

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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Тверь, 2025

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» Минздрава России, г.Тверь)

кандидат медицинских наук, доцент

**Родионов
Андрей
Александрович**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения № 1 ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Борщук Евгений Леонидович**

Доктор медицинских наук, доцент, заместитель директора по научной работе ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» **Камынина Наталья Николаевна**

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «18» июня 2025 года в 14 часов на заседании диссертационного совета 21.3.054.05 на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д.2/1, стр.1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России по адресу: 125445, г. Москва, ул. Беломорская, д. 19/38 и на сайте <https://www.rmapo.ru>.

Автореферат разослан «____» _____ 2025 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Меньшикова Лариса Ивановна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

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 (О.В. Дрокина, 2020). В связи с этим удовлетворенность пациентами оказанной помощью и количество жалоб во многом зависят от владения врачами коммуникативными навыками (П.Д. Ветчинина, 2023; О. Д. Лебедева, 2018).

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 (Т.Бескаравайная, 2022). 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 (В. Мишина, 2022). 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 (Е.Пичугина, 2021).

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 (Ж. М. Сизова, 2020).

В последние десятилетия в обществе сформировался запрос необходимости перехода от патерналистских принципов к пациент-ориентированным подходам во взаимодействии медицинских работников и пациентов (Н. Н. Камынина, 2023; Е. В. Биненко, 2017; J. Babione, 2023; M. Brouwers, 2017; N. A. Azizam, 2016; M. J. Coffey, 2017; Д.Р. Давыдов, 2023; Е.В. Васильева, 2022; Т.В. Проценко, 2018). Отмечаются различия в применении коммуникативных навыков между врачами терапевтических и хирургических специальностей (С. Ю. Сулейманова, 2017).

Основными целями партнерской модели взаимодействия между врачами и пациентами являются удовлетворенность пациентами оказанной помощью, а также удовлетворенность врачами проделанной работой (Е. Л. Борщук, 2024; Т.Д. Подкладова, 2023; E. Driever, 2023; J. P. Driver-Jowitt, 2009; F. Dwamena, 2012; P. L. Liu, 2024; T. M. Morrison, 2016; И. Селезнев, 2020). Обучение врачей владению навыками профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия между врачами и пациентами является актуальной задачей в современных условиях.

Степень научной 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 (Дж. Сильверман, 2018; Н. А. Боттаев с соавт., 2018), свидетельствующих о ее эффективности.

В нашей стране исследователи изучали владение коммуникативными навыками выпускников медицинских вузов (А. И. Бадретдинова, 2020), роль коммуникации в профессиональной деятельности врача (П. Д. Ветчинина, 2023), возможности повышения эффективности коммуникации в системе «врач-больной» на амбулаторном приеме (О. Д. Лебедева, 2018). Однако, до настоящего времени остаются не изученными вопросы владения врачами навыками профессионального общения в модели «врач-пациент» в амбулаторных условиях, а также влиянии 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 исследования: 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 исследования

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 экспертом 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 государственной медицинской академии» 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 гг., 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 научных 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 пунктам 12, 16, 17 паспорта специальности 3.2.3. – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки).

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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе проведен анализ отечественной и зарубежной литературы по теме диссертации, который подтверждает актуальность обучения врачей медицинских организаций навыкам профессионального общения в рамках пациент-ориентированной модели взаимодействия с целью улучшения оказания медицинской помощи населению.

Во второй главе представлены материалы и методы, программа исследования. В таблице 1 представлены этапы, материалы и объем исследования.

Объект исследования: система организации врачебного приема в амбулаторных условиях.

Предмет исследования: владение 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 эксперта 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.

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.

На третьем этапе проходило обучение врачей медицинских организаций навыкам профессионального общения.

На четвертом этапе экспертом оценивалось владение врачами медицинских организаций навыками профессионального общения на предмет соответствия партнерской модели после обучения.

Таблица 1 - Этапы, материалы, методы и объем исследования

№	Этапы исследования	Методы	Материалы, объекты и объемы исследования
1	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 отечественный и 127 зарубежных
2	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 оценки эксперта, 398 анкет стандартизированных пациентов
3	Обучение врачей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях навыкам профессионального общения	Методы организационного эксперимента	199 врачей медицинских организаций, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях
4	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 оценки эксперта, 398 анкет стандартизированных пациентов
5	Изучение и анализ мнения реальных пациентов о степени владения коммуникативными навыками врачей, прошедших и не прошедших обучение	Социологический (анкетирование), статистический	400 анкет опроса реальных пациентов
6	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

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

На шестом этапе проводилась разработка и внедрение программ обучения студентов, ординаторов, врачей.

