

# ОЦЕНКА НАВЫКОВ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ У ОРДИНАТОРОВ: АНАЛИЗ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Лизинфельд Ирина Александровна<sup>1</sup>, Паролина Любовь Евгеньевна<sup>1, 2</sup>,  
Отпущенникова Ольга Николаевна<sup>1, 2</sup>, Васильева Ирина Анатольевна<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, г. Москва, Российская Федерация;

<sup>2</sup> Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Москва, Российская Федерация

ORCID: Лизинфельд И. А. 0000-0002-8114-1002

ORCID: Паролина Л. Е. 0000-0003-4365-5894

ORCID: Отпущенникова О. Н. 0000-0002-9491-1715

ORCID: Васильева И. А. 0000-0002-0637-7955

irinalizinfeld@gmail.com

DOI: 10.46594/2687-0037\_2025\_4\_2058

**Аннотация. Введение.** Коммуникативные навыки являются неотъемлемой частью профессиональной компетентности врача и включены в национальные и международные стандарты медицинского образования. Однако в России отсутствует единая методология обучения и оценки этих навыков, что затрудняет формирование устойчивых коммуникативных компетенций у обучающихся.

**Цель исследования.** Провести анализ уровня сформированности навыков коммуникации с пациентами у ординаторов различных специальностей (хирургов и терапевтов) и разработать рекомендации для совершенствования процесса обучения, направленного на развитие коммуникативных компетенций будущих врачей с учетом специфики их профессиональной подготовки.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 102 ординаторов различного профиля с использованием структурированного опросника, включающего как количественные, так и качественные вопросы. Данные были обработаны с использованием описательной статистики (M, SD, процентное распределение), сравнительных тестов (t-test для независимых выборок или Манна-Уитни при нарушении нормальности) для количественных показателей, критерия  $\chi^2$  для категориальных переменных, при этом статистическая значимость оценивалась при  $p < 0,05$ , а качественный анализ проводился методом тематического анализа с выделением ключевых категорий.

**Результаты.** Большинство ординаторов начали освоение коммуникативных навыков на поздних курсах вуза, при этом наиболее эффективными методами обучения признаны практические занятия с пациентами. Половина респондентов оценивает уровень своей подготовки как приемлемый, однако значительная часть испытывает трудности в клиническом общении, особенно в аспектах эмпатии, открытого диалога и разрешения конфликтов. Хирурги чаще демонстрировали отсутствие страха и навыки открытого диалога, тогда как терапевты проявляли более высокий уровень эмпатии. Ролевые игры, симуляции, дебрифинг и супервизия признаны перспективными методами для развития коммуникативной компетентности с учетом профиля специалистов.

**Заключение.** Освоение коммуникативных навыков у ординаторов следует начинать с ранних этапов обучения, активно используя ролевые игры и симуляции. Важную роль играет взаимодействие с преподавателями и наставниками через дебрифинг и супервизию. Наиболее сложными остаются навыки открытого диалога, разрешения конфликтов и работы со «сложными» пациентами, включая невербальные реакции. Перспективными направлениями являются тренировки с видео обратной связью, современные симуляционные технологии (включая VR) и развитие эмпатии с учетом профиля специалистов.

**Ключевые слова:** навыки медицинской коммуникации, ординаторы, образовательный процесс, невербальное поведение, эмпатия, симуляционное обучение.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Для цитирования:** Лизинфельд И. А., Паролина Л. Е., Отпущенникова О. Н., Васильева И. А. Оценка навыков медицинской коммуникации у ординаторов: анализ и рекомендации по совершенствованию образовательного процесса // Виртуальные технологии в медицине. 2025. № 4. С. 386–393. DOI: 10.46594/2687-0037\_2025\_4\_2058

**Научная специальность:** 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины

Поступила в редакцию 28 августа 2025 г.

Поступила после рецензирования 06 ноября 2025 г.

Принята к публикации 07 декабря 2025 г.

## EVALUATION OF RESIDENTS' MEDICAL COMMUNICATION SKILLS: ANALYSES AND RECOMMENDATIONS FOR IMPROVING THE EDUCATIONAL PROCESS

Lizinfeld Irina<sup>1</sup>, Parolina Liubov<sup>1, 2</sup>, Otpushchennikova Olga<sup>1, 2</sup>, Vasilyeva Irina<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases,  
Moscow, Russian Federation

**Annotation. Introduction.** Communication skills are an integral part of a doctor's professional competence and are included in national and international standards of medical education. However, in Russia there is no unified methodology for teaching and evaluating these skills, which makes it difficult for students to develop stable communicative competencies.

**The purpose of the study.** To analyze the level of formation of communication skills with patients among residents of various specialties (surgeons and therapists) and develop recommendations for improving the learning process aimed at developing the communicative competencies of future doctors, taking into account the specifics of their professional training.

**Materials and methods.** 102 residents of various profiles were surveyed using a structured questionnaire that includes both quantitative and qualitative questions. The data were processed using descriptive statistics (M, SD, percentage distribution), comparative tests (t-test for independent samples or Mann-Whitney in violation of normality) for quantitative indicators, criterion  $\chi^2$  for categorical variables, while statistical significance was assessed at  $p < 0.05$ , and qualitative analysis was carried out by the method of thematic analysis highlighting the key categories.

