

ВЛИЯНИЕ ПОДХОДОВ В КОММУНИКАЦИИ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Т.И. Ярославцева

ГБУЗ «Городская поликлиника №66 Департамента здравоохранения Москвы», ул. Салтыковская 11Б, г. Москва, Российская Федерация, 111672.

Основные положения

Эффективная коммуникация между врачом и пациентом не просто улучшает взаимопонимание и доверие, но и является мощным инструментом для повышения приверженности пациента лечению и улучшению качества жизни.

Аннотация

Одной из главных задач современной системы здравоохранения является обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью. С одной стороны, одно из важнейших условий для этого - строгое следование врачом национальным рекомендациям и международным стандартам, а с другой, необходимость построения эффективных и доверительных взаимоотношений с пациентом для повышения приверженности лечению. Наиболее распространенным в Европе алгоритмом построения коммуникации является Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования. Она построена на научных доказательствах и в своей основе использует принципы эффективного общения. Данная статья посвящена анализу структуры данной модели, важности эмоциональной поддержки пациента и совместного принятия решений, а также обзору исследований по результативности использования приемов коммуникации в паре «врач-пациент» для создания доверительных, взаимовыгодных отношений и повышения качества оказания медицинской помощи.

Цель данной статьи — дать общее представление о существующих моделях коммуникации, их преимуществах и недостатках, влиянии на эффективность лечения и приверженности терапии, а также дать углубленную информацию о современной и наиболее часто рекомендуемой Калгари-Кембриджской модели.

Ключевые слова: коммуникация, коммуникативные компетенции, врач-пациент, Калгари-Кембриджская модель, приверженность.

Автор, ответственный за переписку: Ярославцева Татьяна Ильинична, ГБУЗ «Городская поликлиника №66 Департамента здравоохранения Москвы», ул. Салтыковская 11Б, Москва, Российская Федерация, 111672, tatka.21@mail.ru.

Для цитирования: Ярославцева Т.И. Влияние подходов в коммуникации на взаимодействие врача и пациента. Инновационное развитие врача. 2024. №2. С. 30-38. doi: 10.24412/ci-37091-2024-2-30-38

Поступила в редакцию: 21.07.2024;

поступила после доработки: 14.11.2024;

принята к печати: 02.12.2024

THE INFLUENCE OF COMMUNICATION APPROACHES ON DOCTOR-PATIENT INTERACTION

Tat'yana I. Yaroslavtseva

City Polyclinic № 66, Moscow Department of Health, Saltykovskaya st., 11B, Moscow, Russian Federation, 111672.

Highlights

Effective communication between a doctor and a patient not only strengthens mutual understanding and trust but also plays a crucial role in improving patient adherence to treatment and enhancing quality of life.

Abstract

One of the key objectives of modern healthcare systems is to provide the population with accessible, high-quality medical care. On one hand, a crucial factor in achieving this goal is the doctor's strict adherence to national guidelines and international standards. On the other hand, it is equally important to build effective, trust-based relationships with patients to improve treatment adherence. The most widely used communication framework in Europe is the Calgary-Cambridge model of medical consultation. This model is grounded in scientific evidence and emphasizes the principles of effective communication. This article focuses on analyzing the structure of this model, the role of emotional support for patients, shared decision-making, and reviewing research on the effectiveness of communication techniques in the doctor-patient relationship. The aim of this article is to provide an overview of existing communication models, their advantages and disadvantages, their impact on treatment effectiveness and therapy adherence, as well as to provide in-depth information about the current and most frequently recommended Calgary-Cambridge model.

Keywords: communication, communicative competence, doctor-patient, Calgary-Cambridge model, adherence.

Corresponding author: Tat'yana I. Yaroslavl'tseva, City Polyclinic № 66, Moscow Department of Health, Saltikovskaya st., 11B, Moscow, Russian Federation, 111672, tatka.21@mail.ru.

For citation: Yaroslavl'tseva TI. The influence of communication approaches on doctor-patient interaction. Innovative doctor's development. 2024;(2): 30-38. doi: 10.24412/ci-37091-2024-2-30-38

Received: 21.07.2024;

received in revised from: 14.11.2024;

accepted: 02.12.2024

Введение

Стратегия развития современной системы здравоохранения России направлена на оказание доступной и качественной медицинской помощи всем гражданам нашей страны. Это достигается не только за счет строго следования клиническим рекомендациям и другим нормативным документам. Эффективность лечебного процесса зависит и уровня доверия между врачом и пациентом, а также от психологических аспектов их взаимоотношений [1].

