

**АО «Медицинский Университет Астана»**

УДК: 614.253(577.2)-005.591.1.

МПК: А 61В5/04, А61В5/16, А61М21/00

**Калиева Айжан Завихуллаевна**

**УЛУЧШЕНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВО  
ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ МЕЖДУ ВРАЧАМИ - СТОМАТОЛОГАМИ И  
ПАЦИЕНТАМИ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ**

**6М110100 – «Медицина»**

Диссертация на присуждение академической  
степени магистра

Научный руководитель:

к.м.н, профессор, Еслямгалиева А.М.

Официальный оппонент:

к.м.н., доцент Тулеутаева С.Т.

Астана 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	6
СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ.....	7
ВВЕДЕНИЕ .....	9
1. Обзор литературы.....	12
1.1 Оценка коммуникативной компетентности врачей и пациентов в отечественной и зарубежной системе здравоохранения.....	12
1.1.1 Содержательная структура коммуникативной компетентности врача.....	12
1.1.2 Коммуникативная компетентность и успешность деятельности врача.....	15
1.1.3«Коммуникативная компетентность» с точки зрения законодательных и нормативно - правовых актов Республики Казахстан.....	18
1.2 Нарушения осанки и деформации позвоночника и их роль в формировании дистальной окклюзии зубных рядов.....	20
2. Материалы и методы исследования.....	24
2.1 Характеристика материала и методов исследования.....	24
2.2 Статистическая обработка результатов исследования.....	28
3. Анализ собственных исследований.....	30
3.1 Анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на успешность врача .....	30
3.1.1 Анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на авторитет врача среди пациентов.....	30
3.1.2 Анализ удовлетворенности врачей условиями труда.....	35
3.1.3 Анализ влияния удовлетворенности жизнью респондентов на качество оказываемой медицинской помощи.....	38
3.1.4Методика совершенствования коммуникативной компетентности врача-стоматолога.....	40
3.2 Клиническое обследование детей 6-12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов .....	44
3.3 Биометрическое исследование гипсовых моделей челюстей.....	45
3.4 Рентгенологическая диагностика деформаций позвоночника и нарушения осанки детей с дистальной окклюзией зубных рядов.....	46
3.5 Взаимосвязи нарушений осанки и деформаций позвоночника с размерами зубных рядов у детей 6-12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов.....	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	52
ВЫВОДЫ .....	54
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	55
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	56
ПРИЛОЖЕНИЯ (А, В) .....	61

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертационной работе использованы ссылки на следующие стандарты:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 08.01.2013)
2. Руководство по проведению добросовестных клинических исследований (ICH EWG E6. Good Clinical Practice Guideline for Good Clinical Practice draft 9, step 2 27/04/96).
3. Хельсинкская декларация. Рекомендации для врачей, проводящих медико-биологические исследования с участием людей (Принята Хельсинки, 1964 г.; пересмотрена Токио, 1975 г.; Венеция, 1983 г.; Гонконг, 1989 г.)
4. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: конвенция о правах человека и биомедицине (ETS N 164 4.04.97).

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

*Анкета*- опросный лист, самостоятельно заполняемый опрашиваемый по правилам.

*Анкетный опрос*- один из двух основных видов опросных методов, применяемый для получения эмпирической информации, касающейся объективных факторов, знаний, мнений, оценок, поведения.

*Данные количественные*- данные в численном выражении, такие, как непрерывные и дискретные изменения.

*Динамика*- это распределение абсолютных чисел или частотных показателей (интенсивности) во времени.

*Доверительный интервал* - вычисленный интервал с известной вероятностью (например, 95%) того, что истинное значение переменной, например средняя, доля или частота, выпадает в данный интервал.

*Единица наблюдения* - это первичный элемент исследуемой статистической совокупности, который является носителем признаков, подлежащих регистрации. Каждая единица наблюдения подлежит отдельной регистрации.

*Задача* - точно сформулированный итог, на достижение которого направлены усилия, с уточнением исхода и измеряемых переменных.

*Исследование аналитическое* - исследование с целью изучить взаимосвязи, обычно гипотетические причинные взаимоотношения. Обычно задача АИ- выявить или измерить влияние факторов риска или же оценить влияние на здоровье определенных воздействий.

*Компетенция* - совокупность требований к человеку со стороны профессии, очерченной кругом полномочий.

*Компетентность*- личностная характеристика человека- состоявшегося специалиста, отражающая уровень профессионализма.

*Компетентностно-ориентированный подход* – единая система определения целей, отбора содержания, организация процесса подготовки специалиста на основе выделения специальных, общих и ключевых компетенций, гарантирующих высокий уровень и результативность профессиональной деятельности специалиста.

*Коммуникативность* – врожденная или приобретенная способность, навык, умение передавать правильно свои мысли, чувства, эмоции так, что бы они правильно (доходчиво) были поняты, восприняты другим человеком (собеседником) или людьми, то есть способность (навык, умение) кодировать, декодировать, перекодировать передаваемую информацию таким образом, что бы она без искажений (или шумов) была принята и декодирована реципиентом.

*Обработка данных* - преобразование единиц информации в форму, которая допускает работу с ней: хранение, запросы и анализ.

Эпидемиологические данные могут быть перенесены на карты разного типа или же прямо на электронные файлы.

*Респонденты* - опрашиваемое население, участвующее в опросе или анкетировании.

*Медицинская этика* – дисциплина раздела прикладной этики, изучающая медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентом<sup>1</sup>

*Медицинская деонтология* – совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей

*Окклюзия* – смыкание зубов верхней и нижней челюсти в разных положениях при движениях челюстей друг относительно друга.

*Осанка* - привычное положение тела непринужденно стоящего человека

## **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

- АО - Акционерное общество  
АЧ - Абсолютное число  
ВАЗ - Всемирная Ассамблея здравоохранения  
ВНЧС- височно-нижнечелюстной сустав  
ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения  
ВОП - Врач общей практики  
ДИ - Доверительный интервал  
КК – коммуникативная компетентность  
МД – медицинская деонтология  
МЗСР - Министерство здравоохранения и социального развития  
МУА - Медицинский университет Астана  
МЭ – медицинская этика  
НПА - Нормативно- правовые акты  
ППРК - Постановление Правительства Республики Казахстан  
РК - Республика Казахстан  
СНГ - Содружество независимых государств  
США - Соединенные штаты Америки  
диагр. – диаграмма  
рис. – рисунок  
табл. - таблица

## СПИСОК ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Таблица 1	Программа и методика исследования.....	24
Таблица 2	Таблица вычисления критерия $\chi^2$ .....	28
Таблица 3	Анализ наличия влияния возраста врача на коммуникативную компетентность.....	37
Таблица 4	Расчет совокупности влияния удовлетворенности жизнью врачей на коммуникативную компетентность..	40
Таблица 5	Аспекты коммуникативной компетентности, нуждающиеся в совершенствовании.....	41
Рисунок 1	Виды осанки.....	21
Рисунок 2	Дистальная окклюзия зубных рядов, глубокая резцовая дизокклюзия.....	45
Рисунок 3	Измерительные точки для биометрического исследования гипсовых моделей челюстей.....	46
Рисунок 4	Деформации позвоночника.....	46
Рисунок 5	Лордоз шейного отдела позвоночника.....	47
Рисунок 6	Кифоз шейного отдела позвоночника.....	47
Рисунок 7	Сколиоз.....	47
Рисунок 8	Влияние сколиоза на размеры челюстей.....	48
Рисунок 9	Корреляционные связи между параметрами, характеризующими выраженность грудного кифоза и размерами зубных рядов гипсовых моделей челюстей с дистальной окклюзией.....	49
Рисунок 10	Корреляционные связи между параметрами, характеризующими выраженность поясничного лордоза и размерами зубных рядов гипсовых моделей челюстей с дистальной окклюзией.....	49
Диаграмма 1	Соотношение врачей и пациентов.....	26
Диаграмма 2	Распределение респондентов по полу.....	26
Диаграмма 3	Средний возраст респондентов .....	27
Диаграмма 4	Структура респондентов по социальному статусу.....	27
Диаграмма 5	Мнения респондентов о необходимости участия пациента в обсуждениях лечения во время консультации.....	30
Диаграмма 6	Мнения респондентов о приоритетном значении новых медицинских технологии.....	31
Диаграмма 7	Отношение респондентов к вопросу о важности консультации.....	31
Диаграмма 8	Мнения респондентов об информации состояния здоровья пациентов.....	32
Диаграмма 9	Мнения респондентов о важности отношения врача к пациенту, вне зависимости от его квалификации.....	32
Диаграмма 10	Мнения респондентов о необходимости согласия пациентов с мнением врача.....	33

Диаграмма 11	Мнения респондентов о необходимости партнерства во время прохождения лечения.....	33
Диаграмма 12	Мнения респондентов о необходимости..... положительных гарантии относительно лечения пациентов.....	34
Диаграмма 13	Мнения респондентов о задаваемых пациентом вопросов врачам.....	35
Диаграмма 14	Мнения респондентов о необходимости для пациента быть уверенным в контроле врачом ситуации.....	35
Диаграмма 15	Анализ удовлетворенности врачей условиями труда.....	36
Диаграмма 16	Анализ удовлетворенности жизнью медицинских работников.....	39
Диаграмма 17	Анализ удовлетворенности жизнью пациентов.....	39



## **ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность:** Современные динамические преобразования казахстанского общества привели к смене социальных установок пользователей услуг различного рода, в том числе и медицинских[1].

Сегодня человек предъявляет повышенные требования не только к качеству и результатам медицинского обслуживания, но и к содержанию самого этого процесса, и к психологической тональности врачебной помощи. Это требует особого внимания к психологической подготовке врачей, ставит задачу развития их психологической компетентности на всех этапах профессиогенеза.

Благодаря сотрудничеству с доктором, пациент занимает активную позицию, берет на себя ответственность за свое здоровье и участвует в выздоровлении. Неразрывный комплекс мануальных и коммуникативных навыков определяет профессионализм врача, составляет прочную основу доверия к нему пациента [2,3,4].

Практика тесного и длительного общения с пациентами и их близкими в ходе стоматологического лечения выявила особенности межличностных отношений, требующие углубленного исследования и обсуждения. В то же время аналитический обзор как отечественной, так и зарубежной литературы показал, что до настоящего времени этические вопросы взаимоотношений пациента (и/или его родителей) с медицинским персоналом лечебного учреждения, в котором проводится лечение, недостаточно освещены в специальной литературе и не в полной мере представлены в образовательных программах[5,6].

**Цель исследования:** Совершенствование коммуникативной компетенции на стоматологическом приеме с учетом взаимосвязи осанки с дистальной окклюзией.

### **Объект и предмет исследования:**

Объектом исследования являются врачи и пациенты частных и государственных стоматологических клиник города Астана. Предметом изучения является уровень профессиональной коммуникативной компетентность врачей-стоматологов.

### **Задачи исследования:**

1. Провести анкетирование врачей-стоматологов и пациентов в стоматологических клиниках города Астана для выявления степени коммуникативной компетентности у врачей-стоматологов;
2. Провести анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на успешную деятельность врача-стоматолога;
3. Определить взаимосвязь нарушений осанки и деформаций позвоночника с дистальной окклюзией;

4. Разработать методические рекомендации по коммуникативной компетентности и внедрить в практическое здравоохранение на примере комплексного обследования детей с дистальной окклюзией.

#### **Материалы исследования:**

1. Анкета, разработанная учеными Гарвардского университета;
2. Пациенты с дистальной окклюзией - 30 детей.

#### **Методы исследования:**

1. Социологический - анкетирование;
2. Аналитический;
3. Статистический: критерий Хи-квадрат;
4. Клинический.

#### **Научная новизна результатов исследования:**

1. Проведена социально-психологическая оценка уровня профессиональной коммуникативной компетентности врачей-стоматологов г. Астана;
2. На основании комплексного обследования пациентов с дистальной окклюзией определена связь между осанкой и прикусом;
3. По результатам анкетных данных врачей-стоматологов и пациентов созданы методические рекомендации по коммуникативной компетентности врача-стоматолога и внедрены в практическое здравоохранение.

#### **Практическая значимость исследования:**

1. На основании комплексного обследования пациентов с дистальной окклюзией выявлено, что 78% пациентов с данной патологией нуждается в коррекции осанки;
2. Разработаны и внедрены в практическое здравоохранение методические рекомендации по коммуникативной компетентности врача-стоматолога, позволяющие улучшить коммуникативную компетенцию между врачами-стоматологами и пациентами в современном обществе;
3. Разработаны методические рекомендации по коммуникативной компетентности для обучающихся специальности «Стоматология» с последующим предложением внедрения в образовательный процесс.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

Проведенное анкетирование врачей-стоматологов и пациентов в стоматологических клиниках города Астана показало, что коммуникативная компетентность является существенной составляющей профессиональной успешности врачей.

Разработка и внедрение в практическое здравоохранение методических рекомендаций по коммуникативной компетентности наглядно показало улучшение коммуникативной компетентности, что значительно повысило вербальный контакт на приеме врача-стоматолога-ортодонта с пациентами с

дистальной окклюзией и их родителями. Также был разработан алгоритм диагностики данной патологии, что облегчало мотивацию пациентов и их родителей.

Разработка и внедрение в образовательный процесс методических рекомендаций по коммуникативной компетентности поможет выпускать пациентоориентированных врачей-стоматологов.

### **Апробация работы**

Участвовала на Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых АО «Медицинский университет Астана» (Астана, Казахстан 9-10 апреля 2014 года, 14-16 апреля 2016 года). Основные положения диссертационной работы обсуждены на заседании кафедры ортопедической и детской стоматологии.

### **Публикации**

По материалам работы опубликованы 5 публикации, из них 2 статьи в издании рекомендованной Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК, 1 статья в журнале республиканского значения, 2 тезиса к международным научно – практическим конференциям.

**Объем и структура диссертации** Диссертация написана на русском языке, изложена на 67 страницах печатного набора, состоит из введения, основной части, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложений, списка использованных источников, содержит 5 таблиц, 10 рисунков и 17 диаграмм.

## **1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

### **1.1 Оценка коммуникативной компетентности врачей и пациентов в отечественной и зарубежной системе здравоохранения**

#### **1.1.1 Содержательная структура коммуникативной компетентности врача**

Проблемой взаимоотношений интересовались ученые и мыслители с давних времен. Тому доказательством служит «Риторики» Аристотеля, работы Сократа и Платона. В эпоху Возрождения появились первые работы, связанные с вопросами взаимоотношений. В конце XX, начале XXI века ее начали изучать с медицинской точки зрения и связано это с тем, что коммуникативное взаимодействие на приеме у врача является психологическим барьером в терапии больных [8]. Многие ученые, такие как В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, Л.С. Выготский, В.Н. Мясищев, В.А. Ташлыков, В.М. Иванов, К. Роджерс, З. Фрейд и т.д. считают, что коммуникативное взаимодействие - один из важных факторов, определяющих успех выздоровления. В свою очередь последнее играет немаловажную роль в профессиональной деятельности врача.

Взаимоотношения на приеме является важным компонентом при оказании медицинской помощи. В ряде научных работ в сфере здравоохранения важность коммуникативной компетентности врача отражалась не один раз [9-11]. Общаясь с пациентом, врач выявляет проблему пациента и ищет пути решения ее. Характер отношений между врачом и пациентом является немаловажным моментом в достижении эффективного и благоприятного лечения. Доверительные отношения устанавливаются в связи с высоким уровнем удовлетворенности пациента коммуникацией с врачом [12, 13].

Существует множество определений коммуникативной компетентности разными учеными, но неоднозначность в описании способов ее реализации затрудняет обозначение ее четких границ. В различных источниках можно найти единую мысль о том, что коммуникативная компетентность одна из наиболее важных характеристик личности, обладатель которой способен добиться высоких профессиональных и личностных результатов.

Выделяя компетентность как отдельный компонент, М. Кяэрст утверждает, что при раскрытии смысла компетентности выделяются различные составляющие: предпосылки компетентности (способности, талант, знания), деятельность человека (ее описание, структура, характеристика, признаки), результаты деятельности (плоды труда, изменения в объектах деятельности) [14]. Он приводит ряд единиц, раскрывающих содержание компетентности:

1. Компетентность выражает соответствие требованиям организации лица, относящегося к руководящему или/и подчиненному персоналу.

2. Компетентность выражается в количестве и качестве задач, сформулированных и решенных лицом, относящимся к руководящему или подчиненному персоналу, в его основной работе.

3. Компетентность является одним из свойств проявления личности, и заключается в эффективном решении проблем, встречающихся в сфере деятельности человека и осуществляемых в интересах данной организации.

Понятие компетентность несет в себе предположение наличия определенного набора качеств. Это не субъективное понятие, а ряд требований, в состав которого входят некоторая совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающий эффективный результат [15]. Такого рода компетентность определяет наличие умения расширять круг общения и контролировать его глубину, понимать и быть понятым участниками коммуникации [16, 17].

Термин «компетентность» напрямую связан с квалификационными характеристиками, которые обычно выражаются в профессиональном росте специалиста [3, 18].

Под компетенцией наблюдается совокупность профессиональных прав и обязанностей, функций, создающих необходимые условия для эффективности деятельности на рабочем месте [19, 20].

Для ряда авторов, коммуникативность личности состоит из совокупности трех компонентов: потребность в общении, хорошее эмоциональное самочувствие до, во время и после общения, коммуникативные навыки и умения [21].

