проблем пациента было связано в среднем с увеличением длительности опроса 76 ± 11 секунд.

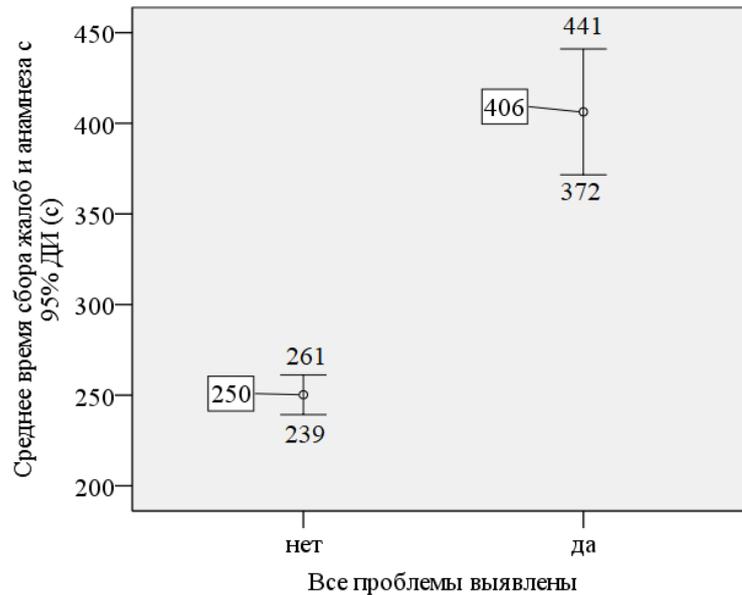


Рисунок 56 – Длительность сбора жалоб и анамнеза и полнота выявления проблем пациентов, секунды

Правильность постановки диагноза и готовность пациента к дальнейшему сотрудничеству также ожидаемо были взаимосвязаны с продолжительностью сбора жалоб и анамнеза. В нашем случае определились средней силы прямые взаимосвязи между продолжительностью опроса и правильностью диагноза (коэффициент корреляции Спирмена = 0,563, $p < 0,001$) с одной стороны, и между временем и готовностью пациента (коэффициент корреляции Спирмена – 0,380, $p < 0,001$).

Длительность сбора жалоб и анамнеза врачами, выдвинувшими правильную / неправильную диагностическую гипотезу представлена на рисунке 57.

Так продолжительность опроса пациентов, врачами, поставившими неправильные диагнозы, составило 235 ± 5 секунд, в то время как для специалистов не допустивших диагностических ошибок оказалось 346 ± 13 секунд. Данные различия были статистически значимыми (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$). Таким образом, правильность диагностики была связана в

среднем с увеличением длительности опроса 111 ± 14 секунд. После обучения коммуникативным навыкам правильность диагностики была связана в среднем с увеличением длительности опроса на 76 ± 15 секунд.

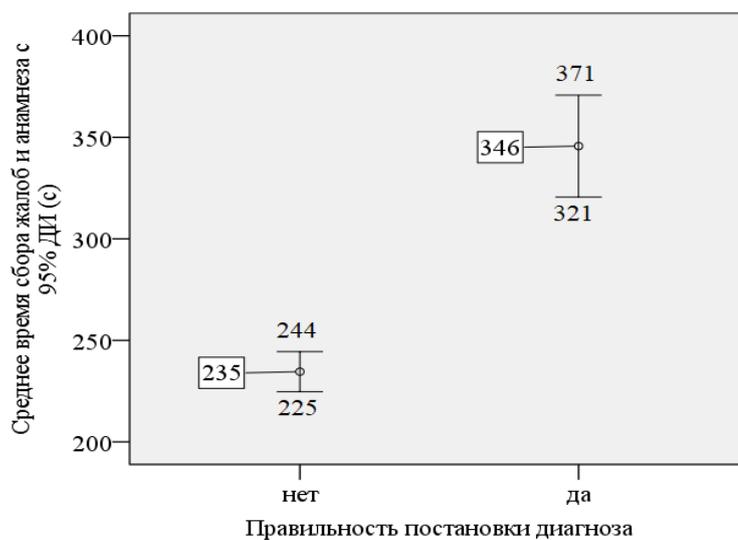


Рисунок 57 – Длительность сбора жалоб и анамнеза и правильность постановки диагноза, секунды

Длительность сбора жалоб и анамнеза врачами, с которыми пациенты готовы /не готовы продолжать сотрудничать, представлены на рисунке 58.

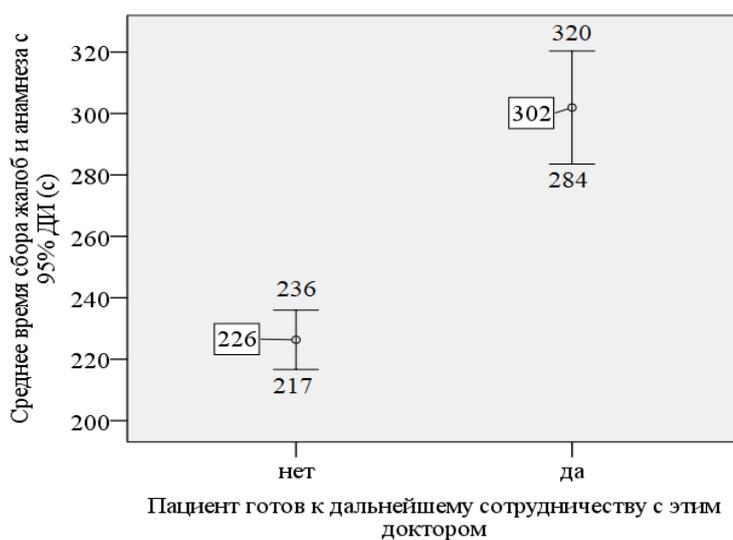


Рисунок 58 – Длительность сбора жалоб и анамнеза у врачей и готовность пациентов к дальнейшему сотрудничеству, секунды

Длительность сбора жалоб и анамнеза для врачей, с которыми пациенты готовы сотрудничать в дальнейшем составило 302 ± 9 секунд, для врачей, с которыми пациенты не готовы сотрудничать – 226 ± 5 секунд. Данные различия были статистически значимыми (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$).

5.4. Длительность и разъяснение информации при консультировании

Качественное разъяснение информации пациенту врачом – это разъяснение понятным для пациента языком с учетом понимания им проблем относительно его здоровья, выявления всех вопросов у пациента, дозированное предоставление информации с применением пауз и уточнением понимания полученной информации.

Длительность консультирования врачами, с которыми пациенты готовы /не готовы продолжать сотрудничать, представлены на рисунке 59.

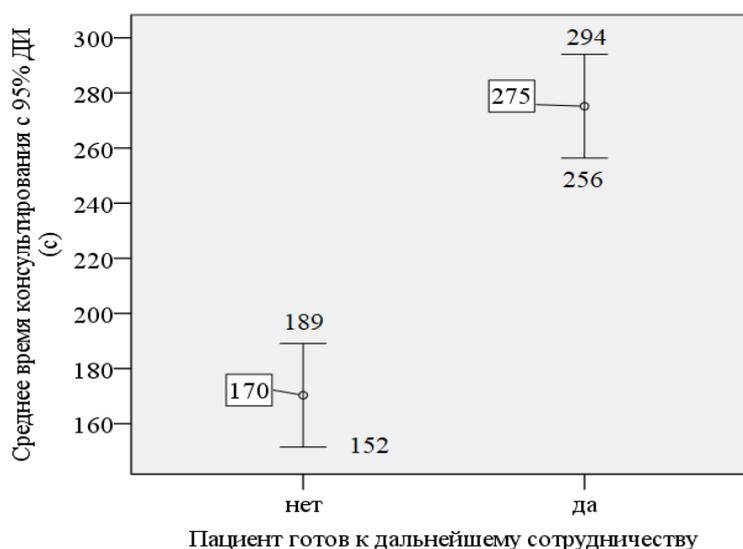


Рисунок 59 – Длительность разъяснения информации врачами и готовность пациентов к дальнейшему сотрудничеству, секунды

Длительность консультирования для врачей, с которыми пациенты готовы сотрудничать в дальнейшем составило 275 ± 10 секунд, для врачей, с которыми

пациенты не готовы сотрудничать – 170 ± 9 секунд. Данные различия были статистически значимыми (тест Стьюдента для независимых переменных, $p < 0,001$). Таким образом, правильность консультирования была связана в среднем с увеличением длительности на 105 ± 13 секунд.

Таким образом, при проведении исследования выявлено, что врачи, обученные навыкам профессионального общения в пациент-ориентированной модели «врач-пациент», при сборе информации у пациентов тратят на полторы минуты больше, чем врачи, не обучавшиеся коммуникативным навыкам.

Выявление всех проблем пациента, правильность постановки диагноза и готовность пациента к дальнейшему сотрудничеству было связано в среднем с увеличением продолжительности опроса на 76 ± 15 секунд.

Правильность консультирования была связана в среднем с увеличением продолжительности на 105 секунд. Продолжительность консультирования была независимо прямо взаимосвязана с двумя признаками - разъяснение результатов осмотра и согласования плана дальнейших действий.

ГЛАВА 6. ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Для осуществления профессиональной деятельности, врачи должны владеть не только клиническими навыками, но и навыками профессионального общения. На основании федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) высшего образования в результате освоения программ специалитета и ординатуры у выпускников должна быть сформирована универсальная компетенция «УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности. УК-4.1. Выстраивает взаимодействие с пациентами в рамках своей профессиональной деятельности». В профессиональные стандарты специальностей входит обобщенная трудовая функция, которая регламентирует проведение обследования населения с целью установления диагноза в амбулаторных условиях. Трудовыми действиями данной функции являются сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента/законного представителя. В связи с этим, будущих врачей необходимо обучать навыкам общения в рамках партнерской модели взаимодействия, используя практико-ориентированную форму подготовки.

Для эффективного обучения навыкам профессионального общения нами была разработана сквозная программа, подразумевающая единую образовательную траекторию, которая предполагает подготовку обучающихся на основе комплекса программ/модулей в определенной последовательности (рисунок 60). Целью программы является формирование универсальной компетенции УК-4 у студентов и ординаторов в соответствии с ФГОС и профессиональных компетенций у врачей в соответствии с профессиональными стандартами.

Обучение студентов. Согласно такой программе, обучение начинается на начальных курсах подготовки по программам специалитета. На 2 курсе специалитета по специальности «Лечебное дело» модуль «Коммуникативные навыки» включен в программу дисциплины «Уход за терапевтическим больным» и/или «Уход за хирургическим больным».

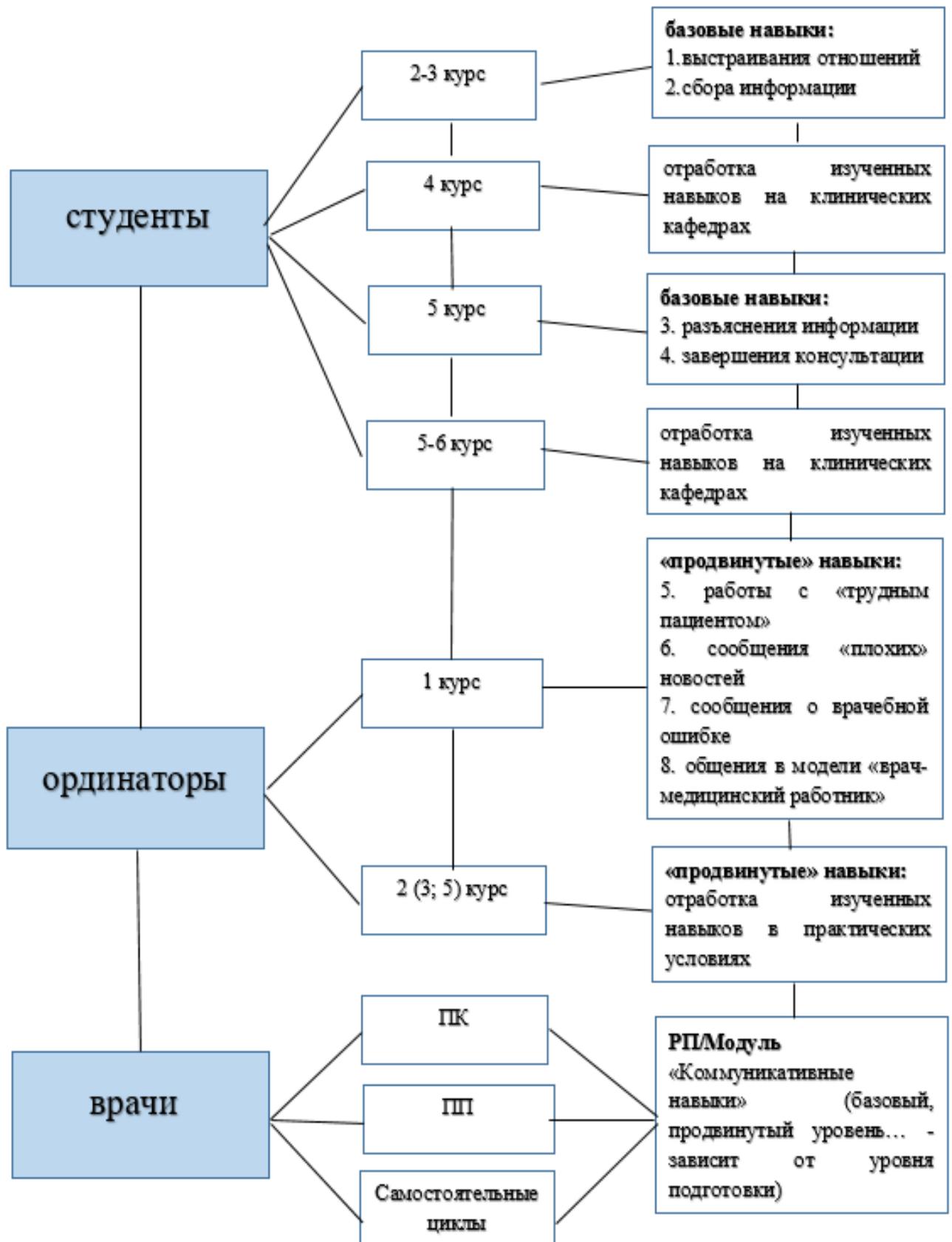


Рисунок 60 – Этапы сквозной междисциплинарной программы обучения

Для обучающихся по специальностям «Педиатрия» и «Стоматология» данный модуль включен в рабочую программу дисциплины «Пропедевтика внутренних болезней» на 3-ем курсе. Объем модуля составляет 16 академических часов, в том числе 8 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 8 часов самостоятельной работы. Модуль состоит из 2-х четырехчасовых занятий: одного теоретического и одного практического, которое проходит в тренинговой форме. На практическом занятии предусмотрено участие стандартизированного пациента. Это необходимо, чтобы условия наработки навыков проходили в среде максимально приближенной к реальной. Студенты изучают базовые навыки профессионального общения с участием СП: навыки начала приема, сбора жалоб и анамнеза у пациентов, навыки выстраивания доверительных отношений с пациентами, которые смогут в последующем применять при взаимодействии с реальным пациентом. По завершении модуля проводится рубежный контроль знаний в виде зачета.

