

Пациентский ресурс повышения результативности онкологической помощи населению

В.А. Козлов¹, Ю.В. Самсонов^{2,3}, Д.Л. Мушников^{✉4}

¹ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», Иваново, Россия;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия

³Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

Аннотация

Обоснование. Совершенствование онкологической помощи населению является одним из приоритетов развития отечественного здравоохранения, что определяется высокой медико-социальной значимостью злокачественных новообразований. Проблема совершенствования онкологической помощи многоаспектна, однако недостаточно научных работ, рассматривающих пациентский ресурс как фактор достижения большей результативности онкологической помощи.

Цель. Оценить состояние и возможности улучшения пациентского ресурса онкологической помощи.

Материалы и методы. Исследование проведено в ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», г. Иваново, в 2020–2022 гг. на основе комплексной программы с использованием традиционных методов: социологического, экспертной оценки, аналитического, документального. Оценка пациентского ресурса онкологической помощи осуществлялась по оригинальной методике, включающей 10 параметров. Проведено анкетирование 1 тыс. пациентов онкологического профиля на разных этапах диагностики и лечения злокачественных новообразований и анализ его результатов с учетом факторов стадийности онкопроцесса, медико-демографических характеристик пациентов. Качество жизни пациентов оценивалось по опроснику SF12 (12Item ShortForm Health Survey). На основе данных экспертизы 410 случаев оказания медицинских услуг онкологического профиля экспертами страховых медицинских компаний по нормативным медико-экономическим и клиническим критериям, а также оценки удовлетворенности пациентов оказанной помощью все случаи разделены на 2 группы с оптимальным и неоптимальным уровнем результативности помощи. Статистическая обработка данных проводилась на основе электронных баз данных с использованием прикладных компьютерных программ и предусматривала расчет относительных величин, достоверности разности показателей, коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты. Получены данные о снижении пациентского ресурса онкологической помощи по всем его выделенным компонентам и установленная его связь с результативностью помощи, что требует совершенствования медико-организационной технологии работы с пациентами онкологического профиля. Предложена медико-организационная технология оказания помощи пациентам онкологического профиля в условиях прохождения ими этапов лечебно-диагностического процесса.

Заключение. Интегральная оценка 10 компонентов пациентского ресурса на этапах лечения в условиях онкологического диспансера позволяет обеспечить мониторинг основных факторов со стороны пациента, определяющих результативность помощи, а также проведение плановых мероприятий по коррекции неблагоприятных и усилению благоприятных факторов. Предложенный подход является основой для принятия управленческих решений.

Ключевые слова: онкологическая помощь, пациенты, ресурсы, результативность медицинской помощи

Для цитирования: Козлов В.А., Самсонов Ю.В., Мушников Д.Л. Пациентский ресурс повышения результативности онкологической помощи населению. Современная Онкология. 2023;25(4):466–470. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

Совершенствование онкологической помощи населению определено одним из приоритетов развития отечественного здравоохранения. Важная роль в решении проблем совершенствования медицинской помощи, в том числе онкологической, отводится пациентам как полноправным ее участникам [1, 2]. При этом пациента, его характеристики предлагается рассматривать как ресурс улучшения помощи. Под пациентским ресурсом онкологической помощи понимается полнота реализации значимых для достижения положительного результата помощи качественных характеристик пациента [3]. Имеются работы, в которых отмечается ряд проблем реализации пациентского ресурса медицинской помощи, в том числе психологических [4–6], медико-социальных [7–9]. Учет качественных характеристик

пациентов крайне важен для решения задач планирования медицинской помощи, в том числе ее ресурсного обеспечения, определения наиболее уязвимого контингента с позиций удовлетворенности оказанными услугами [10–12]. Данная информация может служить основой для формирования грамотной политики медицинских организаций и поиска путей совершенствования качества медицинских услуг застрахованным в условиях обязательного медицинского страхования. Однако недостаточно научных работ, рассматривающих пациентский ресурс как фактор достижения большей результативности онкологической помощи.

Цель исследования – оценить состояние и возможности улучшения пациентского ресурса онкологической помощи.