**Results.** Most residents began learning communication skills in their later years at the university, while practical training with patients was recognized as the most effective teaching methods. Half of the respondents rate their level of training as acceptable, but a significant proportion have difficulties in clinical communication, especially in aspects of empathy, open dialogue and conflict resolution. Surgeons were more likely to demonstrate a lack of fear and open dialogue skills, while therapists showed a higher level of empathy. Role-playing games, simulations, debriefing and supervision are recognized as promising methods for developing communicative competence, taking into account the profile of specialists.

**Conclusion.** The development of communication skills among residents should begin from the early stages of training, actively using role-playing games and simulations. Interaction with teachers and mentors through debriefing and supervision plays an important role. The skills of open dialogue, conflict resolution, and dealing with "complex" patients, including nonverbal reactions, remain the most difficult. Promising areas are training with video feedback, modern simulation technologies (including VR) and the development of empathy, taking into account the profile of specialists.

**Keywords:** medical communication skills, residents, educational process, non-verbal behaviour, empathy, simulation training.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**For quotation:** Lizinfeld I., Parolina L., Otpushchennikova O., Vasilyeva I. Evaluation of Residents' Medical Communication Skills: Analyses and Recommendations for Improving the Educational Process // Virtual Technologies in Medicine. 2025. No. 4. P. 386–393. DOI: 10.46594/2687-0037\_2025\_4\_2058

Received August 28, 2025

Revised November 06, 2025

Accepted December 07, 2025

## Введение

Современная медицина требует от врачей не только знаний в области диагностики и лечения, но и эффективных коммуникативных навыков для взаимодействия с пациентами. Коммуникативные навыки представляют собой сложное сочетание клинического мышления, которое отражает освоенные знания навыков взаимодействия, определяющих способы передачи информации, а также навыков восприятия и интерпретации, позволяющих понимать собеседника и учитывать эмоциональные аспекты общения [12]. О значимости эффективной коммуникации свидетельствует ее включение в перечень ключевых компетенций, необходимых для аккредитации медицинских специалистов, что отражено в федеральных образовательных стандартах и оценочных процедурах, проводимых аккредитационными центрами Министерства здравоохранения Российской Федерации [6; 9]. Всемирная организация здравоохранения также акцентирует внимание на важности коммуникативных навыков в своем документе «Стратегические рамки для эффективной коммуникации» [18]. Освоение навыков общения с пациентами является важной частью медицинского образования и интегрировано в стандарты подготовки врачей.

В соответствии с международным подходом к обучению и оценке коммуникативных навыков, который зафиксирован в так называемом Консенсусном заявлении Каламазу в 2001 году, ключевые компетенции включают установление доверительных отношений с пациентом через проявление эмпатии и уважения к личности; корректное начало обсуждения, включающее приветствие и обозначение цели визита; эффективный сбор информации с помощью активного слушания, уточнение симптомов и выявление ожиданий пациента; понимание точки зрения пациента с учетом его эмоционального состояния, социального и культурного контекста; разъяснение диагноза и обсуждение вариантов лечения на доступном языке; достижение согласия по проблемам и планам путем совместного принятия решений; завершение контакта, включающее подведение итогов, проверку понимания пациентом и корректное окончание визита. Инструменты оценки этих навыков могут использоваться самими студентами, внешними экспертами, преподавателями или пациентами. Данные компетенции применимы в большинстве клинических ситуаций и могут гибко адаптироваться в зависимости от специализации врача, характера общения и конкретных потребностей

пациента [15]. При этом подчеркивается, что каждому врачу важно вырабатывать индивидуальный стиль общения с пациентом, который будет естественным и соответствовать профессиональной практике, а не ограничиваться механическим выполнением протоколов или чек-листов [14].

Анализ российского опыта оценки навыков общения показывает отсутствие единой методологии обучения и оценки навыков общения в российском медицинском образовании [1]. Исследователи признают, что при аккредитации специалистов содержание оценки экспертами не отражает перечня основных навыков общения, необходимых для эффективного взаимодействия врача и пациента. Сами обучающиеся гораздо строже оценивают свои коммуникативные навыки: при наличии положительной оценки у 90% экспертов 47% аккредитуемых считают, что выполнили задание на станции на среднем уровне [3]. Для разработки единой методологии оценки навыков коммуникации и, соответственно, формирования адекватных программ подготовки этих навыков необходимо понимание существующих проблем формирования коммуникативных навыков со стороны обучающихся.

**Цель исследования:** проведение анализа уровня сформированности навыков коммуникации с пациентами у ординаторов различных специальностей (хирургов и терапевтов) и разработать рекомендации для совершенствования процесса обучения, направленного на развитие коммуникативных компетенций будущих врачей с учетом специфики их профессиональной подготовки.