В своей ежедневной работе врач контактирует с большим количеством людей: это и пациенты и их родственники, и коллеги, и руководство, что делает коммуникации одним из важнейших «мягких» навыков». Ю.М. Жуков и Л.А. Петровская определяют коммуникативную компетентность как «способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с партнерами, что способствует успешности и востребованности человека в социальной среде». В медицинской сфере коммуникативная компетентность представляет собой собирательное понятие, включающее совокупность знаний, навыков и личных качеств, необходимых для эффективного общения и взаимопонимания сторон. Использование специальных приемов позволяет быстро и эффективно выстроить взаимодействие между врачом и пациентом. Высокое качество коммуникации стоит по важности в одном ряду с профессиональными знаниями, навыками и клиническим мышлением [2, 3].

В исследовании Zolnierek K.B. было доказано, что

качественная коммуникация в сфере оказания медицинской помощи очень тесно связана с ростом приверженности пациентов лечению, а обучение врачей данному навыку приводило к улучшению взаимоотношений и косвенно сказывалось на комплаентности. Полученные результаты подтверждают гипотезу о важности коммуникации и делают акцент на необходимость дополнительного развития данного направления [4].

В статье мы рассмотрим, как использование различных моделей коммуникации влияет на медицинские процессы, на взаимоотношения между врачом и пациентом для формирования понимания и доверия.

Анализ моделей коммуникации

По мнению американского исследователя Р. Витча, существуют 4 модели взаимоотношений врач-пациент: инженерная, патерналистская, коллегиальная и контрактная.

Инженерная модель подразумевает отношение к пациенту как обезличенному механизму, в котором выявлена какая-то поломка. Духовный и физический мир рассматриваются раздельно, а цель врача просто устранить неисправность. Данный подход является технократическим, что нарушает принцип уважения прав и достоинства человека. Врач берет ответственность за результат лечения полностью на себя, а

пациент не участвует в обсуждении процесса лечения. В качестве примера можно привести устаревшую практику разлучения матери и новорожденного в послеродовом периоде.

Медицинский паттернализм – достаточно распространенная в современной медицине модель взаимоотношений, когда врач выступает в качестве «отца», а пациент в роли «ребенка», о котором заботятся. Действия врача направлены на достижения блага пациента, и именно заботой оправдывается выбор диагностического или лечебного вмешательства, независимо от наличия информированного добровольного согласия. При этом роль пациента пассивна, он не принимает решений, его уровень знаний о собственном здоровье ограничен, хотя он уверен, что знает достаточно. Основным недостатком заключается в том, что пациент не участвует в управлении своим здоровьем и выборе дальнейшей тактики лечения [5].

Модель коллегиального типа, или модель сотрудничества, предполагает равновесие между участниками лечебного процесса. Основная цель врача и пациента – лечение заболевания. Отношения строятся на признании равных прав обоих, несмотря на расу, национальность, образование, возраст и т. д. Врач предоставляет полную информацию о заболевании, его причинах, методах диагностики, а также наиболее подходящих способах лечения. Пациент в некоторой степени уравнивается в информированности с врачом и может принимать участие в принятии решений, что является реализацией права личности на свободу выбора. Очень эффективно данная модель может применяться при работе с пациентами с хроническими заболеваниями [6].

Четвёртая модель, которую выделяет Р. Витч, называется «контрактная». Как следует из названия, объем обязательств и ответственности обеих сторон оговаривается заранее в письменной или устной форме. Итоговой целью взаимоотношений является удовлетворение запросов клиента, что повышает вероятность повторного визита. Пациент, в свою очередь, также оценивает работу врача исходя из своего уровня медицинской грамотности, контролируя процесс исполнения контакта. Если одна из сторон не исполняет условия договора, он расторгается, в том числе с взаимным компенсацией. В практике такой тип взаимоотношений возможен при острых, непродуктивных заболеваниях; в стоматологии, дерматовенерологии, косметологии [7].