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Мушников Дмитрий Львович** – канд. мед. наук, доц., доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, информатики и истории медицины ФГБОУ ВО ИВГМА. E-mail: 89158113918@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4175-7969; SPIN-код: 7180-1923

Козлов Владимир Александрович – канд. мед. наук, глав. врач ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер». E-mail: ivood-va@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-3735-0728; SPIN-код: 4805-4551

Самсонов Юрий Владимирович – канд. мед. наук, зав. отд. координации медицинской помощи регионам России ФГБУ «НМИЦ радиологии», вед. науч. сотр. Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии». E-mail: samsonovu@list.ru

✉ **Dmitrii L. Mushnikov** – Cand. Sci. (Med.), Ivanovo State Medical Academy. E-mail: 89158113918@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4175-7969; SPIN code: 7180-1923

Vladimir A. Kozlov – Cand. Sci. (Med.), Ivanovo Regional Oncology Center. E-mail: ivood-va@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-3735-0728; SPIN code: 4805-4551

Iurii V. Samsonov – Cand. Sci. (Med.), National Medical Research Radiological Centre, Hertsen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Centre. E-mail: samsonovu@list.ru

Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population

Vladimir A. Kozlov¹, Iurii V. Samsonov^{2,3}, Dmitrii L. Mushnikov^{✉4}

¹Ivanovo Regional Oncology Center, Ivanovo, Russia;

²National Medical Research Radiological Centre, Moscow, Russia

³Hertsen Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Radiological Centre, Moscow, Russia;

⁴Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russia

Abstract

Background. Improving oncological care for the population is defined as one of the main priorities for the development of domestic health care, which is determined by the high medical and social significance of malignant neoplasms. The problem of improving cancer care is multidimensional. However, there are not enough scientific papers that consider the patient's resource as a factor in achieving a greater level of effectiveness of cancer care.

Aim. To assess the state and possibilities for improving the patient's resource of cancer care.

Materials and methods. The study was conducted at the Ivanovo Regional Oncology Center, Ivanovo in the period 2020–2022 on the basis of a comprehensive program using traditional methods: sociological, expert assessment, analytical, documentary. The assessment of the patient's resource of oncological care was carried out according to the original methodology, which included 10 parameters. A survey of 1000 oncological patients at different stages of diagnosis and treatment of malignant neoplasms was carried out and its results were analyzed, taking into account the factors of the staging of the oncological process, medical and demographic characteristics of patients. The assessment of the quality of life of patients was carried out using the SF12 (12Item ShortForm Health Survey) questionnaire. Based on the examination data of 410 cases of the provision of oncological medical services by experts of medical insurance companies, according to regulatory medical, economic and clinical criteria, as well as an assessment of patient satisfaction with the care provided, all cases are divided into 2 groups with an optimal and non-optimal level of care effectiveness. Statistical data processing was carried out on the basis of electronic databases using applied computer programs and provided for the calculation of relative values, the reliability of the difference in indicators, and the Spearman correlation coefficient.

Results. Data were obtained on the decrease in the patient resource of oncological care for all its selected components and its established relationship with the effectiveness of care, which requires the improvement of medical and organizational technology for working with oncological patients. A medical and organizational technology for providing assistance to oncological patients in the conditions of passing through the stages of the treatment and diagnostic process is proposed.

Conclusion. An integral assessment of the 10 components of the patient resource at the stages of clinical observation of patients in an oncological dispensary makes it possible to monitor the main factors on the part of the patient that determine the effectiveness of care, as well as to carry out planned measures to correct adverse and strengthen favorable factors. The proposed approach is the basis for making management decisions.

Keywords: oncological care, patients, resources, effectiveness of medical care

For citation: Kozlov VA, Samsonov IuV, Mushnikov DL. Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population. Journal of Modern Oncology. 2023;25(4):466–470. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413

Материалы и методы

Исследование проведено в ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», г. Иваново, в 2020–2022 гг. на основе комплексной программы с использованием традиционных методов: социологического, экспертной оценки, аналитического, документального.

Оценка пациентского ресурса онкологической помощи проводилась по оригинальной методике, включающей 10 параметров (табл. 1).