Далее, на 4-ом курсе изученные коммуникативные навыки закрепляются на клинических кафедрах. Предусмотрено обучение преподавателей клинических кафедр принципам партнерской модели общения в рамках циклов непрерывного медицинского образования. Студенты закрепляют теоретические знания о заболеваниях на практических занятиях, которые проходят в виде ролевой игры с обязательным присутствием стандартизированного пациента, разыгрывающего соответствующий клинический сценарий. В такой ситуации студенты нарабатывают навыки профессионального общения и повторяют пройденный материал. Обучающиеся применяют освоенные коммуникативные навыки при сборе информации у реального пациента.

На 5-ом курсе специалитета обучение навыкам профессионального общения продолжается в рамках рабочей программы «Профессиональная коммуникация в работе врача» объемом 36 академических часов, в том числе 12 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 24 часа самостоятельной работы. Контактная работа включает в себя одно теоретическое и два практических занятия с участием стандартизированного пациента. Обучение начинается с

повторения навыков сбора информации в виде деловой игры. Затем изучаются навыки, необходимые при информировании, разъяснении пациенту/законному представителю и завершении врачебного приема. На практических занятиях, проходящих в тренинговой форме, обучающиеся пятого курса нарабатывают данные навыки. По окончании обучения предусмотрена итоговая аттестация в виде зачета.

На 6-ом курсе, во время занятий на клинических кафедрах, у студентов происходит дальнейшее формирование и/или совершенствование изученных ранее компетенций. Обучающиеся по программам специалитета применяют навыки сбора информации, информирования, разъяснения, завершения приема во время работы с реальными пациентами.

Обучение ординаторов. Наиболее сложными для освоения являются навыки работы врача с «трудными», конфликтными пациентами, навыки сообщения «плохих» новостей пациенту/законному представителю пациента, навыки сообщения о врачебной ошибке. Освоение данных навыков предусмотрено на первом году обучения по всем программам клинической ординатуры. Объем рабочей программы «Профессиональное общение врача» для ординатуры составляет 36 академических часов (1 зачетная единица), в том числе 18 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 18 часов самостоятельной работы. Три шестичасовых занятия включают в себя теоретические, проходящие в виде семинара и практические, проходящие в виде тренингов с обязательным участием стандартизированного пациента. По окончании обучения предусмотрена итоговая аттестация в виде зачета.

Во время подготовки на втором году клинической ординатуры, обучающиеся, осуществляя практическую деятельность в должности врача-стажера, применяют и совершенствуют натренированные навыки профессионального общения при взаимодействии с реальными пациентами.

Обучение врачей коммуникативным навыкам является наиболее сложной задачей, решение которой во многом зависит от сформированности навыков профессионального общения в процессе трудовой деятельности. Обучение

проводится на циклах повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования и во время профессиональной переподготовки. Для обучения врачей разработаны рабочие программы базового, продвинутого уровня и комплексная программа, включающая в себя навыки базового и продвинутого уровней.

Рабочая программа базового уровня «Коммуникативные навыки» предназначена для врачей, прошедших подготовку по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Остеопатия», при прохождении подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей укрупненных групп специальностей «Клиническая медицина». Объем рабочей программы базового уровня рассчитан на 16 академических часов контактной работы с преподавателем. При обучении по данной программе врачи осваивают навыки сбора информации, информирования, разъяснения, завершения приема, выстраивания доверительных отношений с пациентом. Занятия проходят в виде семинара и тренингов с привлечением стандартизированного пациента. На теоретическом занятии с применением презентации происходит демонстрация актуальности коммуникативных навыков для врачей. Демонстрируются преимущества и цели партнерского взаимодействия в модели «врач-пациент». На данном занятии разъясняются необходимые навыки, которыми должен владеть врач для эффективного взаимодействия с пациентом на врачебном приеме. В конце занятия врачи могут задать возникшие вопросы по теме. Таким образом, у слушателей формируются знания о навыках профессионального общения врача.

После теоретического занятия следуют два практических занятия. Данные занятия проходят в виде тренингов, на которых присутствуют слушатели, преподаватель и стандартизированный пациент. Стандартизированный пациент – это человек, который прошел специальную подготовку для того, чтобы реалистично представлять больного, выражать его жалобы, психоэмоциональное состояние. Стандартизированный пациент заранее изучает подготовленные клинические сценарии, которые содержат информацию о пациенте, его жалобы, анамнез, психоэмоциональный фон. На тренинговых занятиях врачи нарабатывают

навыки профессионального общения в среде, приближенной к реальной. В результате применения деловой игры, у обучающихся формируются необходимые навыки. По окончании деловой игры происходит разбор действий врача, с учетом мнения стандартизированного пациента, с последующими рекомендациями преподавателя. При наличии ошибочных действий, у обучающихся есть возможность переиграть весь сценарий (или его часть) для отработки необходимых навыков общения с пациентом. При проведении контроля сформированности практических навыков применяется стандартизированный пациент, изучивший заранее подготовленный клинический сценарий. Преподаватель проводит оценку владения навыками профессионального общения обучающихся, заполняя соответствующий чек-лист.

Рабочая программа продвинутого уровня «Профессиональное общение врача» предназначена для врачей, прошедших подготовку по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Остеопатия», при прохождении подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей укрупненных групп специальностей «Клиническая медицина». Объем программы составляет 16 академических часов контактной работы с преподавателем. На занятиях врачи осваивают навыки работы с конфликтными, «трудными» пациентами, навыки предоставления «плохих» новостей, навыки сообщения о врачебной ошибке пациенту/законному представителю пациента. Занятия проходят в тренинговой форме с обязательным участием СП. Стандартизированный пациент необходим не только для реалистичности происходящего, но и для создания безопасной среды: данные навыки профессионального общения необходимо отработать в симулированных условиях прежде, чем применять их в работе с реальными пациентами.

Рабочая программа дисциплины «Навыки профессионального общения врача» предназначена для врачей, прошедших подготовку по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Остеопатия», при прохождении подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей укрупненных групп специальностей «Клиническая медицина».

Объем рабочей программы составляет 36 академических часов контактной работы с преподавателем. Данная программа включает в себя базовые и «продвинутые» навыки партнерской модели взаимодействия с пациентом. Занятия проходят в виде семинара и в виде тренинга с обязательным привлечением стандартизированного пациента. По окончании обучения проводится итоговый контроль знаний в виде зачета.

В связи с тем, что со временем частота применения навыков профессионального общения может снижаться, в программу циклов повышения квалификации, на которых врачи обучаются с периодичностью не реже одного раза в пять лет, включен модуль, посвященный профессиональному общению врача с пациентом. Занятия проводятся с использованием интерактивных методов обучения (деловые игры, тренинги). На занятиях вместе с преподавателем присутствует стандартизированный пациент, играющий роль реального пациента. Клинические сценарии разрабатываются преподавателем заранее и предоставляются стандартизированному пациенту. Рубежный контроль успеваемости проходит в виде зачета в форме деловой игры.

В разработанной сквозной междисциплинарной программе обучения студентов, ординаторов и врачей навыкам профессионального общения преобладают практико-ориентированные занятия, что соответствует современным требованиям качества подготовки медицинских специалистов.

Представленная программа позволяет решать задачу получения новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации врача. Таким образом, разработанная сквозная междисциплинарная программа обучения навыкам профессионального общения удовлетворяет требованиям федеральных государственных образовательных стандартов и профессиональных стандартов по соответствующей специальности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное исследование своей основной целью имело научное обоснование внедрения принципов партнерской модели взаимодействия между врачом и пациентом, а также разработку и введение в основные профессиональные образовательные программы всех специальностей программ/модулей по обучению навыкам профессионального общения. Необходимо было провести анализ владения коммуникативными навыками врачей различных специальностей, пола, возраста до их обучения, обучить навыкам партнерской модели общения, затем оценить степень владения полученными навыками.

В данном исследовании происходила оценка владения врачами навыками профессионального общения. Анализ результатов проведенного исследования показал недостаточное владение, а соответственно и применение навыков профессионального общения врачами различных специальностей в процессе врачебного приема в амбулаторных условиях. При анализе владения коммуникативными навыками при сборе информации у пациентов было выявлено практически полное отсутствие следующих компетенций: обобщение полученной от пациента информации (3%), обращение к пациенту по имени-отчеству (5,5%), самопрезентация (9%), полный сбор жалоб пациента (16,1%), навык скрининга (25,1%) при выявлении всех проблем пациента. Обнаружено недостаточное применение врачами заботы о комфорте пациента (37,7%), поддержания зрительного контакта с собеседником (77,4%), детализации значимых жалоб (38,7%). Врачи часто ошибались в предположении правильной диагностической гипотезы. Правильный диагноз при работе со стандартизированным пациентом звучал в 36,7% случаев. В процессе медицинской консультации врачи применяли ошибочные действия такие, как выявление жалобы с помощью закрытого вопроса (67,8%), перебивание пациента (38,7%), применение серии вопросов при его расспросе (69,3%). Но врачи всех специальностей, участвующие в исследовании, продемонстрировали частое применение открытого вопроса при сборе информации у пациента (94,5%), владение навыком активного слушания (100%),

проявили интерес в отношении анамнеза жизни (84,4%) и анамнеза заболевания (97%) пациентов.

Анализ полученных данных владения врачами навыками профессионального общения при разъяснении информации пациентам показало недостаточное применение следующих компетенций: уточнение исходного уровня знаний пациента относительно проблемы (29,6%), реагирование на чувства пациентов (36,2%), убеждение в понимании пациентом полученной информации (36,2%), выявление наличия вопросов у пациентов (50,3%) и предоставление возможности им задавать все вопросы по мере возникновения на протяжении консультации (57,8%).

Всего лишь в 70% случаев врачи согласовывают с пациентом дальнейший план их действий, разъясняют результаты проведенного осмотра, поддерживают зрительный контакт. При этом врачи всех специальностей, участвующие в исследовании, при разъяснении информации очень часто предоставляют её дозированно (94%) с паузами, не используя в своей речи медицинские термины (97,5%).

При этом различия в применении коммуникативных навыков наблюдались у врачей, различающихся по полу. Врачи мужского пола чаще врачей женского пола при сборе жалоб и анамнеза демонстрировали следующие навыки профессионального общения: самопрезентация – 18,8% (у врачей женщин – 7,2%; точный тест Фишера, $p = 0,048$), обращение к пациентам по имени-отчеству – 15,6% (у врачей женщин – 3,6%; точный тест Фишера, $p = 0,018$), полный сбор жалоб пациента – 31,3% (у врачей женщин – 13,2%; точный тест Фишера, $p = 0,017$), детализация жалоб – 65,6% (у врачей женщин – 33,5%; точный тест Фишера, $p = 0,001$), неперебивание собеседника – 68,8% (у врачей женщин – 51,9%; точный тест Фишера, $p = 0,430$), задавали вопросы из анамнеза жизни – 100% (у врачей женщин – 81,4%; точный тест Фишера, $p = 0,166$), поддержание зрительного контакта – 84,4% (у врачей женщин – 76%; точный тест Фишера, $p = 0,363$). У врачей женского пола при сборе жалоб и анамнеза чаще чем у врачей мужского пола наблюдалось применение следующих коммуникативных навыков: забота о комфорте пациента –

43,1% (у врачей мужчин – 9,4%; точный тест Фишера, $p < 0,001$), идентификация пациента – 86,2% (у врачей мужчин – 62,5%; точный тест Фишера, $p = 0,004$), навык скрининга жалоб – 26,9% (у врачей мужчин – 15,6%; точный тест Фишера, $p = 0,127$), обобщение информации – 3,6% (у врачей мужчин – 0%; точный тест Фишера, $p = 0,344$), задавали вопросы из анамнеза заболевания – 100% (у врачей мужчин – 81,3% точный тест Фишера, $p = 0,344$). Также врачи женщины реже выявляли жалобы пациентов закрытым вопросом в 65,7% против 81,1% у врачей мужчин (точный тест Фишера, $p = 0,055$).

Разница в отношении количества собранных жалоб пациента была выявлена у врачей разного пола (точный тест Фишера, $p < 0,001$ с апостериорных анализом скорректированных остатков). Из имеющихся у пациента 4 жалоб, врачи мужского пола чаще всего: в 50% случаев выявляли 2 проблемы; все 4 жалобы – 31,3%. На выявлении первой жалобы останавливались 18,8% врачей мужчин. Врачи женского пола чаще всего – в 40,7% случаев выявляли 3 жалобы пациентов (из имеющихся четырех), 1 жалобу – в 26,9%, 2 жалобы – в 19,2% и все 4 жалобы – в 13,2% случаев.