Прежде всего, процесс общения означает управление эквивиальными и мультифинальными результатами. Эквивиальность означает наличие множество подходов для достижения того или иного результата. Мультифинальность подразумевает возможность множества разных исходов при одном и том же подходе [22, 23].

В зарубежной медицине вопросы эффективности и качества взаимодействия связываются с понятиями «communicative competence», «social competence» и «interpersonal competence». Однако, не смотря на разницу терминов, их смысл сводится к определению составляющих, которые в дальнейшем определяет успешный, долговременный позитивный контакт. К ним зачастую относятся высокая мотивированность общения, избирательность социального восприятия, умения обратной связи и самокоррекции поведения, а так же специфические личностные черты: коммуникабельность, готовность к общению, активность, сила влияния, позитивная Я - концепция [24, 25].

В состав коммуникативной компетентности включены психологические знания, умения и навыки, комплекс значимых личностных характеристик компетентного человека, поведенческие конструкторы [26-30].

Положено, что коммуникативная компетенция — это совокупность навыков и умений, необходимых для эффективного общения [31].

Коммуникативная компетентность на сегодняшний день рассматривается как стержневая составляющая в общей психологической компетентности. Научно - теоретический анализ выявляет, что понятие коммуникативной компетентности личности объединяет ряд позиций: способности и умения поддерживать и устанавливать необходимые контакты; совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающих эффективную коммуникацию; варьировать глубину и широту интеракции; понимать и быть понятым; умение согласовать

свои вербальные и невербальные проявления в общении, пристраиваясь к партнеру; способность учитывать особенности мотивации и возможностей партнера, способность преодолевать трудности в общении; социально-перцептивные и экспрессивно - речевые [32].

Исследования общения в области здравоохранения показывает, что коммуникативная компетентность является важным аспектом успешного специалиста медико-санитарной помощи. В процессе общения принимают участие два и более участников, однако, положение и статус этих участников с точки зрения медицинской иерархии и принятой парадигмы, язык, уровень образования и целый ряд других переменных могут повлиять на отношения и восприятия компетенции. В этом случае медицинские работники сталкиваются с целым рядом вопросов, которые влияют на восприятие коммуникативной компетенции в оказании медицинской помощи, учитывая многоязычное и многокультурное общество [33].

Эффективная коммуникация имеет много плюсов. Обзор литературы выявил, что удовлетворение пациента своим врачом, который относится с ответственностью к своему делу и преданностью к лечению, сводит к минимуму риск жалоб [34].

Первичная медицинская помощь, врачебная помощь по жизненным показаниям, лечение людей разных социальных и возрастных групп должны быть доступны всем и каждому. Там, где идет речь о спасении жизни, не может выходить на первое место вопрос о стоимости пребывания на больничной койке или цены лекарств. Помощь в этих случаях - это долг государства. Вместе с этим в его обязанность входит обеспечение медицинских работников достойным и приличествующим образом жизни. Когда врач плохо одет, с трудом сводит концы с концами, не обеспечен хорошей квартирой, никакая клятва Гиппократова или уставы врачебных ассоциаций не сделают его доброжелательным.

Проблема взаимоотношений врача и пациента в ее разрешении предполагает единство взглядов медиков и населения, общества и государства [35].

В ряде исследований делается акцент на системе внутренних ресурсов, обеспечивающих моделирование эффективной коммуникации за счет развития ряда способностей [36]. Это, прежде всего, способность к сотрудничеству, пониманию, разрешению конфликтов принятию другого.

В понимании коммуникативной компетентности ставится ударение на индивидуальном опыте человека и его способности взаимодействовать с окружающими, которая требуется индивиду, чтобы в рамках своих способностей и социального статуса успешно функционировать в данном обществе [37, 38]. Психологи подчеркивают, что высокий уровень коммуникативной компетентности подразумевает не только свободное владение комплексом разнообразных средств, но и рефлексивную оценку индивидуальных экспрессивных возможностей и их самокоррекцию и развитие.

Ученые США в понятие коммуникативной компетентности закладывают такие понятия, как коммуникабельность, готовность к общению, влияние и Я- концепцию [39].

Вместе с тем, анализ показывает, что исследователи называют коммуникативную компетентность как определяющий фактор в плане организации оптимальных взаимоотношений личности с другими и эффективности профессиональных контактов в процессах «человек-человек» [2].

Вопросы системы коммуникативной компетентности также вызывает огромный интерес среди ученых. А.А. Кидрон 1981. Рассматривает ее в 3 плоскостях [14]: личностной – структура коммуникативных способностей, поведенческой – готовность к общению и адекватное коммуникативное поведение в конкретной ситуации, социально-перцептивной – взаимоотражение компетентности в общении в наборе коммуникативных свойств личности.

Ряд работ гласит о том, что главными компонентами коммуникативной культуры медицинского работника являются: в эмоциональной сфере – эмпатия, в когнитивной сфере – рефлексия, а в поведенческой – интеракция. В содержательном плане эмпатия - это способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного, психологическое качество, обеспечивающее адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной» [4]. Рефлексия - демонстрация готовности и желания выслушать собеседника; проверка точности услышанного; прояснение рационального компонента услышанного; самокоррекция; подбадривание; адекватность самооценки и оценки других [5]. Интеракция подразумевает в себе планирование предстоящего разговора; взятие на себя инициативы в беседе; организацию целостного контакта; придание взаимодействию личностного характера; урегулирование конфликтных ситуаций; предложение совместного действия; обсуждение; согласование; выяснение и передачу информации; представленность этических норм интерперсональных отношений [7, 17].

По мнению ученых, качество медицинской помощи измеряется доступностью и эффективностью. В связи с этим, они подразумевают качественное, результативное лечение и эффективность содержания взаимодействия врача и пациента (коммуникации) [40]. Так как в современном мире качество медицинской помощи оценивается в зависимости от ожидания пациентов и от результата лечения, как в техническом, так и в психологическом плане. Помимо этого, в прогрессирующем обществе требования пациентов к медицинскому работнику растут прямо пропорционально.

### **1.1.2 Коммуникативные навыки и успешность врачебной деятельности**

В современном обществе стремительные трансформации в научной сфере, появления частных, конкурирующих между собой, медицинских организаций подразумевает появление ряд вопросов, с которыми приходится сталкиваться медицинским работникам в течение их медицинской деятельности каждый день. Для того чтобы оставаться успешным и востребованным, врачу необходимо обладать определенным набором качеств [40, 41].

В результате теоретического анализа выявлено, что в современной науке можно отметить 2 основных направления в изучении природы и возможностей

развития успеха [2]. Если первое направлено на теорию прирожденных талантов (природные задатки, способности, психофизиологические параметры и т.д.), второе сводится к идее социальной, мотивированной и субъектной детерминации успеха (мотивация достижения, уровень притязаний, самооценка и самоуважение, уровень субъективного контроля, потребность в достижении, направленность, эмоциональная стабильность, гибкость и т.д.) [27, 42-44].

По результатам исследования взаимосвязи психологических особенностей успешных поликлинических врачей-стоматологов с показателями профессионального успеха отмечены наиболее важные дифференцирующие психологические факторы, которые в свою очередь достаточно правдиво определяют успех профессиональной деятельности. Определяющими компонентами являются: когнитивные способности (высокий уровень концентрации и переключаемости внимания); темпераментально-характерологические особенности (высокий уровень общительности, средний уровень уверенности в себе, высокий уровень развития настойчивости, высокая экспрессивность (оптимистичность)); эмоциональные особенности (высокая эмоциональная устойчивость, стрессоустойчивость); мотивационные характеристики (выраженная ориентация на общую активность); коммуникативные особенности (высокое развитие умения слушать). В качестве вторичных факторов профессиональной успешности участкового врача - терапевта выявлены: средний уровень подозрительности (осторожности в осуществлении профессиональных действий) и доминантности, высокий уровень самоконтроля, выраженная ориентация на социальную полезность, высокий уровень решительности (смелости) [15].

В настоящее время медицинские высшие учебные заведения пользуются этими критериями для обучения студентов и при сдаче выпускных экзаменов, а совместная комиссия по аккредитации больниц также использует рамки этих полномочий по аккредитации больниц и других медицинских учреждений [1].

По результатам исследования А.И. Кипиани 2006, было определено, что в ряде предпочитаемых профессиональных характеристик врача наряду с высокой уровнем знаний являются: доброжелательность, приветливость, уверенность в себе, выдержка, чувство юмора, готовность проявить поддержку, спокойные жесты и мимика, оптимизм, индивидуальный способ обращения, умение донести до пациента суть его проблемы и пути ее решения [2].

В другом исследовании с помощью диагностики межличностных отношений было изучено описание образа «идеального врача». В его определении чаще всего определялись следующие качества: симпатия, отзывчивость, оказание поддержки, доминирование, руководство. Пол и возраст являлись второстепенными критериями при изучении. Но вместе с тем, была выявлена некоторая тенденция к выбору врача более старшего возраста [45].

По результатам опроса Э. Скрбкова и М. Пуркрабек, 1972, определился вывод, что выявляя причины удовлетворенности врачом, анкетированные отмечали его профессиональную эрудицию и человечность [46].

А.С. Георгиевская, Н.С. Бобров 1973, приводят перечень наиболее важных качеств личности врача, который был составлен на основе итогов опроса



пациентов. К таким качествам относятся: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, вежливость, то есть коммуникативные качества [47].

Эффективная коммуникация между врачом и пациентом является немаловажным фактором в оценке медицинского обслуживания по уровню удовлетворенности пациентов [48]. Она снижается при наличии напряженности во время взаимодействия [49].

Э.Гломб в 1985 году анкетировал пациентов относительно их ожиданий коммуникативной компетентности врачей. Первым и наиболее важным требованием было отмечено - регулярная информация о состоянии здоровья от врачей [50]. Приблизительно 53% времени в течение обхода врач тратит на вербальное взаимодействие (26% на взаимодействие с пациентами, 27% на взаимодействие с медицинской сестрой) и эта картина не соответствовало ожиданиям пациентов.

Согласно современным представлениям, профессиональная компетентность – это привычное и рассудительное использование коммуникабельности, знаний, технических навыков, клинического мышления, сопереживания, ценности и размышления в ежедневной практике врача [51-53].

Профессиональная компетентность как совокупность способностей, качеств и особенностей личности, а также знаний, умений и опыта, необходимых для успешной профессиональной деятельности выступает важным системообразующим фактором профессиональной подготовки и профессиональной деятельности специалиста по медицине. Особенности формирования профессиональной компетентности врача определяются всем процессом образования, и является интеграцией интеллектуальных, моральных, социальных и других аспектов знаний [54].

По итогам исследований А.Е. Сахаровой 2009, выявлены следующие выводы:

- стаж работы в той или иной врачебной специализации не оказывает существенного влияния на коммуникативную компетентность, в отличие от самого профиля специализации;
- чем больше в профессиональной деятельности востребованы коммуникативные способности, тем более они развиты и интегрированы между собой, как по уровню, так и по структуре [55].

Следует отметить ряд отечественных ученых, исследовавших данный тип компетентности: Р.С. Досмагамбетов, В.Б. Молотов-Лучанский, Л.Л. Мацеевская, М.К. Телеуов, И.В. Баскаков, С.Х. Мадалиева, Ш.С. Марданова, М.А. Асимов. М.А. Асимов в свою очередь утверждает, что современный врач должен уметь создавать и сохранять корректные с терапевтической и этической точки зрения отношения, использовать эффективные навыки слушания, запрашивать и предоставлять информацию, а также эффективно работать в качестве члена или лидера команды здравоохранения [56-59].

Система коммуникативной компетентности специалиста с высшим медицинским образованием несет в себе сумму базисных знаний в области общей и клинической психологии, понимание особенностей коммуникативного

процесса в различных сферах профессиональной, в том числе, специализированной, деятельности, коммуникативную культуру, собственно коммуникативные навыки и, наконец, ряд личностных качеств, позволяющих вести постоянную работу по совершенствованию знаний и навыков, их коррекции в связи с изменившимися условиями жизни и профессиональной деятельности [57, 58].

Социально-экономические изменения, произошедшие в казахстанском обществе, выявила потребность общества в коммуникативно грамотных специалистах системы здравоохранения, в том числе и стоматологических услуг. Все это объясняется множеством разнообразных социально-экономических, психологических, профессионально-медицинских факторов:

1. Развитие рыночной экономики и рыночных отношений привели к увеличению числа платных стоматологических клиник, что усилило конкуренцию между ними. В условиях яркого разнообразия клиник возросли требования к качеству стоматологического обслуживания.

2.Нынешнее общество стоматология все больше стала восприниматься как сфера оказания услуг.

3.Пациенты стоматологических клиник стали больше осознавать свои права на получение качественной стоматологической помощи. Вместе с этим они предъявляют повышенные требования не только к качеству и результатам стоматологического обслуживания, но и к содержанию самого процесса.

4.В самой медицине произошли кардинальные изменения, и из практически гуманитарной науки она превратилась в технико-гуманитарную. Внедрение компьютерных технологий в диагностический и лечебный процесс привело к изменению отношений в системе «врач — пациент».

5.За последнее время изменился и психологический облик молодежи. Современный студент — это технически продвинутый молодой человек, активный пользователь интернет-ресурсов, возможностей современных средств коммуникаций и информационных технологий, которые опосредуют процесс общения. Это способствовало переводу непосредственного межличностного общения в плоскость виртуального.

6.В молодежной среде отмечаются тенденции к обособлению и изоляции от других людей.

7. Широкое использование в обучении тестовых форм контроля знаний негативно сказалось на развитии коммуникативных способностей учащихся, возможности свободно излагать свои мысли, передавать информацию [59].

### **1.1.3 «Коммуникативная компетентность» с точки зрения законодательных и нормативно - правовых актов Республики Казахстан**

В условиях мировых изменений: усложнение жизни и ускорение ее ритмов, революции в разных областях, интеграции мировой экономики и финансов, формирования информационной парадигмы социально-экономического развития, расширения международных политических и

культурных контактов - все большее значение приобретает культура общения. Все эти изменения коснулись также и Казахстана.

Прежде всего, Конституция РК утверждает РК демократическим, светским, правовым и социальным государством, высшими ценностями которого являются человек, его жизнь, права и свободы. Все граждане без исключения равны перед законом и имеют право на охрану здоровья, никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам [60].

На основании Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» государственная политика в области здравоохранения проводится на основе принципов: обеспечения равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи; доступность медицинской помощи населению независимо от социального и имущественного положения; социальная справедливость и равенство граждан в получении медицинской помощи [61].

Согласно Приказам «Об утверждении Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей» [62], «Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» [63], «Об утверждении положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» [64] в компетентность врача входит:

- информирует пациента о возможности выбора методов и способов лечения, а также используемых средствах и изделиях медицинского назначения, если такой выбор предусмотрен результатами обследования.
- совместно с центрами здоровья принимает участие в пропаганде здорового образа жизни, рационального питания;
- соблюдает медицинскую этику, правила внутреннего трудового распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.

ВОП в том числе врач-стоматолог должен обладать знаниями о: Конституции РК, Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», законах РК «О борьбе с коррупцией», «О языках в Республике Казахстан», нормативных правовых актах по вопросам здравоохранения, основах экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы, основах международной и отечественной классификации болезней; основах медицинского страхования, статистике здоровья населения, критериях и показателях здравоохранения, законодательства о труде, правилах и нормах охраны труда, технике безопасности, производственной санитарии и противопожарной безопасности [58].

Вместе с тем, врач должен иметь высшее медицинское образование и сертификат специалиста по соответствующей специальности [61].

При поступлении в медицинскую организацию пациенту должны быть представлены сведения об именах и о профессиональном статусе тех, кто будет

оказывать ему медицинские услуги, а также о правилах внутреннего распорядка медицинской организации. При желании пациент может заменить врача или медицинскую организацию. Медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия больного. Пациенты, получающие медицинскую помощь в условиях клинических баз организаций образования в области здравоохранения, имеют право отказаться от участия в учебном процессе, а также от присутствия третьих лиц при проведении лечебно-диагностических процедур [64].

Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников РК [61] определяет моральную ответственность медицинских и фармацевтических работников за свою деятельность перед гражданами и обществом в целом.

Согласно Уголовному Кодексу РК за оскорбление, то есть унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме - наказывается штрафом, либо привлечением к общественным работам [65].

Опираясь на сформулированные выше положения, коммуникативная компетентность определяется коммуникативной гибкостью, чувством долга и сострадания врача, которая обеспечивается, наличием в арсенале всех возможных коммуникативных навыков и моральных ценностей, а так же умением применять эти навыки на максимально высоком уровне, возможного в данной ситуации, которая определяется типом решаемой проблемы и коммуникативной позицией партнера [37].

## **1.2 Нарушения осанки и деформации позвоночника и их роль в формировании дистальной окклюзии зубных рядов**

Ряд отечественных и зарубежных авторов указывают на неправильную осанку - привычное положение тела непринужденно стоящего человека - как на один из факторов, способствующих возникновению и усугублению аномалии окклюзии зубных рядов. Сагиттальные и вертикальные изменения окклюзии - встречаются, по данным разных авторов, у 12 - 40% обследованных. Уже на ранних этапах развития ребенка они сопровождаются значительными морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями [66].

По данным института Вредена, за последние 20 лет количество больных сколиозом увеличилось с 6,4 до 27,0%.