Исследование проводилось на базах трех государственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению: ГБУЗ ТО «Городская клиническая больница №1 имени В.В. Успенского», ГБУЗ ТО «Калининская центральная районная клиническая больница», ГБУЗ ТО «Зубцовская центральная районная больница» и одного государственного медицинского университета – ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России.

Медицинские организации были отобраны методом многоэтапной кластерной выборки.

Критериями включения являлись:

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

Критерии не включения:

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

Размер минимально необходимой численности выборки определялся с помощью модуля Sample Size программы DESCRIBE 3.07 пакета WINPEPI® и составил 196 человек. В исследование было включено 199 врачей. По половому составу группы соответствовали генеральной совокупности для укрупненных групп специальностей по Тверской области.

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

Исследование проводилось на симулированном врачебном приеме с участием стандартизированного пациента. Оценка владения навыками осуществлялась экспертом по дихотомической шкале с применением соответствующего чек-листа. Перед врачами стояла задача собрать у пациентов жалобы, анамнез жизни, заболевания и разъяснить им информацию по поводу возникшего состояния здоровья, ответив на все их вопросы. На основании полученных данных врачи должны были предположить вероятную диагностическую гипотезу. Проводился хронометраж с применением секундомера. Физикальный осмотр в данном исследовании не был предусмотрен.

На этапе сбора жалоб и анамнеза эксперт оценивал, в соответствии с чек-листом «Сбор жалоб и анамнеза», состоящем из 19 пунктов, по дихотомической шкале следующие навыки профессионального общения: приветствие, забота о комфорте, представление, идентификация пациента, применение открытых и закрытых вопросов, процесс выслушивания пациента, навык «скрининга» жалоб, применение закрытого вопроса для выявления жалоб, выяснение полного перечня жалоб, обобщение информации, детализация жалоб, «неперебивание» пациента, применение серии вопросов, сбор анамнеза жизни и заболевания, предположение вероятной

диагностической гипотезы, обращение к пациенту по имени-отчеству, поддержание зрительного контакта.

На этапе разъяснения информации пациенту экспертом оценивались, в соответствии с чек-листом «Консультирование», состоящем из 11 пунктов, по дихотомической шкале следующие навыки профессионального общения: разъяснение результатов осмотра, уточнение исходных знаний пациента, выявление и предоставление возможности задавать вопросы, дозированность информации, применение медицинских терминов, убеждение в понимании пациентом информации, реагирование на чувства пациента, согласование плана дальнейших действий, обращение к пациенту по имени-отчеству, поддержание зрительного контакта.

По окончании амбулаторного приема стандартизированный пациент заполнял анкету, содержащую 10 вопросов о владении врачом коммуникативными навыками сбора и разъяснения информации.

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.

После обучения проводилась повторная экспертная оценка сформированности навыков профессионального общения с использованием тех же чек-листов оценки эксперта, что и до обучения. Стандартизированные пациенты заполняли анкету. Всего проанализировано 398 чек-листов оценки эксперта и 398 анкет стандартизированных пациентов.

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», имеющих амбулаторные подразделения. 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. 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.

Создание базы данных и обработка полученного материала проводились с использованием пакетов лицензионных статистических программ Microsoft Office (2016), SPSS Statistics 23.0, WinPEPI 11.39 с использованием параметрических и непараметрических методов.

В третьей главе представлен анализ данных, полученных при оценке владения врачами навыками профессионального общения до и после обучения.

Установлено, врачи, не прошедшие обучение коммуникативным навыкам во время сбора жалоб и анамнеза у пациентов, часто не обобщают информацию, полученную от пациентов (97,0%); не обращаются по имени-отчеству (94,5%); не выявляют полный перечень жалоб пациентов (83,9%); не применяют «скрининг» при сборе жалоб (78,5%); задают серии вопросов (69,3%); выдвигают 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%); 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%) слушают первую жалобу пациента.

На этапе разъяснения информации пациентам врачи в 97,5% случаев не использовали медицинские термины; дозированно предоставляли информацию - в 94,0%; разъясняли результаты проведенного осмотра – в 76,4%; поддерживали зрительный контакт – в 76,4%.

Анализ данных показал, что врачи согласовывают с пациентом план дальнейших действий (71,1%), в половине случаев предоставляют возможность задавать вопросы пациентам (57,8%) и 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%), уточнения исходных знаний пациентов относительно проблемы (29,6%).