Врачи обоих полов на основании сбора жалоб и анамнеза продемонстрировали низкий процент постановки правильной диагностической гипотезы: врачи мужчины – 31,3%, врачи женщины – 37,7% (точный тест Фишера, $p = 0,552$). При этом врачи более старшего возраста чаще ставили более верную диагностическую гипотезу (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,015$).

На сбор жалоб и анамнеза у пациента врачи мужского пола тратили около 220 секунд, врачи женского пола – в среднем 243 секунды. Данные различия имели тенденцию к статистической значимости (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,069$).

Также были выявлены различия в применении коммуникативных навыков и при разъяснении информации врачами разных полов. Врачи мужского пола чаще врачей женского пола демонстрировали владение следующими навыками: разъяснение результатов проведенного физикального осмотра – 81,3% (у врачей женщин – 75,4%; точный тест Фишера, $p = 0,650$), оценка исходных знаний

пациента – 46,9% (у врачей женщин – 26,3%; точный тест Фишера, $p = 0,033$), выявление наличия вопросов у пациентов – 65,6% (у врачей женщин – 47,3%; точный тест Фишера, $p = 0,081$), предоставление возможности задавать вопросы пациентам на протяжении всей консультации – 75% (у врачей женщин – 54,5%; точный тест Фишера, $p = 0,033$), согласование с пациентами дальнейшего плана действий – 81,3% (у врачей женщин – 69,5%; точный тест Фишера, $p = 0,206$), реагирование на чувства пациентов – 43,8% (у врачей женщин – 34,7%; точный тест Фишера, $p = 0,422$). Врачи мужчины чаще (46,9%) врачей женщин (34,1%) убеждаются в понимании пациентами полученной информации (точный тест Фишера, $p = 0,228$). Врачи женского пола чаще врачей мужского пола демонстрировали поддержание зрительного контакта с собеседником – 75,4% случаев (у врачей мужчин – 68,8%; точный тест Фишера, $p = 0,001$). Врачи обоих полов приблизительно одинаково часто применяли дозирование предоставляемой информации, не использование медицинских терминов при разъяснении. На разъяснение информации врачам мужского пола требовалось в среднем 205 секунд, а врачам женского пола – 214 секунд (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,069$).

Анализ результатов данного исследования показал различия в применении коммуникативных навыков у врачей, различающихся по возрасту. Так врачи более молодого возраста чаще приветствуют пациентов (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,008$), представляются собеседникам (U-тест Манна-Уитни для независимых выборок, $p = 0,001$), детализируют жалобы (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,059$), не перебивают (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$), поддерживают зрительный контакт (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$). Врачи же более старшего возраста чаще обобщают информацию (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,095$), выясняют анамнез заболевания (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,013$), обращаются к пациентам по имени-отчеству (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,010$).

На основании анализа распределения по возрасту врачей владения

коммуникативными навыками, выявлено, что навыки, необходимые при разъяснении информации пациентам, чаще демонстрировали врачи более молодого возраста.

Различия в применении навыков профессионального общения наблюдались у врачей различных специальностей. Врачи-терапевты чаще врачей-хирургов и врачей-акушеров-гинекологов демонстрировали владение следующими коммуникативными навыками: обобщение информации (точный тест Фишера, $p = 0,834$), обращение к пациентам по имени-отчеству (точный тест Фишера, $p = 0,058$). Врачи-терапевты реже врачей других специальностей применили закрытые вопросы для выявления жалоб пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,039$, с поправкой Сидак).

Врачи-хирурги чаще врачей-терапевтов и врачей-акушеров-гинекологов идентифицировали пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,891$), не применяли серии вопросов при сборе информации у пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,315$), выясняли данные анамнеза жизни (точный тест Фишера, $p = 0,166$).

Врачи-акушеры-гинекологи чаще врачей-терапевтов и врачей-хирургов приветствовали пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,042$, с поправкой Сидак, $p = 0,008$ и $p = 0,042$), заботились об их комфорте (точный тест Фишера, $p < 0,001$; с поправкой Сидак), применяли навык скрининга при сборе информации (точный тест Фишера, $P = 0,122$), детализировали жалобы пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,036$, с поправкой Сидак), не перебивали собеседников (точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой Сидак), поддерживали зрительный контакт при сборе информации у пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,002$, с поправкой Сидак). Врачи-акушеры-гинекологи чаще врачей других специальностей были правы при постановке наиболее вероятной диагностической гипотезы (точный тест Фишера, $p = 0,005$, с поправкой Сидак), основанной на полученных жалобах и данных анамнеза.

При анализе полученных данных врачи всех специальностей чаще всего выявляли три жалобы пациентов, из имеющихся четырех.

Большее количество времени на сбор жалоб и анамнеза тратили врачи-

акушеры-гинекологи – около 362 секунды, врачи-терапевты – в среднем 243 секунды, меньше всех времени требовалось врачам-хирургам – приблизительно 238 секунд (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,001$).

Врачи-хирурги чаще врачей других специальностей выявляли наличие вопросов у своих пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,044$) и предлагали их задавать на протяжении всей консультации (точный тест Фишера, $p = 0,198$), согласовывали план дальнейших действий с пациентами (точный тест Фишера, $p = 0,153$).

Врачи-акушеры-гинекологи чаще врачей других специальностей поддерживали зрительный контакт с пациентами на протяжении разъяснения информации (точный тест Фишера, $p < 0,366$), убеждались в понимании пациентами полученной информации (точный тест Фишера, $p = 0,821$) и реагировали на чувства своих пациентов (точный тест Фишера, $p = 0,402$).

На разъяснение информации врачам-терапевтам требовалось в среднем 223 секунды, врачам-хирургам – около 214 секунд, врачам-акушерам-гинекологам – приблизительно 190 секунд (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,001$).

После проведенного обучения, включающего в себя теоретическое занятие – семинар и практические занятия в виде тренингов, были получены следующие результаты: развитие исследованных навыков, практически по всем изученным компетенциям (точный тест Фишера с поправкой Бонферрони для 20 пар сравнений: критическое значения $p = 0,0025$). При этом по 15 компетенциям сбора жалоб и анамнеза из 19, доля применяющих их врачей составила более 90%. Такие врачи активно применяют навык скрининга при сборе жалоб пациента, добиваясь получения полного перечня проблем. Соответственно, наблюдается значительное увеличение доли верных диагностических гипотез, поставленных врачами по итогам сбора жалоб и анамнеза у пациентов. Более ригидными в плане наработки оказались следующие навыки: подведение обобщения выявленных жалоб, запрет на использование закрытых вопросов при выявлении жалоб, обращение к пациенту по имени-отчеству.

Также при проведении исследования выявлено, что врачи, обученные навыкам профессионального общения, при сборе информации у пациентов тратят на полторы минуты больше, чем врачи, не обучавшиеся коммуникативным навыкам (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,022$).

Проведенное обучение позволило развить исследованные навыки, используемые при разъяснении информации, практически по всем изученным компетенциям (точный тест Фишера с поправкой Бонферрони для 20 пар сравнений: критическое значения $p = 0,0025$). При этом по 7 компетенциям из 11, доля применяющих их врачей составила более 90%. Самыми ригидными оказались реагирование на чувства пациентов (81,3%), обращение к пациенту по имени-отчеству (менее 50%).

На основании анализа мнения стандартизированных пациентов выявлено, что более доброжелательными были врачи женского пола (точный тест Фишера, $p < 0,001$, с поправкой Сидак). При этом менее доброжелательными выглядели врачи-хирурги. Практически все врачи изъяснялись на понятном для СП языке за небольшим исключением, который составили врачи-терапевты более молодого возраста (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p = 0,001$). Стандартизированные пациенты отмечали, что врачи часто не приветствуют собеседников, не проявляют заботу об их комфорте, не выявляют все их жалобы, не обращаются по имени-отчеству, недостаточно поддерживают зрительный контакт. Стандартизированные пациенты высказывали свою готовность к дальнейшему сотрудничеству чаще с врачами женского пола (точный тест Фишера, $p < 0,001$). Связь с возрастом врачей по данному критерию отсутствовала. С точки зрения распределения по специальностям СП менее готовы к дальнейшему сотрудничеству с врачами-хирургами (всего 28,2%, в то время как с терапевтами – 74,6%, с врачами-акушерами-гинекологами – 70,0%). Данные различия были статистически значимыми (точный тест Фишера, $p < 0,001$ с поправкой Сидак).

Зрительный контакт на протяжении консультации, по мнению стандартизированного пациентов, чаще поддерживали врачи женского пола (точный тест Фишера, $p = 0,001$), при этом чаще это были врачи-хирурги (точный

тест Фишера, $p = 0,392$). Врачи мужского пола чаще освещали все вопросы пациентов – 75% (врачи женщины – 49,7%; точный тест Фишера, $p = 0,011$). Врачи-хирурги в 64% случаев выявляли все вопросы пациентов и отвечали на них, в то время как врачи-терапевты – в 53% случаев, а врачи-акушеры-гинекологи – в 43% (точный тест Фишера, $p = 0,229$). Убедительными при разъяснении информации чаще (точный тест Фишера, $p = 0,001$) выглядели врачи мужчины (81%), а также врачи по специальности хирургия – в 76,9% случаев (врачи-терапевты – 72,3%, врачи-акушеры-гинекологи – 56,7%; точный тест Фишера, $p = 0,160$).

Реальные пациенты отметили недостаточное владение навыками профессионального общения врачами, непрошедшими обучение по всем пунктам опросника. При этом, процент выполнения каждого из навыков общения у врачей, прошедших обучение, был более 70%. Врачи, прошедшие обучение, получили больше баллов от пациентов по сравнению с врачами, непрошедшими обучение навыкам профессионального общения: 24,9 против 14,2 соответственно (максимально 27 баллов; бутстреп-версия гетероскедастического t-теста Саттертуайта; $p < 0,001$). Все пациенты были готовы к дальнейшему сотрудничеству с врачами, прошедшими обучение навыкам профессионального общения, и только 61% пациентов из опрошенных согласился в дальнейшем взаимодействовать с врачами, непрошедшими обучение (z-тест для долей с поправкой Бонферрони на множественность сравнений, $p < 0,05$).

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено недостаточное владение врачами определенными навыками профессионального общения, необходимыми в партнерской модели взаимодействия «врач-пациент». Выявлены различия в применении коммуникативных навыков у врачей разных полов, специальностей, возрастов. Определено, что в процессе обучения можно развить/значительно улучшить навыки профессионального общения у врачей различных специальностей и разного возраста. Разработанная сквозная программа обучения навыкам профессионального общения удовлетворяет требованиям федеральных государственных образовательных стандартов и профессиональных стандартов по соответствующей специальности.

ВЫВОДЫ

1. Степень владения врачами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, навыками профессионального общения не соответствует партнерской модели в отношении большинства ее элементов. По 19 компетенциям из 28, доля применяющих их врачей составила менее 80%. Врачи продемонстрировали низкую степень владения при работе со стандартизированным пациентом следующими навыками: обобщение информации, полученной от пациентов (3,0%); обращение по имени-отчеству (5,5%); представление (9,0%); выявление полного перечня жалоб пациентов (16,1%); применение скрининга при сборе жалоб (21,5%); уточнение исходных знаний пациента (29,6%); реагирование на чувства пациента (36,2%); убеждение в понимании пациентом, полученной информации (36,2%); проявление заботы о комфорте пациента (37,7%); детализации жалоб пациента (38,7%). При этом более 90% врачей применяли открытые и закрытые вопросы, собирали анамнез заболевания, дозированно предоставляли информацию, не использовали медицинские термины, внимательно слушали пациентов. Существуют различия в применении навыков профессионального общения у врачей различных специальностей, пола, возраста.
2. Обучение врачей навыкам профессионального общения повышает уровень владения ими: по 20 компетенциям из 28 доля применяющих их врачей составила более 90%. Доля врачей, применяющих навыки профессионального общения при осуществлении медицинской деятельности, увеличилась с 54,2% до 91,1% по таким навыкам, как применение скрининга для выявления всех жалоб пациента (с 21,5% до 100%), выявление всех проблем пациента (с 16,1% до 94,8%), предположение наиболее вероятной диагностической гипотезы (с 36,7% до 100%), «неперебивание» (с 61,3% до 94,8%), разъяснения результатов осмотра (с 76,4% до 100%), выявление наличия вопросов у пациента (с 50,3% до 100%), предоставление возможности задавать вопросы (с 57,8% до 100%). Самыми

ригидными оказались такие навыки как реагирование на чувства пациентов (с 36,2% до 81,3%), обращение к пациенту по имени-отчеству (с 26% до 49%).

3. Стандартизированные и реальные пациенты отметили недостаточное владение врачами навыками профессионального общения до обучения. Стандартизированные пациенты отметили увеличение доли врачей, применяющих навыки профессионального общения после соответствующей подготовки с 63,5% до 90%. Врачи, прошедшие обучение, получили значительно большее количество баллов от реальных пациентов по сравнению с врачами, не прошедшими обучение навыкам профессионального общения: 24,9 против 14,2 соответственно ($p < 0,0001$). Все опрошенные пациенты были готовы к дальнейшему сотрудничеству с врачами, прошедшими обучение навыкам профессионального общения, и только 61% пациентов, из участвующих в исследовании, выразил готовность к дальнейшему взаимодействию с врачами, не прошедшими соответствующую подготовку.
4. Обучение навыкам профессионального общения способствует увеличению продолжительности этапа сбора жалоб и анамнеза у пациентов на $98 \pm 10,3$ секунд (до обучения - $379 \pm 7,5$ секунд, после обучения - $477 \pm 13,11$ секунд), а этапа консультирования - на $104 \pm 14,25$ секунды (до обучения - $212 \pm 10,6$ секунд, после обучения - $316 \pm 17,9$ секунд), $p < 0,001$. Продолжительность этапа сбора информации у врачей, выявивших все проблемы пациента, составила 406 ± 17 секунд, у не выявивших - 250 ± 6 секунд ($p < 0,001$). Средняя продолжительность опроса стандартизированного пациента, врачами, поставившими правильные диагнозы, составила 346 ± 13 секунд, в то время как для специалистов, допустивших диагностические ошибки, - 235 ± 5 секунд ($p < 0,001$). Длительность консультирования у врачей, с которыми пациент готов сотрудничать в дальнейшем, составила 275 ± 10 секунд, у остальных врачей - 170 ± 9 секунд ($p < 0,001$). Продолжительность сбора жалоб и анамнеза коррелировала с лучшим выявлением всех проблем пациента (коэффициент корреляции Спирмена 0,603, $p < 0,001$) и правильностью диагностической гипотезы (коэффициент корреляции Спирмена 0,563, $p < 0,001$).