Осанка - привычное положение тела непринужденно стоящего человека [67]. Она формируется в процессе роста ребенка и развития у него статико-динамических функций. У младенца одновременно с приобретением навыков удержания головы, сидения, а затем стояния постепенно формируются физиологические искривления позвоночника: изгиб в шейном отделе выпуклостью вперед (шейный лордоз), аналогичный изгиб в поясничном отделе (поясничный лордоз) и в грудном отделе выпуклостью назад (кифоз).

При нормальной осанке касательная к задней поверхности тела при его вертикальном положении прилегает к затылку, спине, ягодицам. Расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии одинаковое (рис. 1).

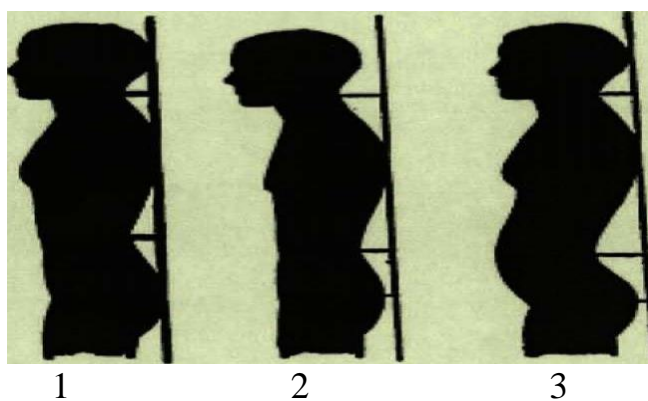


Рис. 1. Виды осанки: 1 - нормальная (расстояние равное); 2 - кифотическая (расстояние увеличенное в области шеи); 3 - лордотическая (расстояние, увеличенное в области талии и ягодиц).

Функциональное состояние мышц шеи, туловища и конечностей, а также условия внешней среды оказывают влияние на форму позвоночника. Его изгибы могут усиливаться, уменьшаться, становиться асимметричными при изменении положения всего туловища или плечевого и тазового поясов [68].

Привычка неправильно держаться может закрепиться. При неправильной позе во время учебных занятий, а также в результате асимметричной статической нагрузки при общем ослаблении физического развития или недостаточно гармоничном развитии определённых мышечных групп может возникнуть асимметричное положение плечевого пояса. Нарушение осанки взаимосвязаны с изменением угла наклона таза, увеличением прогиба позвоночника в поясничной области и выступанием живота [69].

Нормальный физиологический изгиб позвоночника кзади может усилиться, что приводит к нарушению осанки по типу сутулости, для которой характерны наклон туловища и головы вперёд, свисающий плечевой пояс, снижение функциональной способности мышц спины, нарушение функции дыхания в связи с сужением грудной клетки [70].

По данным литературы, у взрослого человека с гармонично развитой фигурой центры тяжести головы, плечевого пояса, бедер, колен и стоп находятся, как правило, на одной вертикальной оси. При аномалиях окклюзии центр тяжести головы нередко располагается впереди этой оси, что влечет за собой изменение осанки. Нагрузка на мышцы шеи увеличивается, сохранение при этом правильного положения головы и горизонтального направления взгляда возможно лишь при усилении напряжения мышц шеи. Осанка человека зависит от функционального состояния опорно-двигательной системы [71]. Зафиксированные позотонические рефлексy, обусловленные вредными привычками, приводят к неправильной позе тела, что в свою очередь способствует развитию зубочелюстных аномалий. При пониженной минерализации костной ткани форма костей изменяется даже при незначительном, но длительном воздействии неправильно

функционирующих мышц [72]. Ф.Я. Хорошилкиной (1978) отмечено, что зубочелюстно-лицевые аномалии нередко сочетаются с нарушенной осанкой и деформацией позвоночника [73]. Такие виды патологии чаще наблюдаются при сагиттальных аномалиях окклюзии.

Ортодонтическое лечение без нормализации осанки бывает недостаточно успешным, и после его завершения нередко возникает рецидив аномалии окклюзии. Различают следующие виды нарушений осанки: сведенные вперед и свисающие плечи, крыловидные лопатки, усиление грудного кифоза (сутулость, круглая спина) и поясничного лордоза, плоскую спину, осанку с асимметричной установкой плечевого пояса. Отдельные виды нарушений осанки могут сочетаться, например, сутулость и крыловидные лопатки, круглая спина, грудной кифоз и поясничный лордоз. Крыловидные лопатки, свисающие вперед и сведенные плечи взаимосвязаны с изменением положения плечевого пояса. Неправильное положение лопаток приводит к сближению плечевых суставов при постепенно развивающейся контрактуре больших грудных мышц. Как правило, позвоночник располагается не строго по срединной линии и имеет отклонение вправо или влево, чаще в грудном отделе, что зависит от неравномерного развития мышц. Это искривление называется сколиоз (scoliosis) [71]. Treuenfels (1985) установил, что формы неправильной осанки, обусловленные недоразвитием мышц шейной области, вызывают неправильное смыкание зубных рядов. В. Solow (1984) утверждает, что у пациентов без патологии дыхания осанка, морфология черепа и лица в норме. S.Y. Archer (1985) выяснил, что при изменении положения черепа развивается патология лица и нарушается окклюзионное равновесие.

Благодаря изучению телерентгенограмм Н. Hellsing (1989) пришел к выводу, что запрокидывание головы назад на  $20^\circ$  увеличивает шейный лордоз [72]. Наклон головы вперед и ее вытяжение влияют на развитие и функции лицевых мышц. У таких пациентов отмечают нарушения функций височно-нижнечелюстных суставов, изменяется тонус мышц челюстно-лицевой области и шеи. По мнению А. Talsren (1987), положение подъязычной кости связано с морфологией лица и положением шеи и языка [73]. В литературе имеются сведения о влиянии различных внеротовых статических сил на формирование лицевого скелета, в частности, челюстей. Привычная осанка определенные позы тела в состоянии бодрствования и во сне оказывают воздействие на кости и при наличии многих других факторов способствуют развитию аномалий, особенно при слабой минерализации костной ткани. В ортодонтии большое внимание уделяется привычному положению тела, особенно головы во время сна. Определенная поза во сне (на спине, на животе или на каком-нибудь боку, а также с подложенной под щеку рукой) способствует несимметричному развитию челюстей: их сужению или смещению нижней челюсти. Неправильное положение головы во время сна в сочетании с патологией носоглотки, по свидетельству многих авторов, приводит к развитию прогнатии или прогении, недоразвитию нижней челюсти в переднем направлении и к другим аномалиям [73]. Для

правильного развития ребёнка положение тела в состоянии бодрствования и осанка играют большую роль.

По данным Ленинградского ортопедического института, 29,4 % детей дошкольного и школьного возраста имели различные дефекты осанки. К 15 годам их частота увеличилась в 5 раз по сравнению с дошкольным возрастом. Наименее благоприятна для правильного развития челюстей привычная поза со склонённой на грудь головой, которая характерна для клинической картины ротового дыхания. При такой осанке изменяется тонус шейных мышц (что способствует глоссоптозу), мышц плечевого пояса и межрёберных мышц, что обуславливает впалую грудь и выступание лопаток. При этом наблюдают мезиальное или дистальное смещение нижней челюсти и как результат - нарушение нормальной статики костно-мышечной системы жевательного аппарата и соседних областей [74].

Muzy, Mau и соавт. (1952) обнаружили у большинства детей с дистальным прикусом изгиб шейного отдела позвоночника кпереди, что соответствовало их осанке с приподнятой головой. Встречаются и другие длительные позы, которые могут способствовать развитию аномалий зубочелюстной системы. К ним относятся неправильная посадка за столом, привычка поддерживать голову ладонями, опираясь локтями на твердый предмет [75]. Характер аномалий в этих случаях определяется направлением давления. По наблюдениям В. П. Окушко, Е. К. Бирюковой (1968) и других у детей, пользовавшихся корсетом Милькова при сколиозе позвоночника, возникают изменения в зубочелюстной системе в виде прогнатии, осложненной глубоким прикусом в результате постоянного давления головодержателя на нижнюю челюсть, усиливающего лордоз шеи и вызывающего изменения в жевательных мышцах и в мышцах языка.

Таким образом, определенные положения тела, в частности головы, при наличии других предрасполагающих факторов влияют на формирование дистальной окклюзии зубных рядов. Положение нижней челюсти в покое обеспечивается мышечной координацией между задними и передними шейными мышцами, которые действуют, как единое целое, уравнивая голову на позвоночном столбе [76]. Положение нижней челюсти зависит также от взаимодействия жевательных мышц. Нарушение тонуса мышц может быть прямым следствием вредных привычек, которые способствуют чрезмерной тренированности отдельных групп мышц в ущерб другим, а это, как правило, затрудняет ортодонтическое лечение и способствует рецидивам [77].

## 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Характеристика материала и методов исследования

Для реализации поставленных задач в работе были использованы современные методы научного исследования: социологический (анкетный опрос), статистический, контент - анализ и аналитический. Программа и методика проведенного исследования представлены в таблице 1.

№	Задачи	Методы	Материалы
1.	Изучить обзор существующих материалов о коммуникативной компетентности врачей.	1.Контент - анализ 2.Аналитический	На русском – 55 источников, На английском – 23 источников
2.	Провести анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на авторитет врача среди пациентов.	1.Социологический: анкетирование 2.Статистический: критерий Хи- квадрат 3.Ранжирование. 4.Графический	1. Общее количество респондентов 408 чел., из них 202 - врачи, 206- пациенты.
3.	Разработать и апробировать программу изучения коммуникативной компетентности врача.	1.Аналитический	
4.	Изучить и выявить взаимосвязь между прикусом и осанкой	1.Клинический	1.Общее количество пациентов 30

Таблица 1. Программа и методика исследования

Исследование проводилось в четыре этапа в период с ноября 2013 г. по февраль 2016 г. (с 01.09.2014г. по 01.09.2015 г.- академический отпуск)

Первый этап (11.2013г. - 03.2014 г.) - разработан общий план работы. Проводился теоретический анализ научной литературы, выявлялись основные проблемы и пути их решения, разрабатывалась программа исследования, подбирались диагностический инструментарий, адекватный целям исследования.



Второй этап (12.2013г.- 12.2015г.) - проводилось обследование пациентов с дистальной окклюзией с последующим выявлением взаимосвязи прикуса и осанки. Целью клинического метода работы явилось установить на примере клинического случая налаживание коммуникативной компетенции между врачом и пациентом, путем коррекции прикуса и осанки.

Третий этап (03.2014 г. -10.2015 г.) – проводилось анкетирование врачей и пациентов, где были изучены специфические особенности содержательного наполнения компонентов коммуникативной компетентности врача, особенности восприятия врача пациентом, ожидания пациентов относительно проявлений коммуникативной компетентности врача.

Четвертый этап (12.2015 г. -02.2016 г.) – заключительный – проводился анализ, интерпретация и обобщение результатов исследования. На основании полученных данных составлены выводы и предложения по улучшению коммуникативной компетенции между врачом и пациентом.

В исследовании использованы:

1. Контент анализ - текстовые характеристики, полученные в анкетах и документах, были преобразованы в количественные показатели с последующей статистической обработкой;
2. Социологический метод (выборочное, очное анкетирование) – в качестве средства для сбора сведений от респондента использован специально оформленный список вопросов (приложение А, Б). Анкета была разработана учеными Гарвардского университета.
3. Стратифицированная или расслоенная выборка — это процесс, состоящий из двух этапов, в котором совокупность делится на подгруппы (слои, страты). Далее, из каждого слоя случайным образом выбираются элементы, при этом обычно используется метод простой случайной выборки. Слои должны взаимно исключать и взаимно дополнять один другого, чтобы каждый элемент совокупности относился к одному и только одному слою, и ни один элемент не был упущен. Стратифицированный отбор целесообразно использовать в тех случаях, когда все единицы генеральной совокупности объединены в несколько крупных типических групп.

Объектами исследования послужили врачи-стоматологи и пациенты частных и государственных стоматологических клиник города Астана. За период с января 2013 года по май 2015 года было проведено анкетирование среди пациентов и врачей-стоматологов в государственных и частных стоматологических клиниках города Астана. Анкетирование проводилось анонимно. Выборка ограниченного объема  $n=408$ , 206 пациентов (50,06%) и 202 медицинского персонала (49,94%) (диагр. 1).

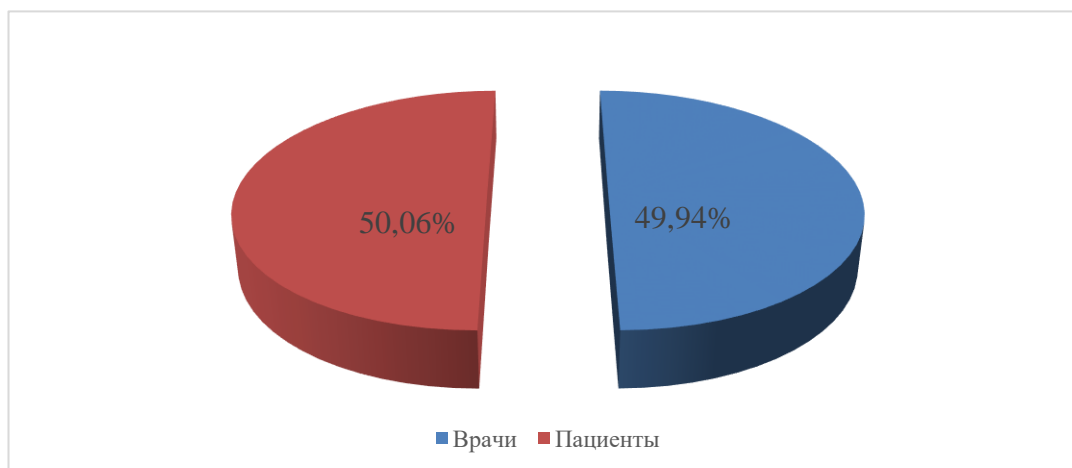


Диаграмма 1. Соотношение врачей и пациентов

Сравнительный анализ по гендерной структуре респондентов показал (диагр. 2), что 25,2% медицинских работников были мужского пола, а 74,8%-женского. Среди пациентов было 36,9% и 63,1% женского и мужского пола соответственно.

В целом, изучая половую принадлежность большинства опрошенных, следует отметить, что женщины намного охотнее шли на контакт и с большим энтузиазмом принимали участие в опросе по сравнению с мужчинами.

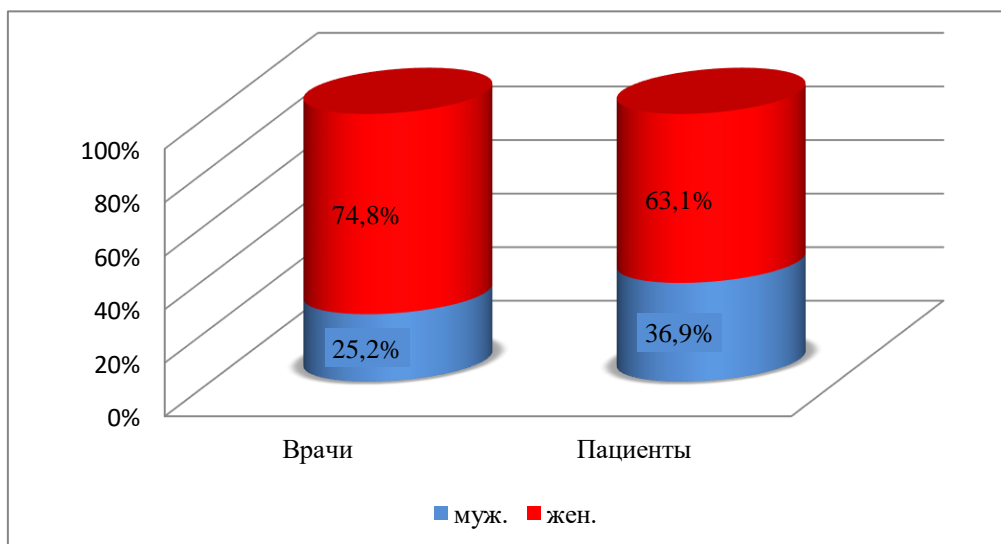


Диаграмма 2. Распределение респондентов по полу

По данным диаграммы 3, средний возраст медицинских работников составил 31,5 лет, для пациентов – 40,6 года.

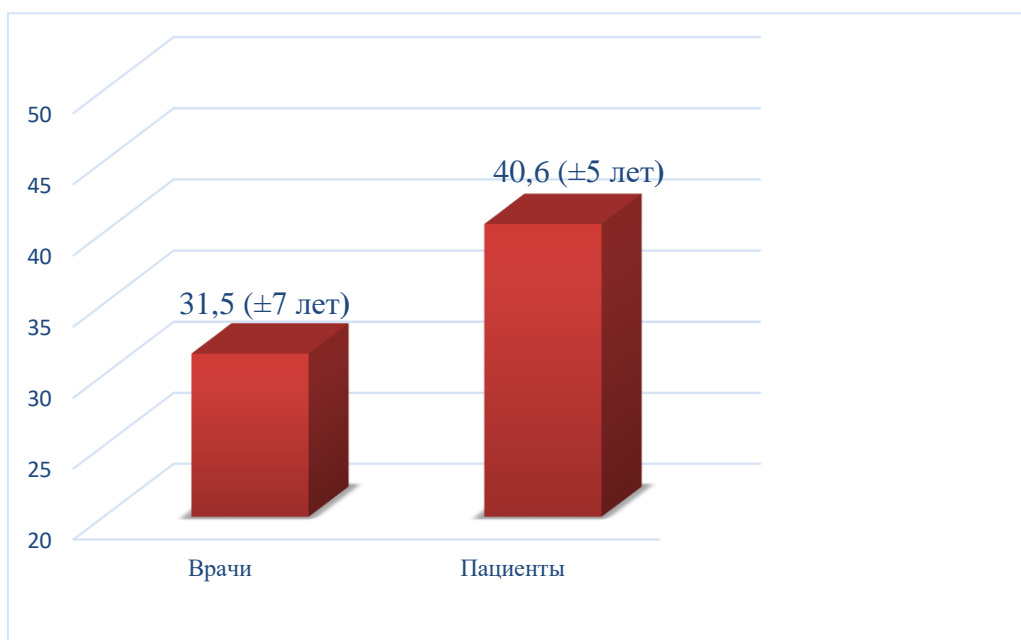


Диаграмма 3. Средний возраст опрошенных

Преобладающая часть опрошенных состоит в браке: 66,9% медицинских работников и 70,6% пациентов.