Проведено анкетирование 1 тыс. пациентов онкологического профиля на разных этапах диагностики и лечения злокачественных новообразований и проанализированы его результаты с учетом факторов стадийности онкопроцесса, медико-демографических характеристик пациентов. Анкета включала 15 вопросов закрытого типа, разделенных на 3 блока: медико-демографическая характеристика пациентов (5 вопросов), оценка ресурсного потенциала пациента, удовлетворенность помощью. Особенностью исследования явилась проспективная оценка ресурса пациентов на разных этапах помощи: начальном (постановка диагноза злокачественного новообразования), промежуточном (дообследование и начало лечения), завершающем (завершение I этапа лечения). Проведена оценка результативности 1 тыс. случаев оказания медицинских услуг онкологического профиля. Оценка качества жизни пациентов проводилась по опроснику SF12 (12Item ShortForm Health Survey). На основе данных экспертизы 410 случаев оказания медицинских услуг онкологического профиля экспертами страховых медицинских компаний по нормативным медико-экономическим и клиническим критериям, а также оценки удовлетворенности пациентов оказанной помощью все случаи разделены

на 2 группы с оптимальным и неоптимальным уровнем результативности помощи.

Статистический анализ данных проводился с помощью программного обеспечения SPSS версии 20. Нормальное распределение всех исследованных параметров проверено с помощью теста Колмогорова–Смирнова. Коэффициент Стьюдента t и парный коэффициент t использовались для переменных, которые распределялись в обычном режиме; для переменных, которые не имеют нормального распределения, использовался метод Манна–Уитни и Вилкоксона. Кроме того, для анализа данных использовалась корреляция Спирмана. Предельные значения соответствовали значениям $p < 0,05$.

Результаты

Большинство участников этого исследования представляли женщины – 543 (54,3%) респондента, возрастной диапазон от 18 до 75 лет. Общие демографические характеристики пациентов онкологического профиля представлены в табл. 2.

Результаты количественной оценки ресурсного потенциала пациента онкологического профиля представлены в табл. 3.

Достаточность, достоверность и своевременность информации играют важную роль в здравоохранении. Пациент как полноценный участник лечебно-диагностического процесса имеет право и должен обладать достаточным объемом достоверной и доступной для понимания информацией для принятия решений. Опрос показал, что информационный компонент пациентского ресурса онкологической помощи имел положительную динамику в процессе наблюдения: на I этапе – 65,5%, на II – 72,5%, на III – 74,5% ($p < 0,05$), однако и на

Таблица 1. Методика количественной оценки ресурсного потенциала пациента онкологического профиля Table 1. Methodology for quantifying the resource potential of an oncological patient		
Компоненты	Критерии, оценка в баллах	Источник информации
Информационный (I)	Медицинская информированность пациента: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета пациента
Приверженности (P)	Медицинская активность, отражающая приверженность лечению: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета врача
Здоровьесбережения (Zd)	Образ жизни, способствующий сохранению здоровья: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета пациента
Мотивационно-ценностный (M)	Приоритет сохранения здоровья, направленность на достижение результата в лечении: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета пациента
Коммуникативный (Kom)	Реализация навыка коммуникаций с медицинскими работниками в очном и дистанционном формате: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета пациента
Качества жизни (Kg)	Реализация функций жизнедеятельности и отсутствие ограничений: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета пациента
Семейной адаптации (Sem)	Реализация семейных функций и поддержка семьи: 0–1 – критичная; 2–3 – низкая; 4–5 – ближе к оптимальной и оптимальная	Анкета пациента
<p>Примечание. Количественная оценка предусматривала расчет индекса ресурса пациента по формуле: $RP = (I + P + Zd + M + Kom + Kg + Sem) / 21 \times 100\%$, где; 21 – максимальная оценка в баллах. Интерпретация оценки: менее 75% – низкий уровень реализации ресурса; 76–99% – недостаточный; 100% – оптимальный уровень реализации ресурса.</p>		