#### Материалы и методы

Исследование представляет собой сплошное, описательно-аналитическое исследование, основанное на количественном и качественном анализе данных, полученных в ходе анкетирования ординаторов. Анкетирование было проведено среди 102 ординаторов медицинского вуза различных специальностей. Из 102 участников 60,8% составляли женщины, 39,2% — мужчины. Все участники являлись ординаторами первого года: врач-хирург — 52,9% ( $n = 54$ ); врач-терапевт — 47,1% ( $n = 48$ ). Возраст участников варьировался от 22 до 29 лет, средний возраст составил  $24,5 \pm 1,5$  года.

Для оценки уровня сформированности навыков медицинской коммуникации был использован структурированный опросник, разработанный авторским коллективом на основе анализа отечественных и международных рекомендаций по обучению коммуникативным навыкам (в частности, Calgary-Cambridge Guide, SEGUE Framework) [13; 14]. Были использованы 27 вопросов, направленных на анализ самооценки ординаторов, эффективности методов обучения, применения навыков в клинической практике, а также их способности взаимодействовать с пациентами и коллегами. Также исследовались уровень эмпатии, особенности активного слушания, способности к разрешению конфликтов для выявления направлений совершенствования коммуникативных навыков в про-

цессе обучения. Вопросы формулировались как в закрытой форме — для оценки степени согласия с утверждениями, так и в открытой — для более глубокого анализа и понимания подхода респондентов к различным ситуациям в медицинской практике. Опросник прошел предварительное тестирование на пилотной группе из 15 ординаторов с целью оценки внутренней согласованности и воспроизводимости. Значение коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха составило 0,82, что свидетельствует о хорошей надежности.

Полученные данные были обработаны с использованием статистических методов. Для количественного анализа применялись методы описательной статистики: расчет средних значений ( $M$ ) и стандартных отклонений ( $SD$ ), а также процентного распределения. Для сравнения количественных показателей между группами (хирурги vs терапевты) использовался критерий Стьюдента ( $t$ -test) для независимых выборок, а при нарушении нормальности распределения — непараметрический критерий Манна-Уитни. Для анализа категориальных переменных между группами применялся критерий  $\chi^2$  (хи-квадрат). Все статистические различия оценивались с использованием двухстороннего теста, и результат считался статистически значимым при  $p < 0,05$ . Качественный анализ ответов проводился методом тематического анализа с выделением ключевых категорий.

Все респонденты исследования были проинформированы о цели и условиях участия, получены письменные согласия на обработку данных.

#### Результаты

##### **Освоение коммуникативных навыков в процессе медицинского образования**

Анализ распределения по полу среди участников опроса показал, что имели место различия между группами: среди хирургов 46% были женщины и 54% — мужчины, среди терапевтов 77% — женщины и 23% — мужчины ( $\chi^2(1) = 10,13$ ,  $p < 0,01$ ).

Результаты нашего исследования продемонстрировали, что большинство респондентов начали осваивать навыки коммуникации с 3-го курса (44% хирургов и 42% терапевтов). С 4-го курса приступили к обучению 20% хирургов и 21% терапевтов, с 5-го курса — 9 и 15%, с 6-го курса — 17 и 17%, а впервые в ординатуре — 9 и 6% соответственно. Различия между группами по началу освоения навыков статистически незначимы ( $\chi^2 \approx 2,31$ ;  $p \approx 0,68$ ).

Опыт тренировки коммуникативных навыков в практической деятельности отметили 65% хирургов и 69% терапевтов, различие незначимо ( $\chi^2 \approx 0,18$ ;  $p \approx 0,67$ ). Практические занятия с ролевыми играми были оценены как полезные — 44% хирургов и 54% терапевтов, очень полезные — 17% и 10%, малополезные или неполезные — 11 и 6% соответственно ( $\chi \approx 0,014$ ;  $p \approx 0,99$ ).

Наиболее эффективным методом развития коммуникативных навыков ординаторы сочли реальные встречи с пациентами (хирурги — 87%, терапевты — 77%),

ролевые игры — 11 и 17%, а отработку навыков в симуляционном центре (ОСКЕ) отметили только 2% хирургов и 10% терапевтов. Различия между группами по предпочтительному методу развития навыков статистически незначимы ( $p > 0,05$ ).

#### **Оценка подготовки ординаторов к клинической практике**

Оценка уровня собственной подготовки к клинической практике показала, что 41,2% респондентов считают свои навыки общения с пациентами приемлемыми для работы, 19,6% — недостаточными, 21,6% — затруднились с оценкой, а 17,6% — отметили их как надлежащие и адекватные. Эффективность руководства со стороны преподавателей при обучении практической деятельности была оценена следующим образом: 45,1% респондентов считали его достаточно эффективным, 23,5% — затруднились с оценкой, 18,6% — эффективным, а 12,7% — недостаточно

эффективным. Но статистически значимых различий между группами не выявлено.

Таблица 1 демонстрирует распределение ответов участников о значимости методов обучения для формирования коммуникативных навыков в зависимости от специальности. Среди хирургов респонденты выделяли практику у постели больного (77,8%) и объяснения преподавателя (31,5%) как наиболее полезные, а среди терапевтов лидировали практика у постели (72,9%), наблюдение за работой практикующих врачей (81,3%) и разбор ошибок с преподавателем (60,4%). Статистически значимые различия между группами были выявлены для таких методов, как наблюдение за врачами, разбор ошибок, работа в группах и самостоятельное изучение ( $p < 0,05$ ), тогда как различия по значимости практики у постели пациента, объяснений преподавателя и работы в симуляционном центре были статистически незначимы.