Данные диаграммы 4 о социальной структуре пациентов свидетельствуют о том, что 31,2% являются рабочими, 25,0% служащими, 15,0% студентами, 9,4% предпринимателями, 5,0% пенсионерами и 14,4% указали прочее (домохозяйки, безработные и т.д.).

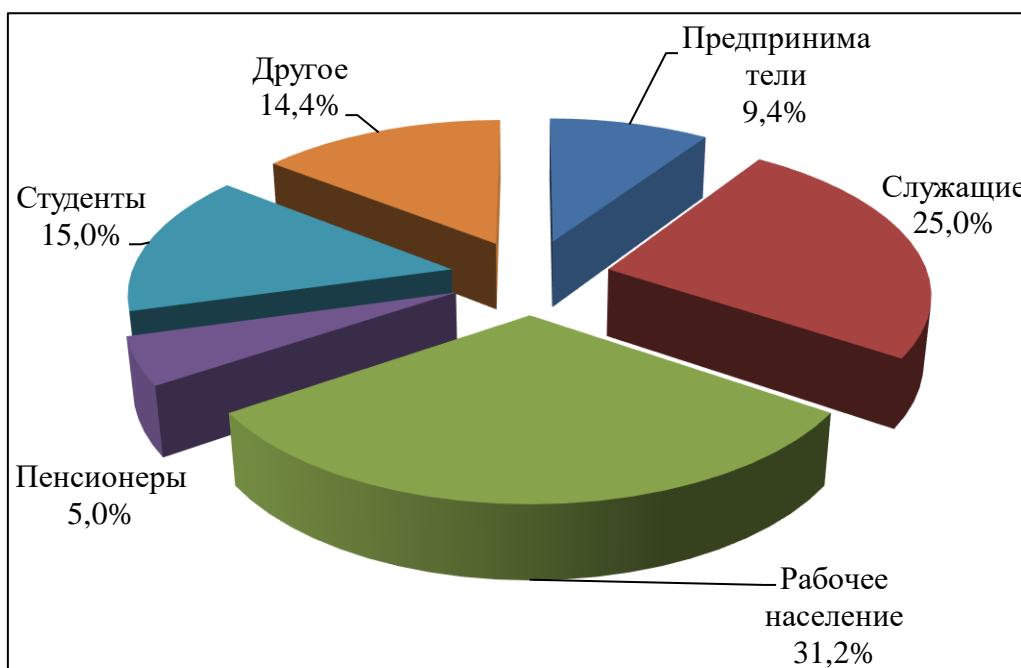


Диаграмма 4. Структура пациентов по социальному статусу

Полученная нами краткая демографическая характеристика респондентов позволила лучше представить изучаемые контингенты, получить представление об их структуре и статусу.

## 2.2 Статистическая обработка результатов исследования

Статистический анализ полученного материала осуществлялся с использованием программного продукта IBM SPSS Statistics Professional 21.0. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05.

Вся первичная медицинская информация (результаты анкетирования) формализовалась, проверялась и заносилась в компьютерную базу данных.

Полученные цифровые данные статистически обрабатывались следующим методом вариационной статистики:

Критерий хи-квадрат, применяемый при анализе таблиц сопряженности, содержащих сведения о частоте исходов в зависимости от наличия фактора риска (четырёхпольная таблица сопряженности).

Для расчета критерия хи-квадрат:

1. Рассчитываем ожидаемое количество наблюдений для каждой из ячеек таблицы сопряженности (при условии справедливости нулевой гипотезы об отсутствии взаимосвязи) путем перемножения сумм рядов и столбцов с последующим делением полученного произведения на общее число наблюдений. Общий вид таблицы ожидаемых значений представлен ниже (табл. 2):

	Исход есть (1)	Исхода нет (0)	<b>Всего</b>
Фактор риска есть (1)	$(A+B)*(A+C) / (A+B+C+D)$	$(A+B)*(B+D) / (A+B+C+D)$	<b>A + B</b>
Фактор риска отсутствует (0)	$(C+D)*(A+C) / (A+B+C+D)$	$(C+D)*(B+D) / (A+B+C+D)$	<b>C + D</b>
<b>Всего</b>	<b>A + C</b>	<b>B + D</b>	<b>A+B+C+D</b>

Таблица 2. Таблица вычисления критерия  $\chi^2$

2. Находим значение критерия  $\chi^2$  по следующей формуле:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

где  $i$  – номер строки (от 1 до  $r$ ),  $j$  – номер столбца (от 1 до  $c$ ),  $O_{ij}$  – фактическое количество наблюдений в ячейке  $ij$ ,  $E_{ij}$  – ожидаемое число наблюдений в ячейке  $ij$ .

Число степеней свободы  $f = (2-1)*(2-1) = 1$ . Находим по таблице критическое значение критерия хи-квадрат Пирсона, которое при уровне значимости  $p=0.05$  и числе степеней свободы 1 составляет 3.841.

Выбор данного метода определялся постановкой задачи в каждом конкретном случае и требованиями к обработке медицинских данных.

### 3 АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

#### 3.1 Анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на успешность врача

##### 3.1.1 Анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на авторитет врача среди пациентов

Всего было проанкетировано 408 респондентов, из них 49,94% представляли медицинский персонал, 50,06% являлись пациентами. Вопросы первых 2-х частей анкет для врачей и пациентов были одинаковыми. Участникам было необходимо подчеркнуть правильный, по их мнению, вариант ответа. В этой части респонденты отвечали на ряд вопросов, интерпретация которых может наглядно показать разницу восприятия и оценки качества медицинских услуг.

Анализируя результаты диаграммы 5, можно констатировать, что участники солидарны во мнении (69,8% медицинских работников и 73,7% пациентов,) что врач сам должен решать, что именно будет обсуждаться во время консультации. 30,2% медицинских служащих и 26,3% пациентов считают, что пациент также должен принимать участие при ведении беседы. Большая часть обеих групп считают, что врач должен доминировать и «диктовать» ход беседы, таким образом проявляя свой авторитет. Результаты теоретической части исследования показали, что зачастую пациентам, которые и так истощены морально и физический, необходимо чтобы их направляли и облегчали им и без того тяжелое состояние.

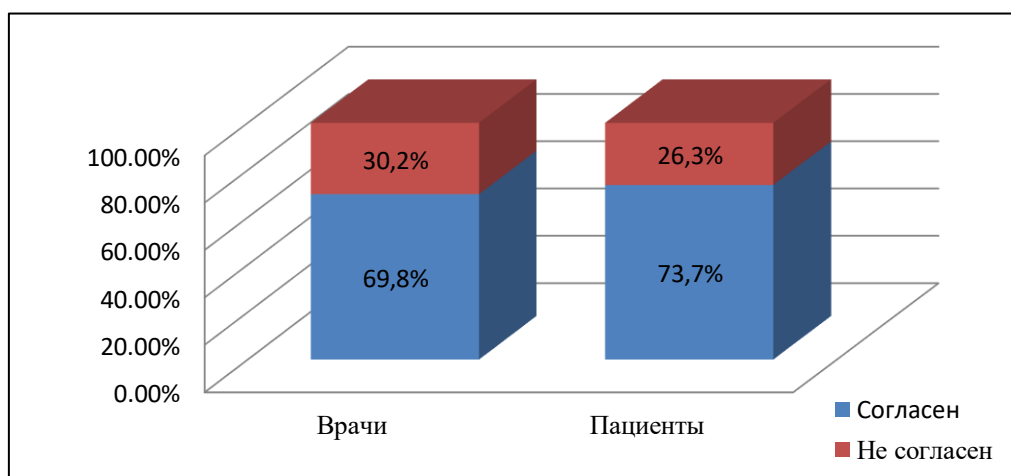


Диаграмма 5. Мнения респондентов о необходимости участия пациента в обсуждении консультации

Кардинальные изменения, произошедшие в медицине за последние десятилетия, имеют и обратную сторону. Медицина стала обретать технико-гуманитарный облик. Пациенты все чаще жалуются, что практически нет тактильного общения, что врачи не уделяют им достаточного внимания, отвлекаясь на результаты тех или иных диагностических исследований. При

такой методике лечения, психическое состояние больного и влияние этого состояния на течение болезни и на ход лечения остается недооцененным. Из диаграммы 6 следует, что почти две трети пациентов (65,6%) согласны, что для врачей важнее сфокусировать внимание на применении новых медицинских технологий, в то время как согласны с этим утверждением 33,0% врачей. Они убеждены, что не всегда врач основывается на показаниях медицинских технологий, иногда ему приходится подбирать индивидуальный подход к пациенту, чтобы обеспечить успешное лечение болезни.

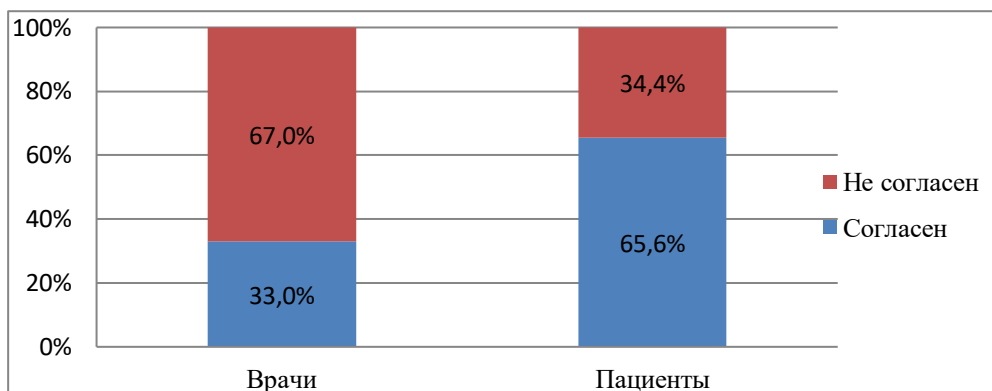


Диаграмма 6. Мнения респондентов о приоритетном значении новых медицинских технологий над индивидуальном подходе

По данным диаграммы 7, три четверти (75,6%) опрошенных пациентов убеждены, что самая важная часть консультации пациента - это медицинский осмотр, - половина медицинских работников солидарны с этим утверждением. В то же время 24,4% пациентов и 45,7% врачей считают, медицинский осмотр не самым важным аспектом в консультации больного.

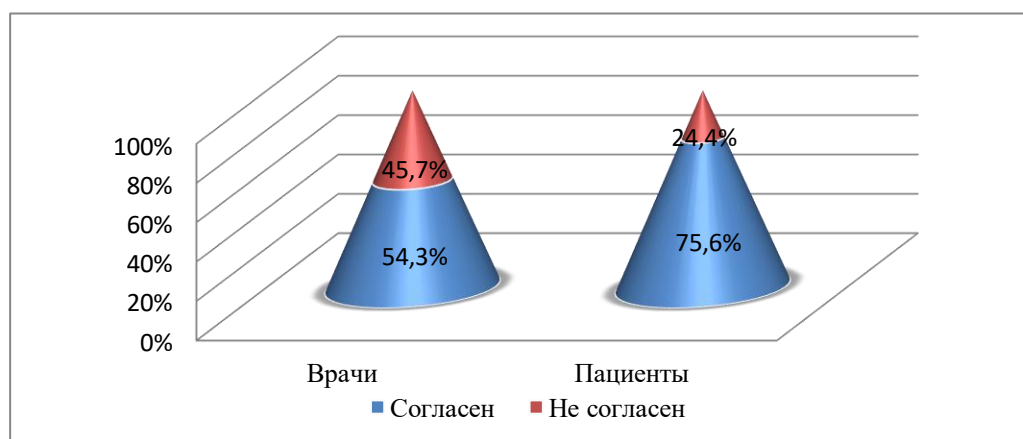


Диаграмма 7. Отношение респондентов к вопросу о важности медицинского осмотра больного во время консультации

Согласно данным диаграммы 8, примерно, три четверти (73,7%) пациентов считают, что врач не обязан доводить до сведения пациентов полную

информацию о состоянии здоровья, сфокусировав свое внимание лишь на основной проблеме либо жалобе, с которой пациент обратился к врачу-стоматологу. 83,4 % врачей-стоматологов сошлись во мнении с пациентами. Однако 26,3% пациентов и 16,6% врачей считают справедливым сообщать пациентам о возможных сопутствующих соматических нарушениях.

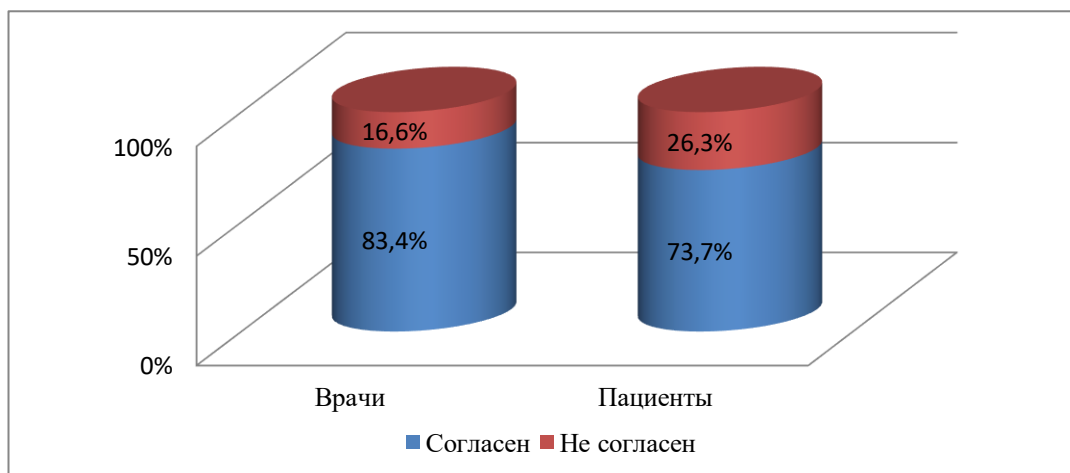


Диаграмма 8. Мнения респондентов об информации состоянии здоровья пациентов

Из диаграммы 9 следует, что мнения пациентов разошлись при обсуждении утверждения о том, что если врач-стоматолог достаточно квалифицирован, чтобы определить заболевание и провести лечение, то его отношение к пациенту не имеет значение (43,5% согласны, 56,5% не согласны). Большинство пациентов считают, что квалификация врача не должна отражаться на отношении к пациентам. 32,7% медицинских работников считают так же и убеждены, что отношение врача к пациенту всегда играет важную роль при лечении. В то же время 67,3% не согласны с этим мнением. В данном контексте актуален вопрос уважительного отношения врача к пациенту.

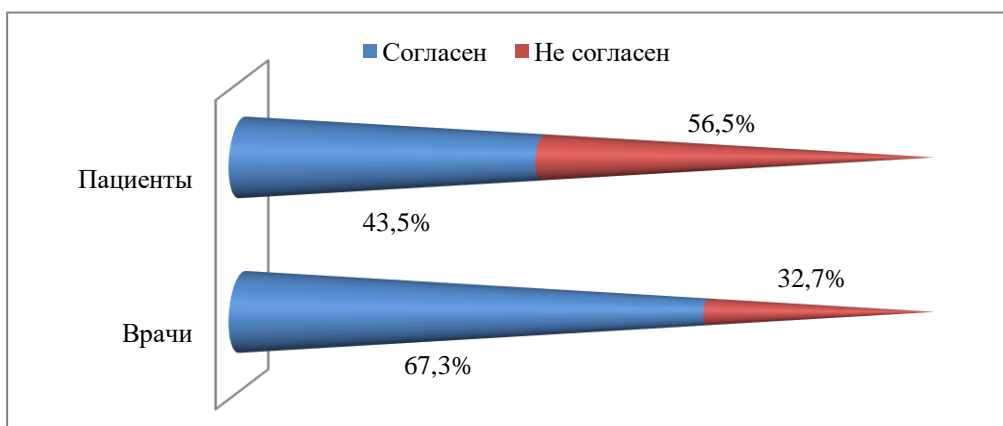


Диаграмма 9. Мнения респондентов о важности отношения врача к пациенту вне зависимости от его квалификации



Из диаграммы 10 следует, что 76,2% больных считают, что если пациенты не соглашаются с мнением своего врача, то это знак того, что врач не имеет должного уважения и доверия пациента. Согласны с ними 35,7% врачей. Однако большинство опрошенных медицинских работников (64,3%) и небольшое количество опрошенных пациентов (23,8%) не согласны с этим утверждением.