Установлены различия в применении коммуникативных навыков врачами в зависимости от пола (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение врачей, применяющих различные навыки общения, по полу, абс./%

N	Навык	Мужчины абс./%	Женщины абс./%	
1	Проявил заботу о комфорте пациента	3/9,4	72/43,1	$p < 0,001$
2	Применил «скрининг» жалоб	5/15,6	45/26,9	$p = 0,127$
3	Выявил все жалобы пациента	10/31,3	22/13,2	$p = 0,017$
4	Детализировал жалобы пациента	21/65,6	56/33,5	$p = 0,001$
5	Собрал анамнез заболевания	26/81,3	167/100	$p < 0,001$
6	Уточнил исходное понимание проблемы пациентом	15/46,9	44/26,3	$p = 0,033$
7	Предоставил возможность задавать вопросы	24/75,0	91/54,5	$p = 0,033$
8	Врач выявил все проблемы/вопросы (мнение пациентов)	24/75,0	83/49,7	$p = 0,011$
9	Время сбора жалоб и анамнеза	3 мин 40 сек	4 мин 3 сек	$p = 0,069$
10	Время разъяснения информации	3 мин 25 сек	3 мин 34 сек	$p = 0,069$

Примечание: использован точный тест Фишера

Статистически значимыми были различия в применении следующих навыков: проявлении заботы о комфорте пациента, выявлении всех жалоб пациентов, детализации жалоб, сборе анамнеза, уточнении исходного понимания проблемы пациентами, выявлении всех вопросов у пациентов и предоставлении возможности пациентам их задавать. Пациенты отмечали, что врачи женщины были более доброжелательными, а

врачи мужчины чаще освещали все их вопросы и были более убедительны. На сбор жалоб и анамнеза и при разъяснении информации врачи женщины тратили больше времени.

Выявлены различия в применении коммуникативных навыков врачами разных специальностей (таблица 3). Статистически значимыми различиями в применении коммуникативных навыков между врачами разных специальностей были: проявление заботы о комфорте пациента, детализация жалоб, «неперебивание» пациентов, сбор анамнеза, поддержание зрительного контакта, предположение верной диагностической гипотезы, выявление вопросов у пациентов. Более доброжелательными пациенты считали врачей-терапевтов.

Таблица 3 - Различия в применении коммуникативных навыков врачами разных специальностей, абс./%

N	Навык	Терапевты абс./%	Хирурги абс./%	Акушеры- гинекологи абс./%	
1	Проявил заботу о комфорте пациента	47/36,2	2/5,1	26/86,7	$p < 0,001$
2	Детализировал жалобы пациента	50/38,5	10/25,6	17/56,7	$p = 0,036$
3	Не перебивал пациента	74/56,9	18/46,2	30/100	$p < 0,001$
4	Собрал анамнез заболевания	130/ч100	33/84,6	30/100	$p < 0,001$
5	Поддерживал зрительный контакт	105/80,8	22/56,4	27/90,0	$p = 0,002$
6	Предположил правильный диагноз	42/32,3	12/30,8	19/63,3	$p = 0,005$
7	Уточнил исходное понимание проблемы пациентом	40/30,8	15/38,5	4/13,3	$p = 0,063$
8	Врач выявил все проблемы/вопросы пациента	69/53,1	25/64,1	13/43,3	$p = 0,229$
9	Время сбора жалоб и анамнеза, сек	243	238	362	$p = 0,022$
10	Время разъяснения информации, сек	223	214	190	$p = 0,001$

Примечание: использован точный тест Фишера с поправкой на множественность сравнений Сидак

Большее количество времени на сбор жалоб и анамнеза тратили врачи-акушеры-гинекологи – 362 секунды (6 мин 2 сек), врачи-терапевты – 243 секунды (4 мин 3 сек), меньше всех времени требовалось врачам-хирургам – 238 секунд (3 мин 58 сек). На разъяснение информации врачам-терапевтам требовалось в среднем 223 секунды (3 мин

43 сек), врачам-хирургам – 214 секунд (3 мин 34 сек), врачам-акушерам-гинекологам – 190 секунд (3 мин 10 сек).

При анализе полученных данных было выявлено, что врачи более молодого возраста чаще приветствуют пациентов, представляются собеседникам, детализируют жалобы, не перебивают, поддерживают зрительный контакт (U-тест Манна-Уитни для независимых переменных $p < 0,001$). Врачи старшего возраста чаще обобщают информацию ($p = 0,095$), выясняют анамнез заболевания ($p = 0,013$), обращаются к пациентам по имени-отчеству ($p = 0,010$), реже ошибаются в диагностических гипотезах.

Проведенное обучение позволило развить коммуникативные навыки как на этапе сбора жалоб и анамнеза, так и на этапе разъяснения информации. На рисунке 1 представлено увеличение доли врачей, владеющих навыками сбора информации после обучения, оцененное экспертом в соответствии с чек-листом.



Рисунок 1 – Доля врачей, владеющих навыками сбора информации, до и после обучения, по мнению эксперта, %

После обучения, доля врачей, применяющих навыки профессионального общения по 15 навыкам из 19 составила более 90%. Врачи стали чаще выявлять весь перечень жалоб пациентов (с 16,1% до 94,8%) и предполагать правильную диагностическую гипотезу (с 36,7% до 100%). Самым ригидным оказалось обращение к пациенту по имени-отчеству (менее 50%).