5. Разработанная сквозная междисциплинарная программа обучения навыкам профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия с пациентом предусматривает проведение занятий в тренинговой форме с применением стандартизированного пациента и предполагает вовлечение студентов, начиная со 2-3 курса, с продолжением обучения в ординатуре и на циклах повышения квалификации для врачей с периодичностью не реже одного раза в 5 лет.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для органов исполнительной власти в сфере здравоохранения регионального уровня целесообразно:

- организовать применение предложенного метода оценки владения врачами навыками профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия с пациентами с привлечением экспертов.

2. Образовательным организациям высшего медицинского образования рекомендуется:

- организовать обучение студентов медицинских вузов, ординаторов и врачей всех специальностей навыкам профессионального общения в рамках партнерской модели медицинского консультирования;

- использовать для подготовки студентов медицинских вузов и ординаторов сквозную междисциплинарную программу обучения, начиная со 2-3-го курса специалитета;

- использовать при обучении врачей всех специальностей предложенный модуль в рамках НМО для регулярного (не реже 1 раза в пять лет) повышения квалификации, через изменение соответствующих дополнительных профессиональных программ повышения квалификации, либо посредством создания отдельных программ по обучению навыкам профессионального общения для врачей с привлечением стандартизированного пациента.

3. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, рекомендуется:

- организовать обучение врачей различных специальностей навыкам профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия с пациентами;

- направлять врачей различных специальностей на обучение навыкам профессионального общения в рамках НМО для регулярного (не реже 1 раза в пять лет) повышения квалификации.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

95% ДИ	95-ти процентный доверительный интервал
ДИ	доверительный интервал
МО	медицинская организация
ОШ	отношение шансов
ОР	относительный риск
СП	стандартизированный/стандартизированный пациент
РП	рабочая программа

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсаханова, Г. А. Проблемные вопросы внедрения качественного непрерывного профессионального развития врачей / Г. А. Арсаханова // Управление образованием: теория и практика. – 2022. – № 5(51). – С. 10–17. – DOI: 10.25726/b5748-2686-0853-и. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49347949> (дата обращения: 19.02.2025). – Текст : электронный.
2. Бескаравайная, Т. С. Россияне стали чаще жаловаться на плохое качество и низкую доступность медпомощи : сайт / Т. С. Бескаравайная // Медвестник. – 05.12.2022. – URL: <https://medvestnik.ru/content/news/Rossiyane-stali-chashe-jalovatsya-na-plohoe-kachestvo-i-nizkuu-dostupnost-medpomoshi.html> (дата обращения: 18.02.2025). – Загл. с экрана. – Текст : электронный.
3. Биненко, Е. В. Коммуникативные взаимодействия медицинских работников с пациентами / Е. В. Биненко, Ю. В. Шадрин // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – № 5(35). – С. 60–65. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32394346> (дата обращения: 18.02.2025). – Текст : электронный.
4. Борщук, Е. Л. Пациентоцентричная модель организации диспансерного наблюдения при заболеваниях периферических артерий / Е. Л. Борщук, А. Ю. Апресян, Л. В. Кочорова, Н. И. Вишняков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 1. – С. 608–624. – DOI: 10.24412/2312-2935-2024-1-608-624. – EDN LVWWBV.
5. Ветчининова, П. Д. Роль коммуникации «врач-пациент» в терапевтической деятельности: социологический аспект / П. Д. Ветчининова // Фундаментальные и прикладные аспекты развития современной науки : материалы XII Международной научно-практической конференции. Уфа, 12 мая 2023 г. Ч. 4. / Пензенский государственный университет. – Уфа, 2023. – С. 8–15. – Текст : непосредственный.

6. Денисов, И. Н. Коммуникативные навыки врачей в амбулаторной практике / И. Н. Денисов, А. Г. Резе, А. В. Волнухин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 5. – С. 18–22. – Текст : непосредственный.
7. Дрокина, О. В. Коммуникативные навыки в работе врача / О. В. Дрокина, А. В. Нелидова, Л. А. Живилова // Справочник поликлинического врача. – 2020. – № 1. – С. 13–16. – Текст : непосредственный.
8. Дьяченко, Е. В. Коммуникативные компетенции врача: актуальность проблемы, принципы формирования в медицинском вузе, методика оценки / Е. В. Дьяченко // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании. Вузовская педагогика : материалы конференции. Красноярск, 04–05 февраля 2015 г. / Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого ; ред. С. Ю. Никулина. – Красноярск, 2015. – С. 28–30. – Текст : непосредственный.
9. Захарова, Е. А. Эмпатия как основа коммуникации врач-пациент: современное состояние проблемы / Е. А. Захарова, Ю. М. Ежова, Н. А. Раков // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2019. – Т. 8, № 3-1. – С. 119–138. – Текст : непосредственный.
10. Модернизация оценки коммуникативных навыков врачей разных специальностей / Е. Д. Копылов, Н. Г. Королева, М. В. Ревкова [и др.] // Мечниковские чтения - 2021 : материалы 94-й Всероссийской научно-практической студенческой конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 29 апреля 2021 г. Ч. II / Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 29–30. – Текст : непосредственный.
11. Копылов, Е. Д. Самооценка практикующими врачами навыков коммуникации с пациентами / Е. Д. Копылов, З. В. Лопатин, О. Г. Богданова // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – № 1(23). – С. 45. – DOI:

- 10.46594/2687-0037_2020_1_45. –
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42687360> (дата обращения: 19.02.2025). –
Текст : электронный.
12. Лебедева, О. Д. Возможности повышения эффективности коммуникации в системе «врач-больной» на амбулаторном приеме / О. Д. Лебедева, Р. Б. Чунгуров, Ж. Х. Бесултанов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2018. – Т. 8, № 8. – С. 334. –
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=37081962> (дата обращения: 19.02.2025). –
Текст : электронный.
13. Ледванова, Т. Ю. Формирование коммуникативной компетентности врача / Т. Ю. Ледванова, А. В. Коломейчук // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 2. – С. 115–121. –
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23234860> (дата обращения: 19.02.2025). –
Текст : электронный.
14. Липатова, Е. Г. Формирование профессиональной коммуникативной культуры будущего врача в рамках компетентностного подхода / Е. Г. Липатова // Вопросы методики преподавания в вузе. – 2020. – Т. 9, № 32. – С. 47–58. – Текст : непосредственный.
15. Макарова, О. В. Анализ эффективности пациентоцентричных коммуникативных навыков врача / О. В. Макарова // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 108–121. – DOI: 10.12731/2658-6649-2020-12-3-108-121. –
URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=44437714> (дата обращения: 19.02.2025). –
Текст : электронный.
16. Мишина, В. Страховые медорганизации проверили, как оказывается помощь в рамках ОМС : сайт / В. Мишина // Ведомости. – 2022. – 13 сентября. –
URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2022/09/13/940532-kak-okazivaetsya-pomosch-oms> (дата обращения: 18.02.2025). – Текст : электронный.

17. Навыки эффективного общения для оказания пациент-ориентированной медицинской помощи. Российский опыт симуляционных тренингов в сфере клинических навыков общения : Руководство-по-Калгари-Кембриджской-модели / Н. А. Боттаев, К. А. Горина, Д. М. Грибков [и др.] ; РОСОМЕД, Российский опыт симуляционных тренингов в сфере клинических навыков общения. – Москва, 2018. – 23 с. – URL: <https://pubdoc.ru/doc/303638/rukovodstvo-po-kalgari-kembridzhskoj-modeli> (дата обращения: 18.02.2025). – Текст : электронный.
18. Определение уровня сформированности коммуникативной компетентности у врачей ПМСП / С. Ю. Сулейманова, С. Х. Мадалиева, С. Т. Ерназарова, А. К. Медешева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4-2. – С. 372–378. – Текст : непосредственный.
19. Оценка эффективности коммуникативных навыков выпускниками медицинского института РУДН. Результаты пилотного проекта / А. И. Бадретдинова, А. С. Клименко, Л. Г. Ахуба, Ж. Г. Тигай // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – № 1. – С. 45–46. – Текст : непосредственный.
20. Пичугина, Е. Хамство Гиппократов: россияне назвали главные претензии к медикам. На первом месте – грубость и безразличие : сайт / Е. Пичугина // МКРУ. – 21.12.2021. – URL: <https://www.mk.ru/social/health/2021/12/21/khamstvo-gippokrata-rossiyane-nazvali-glavnye-pretenzii-k-medikam.html> (дата обращения: 18.02.2025). – Текст : электронный.
21. Проценко, Т. В. Навыки коммуникативного общения в клинической практике / Т. В. Проценко // Торсуевские чтения : научно-практический журнал по дерматологии, венерологии и косметологии. – 2018. – № 2(20). – С. 68–70. – Текст : непосредственный.
22. Резе, А. Коммуникативные навыки врача / А. Резе // Врач. – 2016. – № 3. – С. 82–86. – Текст : непосредственный.

23. Решетников, А. В. Врач-пациент / А. В. Решетников // Социология медицины : руководство / А. В. Решетников. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Разд. VI : Актуальные направления в социологии медицины, Гл. 32. – С. 695–714. – Текст : непосредственный.
24. Селезнева, Н. Т. Коммуникативные способности и их проявление у врачей хирургического и терапевтического профиля / Н. Т. Селезнева, А. В. Ланденюк // Мир науки. Педагогика и психология. – 2021. – Т. 9, № 2. – С. 45. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46322903> (дата обращения: 02.02.2024). – Текст : электронный.
25. Сизова, Ж. М. Оценка навыков общения с пациентом в первичной аккредитации специалистов в 2019 г. Часть 1. Краткий качественно-количественный обзор результатов федерального пилотного проекта / Ж. М. Сизова, Е. В. Дьяченко, Т. Н. Малахова // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – № 1(1). – С. 40. – DOI: 10.46594/2687-0037_2020_1_40. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42687353> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
26. Сильверман, Дж. Навыки общения с пациентами / Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер ; ред. А. А. Сонькина ; пер. с англ. – Москва : ГРАНАТ, 2018. – 304 с. – ISBN 978-5-906456-33-5. – Текст : непосредственный.
27. Симкова, К. С. Коммуникативные навыки врачей : обзор литературы / К. С. Симкова, О. А. Харькова // Инновационная наука. – 2020. – № 11. – С. 178–180. – Текст : непосредственный.
28. Сонькина, А. А. Дефицит коммуникативных навыков у российских врачей: знаем ли мы, чему надо учить? / А. А. Сонькина // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – № 1(23). – С. 46–47. – DOI: 10.46594/2687-0037_2020_1_46. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42687362> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
29. Спивак, И. М. Коммуникативная компетентность медицинских сестер как составляющая траектории профессионального развития / И. М. Спивак, И. Н. Высоцкая // Методология и технология непрерывного профессионального

- образования. – 2021. – № 2(6). – С. 40–50. – DOI: 10.24075/МТСРЕ.2021.009.
– URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=48618674> (дата обращения: 20.02.2025).
– Текст : электронный.
30. Старшинин, А. В. Мультидисциплинарные модели оказания первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями / А. В. Старшинин, Н. Н. Камынина, Ю. В. Бурковская, А. С. Тимофеева // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2024. – Т. 68, № 5. – С. 349–355. – DOI: 10.47470/0044-197X-2024-68-5-349-355. – EDN GNQSQP.
31. Сыдыгалиева, З. М. Роль и значение коммуникативных навыков в профессиональной подготовке врачей общей практики / З. М. Сыдыгалиева, Ж. Н. Кенбейлов, К. А. Ескалиева // *Медицинский журнал западного Казахстана*. – 2014. – № 3(43). – С. 95–96. – Текст : непосредственный.
32. Трушкина, С. В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача / С. В. Трушкина // *Медицинская психология в России*. – 2018. – Т. 10, № 4(51). – С. 9. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=37057184> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
33. Шапекина, Е. А. Оценка исходного уровня сформированности коммуникативных навыков в системе «врач-пациент» у ординаторов терапевтических и хирургических специальностей / Е. А. Шапекина, В. П. Шеховцов // *Верхневолжский медицинский журнал*. – 2023. – Т. 22, № 1. – С. 46–48. – Текст : непосредственный.
34. Шапекина, Е. А. Пациент-ориентированная модель в решении задачи повышения качества медицинской помощи / Е. А. Шапекина, А. А. Родионов // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2023. – № 11-12. – С. 10–16. – Текст : непосредственный.
35. Шапекина, Е. А. Оценка владения навыками сбора информации у врачей различных специальностей до и после обучения приемам профессионального общения / Е. А. Шапекина, А. А. Родионов, А. В. Соловьева // *Проблемы*

- стандартизации в здравоохранении. – 2024. – № 3-4. – С. 40–46. – Текст : непосредственный.
36. Шкляев, А. Е. Совершенствование подготовки медицинских кадров: перспективы высшего образования / А. Е. Шкляев // Актуальные вопросы современного медицинского образования: совершенствование подготовки медицинских кадров : материалы III научно-практической международной конференции. Ижевск, 25–26 ноября 2022 г. / ред. А. Е. Шкляев [и др.]. – Ижевск, 2022. – С. 3–6. – Текст : непосредственный.
37. A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary-Cambridge model and the patient-centered approach / J. Sommer, C. Lanier, N. J. Perron [et al.] // Patient Education and Counseling. – 2016. – Vol. 99, № 4. – Текст : непосредственный.
38. Alignment of patient-centredness definitions with real-life patient and clinician experiences: A qualitative study / J. Babione, D. Panjwani, S. Murphy [et al.] // Health Expectations. – 2023. – Vol. 26, № 1. – P. 419–428. – DOI: 10.1111/hex.13674. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Alignment+of+patientcentredness+definitions+with+reallife+patient+and+clinician+experiences%3A+A+qualitative+study+&sort=pubdate> (дата обращения: 21.02.2025). – Текст : электронный.
39. Ammentorp, J. Translating knowledge into practice for communication skills training for health care professionals / J. Ammentorp, M. Chiswell, P. Martin // Patient Education and Counseling. – 2022. – Vol. 105, № 11. – P. 3334–3338. – DOI: 10.1016/j.pes.2022.08.004. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35953393/> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
40. An exploratory study using video analysis of rheumatology specialist nurses conducting methotrexate education consultations with patients / S. Robinson, J. Scott, N. Adams [et al.] // Musculoskeletal Care. – 2021. – Vol. 19, № 3. – Текст : непосредственный.
41. Anderson, N. N. Unclear if future physicians are learning about patient-centred care: Content analysis of curriculum at 16 medical schools / N. N. Anderson, A. R.