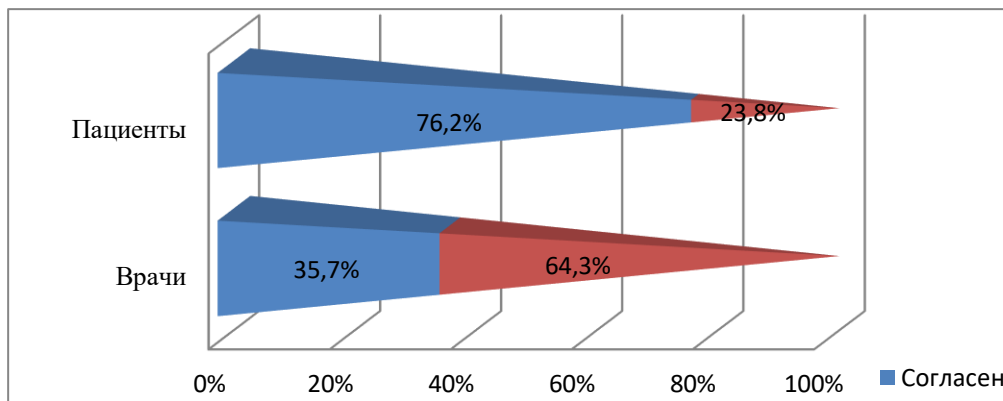


Диаграмма 10. Мнения респондентов о необходимости согласия пациентов с мнением врача

Более двух третей пациентов (69,7%) считают, что должны проходить лечение так, будто они с врачом партнеры, которые имеют равные права. Пациентам необходимо чувствовать себя комфортно, необходимо осознание равенства и партнерства. Это также говорит об умении врача уважительно относиться к пациенту. 31,2% больных и 30,3% медицинских работников не согласны с данным утверждением. Большинство опрошенных врачей (68,8%) согласны со второй группой пациентов, то есть они тоже не согласны с тем, что пациенты и врачи могут сотрудничать как партнеры на равных правах (диагр. 11).

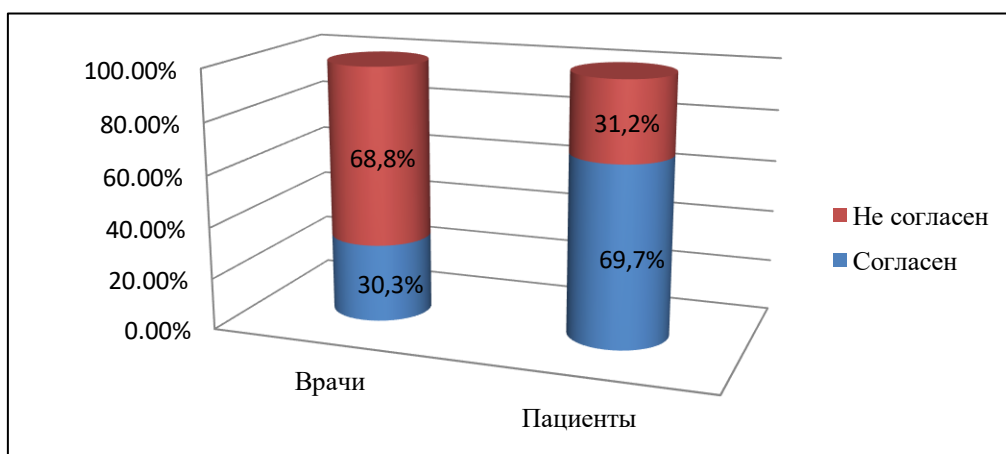


Диаграмма 11. Мнения респондентов о необходимости партнерства во время прохождения лечения

Большинство пациентов (75,6%) признаются, что им нужна только положительная гарантия относительно их здоровья. Таким образом, по мнению пациентов положительная информация о состоянии здоровья или ходе лечения помогает им настроиться на скорейшее выздоровление. Зачастую при процессе терапии больного имеет место недооценка врачами психической стороны соматического заболевания и переоценка технических возможностей медицины. Собственно это и является теневой стороны стремительного развития технологии и медицины в частности. Однако, 24,4% утверждают, что им необходимо не только заверение врача о возможности выздоровления, но и нужна общая информация об их состоянии здоровья. Данной группе пациентов важно быть в курсе всех возможных рисков относительно состояния своего здоровья. Мнения врачей по поводу этого вопроса распределились следующим образом, то есть 64,9% - согласны, а 35,1% - не согласны (диагр. 12).

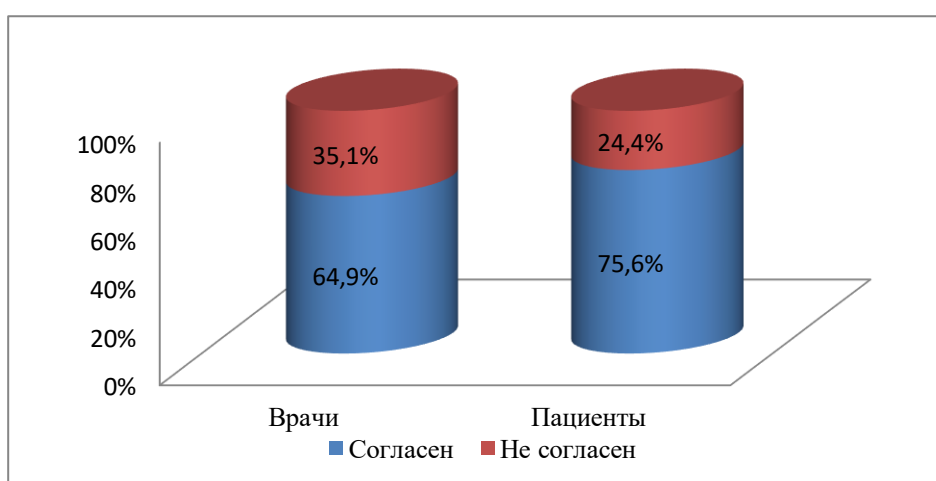


Диаграмма 12. Мнения респондентов о необходимости положительных гарантии относительно их лечения

Подавляющее число врачей (92,2%) утверждают, что многие пациенты продолжают задавать вопросы даже тогда, когда не узнают для себя ничего нового, 7,3% не согласны со своими коллегами. Возможно, такой категорический ответ связан с нехваткой времени и/или терпения врачей на длительный прием. По долгу службы врачам приходится «дарить» позитивное отношение к жизни, тепло и заботу пациентам, что часто приводит к эмоциональному выгоранию специалиста. Ученые утверждают, что к эмоциональному выгоранию чаще всего подвержены профессионалы общения - психотерапевты, учителя, врачи, отдавая таким образом своеобразную «плату за сочувствие» (по образному выражению К. Маслах). Взаимодействуя с больным, врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием — внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности приводит к тому, что больные перестают

обращаться к врачу за помощью, иногда предпочитая менее опытных и компетентных, но более доброжелательных. Среди пациентов 57,4% солидарны с большим количеством врачей, а 42,6% - не согласны (диагр. 13).

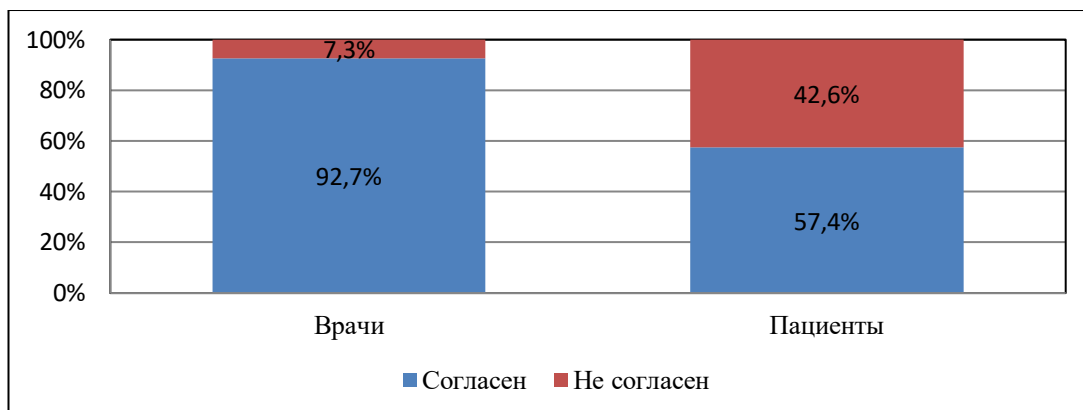


Диаграмма 13. Мнения респондентов о задаваемых пациентом вопросам врачам

В результате анализа (диагр. 14) выявлено, что подавляющее число участников опроса (94,2% всех опрошенных) полагают, что пациент всегда должен быть уверенным в том, что врач контролирует ситуацию. Таким образом, это придает чувство уверенности в профессиональной компетентности врача.

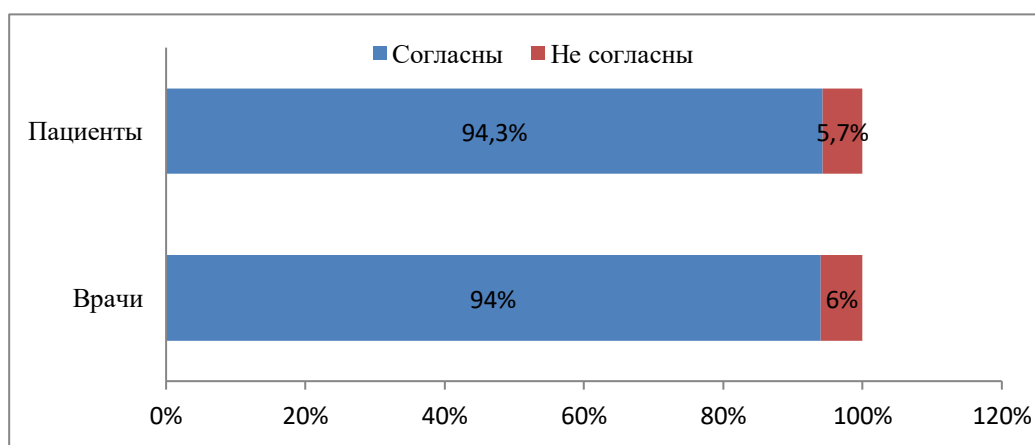


Диаграмма 14. Мнения респондентов о необходимости для пациента быть уверенным в контроле врачом ситуации.

### 3.1.2 Анализ удовлетворенности врачей условиями труда

Известно, что к медицинскому персоналу общество традиционно предъявляет повышенные моральные требования. Труд врача ненормированный, ответственный и напряженный. Медикам приходится ежедневно испытывать физическую и психологическую нагрузку, подвергаться воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды, сталкиваться с профессиональными вредностями и производственными сложностями.

Как уже упоминалось, врачам нередко приходится работать в недостаточно благоустроенных рабочих местах, в условиях низкой технической и кадровой оснащённости, в период большого наплыва пациентов. Так, по результатам исследования, физические условия удовлетворяют 67% врачей, в то время как 33% выразили недовольство организацией рабочего места (диагр. 15).

В мире нет специальности, которая бы требовала столь высокой ответственности, как профессия врача. Ведь цена врачебной ошибки — жизнь. На вопрос об уровне ответственности участники опроса ответили следующим образом: 25% опрошенных удовлетворены возлагаемым на них уровнем ответственности. Однако, 75% врачей считают, что они несут большую ответственность и это оказывает психологическое давление на них (диагр. 15).

Психологический климат и взаимоотношения в коллективе - также немаловажный фактор для активной и плодотворной работы врачей. Среди опрошенных респондентов 79,6% врачей придерживаются хороших взаимоотношений с коллегами, у 20,4% врачей встречаются разногласия с коллегами в коллективе.

Конфликты с руководством бывают у 20% опрошенных респондентов, 80% медицинских работников ответили, что удовлетворены руководством. Следует отметить, что анкетирование проходило анонимно, что дало относительную прозрачность ответов.

По уровню заработной платы работники здравоохранения практически замыкают список представителей всех видов экономической деятельности. Однако, 52% медиков удовлетворены заработной платой. Не уточнялось, удовлетворены ли они оплатой труда именно этой организации или же своим доходом в целом. Врачи нередко практикуют «подработку» в частных медицинских организациях. Почти половина (47,7%) медицинских работников не удовлетворены своей заработной платой. Несмотря на это, 73,5% участников опроса опасаются потери рабочего места и только 26,5% уверены в постоянстве своих мест. Таким образом, это дает основание полагать о том, что у врачей недостаточно развито чувство уверенности в своих силах. Недостаточная заработная плата при высоком уровне ответственности не дает им гарантии в своей занятости.

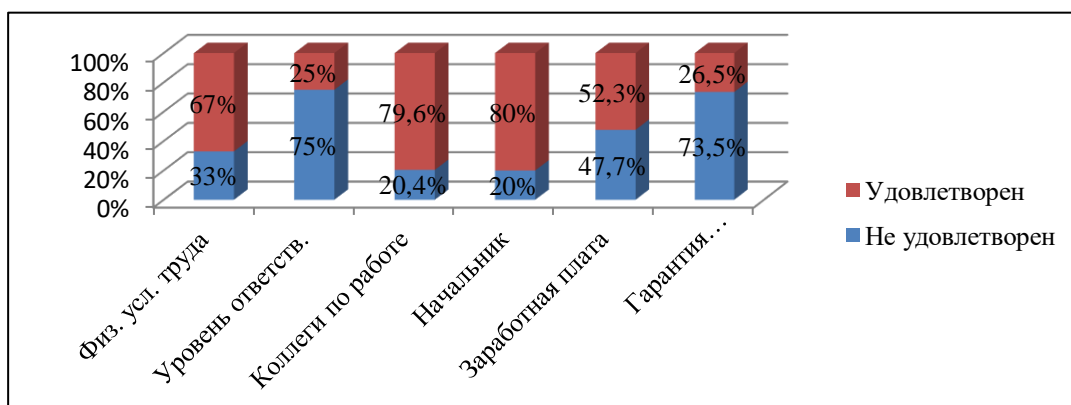


Диаграмма 15. Анализ удовлетворенности врачей условиями труда

Как упоминалось выше, по итогам проведенного исследования, были выявлены критерии коммуникативной компетентности врача. На основании этих критериев были отобраны вопросы, ответы на которые позволили бы судить о коммуникативной компетентности (табл. 3). Для установления связи между возрастом врача и уровнем коммуникативной компетентности, нами была произведена статистическая обработка данных. Согласно проведенным нами расчетам с помощью критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ), нулевая гипотеза ( $H_0$ ), свидетельствующая о зависимости уровня профессиональной коммуникативной компетентности врачей от их возраста, принимается ( $p < 0,05$ ). Тем самым, доказано, что возраст врача (следовательно стаж работы) не влияет на уровень коммуникативной компетентности.

Параметры коммуникативной компетентности	Возраст	
	<40 лет	>40 лет
Важнее сфокусировать внимание на применении новых медицинских технологий, чем на индивидуальном подходе к пациенту		
согласен	64	71
не согласен	39	28
Хи-квадрат	2,058 < 3,841 p > 0.05	
Самая важная часть консультации - медицинский осмотр		
согласен	61	47
не согласен	55	39
Хи-квадрат	p > 0.05	
Для квалифицированного врача отношение к пациенту не имеет значения		
согласен	39	49
не согласен	76	38
Хи-квадрат	p < 0.05	
Иногда пациенты задают слишком много вопросов		
согласен	94	71
не согласен	23	14
Хи-квадрат	p > 0.05	
Доктор и пациент партнеры, которые имеют равные права		
согласен	45	41
не согласен	69	47
Хи-квадрат	p > 0,05	

Продолжение таблицы

Если пациенты не соглашаются с мнением врача, это знак того, что врач не имеет должного уважения и доверия пациента.		
согласен	36	34
не согласен	79	53
Хи-квадрат	p>0,05	

Таблица 3. Анализ наличия влияния возраста врача на коммуникативную компетентность

### 3.1.3 Анализ влияния удовлетворенности жизнью респондентов на качество оказываемой медицинской помощи

С целью выявления причинно-следственной связи между ответами на вопросы, в анкете содержались вопросы об удовлетворенности жизнью. Ведь как утверждают психологи, удовлетворённость жизнью выступает в качестве важнейшего внутреннего фактора человека, определяющего и его социальную активность, и взаимоотношения с другими людьми, и отношение к самому себе как к личности. Она выступает в качестве общего основания для многих других величин - удовлетворенность браком, здоровьем, социальным статусом, окружающими факторами, а также для различных оценочных шкал.

Таким образом, мы можем наглядно увидеть (диагр. 16, 17), насколько участники довольны уровнем своей жизни. Во второй части опросника респондентам было необходимо подчеркнуть подходящий для них вариант ответа («согласен», «нейтрально», «не согласен»). С утверждением «Условия моей жизни идеальны» 58,2% медицинского персонала не согласны, 20,5% затруднились ответить и только 21,3% были согласны. Аналогичные показатели были у пациентов: 56,4%, 16,2% и 24,4% соответственно. 69,4% пациентов отметили, что до сих пор получали от жизни не все, что хотели, 56,2% медицинских работников были солидарны с ними, 3,1% пациентов и 4,6% врачей остались нейтральны, 27,5% пациентов и 39,2% медицинского персонала ответили, что согласны.

Подобные результаты расчетов показали ответы на утверждение по поводу возможности изменения своей жизни. Выявлено, что 41,2% врачей и 36,3% пациентов были не согласны с данным утверждением, 5,9% и 7,5% ответили нейтрально, а 41,2% врачей и 36,3% пациентов были согласны.