последнем этапе остается резерв ресурса – 25,5%, что говорит о недостаточной работе медицинских работников в части медицинского информирования пациентов. Установлено, что уровень реализации информационного компонента ресурса уже на I этапе ниже у пациентов со средним, средне-специальным образованием по сравнению с больными с высшим образованием: соответственно 47,5 и 70,3% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам пациентов достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Приверженность пациента лечению в онкологии является одним из значимых условий успешности лечебных мероприятий, отражающих готовность пациента быть партнером врача по реализации намеченного плана лечебных мероприятий. По данным опроса, ресурс приверженности пациентов на I этапе наблюдения реализован только на 74,5%, на II – на 87,3%, на III – на 89,7% ($p < 0,05$), что говорит о том, что большая часть пациентов осознают необходимость соблюдать рекомендации врачей и выполняют все назначения. Однако каждый 5-й пациент игнорирует рекомендации врачей, что негативно влияет на успешность лечения. Установлено, что уровень реализации ресурса по компоненту «приверженность» ниже у пациентов статуса «предприниматель» по сравнению с пациентами других социальных статусов (работа по найму, пенсионер): соответственно 60,5%, 73,5%, 77,5% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам больных достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Направленность пациентов на здоровьесбережение, включающее реализацию правил здорового образа жизни и отказ от вредных привычек, является фундаментом построения траектории достижения положительного результата в онкологии. Ресурс здоровьесбережения в начале наблюдения пациентов достаточно низкий (68,5%), но после постановки диагноза ценность здоровья у пациентов возрастает, о чем говорит повышение оценки до 89,2% на II этапе и до 91,2% – на III этапе ($p < 0,05$). Однако часть пациентов продолжают вести прежний, нездоровый образ жизни. Установлено, что уровень реализации ресурса по компоненту «здоровьесбережение» ниже у пациентов мужского пола по сравнению с пациентами женского пола: соответственно 58,5 и 70,5% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам больных достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Без желания самого пациента, без его мотивации к достижению положительного результата в лечении при активном личном участии не может быть выстроен успешный клинический путь. Однако опрос показал, что мотивационно-ценностный ресурс больных онкологического профиля реализован на I этапе лечебно-диагностического процесса у 82,3% пациентов, в последующем возрастает до 90,5% на II этапе

Таблица 2. Демографические характеристики пациентов онкологического профиля (n=1000) Table 2. Demographic characteristics of cancer patients (n=1000)			
	Показатели	Абс.	%
Пол	Женский	543	54,3
	Мужской	467	46,7
Возраст, лет	18–29	3	0,3
	30–45	120	12,0
	46–60	250	25,0
	60–75	627	62,7
Семейное положение	Одинокие	180	18,0
	Замужем (женаты)	725	72,5
	Разведенные	95	9,5
Образовательный уровень	Среднее, средне-специальное	861	86,1
	Высшее	137	13,7
	Ученая степень	2	0,2
Место жительства	Город	837	83,7
	Село	163	16,3
Статус занятости	Не работает (безработный, пенсионер)	303	30,3
	Работает по найму	608	60,8
	Предприниматель	89	8,9
Стадии злокачественного процесса	I стадия (T1N0M0)	526	52,6
	II стадия (T1N0M0)	400	40,0
	III стадия (T1N0M0)	70	7,0
	IV стадия (T1N0M0)	4	0,4

и до 92,4% – на III этапе ($p < 0,05$). Отмечено, что 7,6% пациентов не ценят жизнь и здоровье, не мотивированы на их сохранение. Установлено, что уровень реализации ресурса по мотивационно-ценностному компоненту ниже у пациентов мужского пола по сравнению с пациентами женского пола: соответственно 73,4 и 84,5% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам больных достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Анкетирование в динамике лечебно-диагностического процесса показало, что коммуникативный ресурс пациентов имеет низкие значения: на I этапе – 69,5%, на II этапе – 70,5%, на III этапе – 71,2%. Это говорит о нарушении взаимопонимания

Таблица 3. Результаты количественной оценки ресурсного потенциала пациента онкологического профиля
Table 3. Results of quantitative assessment of the resource potential of an oncological patient