После обучения на этапе разъяснения информации доля врачей, применяющих навыки профессионального общения по 7 из 11 навыков, составила более 90% (рисунок 2). Самыми ригидными оказались - реагирование на чувства пациентов (81,3%) и обращение к пациенту по имени-отчеству (49%).



Рисунок 2 – Доля врачей, владеющих навыками разъяснения информации, до и после обучения по мнению эксперта, %

В четвертой главе представлены результаты социологического исследования мнения стандартизированных и реальных пациентов о владении врачами навыками профессионального общения (рисунок 3).

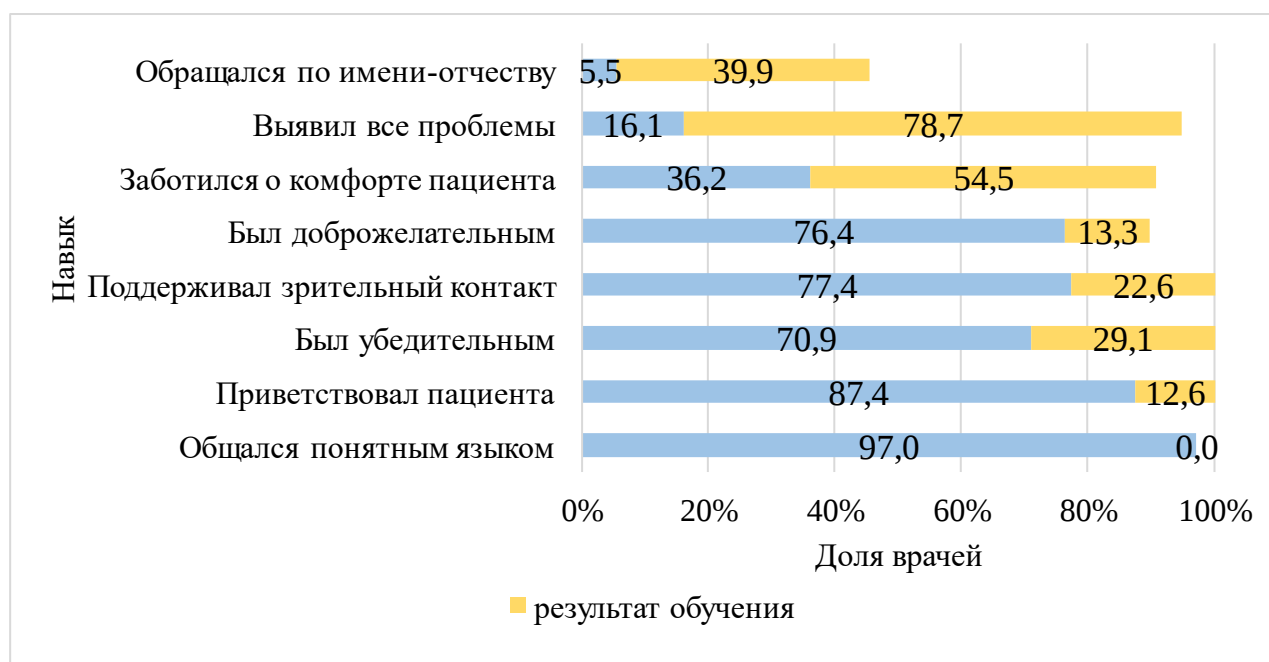


Рисунок 3 - Доля врачей, владеющих навыками разъяснения информации в соответствии с партнерской моделью, до и после обучения по мнению стандартизированных пациентов, %

До обучения врачи очень часто не обращаются к пациентам по имени-отчеству (94,5%), не выявляют все жалобы и вопросы 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. Было выявлено, что врачи часто приветствуют пациентов в ответ (87,4%), и при общении с пациентами используют понятный язык (97%).

После обучения, стандартизированные пациенты отметили развитие у врачей всех навыков общения, особенно в части выявления всех проблем пациента, заботы о его комфорте, поддержания зрительного контакта. Доля врачей, не обращавшихся к пациенту по имени-отчеству, даже после обучения оставалась высокой и составила 45,4%. С точки зрения пациентов формирование этого навыка оказалось самым ригидным элементом коммуникации.

По результатам социологического исследования реальных пациентов выявлен низкий уровень владения врачами, не прошедшими обучение навыкам профессионального общения, практически по всем компетенциям. Реальные пациенты оценили сформированность навыков профессионального общения у врачей, прошедших обучение, достоверно выше, чем у врачей, не прошедших обучение: 24,9 и 14,2 балла соответственно, ($p < 0,001$) (рисунок 4).