Принципиально разные результаты были получены при анализе ответов на вопрос «Довольны ли Вы своей жизнью?». Так, более половины (59,3%) пациентов ответили отрицательно, 8,1% остались нейтральными и 32,6% ответили положительно. Между тем, 38,9% медицинских работников недовольны своей жизнью, 7,3% затруднились ответить, а 53,8%- большинство опрошенных данной категорией ответили, что они довольны своей жизнью. Стоит

отметить, что большая часть из них признавались, что условия их жизни не идеальны, они не всегда получали то, что хотели и что они бы поменяли какие-либо аспекты в своей жизни, будь у них возможность. Тем не менее, 53,8% врачей довольны своей жизнью.

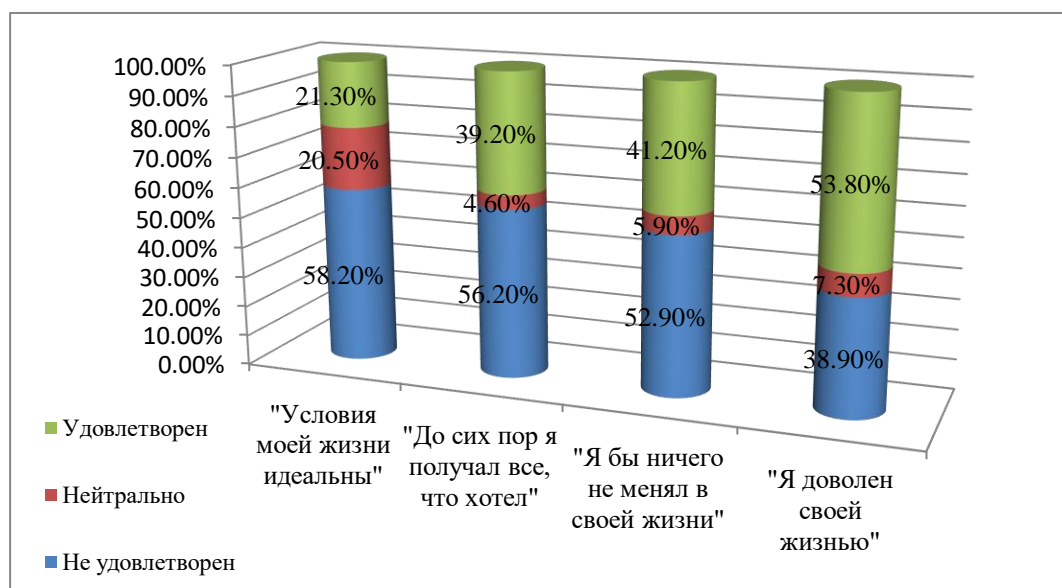


Диаграмма 16. Анализ удовлетворенности жизнью медицинских работников

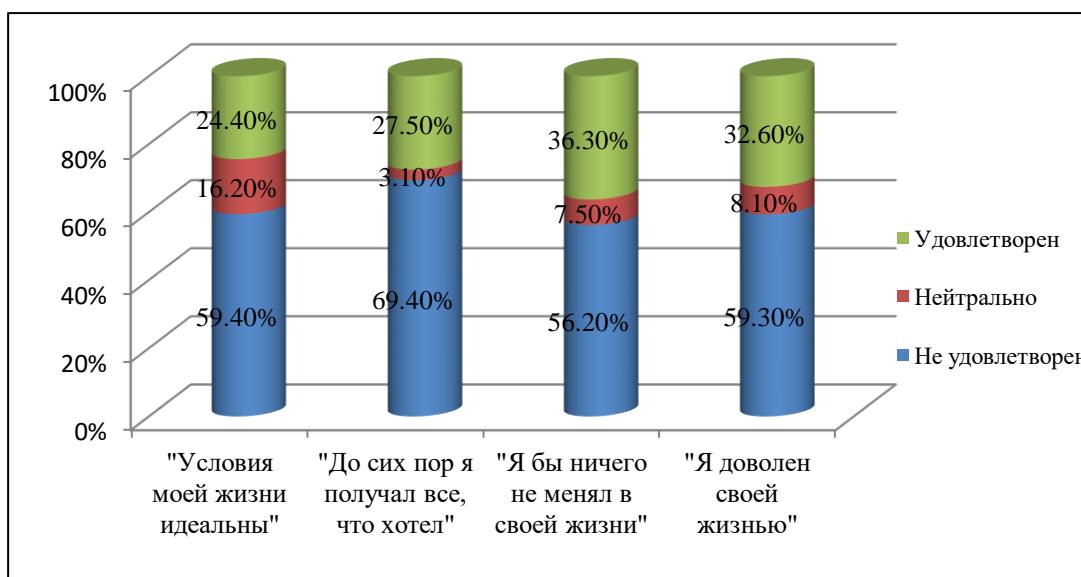


Диаграмма 17. Анализ удовлетворенности пациентов своей жизнью

Вместе с тем расчеты, проведенные нами с помощью критерия хи-квадрат ( $p < 0.05$ ) (табл. 4), позволили выявить, что уровень профессиональной коммуникативной компетентности врачей не зависит от уровня удовлетворенности жизнью. Таким образом ( $H_0$ ), относительно влияния удовлетворенности жизнью врачей на уровень их коммуникативной компетентности, подтверждается.

Параметры коммуникативной компетентности	Удовлетворенность жизнью	
	Удовл.	Не удовл.
Самая важная часть консультации - медицинский осмотр		
согласен	45	51
не согласен	59	47
Хи-квадрат	p<0.05	
Для квалифицированного врача отношение к пациенту не имеет значения		
согласен	107	29
не согласен	45	21
Хи-квадрат	p>0.05	
Иногда пациенты задают слишком много вопросов		
согласен	21	16
не согласен	84	81
Хи-квадрат	p>0.05	
Доктор и пациент- партнеры, которые имеют равные права		
согласен	93	34
не согласен	32	43
Хи-квадрат	p>0.05	
Если пациенты не соглашаются с мнением врача, это знак того, что врач не имеет должного уважения и доверия пациента.		
согласен	63	70
не согласен	43	26
Хи-квадрат	p>0.05	

Таблица 4. Расчет совокупности влияния удовлетворенности жизнью врачей на коммуникативную компетентность

### 3.1.4 Методика совершенствования коммуникативной компетентности врача-стоматолога

Декларация Всемирной федерации по медицинскому образованию (Эдинбург, 1988) установила, что каждый пациент должен иметь возможность встретить в лице врача такого человека, который является внимательным слушателем, тщательным наблюдателем, эффективным клиницистом, обладающим высокой восприимчивостью в сфере общения.

Профессиональная деятельность врача-стоматолога связана с длительным напряженным общением с другими людьми, постоянной психологической нагрузкой, высокой ответственностью, ненормированным режимом работы, низкой оплатой труда, высокой подверженностью стрессовым ситуациям,



которые могут быть факторами низкого уровня коммуникативной компетентности.

С 2008 года всеми медицинскими вузами Республики Казахстан ведутся циклы по дисциплине коммуникативные навыки. Необходимость введение такой дисциплины связано с потребностью обучения будущих врачей основам коммуникации, формирования у них коммуникативной компетентности. Тем не менее теоретическая часть диссертации показала потребность врачей в развитии уровня коммуникативной компетентности. Такие факторы как:

- нехватка времени, как следствие недостаточного кадрового обеспечения;
  - ограниченность информационной системы;
  - недостаточность мотивации;
  - высокая ответственность;
- несоответствующая уровню ответственности заработная плата лишь малая часть причин низкого уровня коммуникативной компетентности, следовательно, несоответствия ожиданиям пациентов.

Для развития коммуникативной компетенции нами разработаны и внедрены в стоматологические клиники медико-психологические рекомендации для врачей-стоматологов, позволяющие улучшить коммуникативную компетенцию между врачами-стоматологами и пациентами в современном обществе.

Начальные, базовые и системные знания по коммуникативной компетентности врачи получают во время дипломного образования, однако специализированные знания по повышению уровня данного вида компетентности можно получить на специальных семинарах по коммуникативной компетентности. В связи с этим мы предлагаем методику изучения и совершенствования коммуникативной компетентности врачей-интернов специальности «Стоматология», а также практикующих врачей-стоматологов в АО «Медицинский университет Астана» и стоматологических клиниках города Астана (табл. 5).

№	Темы семинара	Методика оценки
1.	Реанимация базовых коммуникативных компетенции	Устный опрос путем самопрезентации, анкета для медицинского персонала, моделирование ситуации «врач-пациент».
2.	Развитие содержательного уровня коммуникативной компетентности врача	
3.	Формирование инструментального уровня коммуникативной компетентности врача	

## Продолжение таблицы

4.	Личные качества и коммуникативная компетентность	Методика исследования самооценки личности.
5.	Профилактика эмоционального выгорания.	Личностный опросник Бойко.

Таблица 5. Аспекты коммуникативной компетентности врачей, нуждающиеся в совершенствовании (на основании практической части исследования)

Возобновление базовых знаний о коммуникативной компетентности необходимо для улучшения восприятия и понимания пациентов врачами, оценки врачами своих навыков межличностных отношений, формирования эмоциональной заинтересованности в работе. Также данный курс позволяет врачам обобщить, систематизировать и проанализировать свой опыт, осознать «свои слепые пятна» в общении с пациентами, дает возможность расширить арсенал действенных инструментов коммуникации. В ходе обучения объектом изучения и обсуждения будет не пациент, а сам врач и его коммуникативные навыки.

Задачами развития содержательного уровня коммуникативной компетентности являются формирование представлений об особенностях коммуникаций и коммуникативного поведения специалиста во врачебной практике; формирование умений переводить врачебные задачи в коммуникативные, закрепить навыки и тактические планы общения.

Темы для проработки на этом этапе следующие:

- особенности различных видов общения;
- общение в системе «врач-пациент» как вид делового общения, его этапы и структура;
- психологические механизмы восприятия в общении;
- репрезентативная система (ведущая система восприятия пациента и ее учет в общении);
- создание благоприятного имиджа врача;
- невербальные средства коммуникации;
- эффективная коммуникация; барьеры общения;
- виды влияния;
- построение коммуникации в соответствии с психологическими особенностями пациентов разного возраста;
- общение в ситуации возражений и замечаний;
- конфликтные ситуации в деловом общении;
- этика решения спорных вопросов, конфликтных ситуаций;
- управление стрессовыми состояниями и формирование адекватных стилей (стратегий) совладающего поведения.

При формировании инструментального (операционного, технического) уровня коммуникативной компетентности врача-стоматолога важны формирование как общих, так и профессиональных коммуникативных умений и навыков врача-стоматолога.

Общие профессиональные навыки и умения: умение определять ведущую систему восприятия собеседника, умение грамотно строить деловой контакт с учетом его этапов и ситуации общения, навык самопрезентации в различных контекстах, навык использования невербальных и вербальных средств для получения информации о собеседнике и построения эффективной коммуникации, навык эффективного слушания (нерефлексивного, рефлексивного и эмпатийного), умение давать собеседнику конструктивную обратную связь (позитивную или негативную), распознавание манипулятивного поведения у себя и у других и противостояние ему, умение предупреждать возникновение и разрешать уже возникшие конфликты и др.

Профессиональные коммуникативные навыки и умения врача-стоматолога: умение определять стиль взаимоотношений, ориентируясь на состояние пациента, характер заболевания, личностные и возрастные особенности больного; умение корректировать свое эмоциональное состояние в ситуации затрудненного контакта (тренировка толерантности по отношению к отдельным больным); умение налаживать контакт с родственниками больного по типу сотрудничества; навык контакта с родственниками в ситуации тяжелого необратимого заболевания пациента и его смерти; умение устанавливать и поддерживать деловые контакты с коллегами-врачами и средним медицинским персоналом; навыки владения приемами присоединения к пациенту и пр.

Практическая часть исследования показала необходимость изучения связи личных качеств и коммуникативной компетентности. Проникновение в сферу медицинского обслуживания передовых технологий, широкое использование новейшей техники, а так же применение эффективных принципов управления настоятельно требуют учета личностных факторов, как в процессе профессиональной подготовки, так и на протяжении всего профессионального пути субъекта медицинского работника. Пациентам необходимо быть уверенными в квалификации, умениях и навыках врача, что позволяет установить доверительную связь между пациентом и врачом. Развитие личностных качеств, таких как: уровень притязания личности, уровень самооценки, харизматичность и самоуверенность необходимо для качественного ведения консультации.

Владение коммуникативными навыками в совершенстве, то есть, фактически наличие коммуникативной компетентности – одно из условий успешной профессиональной деятельности, устойчивости к эмоциональному выгоранию. Последнее – один из реальных рисков медицинских профессий. У некоторых людей во время, казалось бы, спокойной работы стиль общения меняется как при стрессе. Симптомы выгорания проявляются у профессионалов, работающих в системе «человек – человек», то есть у тех, кто по долгу службы вынужден весь свой рабочий день общаться с людьми.

Склонность к выгоранию наблюдается у представителей определенных профессий, которые обладают трудно контролируемой и трудно ограничиваемой властью. Также существует мнение, что профессиональная деформация (выгорание) постепенно развивается из профессиональной адаптации. На примере медицинских работников прослеживается динамику данного феномена. Определенная степень адаптации изначально естественна для медицинского работника. Сильное восприятие страданий другого человека в начале профессиональной деятельности, со временем, как правило, несколько (а порой и достаточно сильно) притупляется. Таким образом, наблюдается острая потребность профилактики эмоционального выгорания врачей, с целью улучшения или поддержания качества медицинской помощи.

На основании приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691. «Об утверждении Правил повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров» рекомендуется включить данную методику совершенствования коммуникативной компетентности в семинар повышения квалификации и переподготовки или в программу дополнительного образования за счет бюджетных средств или средств работодателя не менее одного раза в пять лет.

### **3.2 Клиническое обследование детей 6-12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов**

Клиническое обследование проводили по общепринятой схеме. При опросе выясняли жалобы (эстетического, морфологического и функционального характера), анамнез жизни (возможные нарушения здоровья матери во время беременности, сроки рождения и вид вскармливания, начало прорезывания и смены зубов, наличие вредных привычек, врожденных пороков челюстно-лицевой области у родственников) и анамнез настоящего заболевания (давность проявления первых признаков заболевания, проводилось ли ортодонтическое лечение ранее, если да, то его длительность и эффективность, и с использованием какой аппаратуры). Оценивали соматический статус обследованных, нарушение осанки. Осмотр осанки проводили при дневном освещении. При нормальной осанке касательная к задней поверхности тела при его вертикальном положении прилегает к затылку, спине, ягодицам. Расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии одинаковое. При осмотре пациентов спереди, определяли положение головы- при сутуловатости наблюдали наклон головы вперед или в сторону наиболее развитых мышц шеи. Во время осмотра сбоку, внимание обращали на линию передней стенки живота, которая выступает вперед при сильно выраженном поясничном лордозе и грудном кифозе.

При осмотре обследуемого со стороны спины, определяли:

- а) очертание шейно – плечевых линий (при отсутствии сколиоза симметричны), углы между шейной и плечевой линиями более или менее одинаковы (на стороне сколиоза угол уменьшается);
- б) расположение плеч (при сколиозе одно плечо ниже другого);

- в) треугольники талии – пространство, заключенное между латеральной поверхностью туловища и медиальной поверхностью опущенной руки (треугольник талии больше на стороне сколиоза);
- г) расположение нижних углов лопаток (симметричное или асимметричное);
- д) линию остистых отростков позвонков (в норме должна иметь отвесное направление от затылочной ямки до крестца).

Для определения выраженности нарушений осанки и деформации позвоночника детей направляли на рентгенологическое исследование позвоночника.

При осмотре полости рта определяли состояние мягких тканей, аномалии зубов, зубных рядов и окклюзии. При оценке состояния мягких тканей полости рта определяли размер и характер прикрепления уздечек языка, размеры верхней и нижней губ, языка (соответствие его размеров размерам зубных рядов), глубину преддверия полости рта, состояние слизистой оболочки.

У всех обследованных диагностированы нарушение дистальных соотношений верхних и нижних первых постоянных моляров и клыков при смыкании зубных рядов (рис. 2).



Рисунок 2. Дистальная окклюзия зубных рядов, глубокая резцовая дизокклюзия.

### **3.3 Биометрическое исследование гипсовых моделей челюстей**

При биометрическом исследовании гипсовых моделей челюстей определяли аномалии зубов, зубных рядов и размеры апикальных базисов челюстей.

На уровне зубных рядов определяли аномалии размеров (мезиодистальных, поперечных и вертикальных), форм, контактов между соседними зубами и последовательности расположения зубов в зубном ряду.

Продольные размеры зубных рядов (длину их передних отрезков) определяли по методу Коркхауза по линиям, соединяющих точки Пона на премолярах и контактной точкой центральных резцов (рис. 3), общую длину зубных рядов - по методу Nance (в норме она равна сумме мезиодистальных размеров всех зубов, находящихся в зубном ряду). Измерения апикальных базисов (длины и ширины) челюстей проводили по методу Haus в модификации Н.Г.Снагиной.