- Gagliardi // *Medical Teacher*. – 2021. – Vol. 43, № 9. – P. 1085–1091. – DOI: 10.1080/0142159X.2021.1918332. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33915064/> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
42. Anderson, N. Non-medical midwifery prescribing of an antiemetic for a glucose tolerance test: a case study / N. Anderson // *Journal of Prescribing Practice*. – 2022. – Vol. 4, № 11. – URL: <https://www.prescribingpractice.com/content/clinical-focus/nonmedicalmidwifery-prescribing-of-an-antiemetic-for-a-glucose-tolerance-test-a-case-study/> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
43. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? / M. C. Beach, D. L. Roter, N. Y. Wang [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2006. – Vol. 62, № 3. – Текст : непосредственный.
44. Arnold, E. Developing Patient-Centered Communication Skills / E. Arnold, K. U. Boggs // *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. – 2020. – Текст : непосредственный.
45. Asan, O. How clinician-patient communication affects trust in health information sources: Temporal trends from a national cross-sectional survey / O. Asan, Z. Yu, B. H. Crotty // *PLoS ONE*. – 2021. – Vol. 16, № 2. – DOI: 10.1371/journal.pone.0247583. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=How+clinicianpatient+communication+affects+trust+in+health+information+sources%3A+Temporal+trends+from+a+national+cross-sectional+survey+&sort=pubdate> (дата обращения: 21.02.2025). – Текст : электронный.
46. Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments / M. Brouwers, E. Rasenberg, C. van Weel [et al.]. – 2017. – Vol. 51. – Текст : непосредственный.
47. Assessing Patients' Perceptions of Clinician Communication: Acceptability of Brief Point-of-Care Surveys in Primary Care / E. M. Dryden, J. K. Hyde, J. B.

- Wormwood [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2020. – Vol. 35, № 10. – Текст : непосредственный.
48. Astanina, S. Y. Methodological guidelines for the preparation of doctors for short preventive counseling. Textbook / S. Y. Astanina, A. M. Kalinina, R. N. Shepel, O. M. Drapkina. – LLC “Silicea-Poligraf,” 2023. – Текст : непосредственный.
49. Azizam, N. A. Association of Patient Centered Communication and Patient Enablement / N. A. Azizam, S. N. Maon, N. I. S. Abdul Aziz, N. Z. A. Hamid. – 2016. – Текст : непосредственный.
50. Bagley, C. H. M. Patients’ misunderstanding of common orthopaedic terminology: The need for clarity / C. H. M. Bagley, A. R. Hunter, I. A. Bacarese-Hamilton // *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. – 2011. – Vol. 93, № 5. – Текст : непосредственный.
51. Batt-Rawden, S. A. Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review / S. A. Batt-Rawden, M. S. Chisolm, B. Anton, T. E. Flickinger // *Acad Med*. – 2013. – Vol. 88(8). – P. 1171–1177. – Текст : непосредственный.
52. Beyond Confidentiality: A Qualitative Study of Parent Preferences for Partnering with Their Adolescent’s Primary Care Provider / K. Katzman, H. Spielvogel, E. Gersh [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. – 2018. – Vol. 62, № 2. – Текст : непосредственный.
53. Bowes, P. “I need her to be a doctor”: Patients’ experiences of presenting health information from the internet in GP consultations / P. Bowes, F. Stevenson, S. Ahluwalia, E. Murray. – 2012. – Vol. 62. – Текст : непосредственный.
54. Brand, P. L. P. Effective follow-up consultations: The importance of patient-centered communication and shared decision making / P. L. P. Brand, A. M. Stiggelbout. – 2013. – Vol. 14. – Текст : непосредственный.
55. Buetow, S. The scope for the involvement of patients in their consultations with health professionals: Rights, responsibilities and preferences of patients / S. Buetow // *Journal of Medical Ethics*. – 1998. – Vol. 24, № 4. – P. 243–247. – Текст : непосредственный.

56. Can You Hear Me Now? Effects of Patient-Centered Communication With Young Adults Aged 26 to 39 / H. M. Nichols, S. Dababnah, Z. Berger [et al.] // *Journal of Patient Experience*. – 2021. – Vol. 8. – Текст : непосредственный.
57. Cegala, D. J. The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication / D. J. Cegala, D. M. Post // *Patient Education and Counseling*. – 2009. – Vol. 77, № 2. – Текст : непосредственный.
58. Challenges to patient centredness - A comparison of patient and doctor experiences from primary care / H. Bodegard, G. Helgesson, N. Juth [et al.] // *BMC Family Practice*. – 2019. – Vol. 20, № 1. – Текст : непосредственный.
59. Chandra, S. Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review / S. Chandra, M. Mohammadnezhad, P. Ward // *Journal of Healthcare Communications*. – 2018. – Vol. 03, № 03. – Текст : непосредственный.
60. Chen, L. Effect of Patient-Centered Communication on Physician-Patient Conflicts from the Physicians' Perspective: A Moderated Mediation Model / L. Chen, H. Tang, Y. Guo // *Journal of Health Communication*. – 2022. – Vol. 27, № 3. – Текст : непосредственный.
61. Cheon, H. A Concept Analysis of Patient-centered Communication / H. Cheon, A. Y. Han // *Chonnam Research Institute of Nursing Science*. – 2022. – Vol. 27, № 1. – Текст : непосредственный.
62. Chipidza, F. E. Impact of the doctor-patient relationship / F. E. Chipidza, R. S. Wallwork, T. A. Stern // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. – 2015. – Vol. 17, № 5. – P. 360. – Текст : непосредственный.
63. Chizhkova, M. B. Doctors communicative competence and its formation in medical residents perception: problem setting / M. B. Chizhkova // *Современные проблемы науки и образования (Modern Problems of Science and Education)*. – 2020. – № 2. – Текст : непосредственный.
64. Choi, J. Y. Evidence-Based Communication with Critically Ill Older Adults / J. Y. Choi, J. A. Tate. – 2021. – Vol. 37. – Текст : непосредственный.

65. Coffey, M. J. Patient-centered communication during procedures / M. J. Coffey. – 2017. – Vol. 213. – Текст : непосредственный.
66. Communication skills of a local general practitioner in conducting preventive counseling (methodological aspect) / S. Y. Astanina, A. M. Kalinina, R. N. Shepel [et al.] // Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian Federation). – 2023. – Vol. 22. – P. 7–14. – Текст : непосредственный.
67. Communication Skills Training: A Means to Promote Time-Efficient Patient-Centered Communication in Clinical Practice / E. D. Iversen, M. Wolderslund, P. E. Kofoed [et al.] // Journal of Patient-Centered Research and Reviews. – 2021. – Vol. 8, № 4. – Текст : непосредственный.
68. Com-On Questionnaire: Development and validation of a questionnaire for evaluating communication skills of oncologists / A. Wuensch, M. J. Boden, P. P. Pärshcke [et al.] // European Journal of Cancer Care. – 2022. – Vol. 31, № 6. – Текст : непосредственный.
69. Contemporary contexts of higher medical education development: patient-centered care in medical students` understanding / T. D. Podkladova, L. G. Smyshlyayeva, A. O. Okorokov, I. I. Soshenko // Obrazovanie i Nauka. – 2023. – Vol. 25, № 9. – P. 44–79. – Текст : непосредственный.
70. Cuevas, A. G. Can patient-centered communication reduce the effects of medical mistrust on patients' decision making? / A. G. Cuevas, K. O'Brien, S. Saha // Health Psychology. – 2019. – Vol. 38, № 4. – Текст : непосредственный.
71. Dadiz, R. Teaching the Art of Difficult Family Conversations / R. Dadiz, M. L. Spear, E. Denney-Koelsch // Journal of Pain and Symptom Management. – 2017. – Vol. 53, № 2. – Текст : непосредственный.
72. Dahm, M. R. Communication of Diagnostic Uncertainty in Primary Care and Its Impact on Patient Experience: an Integrative Systematic Review / M. R. Dahm, W. Cattanach, M. Williams [et al.] // J Gen Intern Med. – 2023. – Vol. 38. – P. 738–754. – DOI: 10.1007/s11606-022-07768-y. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Communication+of+Diagnostic+Uncertainty+in+Primary+Care+and+Its+Impact+on+Patient+Experience%3A+an+>

- Integrative+Systematic+Review+&sort=pubdate (дата обращения: 21.02.2025).
– Текст : электронный.
73. Degtyareva, L. N. Basics of professional communication in general practice / L. N. Degtyareva // *Russian Family Doctor*. – 2022. – Vol. 26, № 3. – Текст : непосредственный.
74. Denniston, C. ‘I will never ever go back’: patients’ written narratives of health care communication / C. Denniston, E. Molloy, C. E. Rees // *Medical Education*. – 2018. – Vol. 52, № 7. – Текст : непосредственный.
75. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication / V. Zamanzadeh, A. Ghahramanian, M. Rassouli [et al.] // *Journal of Caring Sciences*. – 2015. – Vol. 4, № 2. – Текст : непосредственный.
76. Development, implementation, and evaluation of Teach Back curriculum for community health workers / J. Holcomb, G. M. Ferguson, L. Thornton, L. Highfield // *Frontiers in Medicine*. – 2022. – Vol. 9. – Текст : непосредственный.
77. Dijk, S. W. Role of active patient involvement in undergraduate medical education: A systematic review / S. W. Dijk, E. J. Duijzer, M. Wienold. – 2020. – Vol. 10. – Текст : непосредственный.
78. Do you have any questions? An analysis of question asking patterns in surgical outpatient consultations / Y. Y. Ting, J. L. Reid, E. Treloar [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2022. – Vol. 92. – Текст : непосредственный.
79. Does age really matter? Recall of information presented to newly referred patients with cancer / J. Jansen, P. N. Butow, J. C. M. Van Weert [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2008. – Vol. 26, № 33. – Текст : непосредственный.
80. Downer, K. Assessment of resident patient-centered communication in advance care planning / K. Downer, J. K. Yuen. – 2015. – Vol. 63. – Текст : непосредственный.
81. Driever, E. O.4.1SDM, patient-centered communication and patient satisfaction - a cross-sectional analysis / E. Driever, A. Stiggelbout, P. Brand // *Patient Education and Counseling*. – 2023. – Vol. 109. – Текст : непосредственный.

82. Driver-Jowitt, J. P. Complaints against doctors / J. P. Driver-Jowitt. – 2009. – Vol. 99. – Текст : непосредственный.
83. Dubey, A. Characteristics of Communication of Doctors During Consultation / A. Dubey, S. Gupta // Asian Journal of Social Sciences, Arts and Humanities. – 2015. – Vol. 3, № 2. – Текст : непосредственный.
84. Dwamena, F. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations / F. Dwamena, M. Holmes-Rovner, C. M. Gauden [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol. 12(12). – Текст : непосредственный.
85. Effect of Communication Skill Training Based on Calgary-Cambridge Observation Model on Midwifery Students' Communication Skills / A. S. Baniaghil, S. Ghasemi, M. R. Aval, N. Behnampour // Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. – 2020. – Vol. 17, № 2. – Текст : непосредственный.
86. Effect of the evaluation of recall on the rate of information recalled by patients in Primary Care / B. N. Bravo, J. M. L. Postigo, L. R. Segura [et al.] // Patient Education and Counseling. – 2010. – Vol. 81, № 2. – Текст : непосредственный.
87. Effectiveness of intensive physician training in upfront agenda setting / D. M. Brock, L. B. Mauksch, S. Witteborn [et al.] // Journal of General Internal Medicine. – 2011. – Vol. 26, № 11. – Текст : непосредственный.
88. Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study / J. Zwingmann, W. F. Baile, J. W. Schmier [et al.] // Cancer. – 2017. – Vol. 123, № 16. – P. 3167–3175. – Текст : непосредственный.
89. Emergency physician empathy does not explain variation in admission rates / V. Parwani, D. Ashkenasi, C. Rothenberg [et al.] // American Journal of Emergency Medicine. – 2019. – Vol. 37, № 4. – P. 767–768. – Текст : непосредственный.
90. English, W. The meaning of rapport for patients, families, and healthcare professionals: A scoping review / W. English, M. Gott, J. Robinson // Patient Educ Couns. – 2022. – Vol. 105(1). – P. 2–14. – DOI: 10.1016/j.pec.2021.06.003. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=The+meaning+of+rapport+for+pat>