Компоненты	Оценки по этапам лечебно-диагностического процесса					
	I этап		II этап		III этап	
	индекс реализации	резерв ресурса	индекс реализации	резерв ресурса	индекс реализации	резерв ресурса
Информационный	65,5	34,5	72,5	27,5	74,5	25,5
Приверженности	74,5	25,5	87,3	12,7	89,7	10,3
Здоровьесбережения	68,5	31,5	89,2	10,8	91,2	8,8
Мотивационно-ценностный	82,3	17,7	90,5	9,5	92,4	7,6
Коммуникативный	69,5	30,5	70,5	29,5	71,2	28,8
Качества жизни	73,4	26,6	65,5	34,5	61,4	38,6
Семейной адаптации	82,5	17,5	73,2	26,8	67,8	32,2

между врачами и пациентами, которое делает более вероятными конфликтные ситуации, создает «шумы» коммуникаций. Установлено, что уровень реализации ресурса по мотивационно-ценностному компоненту ниже у пациентов мужского пола по сравнению с пациентами женского пола: соответственно 64,8 и 74,8% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам больных достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Одним из ключевых показателей успешности лечебно-диагностических мероприятий является качество жизни пациента. Динамика его оценки показала, что отмечается снижение его реализации с 73,4% на I этапе до 65,5% – на II и 61,4% – на III этапе лечебного процесса ($p < 0,05$), что говорит о недостаточном внимании медико-социальным вопросам поддержки пациента со стороны медицинских организаций. Установлено, что уровень реализации ресурса по компоненту «качество жизни» ниже у пациентов женского пола по сравнению с пациентами мужского пола: соответственно 62,5 и 75,2% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам больных достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

Семья является важным ресурсом адаптации человека к ситуации болезни. Однако опрос показал, что ресурс семейной адаптации в связи с наличием онкологического заболевания реализован на I этапе лечения только в 82,5%, а затем снижается на II этапе до 73,2%, а на III – до 67,8% ($p < 0,05$). Это требует построения плана мероприятий по социально-психологической поддержке пациентов в семье на основе информационно-образовательных и психологических мер коррекции. Установлено, что уровень реализации ресурса по компоненту «семейная адаптация» ниже у пациентов женского пола по сравнению с пациентами мужского пола: соответственно 70,3 и 85,5% ($p < 0,05$). По другим демографическим характеристикам больных достоверных различий не установлено ($p > 0,05$).

По данным экспертной оценки, в группе пациентов с низким уровнем реализации пациентского ресурса частота нарушений результативности помощи в 3 раза выше (34 на 100 случаев помощи) по сравнению с пациентами с высоким уровнем реализации ресурса (11 на 100 случаев); $p < 0,05$. Установлена прямая корреляционная связь результативности онкологической помощи с уровнем реализации ресурса пациентов ($r = 0,89$; $p < 0,05$).

Обсуждение

В ходе исследования получены данные о снижении пациентского ресурса онкологической помощи по всем его выделенным компонентам и установлена его связь с результативностью помощи, что требует совершенствования медико-организационной технологии работы с пациентами онкологического профиля. Предложена медико-организационная технология оказания помощи

пациентам онкологического профиля в условиях прохождения ими этапов лечебно-диагностического процесса, включающая:

1) формирование компьютерной базы данных о рисках нарушения успешности прохождения лечебно-диагностического процесса пациентами по компонентам пациентского ресурса;

2) совершенствование системы мониторинга и наблюдения пациента, в том числе включение в него параметров: оценка психологического и медико-социального статуса пациента, семейной адаптации; оценка динамики качества жизни;

3) формирование системы мультипрофессионального сопровождения пациента на этапах лечебно-диагностического процесса и коррекция ресурсного потенциала больного, включающая: индивидуальную коррекцию негативных отношений и беспокойства; построение индивидуальной программы медико-социального и социально-психологического сопровождения, консультации по формированию здоровьесберегающего поведения, правовой и медицинской грамотности. Необходимо привлечение к этой работе медиков-волонтеров из числа студентов медицинских вузов и колледжей;

4) совершенствование взаимодействия врача – онколога, психолога, администрации и социальных работников на основе создания мультипрофессиональной бригады специалистов, а также формирование единого плана – графика взаимодействия специалистов.