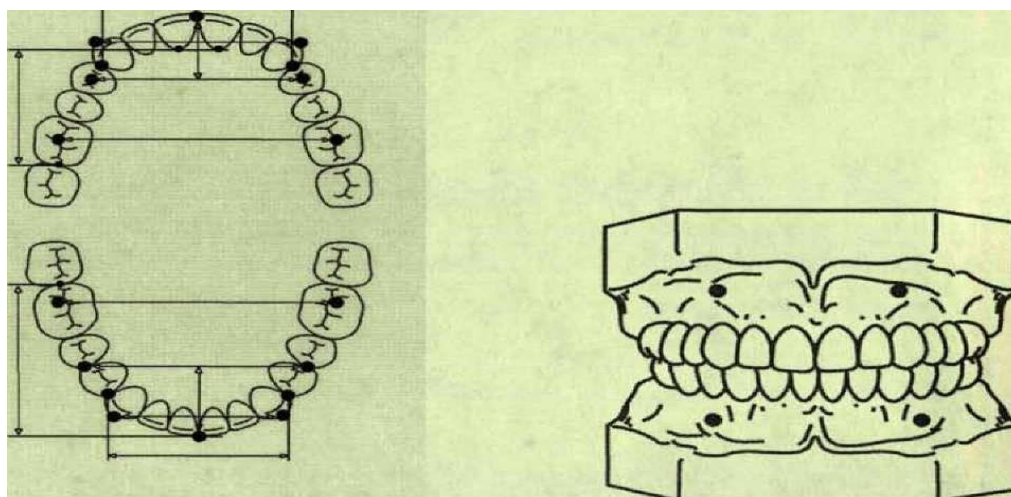


Рисунок 3. Измерительные точки для биометрического исследования гипсовых моделей челюстей

### 3.4 Рентгенологическая диагностика деформации позвоночника и нарушение осанки детей с дистальной окклюзией зубных рядов

Для диагностики нарушений осанки и деформации позвоночника был применён метод рентгенологического исследования.

После проведения рентгенологического исследования определяли тип искривления позвоночника, степень выраженности искривления позвоночного столба, угол наклона позвоночника (рис. 4,5,6,7).



Рисунок 4. Деформации позвоночника



Рисунок 5. Лордоз шейного отдела позвоночника



Рисунок 6. Кифоз шейного отдела позвоночника



Рисунок 7. Сколиоз

### 3.5 Взаимосвязи нарушений осанки и деформаций позвоночника с размерами зубных рядов у детей 6-12 лет с дистальной окклюзией зубных рядов

Для определения взаимосвязи нарушения осанки и деформации позвоночника с размерами зубных рядов у детей 6-12 лет с дистальной окклюзией были изучены 30 пар гипсовых моделей челюстей и данные рентгенологического исследования позвоночника тех же пациентов.

Количественный анализ нарушений показал, что 22% обследованных детей с дистальной окклюзией не имеют деформаций позвоночника и нарушений осанки. У 10% выявлен шейный кифоз, у 12%- грудной кифоз, у 16% - шейный лордоз, у 21%- поясничный лордоз, у 19% - сколиозы различной степени выраженности (предсколиозное состояние, сколиоз I, II степени).

Таким образом, 78 % пациентов с дистальной окклюзией нуждаются в коррекции осанки.

Латеральное отклонение осевой линии позвоночника в вершине дуги (ЛО) имеет прямую зависимость средней силы с параметрами, характеризующими длину переднего отрезка верхнего зубного ряда ( $r=0,50$ ), сагиттальную длину верхнего зубного ряда ( $r=0,52$ ), длину апикального базиса верхней челюсти ( $r=0,35$ ), ширину зубного ряда в области нижних моляров ( $r=0,50$ ) и длину переднего отрезка нижнего зубного ряда ( $r=0,45$ ); обратные связи с латеральным искривлением второй дуги сколиоза ( $r= -0,47$ ;  $-0,59$ ;  $-0,43$ ;  $-0,41$  соответственно) (рис. 8)

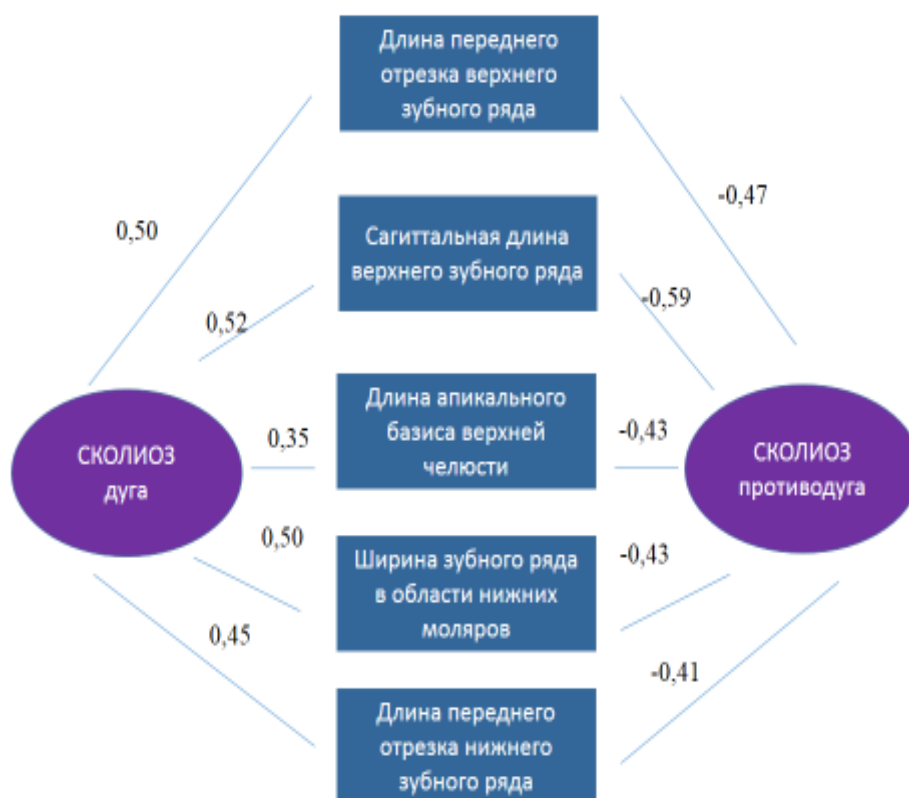


Рисунок 8. Влияние сколиоза на размеры челюстей



Степень выраженности грудного кифоза находится в обратной корреляции средней силы с шириной апикального базиса верхней челюсти (1<sup>-0,47</sup>) и длиной апикального базиса нижней (1<sup>-0,65</sup>) (рис.9). Ширина апикального базиса нижней челюсти зависит от степени выраженности поясничного лордоза, положительные связи средней силы ( $r=0,48$ ) (рис.10).



Рисунок 9. Корреляционные связи между параметрами, характеризующими выраженность грудного кифоза и размерами зубных рядов гипсовых моделей челюстей с дистальной окклюзией

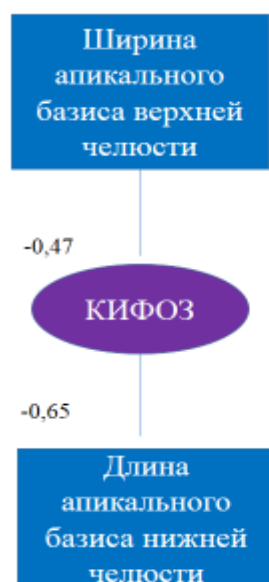


Рисунок 10. Корреляционные связи между параметрами, характеризующими выраженность поясничного лордоза и размерами зубных рядов гипсовых моделей челюстей с дистальной окклюзией

В результате исследования установлено, что степень выраженности грудного кифоза влияет на длину апикального базиса нижней челюсти и ширину апикального базиса верхней челюсти. От степени выраженности поясничного лордоза зависит только ширина апикального базиса нижней челюсти. Таким образом, выраженность грудного кифоза влияет на трансверсальные и сагиттальные параметры обеих челюстей, а поясничного лордоза - на трансверсальные параметры нижней челюсти.

Параметры сколиоза взаимосвязаны с сагиттальными размерами верхней челюсти, а также с трансверсальными и сагиттальными нижней.

В связи с вышесказанным нами был разработан алгоритм диагностики на ортодонтическом приеме пациентов с дистальной окклюзией:

## **I. Клинические методы диагностики**

### **1. Опрос:**

- Паспортные данные (Ф.И.О., дата рождения, организованность, адрес, телефон);
- Жалобы (Косметический дефект, функциональный дефект);
- Анамнез заболевания (когда были замечены те или иные отклонения, какие причины могли способствовать их появлению, как изменялся внешний вид ребенка с возрастом, проводилось ли ранее лечение и каковы его результаты, как относился ребенок к лечению и выполнял ли рекомендации врача.);
- Анамнез жизни (состояние здоровья матери во время беременности, выяснить возможные перенесенные заболевания матери во время беременности, наличие токсикоза и вредных факторов, характер течения родов, развитие ребенка после рождения, вес и рост при рождении, как долго ребенок сосал грудь, соску-пустышку, когда появились первые зубы, сколько зубов было в возрасте одного года, когда завершилось прорезывание молочных зубов и началось прорезывание постоянных зубов, когда ребенок начал ходить, говорить, перенесенные заболевания, перенесенные оперативные вмешательства, травмы челюстей, аллергоанамнез, вредные привычки);

### **2. Осмотр:**

- Общий осмотр развития пациента (оценка физического развития и соответствия его возрасту ребенка, психологическое состояние ребенка);
- Изучение осанки (прилежание касательной к задней поверхности тела при его вертикальном положении к затылку, спине, ягодицам, расстояние от касательной до наиболее отдаленных от нее участков шеи и талии, положение головы, линия передней стенки живота, очертание шейно – плечевых линий, углы между шейной и плечевой линиями, расположение плеч, симметрию нижних углов лопаток, линию остистых отростков позвонков.);
- Осмотр лица (проводится в фас и в профиль. Фас: размеры верхней, средней и нижней трети лица, их соотношение, состояние носогубных, губно-подбородочных борозд, выраженность подбородка, форму лица (широкое, узкое, среднее) с использованием индекса Изара. Профиль: тип лица (выпуклый, прямой, вогнутый), выраженность губно-подбородочной борозды, соотношение

губ и наличие их смыкания. Оценка ВНЧС, выявление асимметрии лица и ее причины по пробам Л.В. Ильиной-Маркосян.);

- Оценка состояния основных функций (дыхание, глотание, звукопроизношение);
- Преддверие полости рта (состояние слизистой оболочки преддверия, его глубину, состояние уздечек губ);
- Полость рта (слизистая оболочка полости рта, язык, миндалины, ротоглотка, уздечка языка);
- Осмотр зубных рядов (принадлежность каждого зуба к молочному или постоянному, соответствие имеющегося комплекта, наличие сверхкомплектных зубов, адентии, возможные нарушения сроков прорезывания зубов, дефекты тканей зубов кариозного и травматического происхождения, форма и величина зубов, аномалии структуры твердых тканей зубов, положение зубов в зубной дуге, форма и размер зубных дуг, степень развития альвеолярных отростков в переднем и боковом участках.);
- Вид прикуса (оценка соотношения резцов в сагиттальной, трансверзальной, вертикальной плоскостях, оценка соотношения боковых зубов в сагиттальной, трансверзальной, вертикальной плоскостях).

## **II. Методы биометрической диагностики**

1. Метод Пона-Линдера-Харта;
2. Метод Корхауза;
3. Метод Снагиной.

## **III. Функциональные методы диагностики**

1. Гнатодинамография;
2. Электромиография.

## **IV. Рентгенологические методы диагностики**

1. Внутриротовая рентгенография;
2. Ортопантомография;
3. Томография;
4. Рентгенологическое исследование позвоночника.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основная цель данного исследования состояла в оценке и улучшении коммуникативной компетентности и ее связи с успешностью врача. Согласно научно–теоретическому анализу очевидно, что коммуникативная компетентность является важным компонентом необходимого набора качеств для любого успешного врача.

По итогам исследования можно прийти к заключению, что это сложное, многомерное свойство, по разному определяемое учеными всего мира. На сегодняшний день нет ни одного конкретного, четкого и основанного, на законодательных и/или нормативно – правовых актах, определения данному термину. Более того, в связи с различными представлениями о содержании понятия коммуникативная компетентность нет и определенной системы дифференцирования этого качества.

В эпоху стремительного развития технологии и появления платных медицинских центров, частных конкурентоспособных лечебно – профилактических организации, ужесточения условия и правил работы в государственных медицинских организациях врачам, для того что бы оставаться востребованными необходимо вооружиться не только профессиональными знаниями, но и гибкостью мышления, способностью быстро адаптироваться и коммуникативными навыками.

Коммуникативная компетентность врача является необходимым условием эффективного сотрудничества врача и пациента. Она имеет огромное влияние на степень удовлетворенности больного оказываемой помощью, оценку пациентом профессиональной компетентности врача, полноту и точность диагностики, а также эффективность работы системы здравоохранения в целом. От умения общаться, устанавливать и развивать коммуникацию с людьми во многом зависит профессиональная успешность деятельности врача.

Врачу необходимо быть уверенным, эрудированным и владеть ситуацией, тем самым установить доверительный контакт с больным. Анализ многих эмпирических исследований показывает, что установление таких отношений улучшает диагностику, следовательно, позволяет дать наиболее эффективный терапевтический совет. Каждый пациент на основе культурных влияний, опыта общения с врачами, ожиданий имеет собственный образ «идеального врача», которому он бы доверил свою жизнь.

Анализ образа «идеальный врач», проведенный в научно–теоретической части исследования выявил ряд качеств, необходимых современному врачу. По мнению пациентов, «идеальный врач» помимо компетентности: профессионализма (этические принципы, чувство сострадания, преданность профессии, чувство долга) и эрудиции (профессиональные знания и навыки), должен обладать следующими качествами: доброжелательность, тактичность, терпеливость, чувство юмора, уверенность и уважительность. Все перечисленные качества проявляются в процессе общения – коммуникации.

Конституция РК, приказы «Об утверждении Номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей», «Об утверждении Квалификационных

характеристик должностей работников здравоохранения», «Об утверждении положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» обязывают врачей уважительно, терпеливо, тактично обращаться с больными, соблюдать Кодекс чести, сохранять чувство долга и знать свои функциональные и должностные обязанности. Таким образом, коммуникативно-компетентный врач это – профессионально компетентный специалист с высшим образованием и сертификатом соответствующей специальности, обладающий моральными принципами, чувством сострадания и необходимыми профессиональными навыками.

В практической части данной работы было изучено соответствие врачей нашему определению коммуникативно – компетентного врача и ожиданиям пациентов. Также было изучено удовлетворенность врачей условиями труда и уровень удовлетворенности врачей и пациентов своей жизнью.

В результате полученных данных в клинической части диссертации была выявлена взаимосвязь осанки с дистальной окклюзией зубных рядов. Это показывает огромную роль пациентоориентированности, то есть отношение врача-стоматолога к пациенту, а не конкретно к болезни. Взаимосвязь осанки и нарушения прикуса в качестве клинического прикуса взята не просто так. При сочетании этих нарушений мы наблюдали ухудшение психологического статуса пациента, так как из-за нарушений в прикусе и осанке, ребенок, находясь в подавленном состоянии, испытывал комплексы по поводу своей внешности, замыкался в себе, плохо шел (со слов родителей) на контакт со сверстниками. Однако после проведенного комплексного обследования зубочелюстной системы и позвоночного столба, после ортодонтического лечения, профилактических мер и гимнастики для улучшения осанки, после предварительной консультации с врачами ортопедами, вертебрологами и педиатрами, у ребенка, также со слов родителей, наблюдалось улучшение психологического состояния. Тем самым можно сказать, что мы наблюдали улучшение коммуникативной компетентности между врачом-стоматологом и пациентом, а также родителями, в результате комплексного обследования и обращения внимания не только на зубочелюстную систему, а на здоровье-физическое, духовное, психологическое пациента в целом.

По итогам теоретических и практических частей исследования, ниже приведены выводы и практические рекомендации для совершенствования коммуникативной компетентности врачей.