Калгари-Кембриджская модель

На сегодняшний день для повышения эффективности взаимодействия врача и пациента разработана Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования, в основе которой лежат базовые принципы коммуникации. Структура модели создана с учетом научных доказательств и разделена на несколько этапов: начало консультации, сбор информации, осмотр, разъяснение и планирование, завершение приема. При этом структурирование консультации и выстраивание отношений идут одно-

временно и непрерывно от начала до конца [8].



Рисунок. Этапы Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации

Figure. Stages of the Calgary-Cambridge Model of Medical Consultation

Каждый этап имеет свои задачи, для решения которых необходимо обладать следующими навыками:

- сотрудничество (выстраивание отношений);
- слушание и наблюдение за пациентом (использование пауз, фасилитаций, считывание сигналов пациента);
- техника формулирования вопросов;
- структурирование опроса пациента;
- дозирование разъяснений;
- обобщение (в том числе промежуточное), скрининг и озвучивание списка проблем, «повестка» консультации;
- уточнение;
- принимающее реагирование врача, поддержка пациента;
- «вовлечение» пациента, разрешение (пациента врачу), предложение своих мыслей (врач пациенту);
- эмпатия.

Данные навыки хорошо отражают пациент – центрированный подход. Он сконцентрирован на понимании пациента и соответствующем реагировании при коммуникации [2].

Разберем этапы более подробно. Первый этап – это начало консультации. Необходимо познакомиться с пациентом, создать психологически комфортную обстановку, проявить эмпатию. В начале приема рекомендуется задавать открытые вопросы, не перебивая пациента. Установлено, что в среднем врач перебивает пациента спустя 18 секунд с начала его монолога, и лишь 23 % пациентов договаривают вступительные слова [7, 8]. В случае, когда врач перебивает рассказ пациента, последний берет на себя пассивную роль в ожидании, что врач сам задаст ему нужные вопросы. Не всегда первично озвученная фраза является ключевой жалобой. По ходу рассказа пациента можно услышать совершенно другую причину его обращения. Чем дольше врач слушает, не перебивая, тем больше выявляется жалоб. Продолжительность консультации не увеличивается, так как на открывающий рассказ в среднем уходит 60 секунд (максимум 150, если просили продолжить). А общая продолжительность составляет 7,8–8,5–10,9 минут [8]. Необходимо фиксировать все жалобы пациента для их структурирования и детализации.

Важно показать пациенту, что врач заинтересован в его проблеме и готов ему помочь.

На втором этапе проводится сбор информации. Врач подробно расспрашивает анамнез пациента, переходя постепенно от открытых вопросов к закрытым, поощряет рассказ, не торопит, не перебивает, поддерживает паузы, следит за жестами пациента и языком тела, вербальными и невербальными сигналами. За сбором анамнеза следует осмотр. Необходимо разъяснить пациенту план предстоящего осмотра, рассказать, что после вы обязательно дадите свои комментарии и рекомендации. Объяснениям и планированию посвящен четвертый этап. Врачу следует предлагать партнерские отношения, «дробить» информацию, оценивать имеющиеся знания пациента по его заболеванию, давать уместные умозаключения и рекомендации на текущий момент; согласовывать с пациентом план диагностики и лечения, который должен быть не только эффективным, но комфортным, особенно если это пациент с хроническим заболеванием; отслеживать невербальные сигналы пациента, свидетельствующие о несогласии пациента с врачом (пожимание плечами, покашливание и т.п.) [7].

Далее врач завершает прием. На данном этапе подводятся итоги и составляются планы дальнейших действий; выбирается маршрутизация пациента и даются инструкции на случай, если что-то пойдет не по плану [9].

Использование Калгари-Кембриджской модели повышает медицинскую результативность и приверженность лечению, снижает число жалоб и судебных исков [7]. В связи с имеющимися данными по эффективности использования данной модели в профессиональной деятельности зарубежных врачей в нашей стране проводится ее активное внедрение в структуру первичной, а также первичной специализированной аккредитации. Структура модели лежит в основе алгоритма действий на стадии сбора жалоб и анамнеза на первичном амбулаторном приеме, которая направлена на проверку практических навыков коммуникации с целью определения уровня компетенций медицинских работников в данной области [8].