Таблица 1

**Методы обучения коммуникативным навыкам и их значимость для практической работы ординаторов медицинского вуза**

Метод	Хирурги (%)	Терапевты (%)	$\chi^2$	p-value
Практика у постели	77,8	72,9	0,22	0,64
Наблюдение за врачами	25,9	81,3	29,2	<b>&lt; 0,001</b>
Разбор ошибок	22,2	60,4	16,1	<b>&lt; 0,001</b>
Объяснения правил	31,5	31,3	0,01	0,92
Работа в группах	9,3	29,2	6,1	<b>0,013</b>
Самостоятельное изучение	9,3	29,2	6,1	<b>0,013</b>
Симуляционный центр	16,7	16,7	0,03	0,87

При оценке поддержки коллег в процессе формирования коммуникативных навыков 33,3% хирургов и 52,1% терапевтов активно помогают друг другу, 35,2 и 31,3% — иногда помогают, 24,1 и 16,7% — опираются на себя, 7,4 и 4,2% — не помогают, а 5,6% хирургов и 0% терапевтов полагаются исключительно на себя; различия между группами по общему распределению поддержки статистически незначимы ( $\chi^2 = 1,69$ ;  $p = 0,793$ ). В целом обе группы положительно воспринимают приобретенные навыки коммуникации, при этом регистрируется некоторое несоответствие в оценке отдельных методов обучения и формы поддержки коллег между хирургами и терапевтами, но без статистически значимых различий.

#### **Специфика коммуникативных навыков в клинической деятельности**

На основе анализа ответов респондентов выявлено, что основными направлениями, требующими внимания со стороны врача в процессе медицинской коммуникации, являются эмоциональные потребности пациентов (52,9%), конфликты (35,3%), необходимость открытого диалога (31,4%), невербальные реакции (29,4%), работа со сложными пациентами (24,5%). Эти данные показывают, что более половины респондентов отмечают важность учета эмоционального состояния пациентов, что подчеркивает значимость

развития коммуникативных навыков у медицинских специалистов.

Применение информации и навыков в области медицинского общения, полученных в вузе, в реальной практике варьировалось следующим образом: 43,1% респондентов в основном используют полученные знания, 31,4% — применяют их частично, 19,6% — используют всегда, а 5,9% не применяют вовсе.

Сравнение теоретического обучения и реальной врачебной практики показало, что для 43,7% респондентов демонстрируемые врачами коммуникативные навыки близки к университетскому обучению, 36,9% — отметили среднюю степень соответствия, 10,7% — полное несоответствие, а 8,7% — указали на полное совпадение.

Анализ уровня тревожности при коммуникации с пациентами выявил, что 34,3% респондентов не испытывают страха, 32,4% — боятся только в особых ситуациях, 28,4% — испытывают тревогу при общении с определенными категориями пациентов, а 4,9% — боятся общения со всеми пациентами.

Осознание важности невербального поведения при коммуникации продемонстрировали 55,3% респон-



дентов, активно используют невербальные средства — 25,2%, почти не обращают внимания на свои невербальные реакции — 19,4%. Наиболее значимыми невербальными элементами общения были признаны интонация (51,3%) и мимика (30,1%), что подчеркивает их важность в установлении контакта с пациентами.

Большинство респондентов (56,7%) отметили, что часто сталкиваются с эмоциональными потребностями пациентов и стараются на них реагировать, что подтверждает высокий уровень эмпатии. Важно отметить, что 26% опрошенных уверены, что их навыки эмпатии хорошо развиты, тогда как 17,3% считают, что эмпатия — сложное понятие, и они еще учатся его применять.

Установлен ряд различий в отдельных аспектах коммуникативных навыков между группами хирургов и терапевтов. Хирурги достоверно чаще указывали, что никогда не испытывают страха в общении с пациентами (51,9% против 14,6%;  $\chi^2 = 14,05$ ;  $p < 0,001$ ) и что в процессе клинической подготовки ими был лучше освоен навык открытого диалога (42,6% против 18,8%;  $\chi^2 = 5,65$ ;  $p = 0,017$ ). В то же время терапевты

чаще сообщали о наличии трудностей в общении с отдельными пациентами (41,7% против 16,7%;  $\chi^2 = 6,63$ ;  $p = 0,010$ ) и отмечали, что внимательно относятся к невербальным сигналам со стороны пациента (68,8% против 44,4%;  $\chi^2 = 5,14$ ;  $p = 0,023$ ).