## **ВЫВОДЫ:**

1. Научно - теоретический анализ влияния уровня коммуникативной компетентности на успешность деятельности врача показал, что наличие развитых коммуникативных навыков и знаний, в пределах своей компетенции, врача оказывает влияние на его авторитет среди пациентов. Однако, в большинстве случаев медицинские работники и услуги, оказанные ими, не соответствуют ожиданиям пациентов, что приводит к неудовлетворенности пациентов уровнем оказания медицинской помощи и системой здравоохранения в целом.
2. Статистические расчеты позволяют делать выводы о том, что удовлетворенность уровнем жизнью врачей не влияет на их коммуникативную компетентность ( $p > 0.05$ ) - нулевая гипотеза подтверждается. Коммуникативная компетентность врача не зависит от возраста, соответственно и стажа работы врача ( $p > 0.05$ ) - нулевая гипотеза подтверждается.
3. Комплексное обследование пациентов с дистальной окклюзией показало, что 78% пациентов с данной патологией нуждаются в коррекции осанки. Коммуникативные навыки врача-стоматолога помогут улучшить вербальный контакт с пациентами, их мотивацию на комплексную диагностику и лечение, расширит диагностику пациентов с дистальной окклюзией по разработанному нами алгоритму диагностики, что позволит получить положительный результат.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Внедрить анкету, предложенную нами, как методику оценки коммуникативной компетентности сотрудников организации и кандидатов при приеме на работу
2. Изыскать возможность организации семинаров и тренингов, с практическим закреплением лекционного материала для практикующих врачей-стоматологов
3. Использовать новый алгоритм диагностики пациентов на ортодонтических приеме.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Асимов М.А. Теоретическое обоснование развития коммуникативной компетентности //Сб. тезисов Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендирова. Алматы, 2011, С.126.
2. Кипиани А.И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности //Дисс. ... канд. психол. наук. Ставрополь, 2006, 214 с.
3. Социальная работа. Введение в профессиональную деятельность. Отв.ред. Козлов А.А. Москва, 2005, 324 с.
4. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве или социально-психологические факторы успешности деятельности врача //Медицина. Москва, 1999, № 3, 138с.
5. Герасименко С.Л. Совершенствование коммуникативной культуры в условиях современного вуза //Коммуникативная компетентность врачей-педиатров. Москва, 1994, 287 с.
6. Ефименко С.А. Социология пациента //Автореф. ... док. социол. наук. Москва, 2007, 46 с.
7. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей педиатров //Автореф. ... канд. псих. наук. Москва, 1994, 48 с.
8. Константинова Т.В. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными //Дисс. ... канд. псих. наук. Самара, 2006, 145с.
9. Jr. Millay B.: Analyzing patient participation in medical encounters //Health Commun, 2001, №13, P. 173.
10. Bensing J. Doctor – Patient communication and the quality of care //Soc. Sci Med., 1991, № 32, P. 1310.
11. Jensen J.D., King A.J., Guntzville L.M., Davis L.A. Patient provider communication and low income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction //Patient Educ. Couns., 2010, P. 79.
12. Bensing J., Kerssens J.J., Vanderpasch M. Patient Directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice //Journal of Nonverbal Behavior, 1995, №19, P. 242.
13. Teutsch C. Patient-doctor communication //Med. Clin. North Am., 2003, №87(5), P. 45.
14. Щербакова Т.Н. Психологическая компетентность учителя, содержание, механизмы и условия развития. Ростов н/Д., 2005Э, 438 с.
15. Kreps G. Relational communication in health care //Southern Speech Commun Journal, 1988, P. 344.
16. Hannawa A. Negotiating medical virtues toward the development of a physician mistake disclosure model //Health Commun., 2009, P. 391.
17. Cheraghi – Sohi S., Bower P., Mead N., McDonald R., Whaley D., Ronald M., What are the key attributes of primary care for patients. Building a conceptual “map” of patient preferences //Health Expect, 2006, P. 284.



18. Нестеров В.В., Белкин А.С. Педагогическая компетентность // Учебн. пособие. Екатеринбург, 2003, 188 с.
19. Носкова М.В. Коммуникативная компетентность будущего врача // Сб. конф. Перспективы интеграции медицинского, социального и гуманитарного образования. Екатеринбург, 2012.
20. Fong Na J., Longnecker N. Doctor-Patient Communication A Review // Ochsner J., 2010, №10 (1), P. 87.
21. Ханин Ю.Л. К вопросу об оценке коммуникативности личности // Общение как предмет теоретического и прикладного исследования. Л., 1972, 235 с.
22. Gallagher K.M, Updegraff J.A. Health message framing effects on attitudes, intentions, and behavior a meta-analytic review // Ann Behav Med, 2012, P. 101.
23. Keller P.A, Lehmann D.R. Designing effective health communications a meta-analysis // J Public Policy Marketing, 2008, P. 130.
24. Argyle M. The Psychology of Interpersonal Behavior // Penguin Books. 1994, P. 154.
25. Форверг М., Альберт Т. Характеристика социально-психологического тренинга поведения // Психологический журнал. 1984, №4, 15 с.
26. Маркова А. К. Психология профессионализма // М., 1996, 308 с.
27. Митина Л.М. Психология развития конкурентоспособной личности // М. Воронеж, 2002, 146 с.
28. Равен Дж. Компетентность в современном обществе // М. 2002, 34 с.
29. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. Москва, 2010, № 3.
30. Bredart A., Bouleuc C., Dolbeault S. // Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology, Curr Opin Oncol. 2005, №17(14), P. 427.
31. Лабунская В.А. От проблемы затрудненного общения к постановке проблемы «субъект затрудненного общения» // Психологический вестник. Ростов н/Д., 1997, 157с.
32. Яковлева Л.В. психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в Вуз-е (на материале деятельности врача) // Дисс. ... д-ра психол. наук. Ярославль, 1994, 227с.
33. Problems of communicative competence in multi-cultural medical encounters in South African health services // Curationis. 2006 (4), P. 60.
34. Warnecke E. The art of communication // Australian family physician. 2014, P. 32.
35. Natan V. Elshtein. Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени // Независимое издание для практикующих врачей. Интернет ресурс: [http://www.rmj.ru/articles\\_3293.htm](http://www.rmj.ru/articles_3293.htm)
36. Boers M. The Prospects of Autopsy Mortui Vivos Docuerunt (" Have the Dead Taught the Living?") Am. J. Med. 1989, P. 322.
37. Петровская Л.А. Компетентность в общении // Социально-психологический тренинг. М., 1989.
38. Емельянов Ю.Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности // Дисс. ... д-ра психол. наук. Л., 1991.

39. Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients implications for the teaching of communication skills //Med. Educ. 2004 №38 (2), P. 177.
40. Campbell S.M., Ronald M.O., Suetow S.A. Defining quality of care //Soc. Sci Med. 2000, P. 16-15.
41. Муравьева О.И. Проблема общения и коммуникативной компетентности в контексте гипотезы о психологических пространствах существования человека //Журнал «Вестник» Томского государственного университета. 2005 №286, 24 с.
42. Филатова Е.В. Коммуникативная компетентность педагога: сущность и структура //Научно- педагогический журнал «Восточная Сибирь». Иркутск, 2012, №1.
43. Абакирова Т.П. Социально – психологические факторы формирования коммуникативных свойств личности //Дисс. ... канд. психол. наук. Новосибирск, 2000.
44. Горянина В.А. психология общения //учеб. пособие для студ. высшего учеб. заведений. М., 2002, 416 с.
45. Васильева Л.Н. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача //Дисс. ... канд. психол. наук. Кострома, 2010, 190 с.
46. Психологические исследования общения. Отв. ред. Ломов Б.Ф. Москва, 1985, 344 с.
47. Скрбкова Э, Пуркрабек М. Изучение проблем участковой медицинской службы //Советское здравоохранение. Москва, 1972, №4, 94 с.
48. Георгиевский А.С., Бобров Н.С. Проблема гуманизма в медицине //Общество и здоровье человека. М., 1973, 348 с.
49. Duberstein P., Meldrum S., Fiscella K., Shields C.G., Epstein R.M. Influence on patient's ratings of physicians: physicians demographics and personality //Patient Educ. Couns. 2007, P. 322.
50. Francis V., Morris M., Korsch M. Gaps in doctor- patient communication //New Engl. J. Med. 1969, P. 535.
51. Glomb E. Kommunikations fan forderungen der patient an der Schwester //Z. Heilberufe. 1985, P. 365.
52. Мадалиева С.Х., Кашаганова К.Т., Даулетбакова А.Ш. Особенности формирования коммуникативной компетентности в условиях медицинского ВУЗа //Сб. науч. конф. «Личность и общество: актуальные проблемы педагогики и психологии». Алматы, 2012.
53. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт, 1988, 338 с.
54. Ясько Б.А. Врач: психология личности. Краснодар, 2001, 210 с.
55. Зинзюк Л.А. Профессиональная компетентность: социально-психологические особенности формирования у будущих врачей //Журнал «Вестник». 2005, №287.
56. Сахарова А.Е. Коммуникативные личностные свойства врачей различных специальностей //Журнал «Практическая медицина». 2009, №6.

57. Асимов М.А., Мадалиева С.Х., Кашаганова К.Т. Оценка формирования коммуникативной компетентности в образовательном процессе в условиях КазНМУ //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014, №11, 123 с.
58. Телеуов М.К., Досмагамбетова Р.С., Молотов-Лучанский В.Б., Мацевская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза //Компетентность. Коммуникативные навыки. Методические рекомендации. Караганда, 2010, 46 с.
59. Куанышбаева Г.С., Магзумова Р.З. место и роль коммуникативной компетентности в содержании медицинского образования //Астана медициналық журналы. Астана, 2014, №3, 157 с.
60. Конституция Республики Казахстан (ст. 1, 14, 17, 29, 34).
61. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.04.2014.).
62. Приказ Министра здравоохранения РК от 24 ноября 2009 года № 774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей».
63. Приказ и. о. Министра здравоохранения РК от 26 ноября 2009 года №791 «Об утверждении квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» (10 подраздел).
64. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».
65. Уголовный кодекс Республики Казахстан.
66. Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов. М. Медицина, 1984, 95 с.
67. Huggare J.A., Raustia A.M. Head posture and cervicovertebral and craniofacial morphology in patients with craniomandibular dysfunction. Cranio, 1992, 10(3), P. 173, discussion P. 178.
68. Lonstein J.E. Patient evaluation, Moe's textbook of scoliosis and other spinal deformities (Ed. Bradford et al.), Saunders, Philadelphia, 1987, P. 46-87.
69. Nash C.L., Gregg E.G., Brown R.H., Pillac K. Risk of exposure to X rays in patients undergoing long term treatment for Scoliosis //J. Bone J-t Surg. 1979, 61 A., P. 371-375.
70. Kulamarkula S., Huggare J. Head posture and the morphology of the first cervical vertebra //Europ. J. Orthop. 1985, P. 151-156.
71. Sridhar P., Gregg, E. A revised estimate of risk of carcinogenesis is from X ray to scoliosis patient //Investigative Radiology. 1983, P. 58-60.
72. Winnberg A., Pancherz H. Head posture and masticatory muscle function //Europ. J. Orthod. 1983, P. 209-217.
73. Хорошилкина Ф.Я. Нарушения осанки при аномалиях прикуса //Ортодент-Инфо. 2000, №1-2, 40 – 47 с.
74. Хорошилкина Ф.Я. и др. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. М. Медицина, 1987, 303 с.

- 75.Персии Л.С. Классификация аномалий окклюзии зубных рядов //Стоматология. 1993, №2, 60 – 62 с.
- 76.Basford K.E., Freer T.I., Sullivan B., Vautin D. Occlusal contacts Comparison of orthodontic patients, posttreatment patients, and untreated, controls //F. prosthet Dent. 1991, Vol. 65, N 2, P. 232-237.
- 77.Muller F., Heath M.R., Davis G. Muscular control of loosened upper complete during mastication //J. Dent. Research. 1996, Vol. 75, P. 333.

**Анкета**  
**удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи**  
**Опросник для врачей**  
**Общая информация о Вас**

**Ваш пол: Мужской /Женский**

**Возраст:**

**Работа: Врач/ Медсестра**

**Семейное положение: не в браке/в браке/в разводе/вдовец(ва)**

**Часть 1:**

1. Доктор сам должен решать о том, что будет обсуждаться во время консультации. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
2. Для врачей важнее сфокусировать внимание на применении новых медицинских технологий, чем на индивидуальном подходе к пациенту. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
3. Самая важная часть консультации пациента-это медицинский осмотр. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
4. В большинстве случаев лучше не доводить до сведения пациентов полную информацию о состоянии их здоровья. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
5. Пациенты должны полагаться на знания врача и не пытаться самим выяснить состояние своего здоровья. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
6. Когда врач задает много вопросов о личной жизни пациента, он проявляет излишнее любопытство и вторгается в жизнь пациента. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
7. Если доктор достаточно квалифицирован, чтобы определить заболевание и лечить пациента, то его отношение к пациенту неважно/не имеет значения. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
8. Многие пациенты продолжают задавать вопросы даже тогда, когда они не узнают для себя ничего нового. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
9. Пациенты должны проходить лечение так, будто они с доктором партнеры, которые имеют равные права и статус. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
10. Пациентам нужна только положительная гарантия -заверение врача о возможности выздоровления, а не общая информация об их состоянии здоровья.

(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

11. Если основные инструменты врача это открытость и доброжелательность, то он не будет иметь большого успеха. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

12. Если пациенты не соглашаются с мнением своего врача, это знак того, что врач не имеет должного уважения и доверия пациента. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

13. Курс лечения не может иметь успеха, если он противоречит привычному образу жизни пациента. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

14. Большинство пациентов хотят как можно быстрее войти и выйти из кабинета врача. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

15. Пациент всегда должен быть уверенным в том, что врач контролирует ситуацию. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

16. Не так важно понимать и знать культуру, традиции пациента и иметь общую информацию о нем, чтобы провести нужное лечение. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

17. Юмор - это основной компонент в лечении пациента(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

18. Когда пациенты самостоятельно пытаются найти информацию о состоянии своего здоровья, это обычно осложняет ситуацию, нежели помогает. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

## **Часть 2:**

1.В большинстве случаев моя жизнь близка к идеалу. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

2.Условия моей жизни идеальны. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

3. Я доволен своей жизнью. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

4. До сих пор/до этого момента я получил все то, что хотел в жизни. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

5. Если бы я мог прожить дольше, я бы ничего не менял в своей жизни. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

## **Часть 3:**

1. Физические условия труда. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
2. Свобода выбора своего метода работы. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
3. Коллеги по работе. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
4. Признание за хорошо выполненную работу. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
5. Непосредственный начальник. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
6. Уровень ответственности. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
7. Заработная плата. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
8. Возможность реализовать свои способности. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
9. Отношения между руководством и сотрудниками. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
10. Шансы продвижения по карьерной лестнице. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
11. Организация работы в больнице. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).
12. Придание значения моим рекомендациям/советам в работе. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).

13. Время работы. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).

14. Объем разнообразия в работе. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).

15. Гарантия занятости/безопасность потери рабочего места. (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).

16. Учитывая все факторы, каково Ваше мнение о работе в целом? (Подчеркните ответ: 1 - крайне не удовлетворен; 2 - очень не удовлетворен; 3 - частично не удовлетворен; 4 - не уверен; 5 - частично удовлетворен; 6 - очень удовлетворен; 7 - полностью удовлетворен).



**Анкета**

**удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи**

**Опросник для пациентов:**

**Общая информация о Вас**

**Ваш пол: Мужской /Женский**

**Возраст:от 20-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, от 71 и выше**

**Социальный статус: студент/**

**служащий/рабочий/пенсионер/предприниматель/другое**

**Образование: без образования/среднее школьное/среднее специальное/  
высшее/высшее+последипломное**

**Семейное положение:холост/в браке/в разводе/вдовец(ва)**

**Мед.учреждение/отделение: \_\_\_\_\_**

**1.Общие вопросы:**

1.Врач сам должен решать о том, что будет обсуждаться во время консультации. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

2. Для врачей важнее сфокусировать внимание на применении новых медицинских технологий, чем на индивидуальном подходе к пациенту.(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

3. Самая важная часть консультации пациента- это медицинский осмотр. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

4. В большинстве случаев лучше не доводить до сведения пациентов полную информацию о состоянии их здоровья. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

5. Пациенты должны полагаться на знания врача и не пытаться самим выяснить состояние своего здоровья(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

6. Когда врач задает много вопросов о личной жизни пациента, он проявляет излишнее любопытство и вторгается в жизнь пациента. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

7. Если доктор достаточно квалифицирован, чтобы определить заболевание и лечить пациента, то его отношение к пациенту неважно/не имеет значения. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

8. Многие пациенты продолжают задавать вопросы даже тогда, когда они не узнают для себя ничего нового. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

9. Пациенты должны проходить лечение так, будто они с доктором партнеры, которые имеют равные права и статус. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
10. Пациентам нужна только положительная гарантия -заверение врача о возможности выздоровления, а не общая информация об их состоянии здоровья. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
11. Если основные инструменты врача это открытость и доброжелательность, то он не будет иметь большого успеха. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
12. Если пациенты не соглашаются с мнением своего врача, это знак того, что врач не имеет должного уважения и доверия пациента(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
13. Курс лечения не может иметь успеха, если он противоречит привычному образу жизни пациента. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
14. Большинство пациентов хотят как можно быстрее войти и выйти из кабинета врача.(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
15. Пациент всегда должен быть уверенным в том, что врач контролирует ситуацию. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
16. Не так важно понимать и знать культуру, традиции пациента и иметь общую информацию о нем, чтобы провести нужное лечение. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
17. Юмор - это основной компонент в лечении пациента. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
18. Когда пациенты самостоятельно пытаются найти информацию о состоянии своего здоровья, это обычно осложняет ситуацию, нежели помогает. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

## **2. Удовлетворенность Уровнем Жизни:**

1. В большинстве случаев моя жизнь близка к идеалу(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
2. Условия моей жизни идеальны.(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
3. Я доволен своей жизнью. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).
4. До сих пор/до этого момента я получил все то, что хотел в жизни. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

5.Если бы я мог прожить дольше, я бы ничего не менял в своей жизни. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

### **3.Оценка отношения врача к пациенту:**

1.Проконсультировал меня так, что я чувствовал себя комфортно. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

2. Относился ко мне с уважением. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

3. Проявил интерес к моему мнению о состоянии здоровья. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

4. Понял основные аспекты моего здоровья. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

5.Проявлял ко мне внимание (смотрел на меня, слушал). (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

6.Не перебивал меня во время разговора. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

7.Предоставил то количество информации, которое было мне необходимо. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

8. Разговаривал так, чтобы мне было все понятно. Убедился в том, что я понял все сказанное. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

9.Позволял мне задавать ему вопросы, столько сколько мне было необходимо.(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

10. Учитывал мое мнение и вовлекал меня в принятие решений, как я того ожидал. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

11. Обсуждал последующие действия.(Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

12. Проявил заботу и интерес. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

13. Провел со мной необходимое количество времени. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).

14. Персонал больницы относился ко мне с уважением. (Подчеркните ответ: 1 - полностью не согласен; 2 - не согласен; 3 - нейтрально; 4 - согласен; 5-полностью согласен).