- ients%2C+family%2C+and+healthcare+professionals%3A+A+scoping+review
+&sort=pubdate (дата обращения: 21.02.2025). – Текст : электронный.
91. Fareed, N. Communication skills in clinical medical practice the patient-doctor interaction — an observational study / N. Fareed, N. Eldridge, N. N. Avuob // *Advances in medical education and practice*. – 2017. – № 8. – P. 567–574. – Текст : непосредственный.
 92. Freytag, J. Mutual persuasion as patient-centered communication / J. Freytag, R. L. Street // *The Routledge Handbook of Health Communication, Third Edition*. – 2021. – Текст : непосредственный.
 93. Gantayet-Mathur, A. Patient-centered care and interprofessional collaboration in medical resident education: Where we stand and where we need to go / A. Gantayet-Mathur, K. Chan, M. Kalluri. – 2022. – Vol. 9. – Текст : непосредственный.
 94. Gatsura, S. V. The first Russian experience of the final year students' communicative competence assessment with the Jefferson Scale of Empathy / S. V. Gatsura, O. A. Gatsura, V. G. Deriushkin // *Infectious Diseases: News, Opinions, Training*. – 2019. – Vol. 8, № 3. – Текст : непосредственный.
 95. Gebru, A. Critical Review Patient Centered Communication: a Synoptic Review of the State of the Art / A. Gebru // *Ethiop Med J*. – 2020. – Vol. 58, № 3. – Текст : непосредственный.
 96. Gilligan, C. Assessing the training needs of medical students in patient information gathering / C. Gilligan, S. P. Brubacher, M. B. Powell // *BMC Medical Education*. – 2020. – Vol. 20, № 1. – Текст : непосредственный.
 97. Gorawara-Bhat, R. Eye contact in patient-centered communication / R. Gorawara-Bhat, M. A. Cook // *Patient Education and Counseling*. – 2011. – Vol. 82, № 3. – Текст : непосредственный.
 98. Gorski, S. The Use of Simulated Patients Is more Effective than Student Role Playing in Fostering Patient-Centred Attitudes during Communication Skills Training: A Mixed Method Study / S. Gorski, A. Prokop-Dorner, M. Pers [et al.] //

- BioMed Research International. – 2022. – Vol. 2022. – Текст : непосредственный.
99. Haas, J. W. The effect of patient-centered communication on medication intake: an experimental study / J. W. Haas, W. Rief, F. Weiß [et al.] // *Psychology, Health and Medicine*. – 2022. – Vol. 27, № 10. – Текст : непосредственный.
 100. Hashim, M. J. Patient-Centered Communication: Basic Skills / M. J. Hashim // *American family physician*. – 2017. – Vol. 95, № 1. – P. 29–34. – Текст : непосредственный.
 101. Hashim, M. J. Patient-Centered Communication: Basic Technique / M. J. Hashim // *Am Fam Physician*. – 2017. – Vol. 95(1). – P. 29–34. – Текст : непосредственный.
 102. Haskard Zolnierек, K. B. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis / K. B. Haskard Zolnierек, M. R. Dimatteo // *Medical Care*. – 2009. – Vol. 47, № 8. – Текст : непосредственный.
 103. Hildenbrand, G. M. The influence of physician use of analogies on patient understanding / G. M. Hildenbrand, E. K. Perrault // *Communication Quarterly*. – 2022. – Vol. 70, № 5. – Текст : непосредственный.
 104. Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial / B. Maatouk-Bürmann, N. Ringel, J. Spang [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2016. – Vol. 99, № 1. – Текст : непосредственный.
 105. Innovations in modeling and simulation: Patient-centered healthcare / T. M. Morrison, L. M. Angelone, A. Bestelmeyer, J. E. Bischoff // *Annals of Biomedical Engineering*. – 2016. – Vol. 44, № 12. – Текст : непосредственный.
 106. Intercultural communication through the eyes of patients: experiences and preferences / E. Paternotte, S. van Dulmen, L. Bank [et al.] // *International journal of medical education*. – 2017. – Vol. 8. – Текст : непосредственный.
 107. Interrelation of the communicative model of the attending physician with adherence to therapy of patients undergoing coronary bypass surgery / S. A. Pomeshkina, A. V. Soloduhin, V. A. Bezzubova [et al.] // *Sibirskiy*

- psikhologicheskiy zhurnal. – 2017. – № 66. – P. 52–65. – Текст : непосредственный.
108. Issues related to doctor-patient communication / D. Davidov, A. Moskvicheva, L. Shubina, I. Shikina // *Social Aspects of Population Health*. – 2023. – Vol. 69, № 3. – P. 2–2. – Текст : непосредственный.
109. Joyce, P. Quality improvement in healthcare: an action learning approach / P. Joyce // *Action Learning: Research and Practice*. – 2022. – Vol. 19, № 3. – Текст : непосредственный.
110. Kelly, G. “They don’t care about us”: Older people’s experiences of primary healthcare in Cape Town, South Africa / G. Kelly, L. Mrengqwa, L. Geffen // *BMC Geriatrics*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – Текст : непосредственный.
111. Khokhlov, A. L. The concept of patient-oriented medicine and pharmacy / A. L. Khokhlov, D. A. Sychev // *Patient-Oriented Medicine and Pharmacy*. – 2023. – Vol. 1, № 1. – Текст : непосредственный.
112. Kondo, K. Patient-centred Communication: Discourse of In-home Medical Consultations for Older Adults / K. Kondo. – 2022. – Текст : непосредственный.
113. Kuragina, M. Communicative Competence of a Doctor as the Basis of a Patient-Centered Approach / M. Kuragina, N. Zhirnova // *Virtual Technologies in Medicine*. – 2022. – Vol. 1, № 1. – P. 20–25. – Текст : непосредственный.
114. Kurtz, S. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine / S. Kurtz, J. Silverman, J. Draper. – London, New York : CRC Press, 2017. – 388 p. – ISBN 9781138030237. – Текст : непосредственный.
115. LaNoue, M. D. Exploring patient-centeredness: The relationship between self-reported empathy and patient-centered communication in medical trainees / M. D. LaNoue, D. L. Roter // *Patient Education and Counseling*. – 2018. – Vol. 101, № 6. – Текст : непосредственный.
116. Liu, P. L. Communication Matters: The Role of Patient-Centered Communication in Improving Old Adults’ Health Competence and Health Outcomes / P. L. Liu, L. Zhang, X. Ma, X. Zhao // *Health Communication*. – 2024. – Vol. 39(2). – P. 363–375. – Текст : непосредственный.

117. Lundberg, K. L. What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters / K. L. Lundberg // *Patient Education and Counseling*. – 2014. – Vol. 96, № 3. – P. 376–380. – Текст : непосредственный.
118. Makoul, G. An integrative model of shared decision making in medical encounters / G. Makoul, M. L. Clayman // *Patient Education and Counseling*. – 2006. – Vol. 60. – Текст : непосредственный.
119. Mast, M. S. How female and male physicians' communication is perceived differently / M. S. Mast, K. K. Kadji // *Patient Education and Counseling*. – 2018. – Vol. 101, № 9. – Текст : непосредственный.
120. McLeish, L. Reflection on practice: Consultation skills / L. McLeish, A. Snowden // *Nurse Prescribing*. – 2017. – Vol. 15, № 12. – Текст : непосредственный.
121. Nichols, J. What is Person-Centered Care? / J. Nichols // *Caring for the Ages*. – 2021. – Vol. 22, № 5. – Текст : непосредственный.
122. Opportunities to improve COVID-19 provider communication resources: A systematic review / E. Wittenberg, J. V. Goldsmith, C. Chen [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2021. – Vol. 104. – Текст : непосредственный.
123. Participative development and evaluation of a communication skills–training program for oncologists—patient perspectives on training content and teaching methods / N. Ernstmann, H. Nakata, L. Meurer [et al.] // *Supportive Care in Cancer*. – 2022. – Vol. 30, № 3. – Текст : непосредственный.
124. “Patients-centered” in the Reform of Public Primary Health Care Institutions : Does Doctor-patient Communication Improve the Quality of Primary Care Services? / D. Li, M. Su, B. Liu [et al.] // *Chinese General Practice*. – 2023. – Vol. 26, № 31. – Текст : непосредственный.
125. Patient and Health Care Professional Perspectives on Stigma in Integrated Behavioral Health: Barriers and Recommendations / S. M. Phelan, M. Salinas, T. Pankey [et al.] // *Annals of Family Medicine*. – 2023. – Vol. 21. – Текст : непосредственный.

126. Patient autonomy in the consultation: How signalling structure can facilitate patient-centred care / G. Manalastas, L. M. Noble, R. Viney, A. E. Griffin // *Patient Education and Counseling*. – 2020. – Vol. 103, № 11. – Текст : непосредственный.
127. Patient-centered approach: analysis of relationship between effectiveness of medical care and conditions of its provision as estimated by patients / N. G. Brazovskaya, I. A. Deev, O. S. Kobyakova [et al.] // *Social Aspects of Population Health*. – 2019. – Vol. 65, № 5. – P. 1–1. – Текст : непосредственный.
128. Patient-centered medical education: A proposed definition / J. Hearn, M. Dewji, C. Stocker, G. Simons // *Medical Teacher*. – 2019. – Vol. 41, № 8. – Текст : непосредственный.
129. Patients' recall of clinical information following laparoscopy for acute abdominal pain / S. M. Murphy, M. Donnelly, T. Fitzgerald [et al.] // *British Journal of Surgery*. – 2004. – Vol. 91, № 4. – Текст : непосредственный.
130. Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction / H. Eide, P. Graugaard, K. Holgersen, A. Finset // *Patient Education and Counseling*. – 2003. – Vol. 51, № 3. – Текст : непосредственный.
131. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities / R. Tamblyn, M. Abrahamowicz, D. Dauphinee [et al.] // *JAMA*. – 2007. – Vol. 298, № 9. – Текст : непосредственный.
132. Platonova, E. A. Patient-centered communication: dissecting provider communication / E. A. Platonova, H. Qu, J. Warren-Findlow // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. – 2019. – Vol. 32, № 2. – Текст : непосредственный.
133. Pollak, K. I. Disseminating effective clinician communication techniques: Engaging clinicians to want to learn how to engage patients / K. I. Pollak, A. L. Back, J. A. Tulskey // *Patient Education and Counseling*. – 2017. – Vol. 100, № 10. – P. 1951–1954. – Текст : непосредственный.

134. Predictors of Patient-Centered Communication among U.S. Adults: Analysis of the 2017-2018 Health Information National Trends Survey (HINTS) / N. Trivedi, R. P. Moser, E. S. Breslau, W. Y. S. Chou // *Journal of Health Communication*. – 2021. – Vol. 26, № 1. – Текст : непосредственный.
135. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: Observational study / P. Little, H. Everitt, I. Williamson [et al.] // *British Medical Journal*. – 2001. – Vol. 322, № 7284. – Текст : непосредственный.
136. Primary healthcare competencies needed in the management of person-centred integrated care for chronic illness and multimorbidity: Results of a scoping review / L. Michielsen, E. W. M. A. Bischoff, T. Schermer, M. Laurant // *BMC Primary Care*. – 2023. – Vol. 24, № 1. – Текст : непосредственный.
137. Psychological and pedagogical features of the preparation of a district therapist for preventive counseling. Textbook. Psychol. Pedagog. Featur. Prep. a Dist. Ther. Prev. Couns. Textb. / S. Y. Astanina, A. M. Kalinina, R. N. Shepel [et al.]. – 2023. – Текст : непосредственный.
138. Qualitative Analysis of Older Adults' Views of Healthcare Provider Attributes and Communication Skills / B. Stewart, P. Hanke, M. Kucemba [et al.] // *Journal of Patient Experience*. – 2022. – Vol. 9. – Текст : непосредственный.
139. Raymond, M. A. Patient-centered communication: Collaborative learning and communication strategies for patient and healthcare providers in the new normal of COVID-19 / M. A. Raymond, M.-A. Simonetta // *Journal of Clinical Oncology*. – 2020. – Vol. 38, № 29. – Suppl. – Текст : непосредственный.
140. Respecting patients is associated with more patient-centered communication behaviors in clinical encounters / T. E. Flickinger, S. Saha, D. Roter [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2016. – Vol. 99, № 2. – Текст : непосредственный.
141. Resuscitating the physician-patient relationship: Emergency department communication in an academic medical center / K. V. Rhodes, T. Vieth, T. He [et al.] // *Annals of Emergency Medicine*. – 2004. – Vol. 44, № 3. – Текст : непосредственный.

142. Richard, C. Measuring patient and physician participation in exchanges on medications: Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles / C. Richard, M. T. Lussier // *Patient Education and Counseling*. – 2007. – Vol. 65, № 3. – Текст : непосредственный.
143. Ruben, M. A. Do patient perceptions of provider communication relate to experiences of physical pain? / M. A. Ruben, M. Meterko, B. G. Bokhour // *Patient Education and Counseling*. – 2018. – Vol. 101, № 2. – Текст : непосредственный.
144. Salmon, P. Argumentation and persuasion in patient-centred communication / P. Salmon // *Patient Educ Couns*. – 2015. – Vol. 98(5). – P. 543–544. – Текст : непосредственный.
145. Seleznev, I. Patient satisfaction in Kazakhstan: Looking through the prism of patient healthcare experience / I. Seleznev, R. Alibekova, A. Clementi // *Patient Education and Counseling*. – 2020. – Vol. 103, № 11. – Текст : непосредственный.
146. Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis / V. Y. Siebinga, E. M. Driever, A. M. Stiggelbout, P. L. P. Brand // *Patient Education and Counseling*. – 2022. – Vol. 105, № 7. – Текст : непосредственный.
147. Sharkiya, S. H. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review / S. H. Sharkiya // *BMC Health Services Research*. – 2023. – Vol. 23, № 1. – Текст : непосредственный.
148. Shubina, L. B. Creation of a model for training the communication skills of medical specialists / L. B. Shubina, Z. V. Lopatin // *Russian Family Doctor*. – 2024. – Vol. 27, № 4. – P. 41–50. – Текст : непосредственный.
149. Stagno, S. Keeping the Patient at the Center: Teaching About Elements of Patient-Centered Care / S. Stagno, K. Crapanzano, A. Schwartz // *MedEdPORTAL*. – 2016. – Текст : непосредственный.
150. Steihaug, S. Recognition can leave room for disagreement in the doctor-patient consultation / S. Steihaug, P. Gulbrandsen, A. Werner // *Patient Education and Counseling*. – 2012. – Vol. 86, № 3. – Текст : непосредственный.