### **Активное слушание и трудности восприятия информации**

Установлено, что в процессе общения с пациентами 45,5% респондентов активно слушают, предлагая словесную поддержку и утешение, 24% — предлагают конкретные решения для преодоления эмоциональных трудностей, 23,1% — стремятся почувствовать, что испытывает пациент, а 7,4% — признают, что не всегда могут адекватно реагировать на эмоциональные потребности. Среди методов активного слушания наиболее распространены: задавание дополнительных вопросов для получения более глубокого понимания переживаний (27,1%), подтверждение внимания невербальными сигналами (26%), максимальная концентрация на словах и эмоциях пациента без прерываний (23,2%) и активное реагирование на высказывания пациента (22,1%). Лишь 1,7% респондентов отметили, что им сложно поддерживать непрерывное внимание (рис. 1).

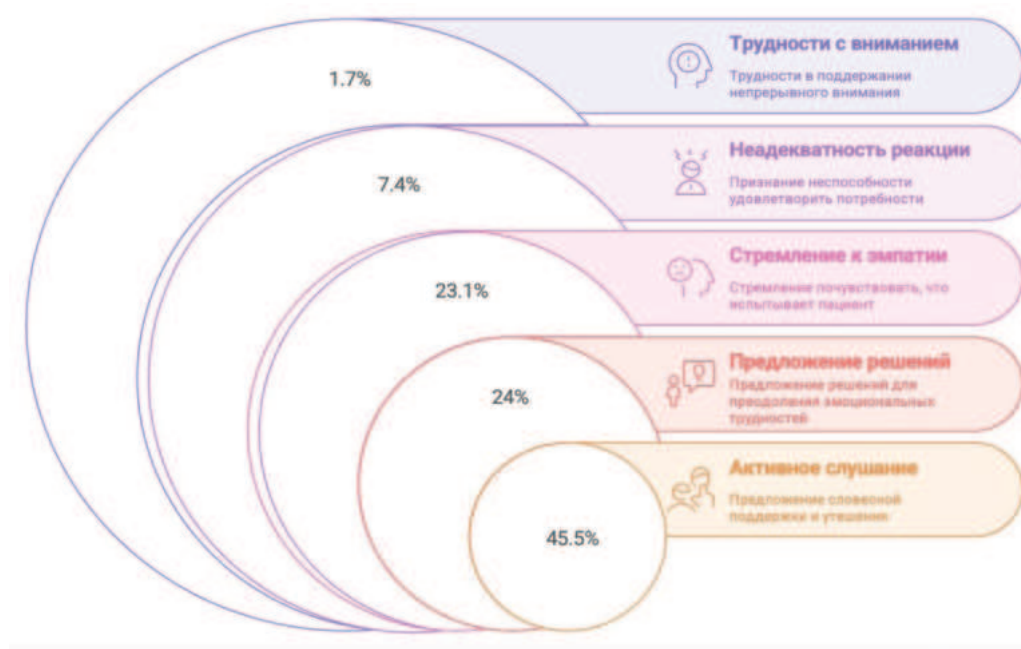


Рис. 1. Коммуникативные стратегии ординаторов первого года обучения

Некоторые респонденты сталкиваются с трудностями в восприятии информации: 43,6% испытывают сложности при наличии сложных или противоречивых сообщений, 29,9% — в присутствии отвлекающих факторов, 15,4% — при интерпретации эмоциональной окраски, а 11,1% — при восприятии невербальных сигналов.

Сравнительный анализ ответов респондентов показал, что в результате обучения в вузе у хирургов и терапевтов сформированы идентичные коммуникативные навыки: активное слушание (57% vs 50%,  $p = 0,5822$ ), задавание вопросов (50% vs 46%,  $p = 0,8244$ ), внима-

ние словам (37% vs 46%,  $p = 0,4843$ ) и активные ответы (37% vs 42%,  $p = 0,7834$ ). Такие навыки, как интерпретация эмоций и использование невербальных сигналов, также не показывают статистических различий. При этом терапевты значимо чаще проявляют эмпатию — 40% против 17% у хирургов ( $p = 0,018$ ).

Данные подчеркивают необходимость дальнейшего развития навыков активного слушания и требуют учета особенностей специалистов разного профиля при проведении занятий по обучению коммуникативным навыкам, поскольку терапевты продемонстриро-

вали более высокий уровень эмпатии, тогда как хирурги немного чаще предлагали решения и использовали невербальные сигналы.

### **Разрешение конфликтных ситуаций и стратегии взаимодействия с пациентами**

При анализе данных анкеты по вопросам в области действий в конфликтных ситуациях 37,3% респондентов считают, что их можно эффективно разрешать предложением альтернативных вариантов и поиском компромисса, а 35,9% уверены, что поддержание открытого диалога помогает улучшить отношения с недовольными пациентами. Среди стратегий разрешения конфликтов наибольшую популярность имеют: поиск компромисса с учетом потребностей обеих сторон (53,7% хирургов vs 56,3% терапевтов,  $p = 0,796$ ), активное слушание и выражение понимания (26,7%), объяснение своей точки зрения с акцентом на общие цели (33,3% хирургов vs 22,9% терапевтов,  $p = 0,244$ ) и обращение к коллегам или руководству при возникновении сложностей (29,6% хирургов vs 18,8% терапевтов,  $p = 0,202$ ). Хирурги чаще придают большее значение совместным решениям и подчеркивают общие цели, тогда как терапевты немного чаще идут на компромисс, однако различия между группами статистически незначимы.