Заключение

Интегральная оценка 10 компонентов пациентского ресурса на этапах лечения в условиях онкологического диспансера позволяет обеспечить мониторинг основных факторов со стороны пациента, определяющих результативность помощи, а также проведение плановых мероприятий по коррекции неблагоприятных и усилению благоприятных факторов. Установлено, что на эффективную реализацию пациентского ресурса при получении онкологической помощи оказывают влияние 2 демографических фактора – образование пациента и пол. При этом у мужчин по сравнению с женщинами ниже реализуются компоненты приверженности, здоровьесбережения, мотивационно-ценностный, но выше – семейной адаптации, качества жизни. Предложенный подход является основой для принятия управленческих решений по созданию благоприятных условий для совершенствования лечебного процесса в условиях онкологического диспансера.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception

of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Муханова К.Ю., Шелемех В.В. Уважение автономии пациента как основа сотрудничества врача и пациента. *Вестник научных конференций*. 2020;5-3(57):76-7 [Mukhanova KYu, Shelemekh VV. Respect for the autonomy of the patient as the basis for cooperation between the doctor and the patient. *Bulletin of Scientific Conferences*. 2020;5-3(57):76-7 (in Russian)].
2. Белевский А.С. Взгляд на пациента с точки зрения пациента: исследование INSPIRE. *Consilium Medicum*. 2007;9(3):40-4 [Belevsky AS. A look at the patient from the patient's point of view: an INSPIRE study. *Consilium Medicum*. 2007;9(3):40-4 (in Russian)].
3. Козлов В.А., Поляков Б.А., Мушников Д.Л. Принципы изучения, оценки, формирования и развития политики здравоохранения в части онкологической помощи населению на региональном уровне. Иваново, 2017 [Kozlov VA, Poliakov BA, Mushnikov DL. Printsipy izucheniia, otsenki, formirovaniia i razvitiia politiki zdravookhraneniia v chasti onkologicheskoi pomoshchi naseleniiu na regional'nom urovne. Ivanovo, 2017 (in Russian)].
4. Ривкина Н. Эффективная коммуникация с пациентом в паллиативной помощи: как сообщить пациенту о переходе к паллиативному лечению. *Московская медицина*. 2016;6(15):32-4 [Rivkina N. Effective communication with the patient in palliative care: how to inform the patient about the transition to palliative treatment. *Moscow Medicine*. 2016;6(15):32-4 (in Russian)].
5. Кожевникова Т.Н., Гривас И.С. Психологические аспекты тяжелооблегленного пациента: взгляд пациента. *Церковь и медицина*. 2022;2(22):87-94 [Kozhevnikova TN, Grivas IS. Psychological aspects of a seriously ill patient: a patient's view. *Church and Medicine*. 2022;2(22):87-94 (in Russian)].
6. Куйдо К.В., Осипов Ф.М. Психологические этапы адаптации пациентов с угрожающими жизни заболеваниями и рекомендации в решении психологических проблем пациентов. *Труды международного симпозиума «Надежность и качество»*. 2021;2:320-2 [Kuido KV, Osipov FM. Psychological stages of adaptation of patients with life-threatening diseases and recommendations in solving psychological problems of patients. *Proceedings of the international symposium "Reliability and quality"*. 2021;2:320-2 (in Russian)].
7. Алексеева Г.Н., Кики П.Ф., Измайлова О.А., и др. Модель организации онкологической помощи населению региона. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017;61(6):284-91 [Alekseeva GN, Kiku PF, Izmailov OA, et al. Model of oncology aid rendered to population of the region. *Health of the Russian Federation*. 2017;61(6):284-91 (in Russian)].
8. Runciman WB, Edmonds MJ, Pradhan M. Setting priorities for patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2012;11:224-9.
9. Sheikh A, Panesar SS, Larizgoitia I, et al. Safer primary care for all: a global imperative. *Lancet Glob Health*. 2013;1:182-3.
10. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2011;322:517-9.
11. Wachter RM, Pronovost P, Shekelle P. Strategies to improve patient safety: the evidence base matures. *Ann Intern Med*. 2013;158(5):350-2.
12. Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare. *Health Technol Assess*. 2015;9(19):110-43.

Статья поступила в редакцию / The article received: 19.09.2023

Статья принята к печати / The article approved for publication: 06.12.2023



OMNIDOCTOR.RU