Модель сотрудничества, выделенная Р. Витчем, и Калгари-Кембриджская модели имеют ряд сходств и отличий. Коллегиальный тип взаимодействия может быть более эффективным в контексте создания доверительных отношений, учета психологических аспектов пациента и его эмоциональных переживаний. Калгари-Кембриджская модель больше ориентирована на организацию эффективной передачи медицинской информации и структурированное принятие решений. Р. Витч рассматривает врача как партнера в процессе принятия решений, акцентируя внимание на совместном подходе, в то время как Калгари-Кембриджская модель выделяет врача как эксперта, информирующего пациента, но не всегда включает его в процесс принятия решений на одинаковом уровне. В модели сотрудничества делается акцент на равноправном участии пациента в процессах принятия решений, что соответствует современным принципам пациента-ориентированного подхода. В Калгари-Кембриджской модели пациент, как правило, больше

полагается на профессиональное мнение врача-эксперта, который просвещает пациента и помогает принять решение на основе научных данных.

Обе модели коммуникации очень важны и могут быть использованы в зависимости от контекста и потребностей пациента, но в идеале врачи должны сочетать элементы обеих моделей, чтобы не только информировать пациента, но и поддерживать его эмоционально.

Обзор исследований о роли коммуникации

Многие исследования демонстрируют, что врачебная коммуникация, включая эмпатию, ясность и открытость, играет важную роль в повышении приверженности пациента к лечению. Понимание и применение этих принципов в медицинской практике может существенно улучшить исходы лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Гипертоническая болезнь является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний с низким уровнем контроля во всем мире. По результатам рандомизированного контролируемого исследования, проведенного с участием 240 пациентов с гипертонической болезнью, обратившихся в медицинские клиники Мешхеда (Иран) и 35 врачей, наблюдалось значительное улучшение навыков общения между врачами и пациентами, прошедших специальное обучение навыкам коммуникации. В результате пациенты быстрее достигали целевых цифр артериального давления, увеличилась приверженность режиму лечения и рекомендациям [10].

В Китае в апреле 2019 года было проведено кластерное рандомизированное контролируемое исследование, целью которого была оценка эффективности образовательного вмешательства по улучшению лечения гипертонии, основанного на Калгари-Кембриджской модели. В исследовании приняли участие 27 врачей общей практики и 540 пациентов с неконтролируемой гипертонической болезнью, посещавших 6 общественных медицинских центров в Чанду. Обучение коммуникации, основанное на данной модели, оказалось эффективным способом в краткосрочной перспективе улучшить уровень доверия между пациентом и врачом, а также улучшить результаты лечения гипертонии [11].

Практика самоконтроля оказывает существенное влияние на заболеваемость и смертность при диабете. Хотя качество отношений между пациентом и врачом связано с улучшением показателей здоровья и функционального статуса, мало что известно о влиянии различных стилей взаимодействия сторон лечебного процесса на клинический эффект. Одно из исследований показало, что пациенты с диабетом, которые сообщили о высоком уровне эффективной коммуникации со своими врачами, принимали лекарство согласно назначению чаще, чем те, кто сообщил о низком уровне коммуникации [12]. Другое исследование подчеркивает, что врачи, которые де-

монстрировали высокий уровень эмпатии, оказывали существенное влияние на клинические результаты у пациентов с диабетом, включая приверженность к лечению [13].

Эмпатия является одним из важных аспектов при ведении пациентов с хронической болью. В исследовании Licciardone J.C. et al. было показано, что проявление эмпатии врачом позитивным образом сказывается на состоянии пациента. Авторы делают предположение, что более активные усилия по развитию и улучшению эмпатии врачей окажутся оправданными [14].

Пандемия COVID-19 привела к необходимости использования лицевых масок. В этот период было высказано предположение о том, что использование данного средства индивидуальной защиты негативно влияет на уровень коммуникации. Рандомизированное контролируемое исследование, проведенное в Гонконге показало, что, когда врачи носят маску во время консультаций, это снижает восприятие эмпатии со стороны врача пациентом и уменьшает положительные эффекты непрерывности отношений, что следует учитывать при планировании надлежащего использования масок в стратегии борьбы с инфекционными заболеваниями [15].