Для улучшения отношений с недовольными пациентами наиболее часто применяются открытый диалог (50,0% хирургов vs 41,7% терапевтов,  $p = 0,399$ ), активное пробование различных вариантов поведения

(37,0% хирургов vs 25,0% терапевтов,  $p = 0,191$ ), привлечение коллег к решению проблемы (24,1% хирургов vs 33,3% терапевтов,  $p = 0,301$ ) и предложение альтернативных вариантов удовлетворения потребностей пациента (20,4% хирургов vs 25,0% терапевтов,  $p = 0,577$ ). Эти данные показывают, что подходы хирургов и терапевтов к разрешению конфликтов и улучшению отношений с пациентами в целом схожи, хотя существуют небольшие различия в использовании отдельных методов.

### **Сильные и слабые стороны коммуникативных навыков ординаторов**

В качестве сильных сторон своих коммуникативных навыков респонденты выделяют готовность слушать и реагировать на вопросы пациента (20,4%), ясное и четкое объяснение медицинских процедур (16,4%), умение контролировать эмоции и сохранять профессиональный настрой (16%), способность поставить себя на место пациента (14,2%), навыки установления доверительных отношений (12,4%), понимание культурных особенностей пациента (10,5%) и эффективное использование мимики, жестов и интонации (10,2%).

При сравнении групп выявлены статистически значимые различия: хирурги значительно чаще, чем терапевты, отмечают у себя способность ясно объяснять медицинские процедуры (57,4% против 29,2% респондентов;  $\chi^2 = 7,87$ ;  $p = 0,005$ ) и установление эмоционального контакта с пациентом (42,6% против 22,9% респондентов;  $\chi^2 = 3,83$ ;  $p = 0,05$ ) (рис. 2).

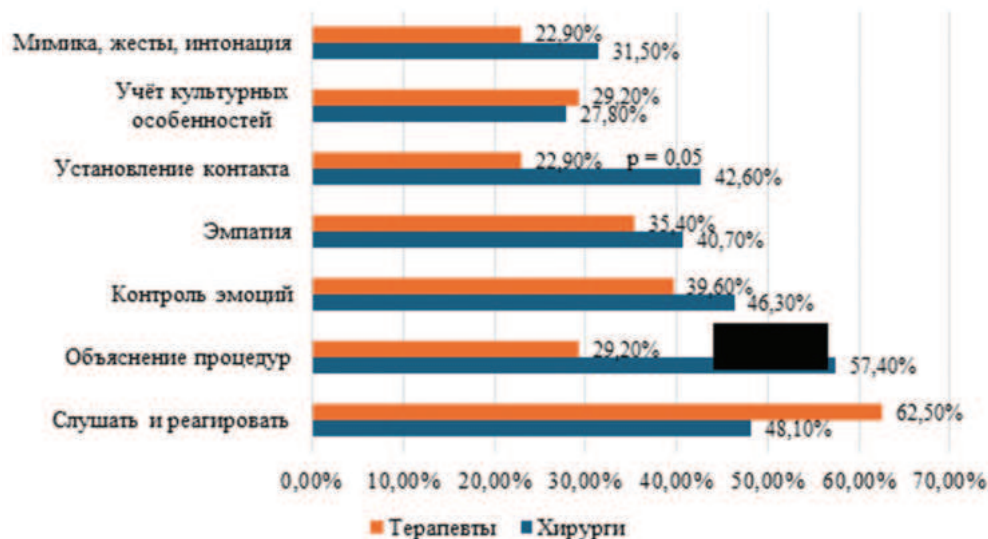


Рис. 2. Распределение сильных сторон коммуникативных навыков среди врачей разных специальностей

Однако ряд аспектов требует улучшения. В частности, 19,1% респондентов отмечают необходимость лучше контролировать свои эмоции и поддерживать профессиональный настрой, 16,9% — более эффективно использовать невербальные средства общения, 16,3% — развивать способность к эмпатии, 15,2% — совершенствовать навыки установления контакта с разными людьми, 14,6% — работать над ясностью и доступностью объяснений медицинских процедур,

11,8% — повышать готовность слушать пациента, а 6,2% — учитывать культурные особенности пациента для более эффективного общения. Различия между хирургами и терапевтами по этим показателям не были статистически значимы ( $p > 0,05$ ).

### **Обсуждение**

Полученные в результате опроса данные подтверждают, что обучение коммуникативным навыкам с 3-го кур-

са оправдано: к ординатуре молодые врачи уже могут осознанно относиться к этому разделу профессиональной деятельности, имеют ресурсы оценить эффективность различных технологий подготовки и направление собственных усилий. Полученные результаты согласуются с исследованиями, в которых доказано наличие прямой связи между профессиональным опытом специалиста и сформированностью у него коммуникативных навыков, что проявляется в ситуациях взаимодействия, связанных с решением таких профессиональных задач, как сбор жалоб и анамнеза, информирование и разъяснение диагноза и лечения, что часто определяет самооценку молодого врача на начальных этапах врачебной деятельности [8].