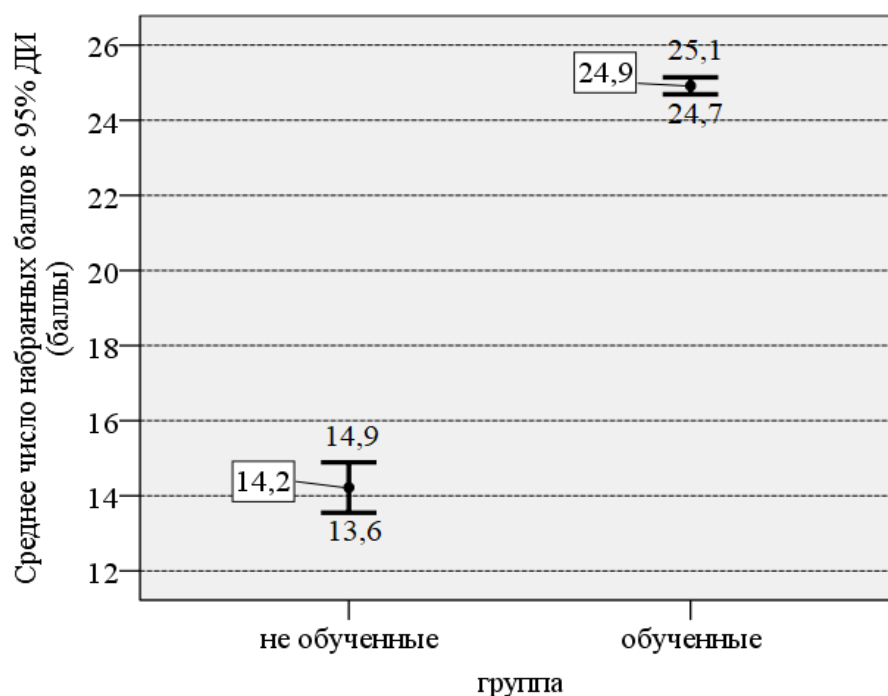


Рисунок 4 – Оценка реальными пациентами сформированности навыков профессионального общения у врачей, прошедших и не прошедших обучение, балл

Выявлена средней силы прямая корреляционная связь между обучением врачей навыкам профессионального общения и готовностью пациентов к дальнейшему сотрудничеству с врачами (коэффициент корреляции Спирмена 0,492, $p < 0,001$). Лишь 61% пациентов выразил готовность к дальнейшему сотрудничеству с врачом, не прошедшим обучение, в то время как готовность пациентов к сотрудничеству с врачом, прошедшим обучение, составила 100%.

В пятой главе представлены результаты хронометражного исследования продолжительности этапов сбора жалоб, анамнеза и разъяснения информации врачами.

Продолжительность этапа сбора жалоб и анамнеза составила до обучения $379 \pm 7,5$ секунд, после обучения – $477 \pm 13,11$ секунд. Продолжительность сбора жалоб и анамнеза коррелировала с выявлением всех проблем пациента: между этими параметрами выявлена средней силы прямая корреляционная связь (коэффициент корреляции Спирмена 0,603). Врачам, выявившим все жалобы пациентов при сборе информации, требовалось 406 ± 17 секунд, что на 156 ± 11 секунд больше, чем врачам, не выявившим весь перечень проблем (250 ± 6 секунд, $p < 0,001$) (рисунок 5).