151. Stewart, M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective / M. Stewart // *Turkiye Aile Hekimligi Dergisi*. – 2013. – Vol. 17, № 2. – P. 73–85. – Текст : непосредственный.
152. Street, R. L. The many “Disguises” of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement / R. L. Street // *Patient Education and Counseling*. – 2017. – Vol. 100, № 11. – Текст : непосредственный.
153. Strickland, D. E. A patient-centered medical home model for improvement of healthcare for the homeless / D. E. Strickland. – 2019. – Текст : непосредственный.
154. Tailored patient therapeutic educational interventions: A patient-centred communication model / L. Ricci, J. Villegente, D. Loyal [et al.] // *Health Expectations*. – 2022. – Vol. 25, № 1. – Текст : непосредственный.
155. Teaching communication skills: Beyond wishful thinking / N. J. Perron, J. Sommer, M. Louis-Simonet, M. Nendaz // *Swiss Med Wkly*. – 2015. – Vol. 145. – DOI: 10.4414/smw.2015.14064. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Teaching+communication+skills%3A+Beyond+wishful+thinking+&sort=pubdate> (дата обращения: 21.02.2025). – Текст : электронный.
156. Teaching residents to put patients first: Creation and evaluation of a comprehensive curriculum in patient-centered communication / D. Wild, H. Nawaz, S. Ullah [et al.] // *BMC Medical Education*. – 2018. – Vol. 18, № 1. – Текст : непосредственный.
157. The Development of the Rheumatology Informatics System for Effectiveness Learning Collaborative for Improving Patient-Reported Outcome Collection and Patient-Centered Communication in Adult Rheumatology / M. Subash, L. H. Liu, K. DeQuattro [et al.] // *ACR Open Rheumatology*. – 2021. – Vol. 3, № 10. – Текст : непосредственный.
158. The effect of a relationship-centered communication program on patient experience and provider wellness / J. Altamirano, M. Kline, R. Schwartz [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2022. – Vol. 105, № 7. – P. 1988–1995. –

DOI: 10.1016/j.pec.2021.10.025. —

URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34772532/> (дата обращения: 20.02.2025). — Текст : электронный.

159. The impact of obesity on perceived patient-centred communication / S. M. Phelan, B. A. Lynch, K. D. Blake [et al.] // *Obesity Science and Practice*. — 2018. — Vol. 4, № 4. — Текст : непосредственный.
160. The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes / M. Stewart, L. Meredith, J. B. Brown, J. Galajda // *Clinics in Geriatric Medicine*. — 2000. — Vol. 16, № 1. — P. 25–36. — Текст : непосредственный.
161. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students / M. Hojat, J. DeSantis, S. C. Shannon [et al.] // *Advances in Health Sciences Education*. — 2018. — Vol. 23, № 5. — Текст : непосредственный.
162. The patient satisfaction in primary care consultation—Questionnaire (PiC): An instrument to assess the impact of patient-centred communication on patient satisfaction / S. Stark, L. Worm, M. Kluge [et al.] // *PLoS ONE*. — 2021. — Vol. 16, № 7. — July. — Текст : непосредственный.
163. The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction / E. Krupat, S. L. Rosenkranz, C. M. Yeager [et al.] // *Patient Education and Counseling*. — 2000. — Vol. 39, № 1. — Текст : непосредственный.
164. The role of patient-centered communication scale in patients satisfaction of healthcare providers before and during the COVID-19 pandemic / M. A. Tabatabai, P. Matthews-Juarez, N. Bahri [et al.] // *Patient Experience Journal*. — 2023. — Vol. 10, № 2. — Текст : непосредственный.
165. The virtuous orthopaedist has fewer malpractice suits / T. E. Adamson, W. H. Bunch, D. W. C. Baldwin [et al.] // *Clinical Orthopaedics and Related Research*. — 2000. — Vol. 378. — P. 104–109. — DOI: 10.1097/00003086-200009000-00017. —

- URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10986982/> (дата обращения: 20.02.2025). – Текст : электронный.
166. Tran, B. Q. Strategies for effective patient care: Integrating quality communication with the patient-centered approach / B. Q. Tran // *Social and Personality Psychology Compass*. – 2021. – Vol. 15, № 1. – Текст : непосредственный.
 167. Underpinning of the sharing knowledge about immunisation (SKAI) communication approach: A qualitative study using recorded observations / S. Randall, J. Leask, P. Robinson [et al.] // *Patient Education and Counseling*. – 2020. – Vol. 103, № 6. – Текст : непосредственный.
 168. Vasil'eva, E. Some Check-List Need to Assess the Communication Skills of Future Doctors? / E. Vasil'eva, M. Tomilova, S. Yur'eva // *Scientific Research and Development. Modern Communication Studies*. – 2019. – Vol. 8, № 6. – P. 62–66. – Текст : непосредственный.
 169. Vasileva, E. Y. A Consensual approach to teaching communication skills in medical education: barriers to implementation / E. Y. Vasileva, L. B. Shubina // *Medical Education and Professional Development*. – 2022. – Vol. 13, № 4. – P. 20–30. – Текст : непосредственный.
 170. Wang, D. Do physicians' attitudes towards patient-centered communication promote physicians' intention and behavior of involving patients in medical decisions? / D. Wang, C. Liu, X. Zhang // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020. – Vol. 17, № 17. – Текст : непосредственный.
 171. What do patients expect? Assessing patient-centredness from the patients' perspective: An interview study / S. Zeh, E. Christalle, J. M. Zill [et al.] // *BMJ Open*. – 2021. – Vol. 11. – DOI: 10.1136/bmjopen-2020-047810. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=What+do+patients+expect%3F+Assessing+patientcentredness+from+the+patients'+perspective%3A+An+interview+study+&sort=pubdate> (дата обращения: 21.02.2025). – Текст : электронный.
 172. What Does Patient-Centered Communication Look Like?: Linguistic Markers of Provider Compassionate Care and Shared Decision-Making and Their Impacts on

- Patient Outcomes / Y. Zhou, M. L. Acevedo Callejas, Y. Li, E. L. MacGeorge // Health Communication. – 2023. – Vol. 38, № 5. – Текст : непосредственный.
173. What does the structure of a medical consultation look like? A new method for visualising doctor-patient communication / G. Manalastas, L. M. Noble, R. Viney, A. E. Griffin // Patient Education and Counseling. – 2021. – Vol. 104, № 6. – Текст : непосредственный.
174. Wolfe, H. L. Development of observational rating scales for evaluating patient-centered communication within a whole health approach to care / H. L. Wolfe, G. M. Fix, R. E. Bolton [et al.] // Explore. – 2021. – Vol. 17, № 6. – Текст : непосредственный.
175. Wu, Q. The Effects of Patient-Centered Communication on Emotional Health: Examining the Roles of Self-Efficacy, Information Seeking Frustration, and Social Media Use / Q. Wu, S. Jiang // Journal of Health Communication. – 2023. – Vol. 28, № 6. – Текст : непосредственный.
176. Zou, W. How Do Patient-Centered Communication, Emotional Well-Being, Confidence in Health Information-Seeking, and Future Time Perspective Influence Health Self-Efficacy? / W. Zou // American Journal of Health Education. – 2021. – Vol. 52, № 3. – Текст : непосредственный.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Список таблиц

Таблица 1 – Этапы, материалы, методы и объем исследования	32
Таблица 2 – Распределение врачей по специальностям, абс./%	37
Таблица 3 – Распределение врачей, выполняющих/не выполняющих приветствие пациентов по полу, абс./%	48
Таблица 4 – Распределение врачей, выполняющих/не выполняющих приветствие пациентов по специальностям, абс./%	49
Таблица 5 – Распределение врачей, проявлявших/не проявлявших заботу о комфорте пациента по полу, абс./%	50
Таблица 6 – Распределение врачей, проявлявших/не проявлявших заботу о комфорте пациента по группам специальностей, абс./%	51
Таблица 7 – Распределение врачей, представлявшихся/не представлявшихся пациентам по полу, абс./%	52
Таблица 8 – Распределение врачей, представлявшихся/не представлявшихся пациентам по группам специальностей, абс./%	53
Таблица 9 – Распределение врачей, идентифицирующих/не идентифицирующих пациентов по полу врача, абс./%	54
Таблица 10 – Распределение врачей, идентифицирующих/не идентифицирующих пациентов по группам специальностей, абс./%	55
Таблица 11 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих открытые вопросы по полу, абс./%	56
Таблица 12 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих открытые вопросы по специальностям, абс./%	57
Таблица 13 – Распределение врачей, применявших активное слушание по полу, абс./%	58
Таблица 14 – Распределение врачей, применявших активное слушание по специальностям, абс./%	58

Таблица 15 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих навык скрининга по полу, абс./%	59
Таблица 16 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих навык скрининга по специальностям, абс./%	59
Таблица 17 – Выявление жалоб у пациента с помощью закрытого вопроса врачами по полу, абс./%	60
Таблица 18 – Выявление жалоб с помощью закрытого вопроса врачами различных специальностей, абс./%	61
Таблица 19 – Выявление всех жалоб пациентов врачами, различающимися по полу, абс./%	62
Таблица 20 – Выявление всех жалоб пациентов врачами различных специальностей, абс./%	63
Таблица 21 – Количество жалоб, собранных врачами разного пола, абс./%	64
Таблица 22 – Количество жалоб, собранных врачами различных специальностей, абс./%	64
Таблица 23 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих обобщение информации по полу, абс./%	65
Таблица 24 – Распределение врачей, применяющих/не применяющих обобщение информации по специальностям, абс./%	66
Таблица 25 – Распределение врачей, детализирующих/не детализирующих ключевые жалобы пациентов по полу, абс./%	67
Таблица 26 – Распределение врачей, детализирующих/не детализирующих ключевые жалобы пациентов по специальностям, абс./%	68
Таблица 27 – Распределение врачей не перебивавших пациентов по полу, абс./%	69
Таблица 28 – Распределение врачей не перебивавших пациентов по специальностям, абс./%	70
Таблица 29 – Распределение врачей, не применявших серии вопросов по полу, абс./%	71
Таблица 30 – Распределение врачей, не применявших серии вопросов по	

специальностям, абс./%	71
Таблица 31 – Распределение врачей, собиравших анамнез заболевания, по полу, абс./%	73
Таблица 32 – Распределение врачей, собиравших анамнез заболевания, по специальностям, абс./%	73
Таблица 33 – Распределение врачей, собиравших анамнез жизни, по полу, абс./%	75
Таблица 34 – Распределение врачей, собиравших анамнез жизни, по специальностям, абс./%	75
Таблица 35 – Распределение врачей, предположивших правильный диагноз, по полу, абс./%	76
Таблица 36 – Распределение врачей, предположивших правильный диагноз, по специальностям, абс./%	77
Таблица 37 – Распределение врачей на разъяснявших/не разъяснявших результаты осмотра пациентам по полу, абс./%	78
Таблица 38 – Распределение врачей на разъяснявших/не разъяснявших результаты осмотра пациентам по специальностям, абс./%	79
Таблица 39 – Распределение врачей, уточнявших/не уточнявших исходные знания пациентов относительно своего состояния, по полу, абс./%	81
Таблица 40 – Распределение врачей, уточнявших/не уточнявших исходные знания пациентов относительно своего состояния, по специальностям, абс./%	81
Таблица 41 – Распределение врачей по выявлению наличия вопросов у пациентов по полу, абс./%	83
Таблица 42 – Распределение врачей по выявлению наличия вопросов у пациентов по специальностям, абс./%	83
Таблица 43 – Распределение врачей, предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы, по полу, абс./%	85
Таблица 44 – Распределение врачей, предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы, по специальностям, абс./%	85
Таблица 45 – Распределение врачей по предоставлению дозированной информации	

пациентам по полу, абс./%	86
Таблица 46 – Распределение врачей по предоставлению дозированной информации пациентам по специальности, абс./%	87
Таблица 47 – Распределение врачей, использовавших/не использовавших медицинские термины при консультировании, по полу, абс./%	88
Таблица 48 – Распределение врачей, использовавших/не использовавших медицинские термины при консультировании, по специальностям, абс./%	89
Таблица 49 – Распределение врачей, убеждавшихся в понимании пациентом информации, по полу, абс./%	90
Таблица 50 – Распределение врачей, убеждавшихся в понимании пациентом информации, по специальности, абс./%	90
Таблица 51 – Распределение врачей, согласовывавших план дальнейших действий с пациентом, по полу, абс./%	92
Таблица 52 – Распределение врачей, согласовывавших план дальнейших действий с пациентом, по специальностям, абс./%	92
Таблица 53 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт при сборе жалоб и анамнеза, по полу, абс./%	94
Таблица 54 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт во время сбора жалоб и анамнеза, по специальностям, абс./%	94
Таблица 55 – Распределение врачей, поддерживавших\не поддерживавших зрительный контакт во время разъяснения информации, по полу, абс./%	96
Таблица 56 – Распределение врачей, поддерживавших/не поддерживавших зрительный контакт во время разъяснения информации, по специальностям, абс./%	96
Таблица 57 – Распределение врачей, обращавшихся к пациентам по имени-отчеству, по полу, абс./%	98
Таблица 58 – Распределение врачей, обращавшихся к пациентам по имени-отчеству, по специальностям, абс./%	98
Таблица 59 – Распределение врачей, реагирующих на чувства пациента, по полу, абс./%	99