Наиболее значимым методом обучения обе группы считают практику у постели больного и взаимодействие с реальными пациентами (87% хирургов и 77% терапевтов), тогда как ролевые игры и симуляции воспринимаются как вспомогательные. Однако выявлены статистически значимые различия в оценке отдельных аспектов освоения коммуникативных навыков: хирурги чаще отмечали отсутствие страха при общении с пациентами (51,9% против 14,6%;  $p < 0,001$ ) и лучше сформированный навык открытого диалога (42,6% против 18,8%;  $p = 0,017$ ), тогда как терапевты чаще демонстрировали эмпатию (40% против 17%;  $p = 0,018$ ) и более активно отмечали трудности в общении с пациентами (41,7% против 16,7%;  $p = 0,010$ ). Эти различия указывают на необходимость дифференцированного подхода к обучению: для хирургов целесообразны тренинги по развитию эмпатии и внимательности к невербальным сигналам, для терапевтов — занятия, укрепляющие уверенность и навыки ясного объяснения процедур.

Анализ показал, что ординаторы первого года обучения критично относятся к полученным в процессе додипломного обучения в вузе навыкам медицинской коммуникации и готовы их усовершенствовать. Несмотря на раннее освоение коммуникативных навыков, каждый пятый ординатор считает свои навыки общения с пациентом недостаточными. На этом фоне возрастает роль преподавателя и старших коллег. Наблюдение за работой, объяснение и разбор ошибок значимыми для своего профессионального становления считают более половины ординаторов. Это подтверждается данными исследований, в которых признается, что эффективным способом повышения уровня коммуникативной культуры медицинских специалистов является активное обучение, при котором обучающийся становится субъектом учебной деятельности, вступает в диалог с преподавателем, активно участвует в познавательном процессе, выполняя творческие и проблемные задания [4]. Полученные результаты дают основание для более активного внедрения супервизии и менторства при обучении медицинских специалистов в виде регулярных встреч с опытными наставниками, которые могут делиться личными методами управления эмоциями, давать советы по профессиональному поведению в трудных ситуациях. Обсуждение сложных случаев в группах (дебрифинг, в том числе с использованием видеозаписей) с под-

робным разбором того, как обучающиеся взаимодействовали с пациентом, позволяет улучшить навыки медицинской коммуникации.

Особую значимость приобретают знание законов профессионального общения и способность оптимального выбора речевых тактик в общении со сложными пациентами [2; 5]. Полученные данные указывают, что только 25,2% ординаторов активно используют невербальные средства общения и лишь треть считают открытый диалог лучшей стратегией при работе с недовольными пациентами. Это оправдывает необходимость включения в программу обучения тренингов по невербальной коммуникации и методам разрешения сложных ситуаций.

Практическая реализация предлагаемых методов может быть осуществлена поэтапно, что особенно важно в условиях ограниченных ресурсов и времени. Наиболее доступным вариантом являются ролевые игры, не требующие дорогостоящего оборудования. Их можно проводить в формате малых групп, где роли пациентов исполняют сами обучающиеся или преподаватели. Для терапевтов полезно моделировать ситуации эмоционально напряженного взаимодействия (например, общение с тревожным пациентом), для хирургов — ситуации, требующие проявления эмпатии и невербальной коммуникации наряду с укреплением навыков ясного объяснения процедур и принятия решений. Симуляции могут быть адаптированы в формате микросимуляций (короткие 5–10-минутные упражнения, встроенные в обычные занятия), позволяющих отрабатывать отдельные навыки без значительных затрат времени. Более сложные сценарии могут реализовываться в центрах аккредитации или в рамках межкафедрального сотрудничества. Это согласуется с результатами других исследований, подтверждающих значимость практикоориентированных методов обучения [7].

Таким образом, интеграция малозатратных форматов ролевых игр и микросимуляций, развитие системы супервизии и учет различий между хирургами и терапевтами позволяют внедрять обучение коммуникативным навыкам даже при ограниченных ресурсах. Это согласуется с зарубежным опытом, где обучение коммуникативным навыкам стало обязательным элементом подготовки еще в 1990-е годы, с использованием моделей медицинской консультации, симуляций, ролевых игр и многоуровневой системы оценки [15; 17]. В российском медицинском образовании внимание к развитию коммуникативной компетентности растет, однако единая модель еще не сформирована. Для дальнейшего совершенствования преподавания рекомендуется внедрять интерактивные тренинги, осознанную невербальную коммуникацию и модули по развитию эмпатии, моделировать стрессовые ситуации для снижения тревожности и интегрировать практическое сопровождение студентов с наставником [10; 11]. С учетом различий между хирургами и терапевтами целесообразно разрабатывать дифференцированные образовательные модули, направленные на развитие внимания к невербальным сигналам и навыков открытого диалога у хирургов, а также

на формирование эмоциональной устойчивости, снижение тревожности и укрепление уверенности при взаимодействии с пациентом у терапевтов.