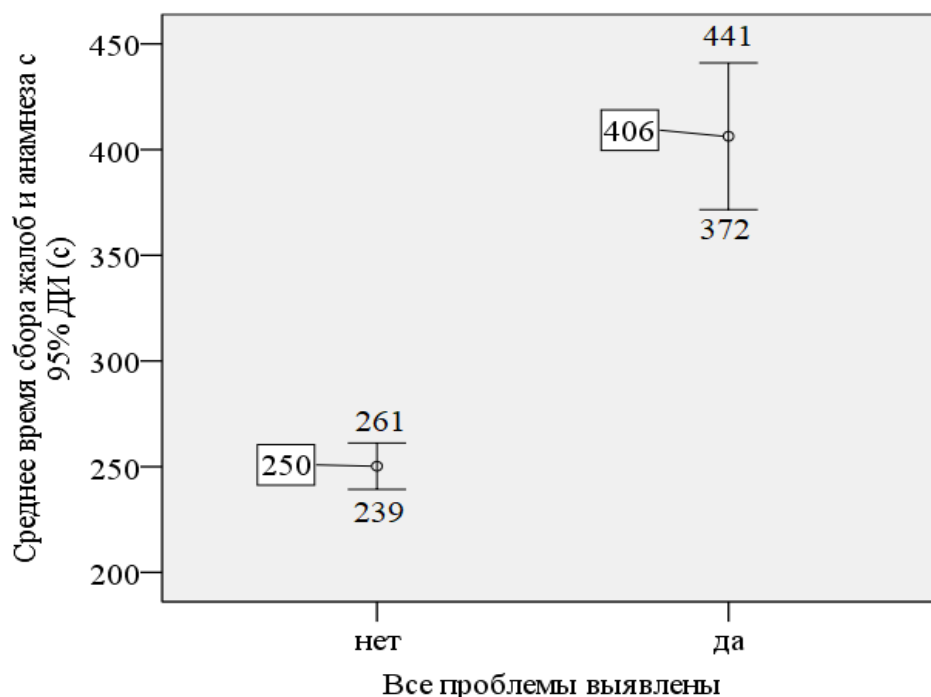


Рисунок 5 – Длительность сбора жалоб и анамнеза и полнота выявления проблем пациентов, секунды

Правильность постановки диагностической гипотезы и готовность пациента к дальнейшему сотрудничеству с врачом также были взаимосвязаны с продолжительностью сбора жалоб и анамнеза (рисунок 6).

Были выявлены средней силы прямые взаимосвязи между длительностью опроса и правильностью диагностической гипотезы (коэффициент корреляции Спирмена=0,563, $p < 0,001$).

Длительность этапа разъяснения информации у врачей, с которыми пациент готов сотрудничать в дальнейшем, составила 275 ± 10 секунд, а у врачей, с которыми пациент не готов сотрудничать – 170 ± 9 секунд ($p < 0,001$) (рисунок 7).

Хронометражные исследования убедительно доказали, что 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 (разъяснения пациенту информации) – на $104 \pm 14,25$ секунды (до обучения - $212 \pm 10,6$ секунд, после обучения – $316 \pm 17,9$ секунд), $p < 0,001$.

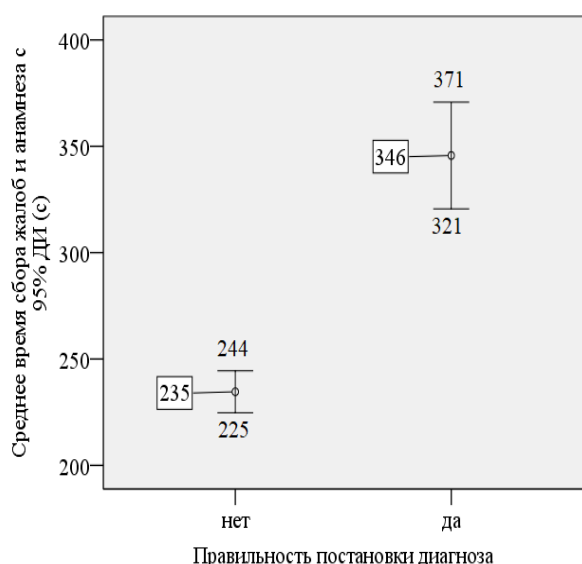


Рисунок 6 – Длительность сбора жалоб и анамнеза и правильностью диагностической гипотезы, секунды

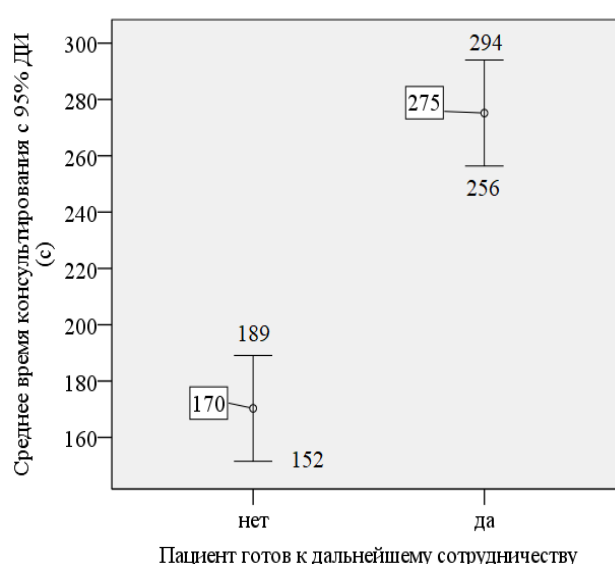


Рисунок 7 - Длительность разъяснения информации врачами и готовность пациентов к дальнейшему сотрудничеству, секунды

В шестой главе предложена сквозная междисциплинарная программа обучения студентов, ординаторов и врачей навыкам профессионального общения в рамках партнерской модели взаимодействия врачей с пациентами.

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». В профессиональные стандарты специалистов 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.