Таблица 60 – Распределение врачей, реагирующих на чувства пациента, по специальностям, абс./%	100
Таблица 61 – Мнение стандартизированных пациентов о доброжелательности врачей разного пола при сборе жалоб и анамнеза, абс./%	108
Таблица 62 – Мнение стандартизированных пациентов в отношении доброжелательности врачей разных специальностей при сборе жалоб и анамнеза, абс./%	109
Таблица 63 – Мнение стандартизированных пациентов в отношении применения врачами разного пола понятного языка при сборе жалоб и анамнеза, абс./%	110
Таблица 64 – Мнение стандартизированных пациентов в отношении применения врачами разных специальностей понятного языка при сборе жалоб и анамнеза, абс./%	110
Таблица 65 – Готовность стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с данным врачом по окончании сбора жалоб и анамнеза (распределение по полу врача), абс./%	111
Таблица 66 – Готовность стандартизированных пациентов к дальнейшему сотрудничеству с данным врачом по окончании сбора жалоб и анамнеза (распределение по специальностям), абс./%	112
Таблица 67 – Распределение врачей, проявлявших заботу о комфорте пациента при консультировании, по полу, абс./%	114
Таблица 68 – Распределение врачей, проявлявших заботу о комфорте пациента при консультировании, по специальностям, абс./%	114
Таблица 69 – Распределение врачей, проявлявших доброжелательность во время консультирования, по полу, абс./%	115
Таблица 70 – Распределение врачей, проявлявших доброжелательность во время консультирования, по специальностям, абс./%	116
Таблица 71 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт во время консультирования, по полу, абс./%	117
Таблица 72 – Распределение врачей, поддерживавших зрительный контакт во время консультирования, по специальностям, абс./%	118

Таблица 73 – Распределение врачей, выявивших все вопросы стандартизированных пациентов, по полу, абс./%	119
Таблица 74 – Распределение врачей, выявивших все вопросы стандартизированных пациентов, по специальностям, абс./%	119
Таблица 75 – Распределение врачей, использовавших понятный язык для стандартизированных пациентов во время консультирования, по полу, абс./% ..	120
Таблица 76 – Распределение врачей, использовавших понятный язык для стандартизированных пациентов во время консультирования, по специальностям, абс./%	121
Таблица 77 – Распределение врачей по доступности предоставления информации стандартизированным пациентам по полу, абс./%	122
Таблица 78 – Распределение врачей по доступности предоставления информации пациентам по специальностям, абс./%	123
Таблица 79 – Распределение врачей по убедительности при разъяснении информации пациентам по полу, абс./%	123
Таблица 80 – Распределение врачей по убедительности при разъяснении информации пациентам по специальностям, абс./%	124
Таблица 81 – Распределение врачей, с которыми пациенты готовы в дальнейшем сотрудничать, по полу, абс./%	124
Таблица 82 – Распределение врачей, с которыми пациенты готовы в дальнейшем сотрудничать, по специальностям, абс./%	125
Таблица 83 – Выполнение врачами отдельных навыков партнерской модели по мнению реальных пациентов, абс./%	131
Таблица 84 – Результаты корреляционного анализа отдельных компонентов на продолжительность сбора жалоб и анамнеза	135
Таблица 85 – Коэффициенты логистической регрессии	136
Таблица 86 – Результаты корреляционного анализа отдельных компонентов в продолжительности консультирования	139
Таблица 87 – Коэффициенты логистической регрессии (консультирование)	140

Список рисунков

Рисунок 1 – Этапы партнерской модели.....	18
Рисунок 2 – Зависимость минимально необходимой численности выборки для исследования описанных характеристик (модуль Sample Size программы DESCRIBE 3.07 пакета WINPEPI® (J.H.Abramson)).....	35
Рисунок 3 – Распределение врачей по полу и стажу, года.....	38
Рисунок 4 – Распределение врачей по группам специальностей и стажу работы, года.....	39
Рисунок 5 – Распределение врачей по полу и возрасту, года.....	39
Рисунок 6 – Распределение врачей по специальностям и возрасту, года.....	40
Рисунок 7 – Возраст врачей, приветствовавших и не приветствовавших пациента, года.....	49
Рисунок 8 – Возраст врачей, заботившихся и не заботившихся о комфорте пациента, года.....	51
Рисунок 9 – Возраст врачей, представляющихся/не представляющихся пациентам, года.....	53
Рисунок 10 – Возраст врачей, идентифицировавших/не идентифицировавших пациента, года.....	55
Рисунок 11 – Возраст врачей, применявших / не применявших скрининг, года....	60
Рисунок 12 – Возраст врачей, выявлявших / не выявлявших жалобы с помощью закрытого вопроса, года.....	61
Рисунок 13 – Возраст врачей, производивших / не производивших полный сбор жалоб, года.....	63
Рисунок 14 – Возраст врачей, выявляющих различное количество жалоб у пациентов, года.....	65
Рисунок 15 – Возраст врачей, производивших и не производивших обобщение, года.....	66
Рисунок 16 – Возраст врачей, детализирующих и не детализирующих ключевые жалобы пациентов, года.....	68

Рисунок 17 – Возраст врачей, перебивающих и не перебивающих своих пациентов, года.....	70
Рисунок 18 – Возраст врачей задававших и не задававших серии вопросов, года	72
Рисунок 19 – Возраст врачей, задававших и не задававших вопросы из анамнеза заболевания, года	74
Рисунок 20 – Возраст врачей, задающих и не задающих вопросы из анамнеза жизни, года.....	76
Рисунок 21 – Возраст врачей, предположивших / не предположивших правильный диагноз, года.....	78
Рисунок 22 – Возраст врачей, разъяснивших и не разъяснивших результаты осмотра, года	80
Рисунок 23 – Возраст врачей, уточняющих и не уточняющих исходные знания пациентов, года	82
Рисунок 24 – Возраст врачей, выявивших и не выявивших наличие вопросов пациентов, года	84
Рисунок 25 – Возраст врачей, предоставляющих и не предоставляющих возможность пациентам задавать вопросы, года	86
Рисунок 26 – Возраст врачей, предоставлявших пациентам информацию дозированно / не дозированно, года	87
Рисунок 27 – Возраст врачей, использовавших / не использовавших медицинские термины, года	89
Рисунок 28 – Возраст врачей, убедившихся и не убедившихся в понимании пациентами информации, года	91
Рисунок 29 – Возраст врачей, не согласовывающих и согласовывающих план дальнейших действий пациента, года	93
Рисунок 30 – Возраст врачей, поддерживавших и не поддерживавших зрительный контакт с пациентом при сборе жалоб и анамнеза, года.....	95
Рисунок 31 – Возраст врачей, поддерживавших и не поддерживавших зрительный контакт с пациентом во время разъяснения информации, года	97
Рисунок 32 – Возраст врачей, обращавшихся / не обращавшихся к пациенту по	

имени-отчеству, года	99
Рисунок 33 – Возраст врачей, не реагировавших и реагировавших на чувства пациента, года.....	100
Рисунок 34 – Выполнение врачами исследуемых навыков сбора жалоб и анамнеза, %	102
Рисунок 35 – Частота выполнения врачами исследуемых навыков консультирования, %	103
Рисунок 36 – Увеличение доли врачей, владеющих навыками сбора информации после обучения по мнению эксперта, %	105
Рисунок 37 – Увеличение доли врачей, владеющих навыками разъяснения информации после обучения по мнению эксперта, %	106
Рисунок 38 – Возраст врачей, использовавших понятный / непонятный язык при общении с пациентом, года	111
Рисунок 39 – Выполнение врачами исследуемых навыков сбора жалоб и анамнеза по мнению стандартизированного пациента, %	113
Рисунок 40 – Возраст врачей, заботившихся / не заботившихся о комфорте пациента, года.....	115
Рисунок 41 – Возраст врачей бывших / не бывших доброжелательными, года ...	116
Рисунок 42 – Возраст врачей, поддерживавших / не поддерживавших зрительный контакт, года.....	118
Рисунок 43 – Возраст врачей, выявивших все / не все вопросы у стандартизированных пациентов, года	120
Рисунок 44 – Возраст врачей бывших понятными / непонятными стандартизированным пациентам, года	121
Рисунок 45 – Возраст врачей, с которыми готовы / не готовы продолжить сотрудничество стандартизированные пациенты, года	125
Рисунок 46 – Частота выполнения врачами исследуемых элементов консультирования по мнению стандартизированного пациента, %	126
Рисунок 47 – Увеличение доли врачей, применяющих навыки, после обучения по мнению стандартизированных пациентов, %.....	127

Рисунок 48 – Увеличение доли врачей, чьи навыки консультирования поэлементно соответствует партнерской модели после обучения по мнению стандартизированных пациентов, %	128
Рисунок 49 – Среднее значение баллов, набранных обученными и необученными врачами	129
Рисунок 50 – Распределение врачей мужчин и врачей женщин по продолжительности сбора жалоб и анамнеза, секунды	134
Рисунок 51 – Распределение врачей различных специальностей по продолжительности сбора жалоб и анамнеза, секунды	135
Рисунок 52 – ОР затратить на сбор жалоб и анамнеза более 240 секунд при наличии отдельных переменных	137
Рисунок 53 – Распределение врачей по продолжительности консультирования по полу, секунды	138
Рисунок 54 – Распределение врачей различных специальностей по продолжительности консультирования, секунды	138
Рисунок 55 – ОР затратить на консультирование более 180 секунд при наличии отдельных переменных	141
Рисунок 56 – Длительность сбора жалоб и анамнеза и полнота выявления проблем пациентов, секунды	142
Рисунок 57 – Длительность сбора жалоб и анамнеза и правильность постановки диагноза, секунды	143
Рисунок 58 – Длительность сбора жалоб и анамнеза у врачей и готовность пациентов к дальнейшему сотрудничеству, секунды	143
Рисунок 59 – Длительность разъяснения информации врачами и готовность пациентов к дальнейшему сотрудничеству, секунды	144
Рисунок 60 – Этапы сквозной междисциплинарной программы обучения	147

Чек-лист для эксперта «Сбор жалоб и анамнеза»

№	Действие	ДА	НЕТ	Комментарий
	Пол:	Возраст:	Специальность:	Стаж:
1	Приветствие			
2	Забота о комфорте			
3	Представление			
4	Идентификация пациента			
5	Использование Открытых вопросов			
6	Использование закрытых вопросов			
7	Слушание			
8	Скрининг			
9	Выявление жалобы с помощью закрытого вопроса			
10	Сбор всех жалоб			
11	Обобщение			
12	Детализация ключевых жалоб			
13	Неперебивание			
14	Не задавал серию вопросов			
15	Задавал вопросы из анамнеза заболевания			
16	Задавал вопросы из анамнеза жизни			
17	Зрительный контакт (50% времени)			
18	Обращался к пациенту по И.О.			
19	Правильность постановки диагноза			
20	Время работы врача, с			

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Чек-лист для эксперта «Консультирование»

№	Действие	Да	Нет	Комментарий
Пол:		Возраст:		Специальность: Стаж:
1	Разъяснил результаты осмотра			
2	Зрительный контакт			
3	Уточнение исходных знаний пациента			
4	Спросил какие есть вопросы			
5	Предоставил возможность задавать вопросы по мере их возникновения			
6	Предоставлял информацию дозированно			
7	Не использовал медицинские термины			
8	Убедился в понимании пациентом информации			
9	Согласовал план дальнейших действий			
10	Обращался по И.О.			
11	Реагировал на чувства пациента			
12	Время работы, с			

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анкета для стандартизированного пациента

№	Действие врача	Да	Нет	Комментарии
1	Врач приветствовал Вас?			
2	Врач позаботился о Вашем комфорте (предложил место, куда можно положить вещи и присесть)?			
3	Врач был доброжелательным?			
4	Врач во время беседы смотрел Вам в глаза?			
5	Врач выявил все Ваши жалобы/вопросы?			
6	Врач использовал понятный язык?			
7	Информация предоставлялась доступно (темп, дозированность)?			
8	Врач обращался к Вам по имени-отчеству?			
9	Врач был убедительным?			
10	Пациент готов к дальнейшему сотрудничеству с этим врачом			

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Анкета для пациента

Пол:		Возраст:	
№	Действие	ДА	НЕТ
1	Врач приветствовал Вас?		
2	Врач позаботился о Вашем комфорте (предложил место, куда можно положить вещи и присесть)?		
3	Врач представился?		
4	Врач уточнил Ваше имя?		
5	Врач внимательно Вас слушал?		
6	Врач не перебивал Вас?		
7	Врач выявил все Ваши жалобы?		
8	Врач подробно разобрал Ваши жалобы?		
9	Врач не задавал несколько вопросов подряд, не дожидаясь каждый раз Вашего ответа?		
10	Врач задавал вопросы о том, как началась и протекала Ваша болезнь?		
11	Врач задавал вопросы о Вашей жизни (наличии аллергий, хронических заболеваний, операций...)?		
12	Врач во время беседы смотрел Вам в глаза?		
13	Врач обращался к Вам по имени-отчеству?		
14	Врач разъяснил Вам результаты осмотра/проведенного обследования?		
15	Врач спросил, что Вам известно о Вашем заболевании?		
16	Врач спросил какие у Вас есть вопросы?		
17	Врач предлагал Вам задавать вопросы по мере их возникновения?		
18	Все ли свои вопросы Вы смогли задать врачу?		
19	На все вопросы Вы получили ответ врача?		

20	Все ли Вам было понятно, что говорил врач?		
21	Врач говорил так, что Вы все запомнили		
22	Врач спрашивал, все ли Вам понятно?		
23	Врач согласовал с Вами план дальнейшего обследования/лечения?		
24	Врач был убедительным?		
25	Врач реагировал на Ваши эмоции?		
26	Врач был доброжелательным?		
27	Готовы ли прийти повторно к этому врачу или рекомендовать его своим знакомым?		