### Заключение

Анализ уровня сформированности коммуникативных навыков у ординаторов различных профилей показал необходимость их целенаправленного развития с ранних этапов обучения. Ведущую роль в формировании готовности к клинической практике играют практико-ориентированные технологии, включающие ролевые игры, симуляции и дебрифинг при активном участии преподавателей и наставников. Наиболее затруднительными для обучающихся остаются навыки открытого диалога, разрешения конфликтных ситуаций, установления контакта со «сложными» пациентами, понимания невербальных реакций и интерпретации эмоциональной окраски высказываний. Перспективными направлениями совершенствования образовательных программ являются расширение применения ролевых игр, супервизии и менторства, внедрение тренингов «с обратной видеосвязью» и современных симуляционных технологий (включая VR) с акцентом на развитие эмпатии и невербальных навыков с учетом профессионального профиля специалистов.

**Вклад авторов:** Лизинфельд И. А. — статистический анализ, написание исходного текста, оформление статьи; Паролина Л. Е. — разработка анкеты, написание и редактирование текста, участие в оформлении статьи; Отпущенникова О. Н. — разработка анкеты, проведение анкетирования; Васильева И. А. — дизайн исследования, научное руководство.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян Ж. А., Андреев А. А., Васильева Е. Ю. [и др.] Специалист медицинского симуляционного обучения / под ред. М. Д. Горшкова. Москва: РО-СОМЕД, 2021. 500 с.
2. Барсукова М. И., Клоктунова Н. А., Романовская А. В. [и др.] Коммуникативная подготовка будущих врачей (на материале речевого поведения врачей акушеров-гинекологов) // Мир науки, культуры, образования. 2020. № 4 (83). С. 113–114. DOI: 10.24411/1991-5497-2020-00695
3. Васильева Е. Ю., Кузьминская Т. В. Оценка навыков общения с пациентами в процессе первичной специализированной аккредитации: реалии и возможности // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, № 2. С. 86–90. DOI: 10.17116/profmed20222502186
4. Козлова А. А. Формирование навыков эффективного общения с пациентами для повышения результативности медицинской помощи // Конгресс «ОргЗдрав». Сборник тезисов. 2024. URL: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/theses/129> (дата обращения: 19.09.2025).
5. Маркова А. А., Барсукова М. И. Тактика сообщения плохих новостей в профессиональном общении врача и пациента // Архив внутренней медицины. 2022. Т. 12, № 2. С. 136–142. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-12-2-136-142
6. Паспорт экзаменационной станции «Сбор жалоб и анамнеза». URL: [https://fmza.ru/upload/medialibrary/e9d/pasport\\_sbor-zhalob-ianamneza-na-perv.pr.vracha\\_12.02\\_1.pdf](https://fmza.ru/upload/medialibrary/e9d/pasport_sbor-zhalob-ianamneza-na-perv.pr.vracha_12.02_1.pdf) (дата обращения: 19.09.2025).
7. Перепелица С. А. Ролевая игра — инструмент формирования навыка командной работы при неотложных состояниях // Виртуальные технологии в медицине. 2020. Т. 1, № 2. С. 26–29. DOI: 10.46594/2687-0037\_2020\_2\_717
8. Помыткина Т. Ю., Жученко О. А. Влияние социального и профессионального опыта врача на самооценку коммуникативных навыков // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2024. № 4. С. 16–25. DOI: 10.24147/2410-6364.2024.4.16-25
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 334н от 2 июня 2016 г. «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (с изм. и доп.) // ИПС «КонсультантПлюс».
10. Assing Hvidt E., Ulsø A., Thorngreen C. V. et al. Empathy as a learning objective in medical education: using phenomenology of learning theory to explore medical students' learning processes // BMC Medical Education. 2022. Vol. 22. Article number 628. DOI: 10.1186/s12909-022-03696-x
11. Hizomi Arani R., Naji Z., Moradi A. et al. Comparison of empathy with patients between first-year and last-year medical students of Tehran University of Medical Sciences // BMC Medical Education. 2021. Vol. 21. Article number 460. DOI: 10.1186/s12909-021-02897-0.
12. Kurtz S., Draper J., Silverman J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, 2005. DOI: 10.1201/9781315378398.
13. Kurtz S. M., Silverman J. D. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes // Medical Education. 1996. Vol. 30, № 2. P. 83–89. DOI: 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x
14. Laidlaw A., Hart J. Communication skills: an essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51 // Medical Teacher. 2011. Vol. 33, № 1. P. 6–8. DOI: 10.3109/0142159X.2011.531170.
15. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: the Kalamazoo Consensus Statement // Academic Medicine. 2001. Vol. 76, № 4. P. 390–393. DOI: 10.1097/00001888-200104000-00021
16. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills // Patient Education and Counseling. 2001. Vol. 45, № 1. P. 23–34. DOI: 10.1016/S0738-3991(01)00136-7
17. Schirmer J. M., Mauksch L., Lang F., Marvel M. K., Zoppi K., Epstein R. M., Brock D., Pryzbylski M. Assessing communication competence: a review of current tools // Family Medicine. 2005. Vol. 37, № 3. P. 184–192.
18. World Health Organization. WHO strategic communication framework for effective communication. Geneva: Department of Communications, Office of the WHO Director-General, 2017. 56 p.