Нами была разработана сквозная программа, подразумевающая единую образовательную траекторию, которая предполагает подготовку обучающихся на основе комплекса программ/модулей в определенной последовательности (рисунок 8). 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. 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». 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. Модуль состоит из 2-х четырехчасовых занятий: одного теоретического и одного практического, которое проходит в тренинговой форме с участием стандартизированного пациента. Далее, на 4-ом курсе изученные коммуникативные навыки закрепляются на клинических кафедрах.

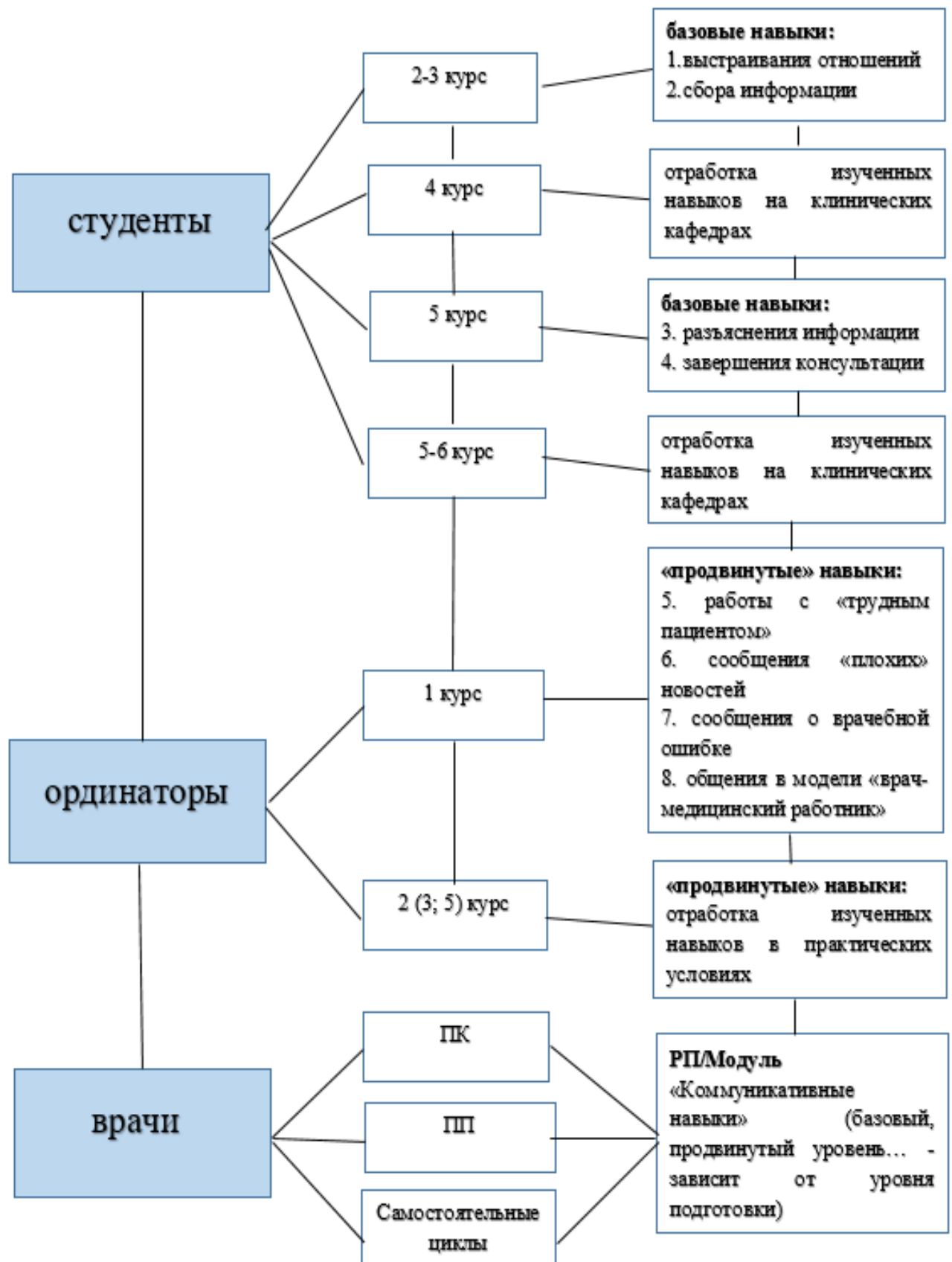


Рисунок 8 – Этапы сквозной междисциплинарной программы обучения

На 5-ом курсе специалитета обучение навыкам профессионального общения продолжается в рамках рабочей программы «Профессиональная коммуникация в работе врача» объемом 36 академических часов. Контактная работа включает в себя одно теоретическое и два практических занятия с участием стандартизированного пациента. На 6-ом курсе, во время занятий на клинических кафедрах, у студентов происходит дальнейшее формирование и/или совершенствование изученных ранее компетенций.

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 ординатуры. Объем рабочей программы «Профессиональное общение врача» для ординатуры составляет 36 академических часов. Три шестичасовых занятия включают в себя теоретические и практические, проходящие в виде тренингов с обязательным участием стандартизированного пациента. Во время подготовки на втором году клинической ординатуры, обучающиеся, осуществляя практическую деятельность в должности врача-стажера, применяют и совершенствуют навыки профессионального общения при взаимодействии с реальными пациентами.

Обучение врачей коммуникативным навыкам зависит от сформированности навыков профессионального общения в процессе трудовой деятельности. Обучение проводится на циклах повышения квалификации 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.

Программы предназначены 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». Занятия проходят в виде семинара и тренингов с привлечением стандартизированного пациента. Объем рабочей программы базового уровня «Коммуникативные навыки» рассчитан на 16 академических часов контактной работы с преподавателем. При обучении по данной программе врачи осваивают навыки сбора информации, информирования, разъяснения и завершения приема.

Рабочая программа продвинутого уровня «Профессиональное общение врача» включает навыки работы с конфликтными, «трудными» пациентами, навыки предоставления «плохих» новостей, навыки сообщения о врачебной ошибке пациенту/законному представителю пациента. Объем программы составляет 16 академических часов контактной работы с преподавателем.

Рабочая программа дисциплины «Навыки профессионального общения врача» включает в себя базовые и «продвинутые» навыки партнерской модели взаимодействия с пациентом. Объем рабочей программы составляет 36 академических часов контактной работы с преподавателем.

Разработанная сквозная междисциплинарная программа обучения навыкам профессионального общения позволяет решать задачу получения новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации врача, удовлетворяет требованиям федеральных государственных образовательных стандартов и профессиональных стандартов специалистов.

В заключении обобщены результаты, проведенного исследования, которые легли в основу выводов и практических рекомендаций.

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.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Имеются перспективы дальнейшей разработки темы диссертационного исследования в виде проведения анализа устойчивости усвоенных навыков профессионального общения у врачей в среднесрочной перспективе. Изучение степени владения навыками профессионального общения врачей педиатрических специальностей. Представляет интерес изучение владения врачами навыками работы с

«трудными» пациентами, при сообщении «плохих» новостей, при сообщении о врачебных ошибках.

Переход на человекоцентричную модель взаимодействия в медицинских организациях является актуальной задачей, которая повышает удовлетворенность не только пациентов, но и сотрудников клиник, улучшает коммуникации между ними. В связи с этим необходимо изучение взаимодействия не только в модели «врач-пациент/родственник пациента», но и в модели «врач-врач/медицинская сестра/администратор».

СПИСОК ОСНОВНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией

1. **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. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202311-12010-016> ИФ 1,019 - 7/5 - ВАК К2.
2. **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. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202403-04040-046> ИФ 1,019 - 7/4 - ВАК К2.
3. **Шапекина, Е.А.** Дожитие элементов пациент-ориентированной Калгари-Кембриджской модели профессионального общения: четырехлетнее наблюдение / **А.А. Родионов, Е.А. Шапекина, А.В. Соловьева, О.В. Крячкова, П.А. Воробьев, А.П. Воробьев, Н.А. Царегородцев** // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2024. – 5-6. – С. 28-34. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202405-06028-034> ИФ 1,019 - 7/3 - ВАК К2.

Основные работы, опубликованные в других изданиях

1. **Шапекина, Е.А.** Опыт преподавания модели партнерского общения в системе "врач-пациент" в дистанционном формате / **Е.А. Шапекина, В.П. Шеховцов, Т.М. Валиев, К.А. Сазонов** // Виртуальные технологии в медицине. 2020. № 3 (25). С. 44-45. ИФ 0,430 – 2/1.
2. **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. ИФ 0,220 - 3/2.
3. **Шапекина, Е.А.** Проблемы, связанные с отсутствием в медицинском образовании единого подхода к подготовке студентов и ординаторов в сфере профессиональной коммуникации / **Е.А. Шапекина, В.П. Шеховцов** // Тверской медицинский журнал. – 2023. – № 3. – С. 64-67. ИФ 0,254 – 3/2.
4. **Шапекина, Е.А.** Применение методологии «стандартизированный пациент» в процессе обучения ординаторов навыкам профессионального общения / **Е.А. Шапекина** // Тверской медицинский журнал. – 2024. – №2. – С. 44-46 ИФ 0,254 - 3/2.

5. **Шапекина, Е.А.** Особенности применения коммуникативных навыков врачами различных специальностей / **Е.А.Шапекина, А.А. Родионов** // Виртуальные технологии в медицине. 2024. №3 (41). С. 250-251. ИФ 0,430 – 2/1.

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