Особое место в системе здравоохранения занимают онкологические пациенты. Страх перед данной патологией особенно велик из-за распространенности мнения о бесперспективности лечения. И перед врачом остро встает вопрос – как правильно сообщить пациенту об обнаружении злокачественного новообразования? Самая главная задача врача – максимально сгладить страх у пациента, ведь разговор о предполагаемых сроках жизни является одним из наиболее сложных и напряженных. Проявление в присутствии пациента растерянности, сомнений, неуверенности могут снизить уровень доверия к врачу и убежденности в позитивном исходе. В дальнейшем кризис коммуникации приведет к потере времени и неверному решению, что может ухудшить прогноз и перспективы лечения. В нескольких исследованиях было установлено, что онкологи не получают адекватной подготовки для обсуждения вопросов конца жизни и что для обучения этим навыкам необходимы специализированные программы [16–19]. В то же время результаты исследования, в котором приняли участие 454 пациента показали, что общение с внимательными и эмпатичными врачом приводило к повышению удовлетворенности консультацией, росту самоэффективности пациента и снижению эмоционального дистресса. Противоположные результаты были связаны с недостаточной способностью врача оценивать уровень удовлетворенности пациента. Результаты исследования подтверждают выводы, что коммуникация является основным клиническим навыком для врачей-онкологов и помогает успешно взаимодействовать с пациентами и их родственниками [20].

Инструменты оценки коммуникации

Растущее количество данных свидетельствует о том, что практикующие врачи, которые совершенст-

вуют способы выражения эмпатии и навыки коммуникации, могут улучшить здоровье пациентов и снизить медико-правовой риск. Однако сложно оценить, как эмоции, которые передаются врачом, воспринимаются пациентом. Перекрестное исследование, проведенное в Нидерландах в период с декабря 2016 г. по февраль 2017 г., было посвящено корреляции между выражением сочувствия врачом и восприятием этого чувства пациентом во время консультации. Было показано, что самооценка врачей своего уровня эмпатии, проявленного во время консультации, не позволяют предсказать фактическую степень сочувствия, воспринимаемую их пациентами. Самоотчеты врачей о проявленной эмпатии дают неточное представление и недооценивают эмпатию, воспринимаемую пациентом. Еще один систематический обзор и метаанализ показал, что рейтинги врачей по уровню эмпатии, составленные пациентами, сильно варьируются, при этом практикующие женщины выражают эмпатию пациентам более эффективно, чем практикующие мужчины. Результаты оценивали с помощью показателя консультирования и реляционной эмпатии (CARE), который был разработан как инструмент для оценки восприятия пациентами реляционной эмпатии во время консультации и используется во многих исследованиях. Обоснованность и надежность самого показателя CARE подтверждают многие исследования [23, 24].

Учитывая важность коммуникации между врачом и пациентом, особенно в условиях, когда пациенты стремятся участвовать в принятии решений о собственном лечении, очень важно разработать инструменты для оценки их коммуникативной грамотности в вопросах здоровья. На сегодняшний день существует дефицит методик, которые бы одновременно оценивали оба аспекта — как уровень коммуникации, так и знания пациентов о своем здоровье. Поэтому был разработан инструмент HLS 19-COM-P, предназначенный для оценки уровня грамотности в вопросах здоровья и проверенный на различных популяциях. Он был создан для того, чтобы помочь пациентам более активно участвовать в медицинском диалоге, выражать свои потребности и задавать уточняющие вопросы. Исследование проводилось в девяти странах с участием более 18 тысяч человек. Для проверки надежности инструмента использовались методы анализа Раша и конформаторного факторного анализа. Основные результаты показывают, что версия из 11 пунктов (HLS 19-COM-P-Q11) и сокращенная версия из 6 пунктов (HLS 19-COM-P-Q6) обладают хорошими психометрическими характеристиками, высокой надежностью и подходят для измерения уровня коммуникативной грамотности пациентов [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Обучение врачей навыкам коммуникации в структурированной форме началось в Европе 15–20 лет назад. Было признано, что клиническое наблюдение и личный опыт не всегда являлись эффективными методами, так как могут закреплять ошибки и передавать их следующим поколениям врачей. В Великобритании внедрили программы обучения, осно-

ванные на симуляции, которые доказали свою эффективность. Такие программы помогают улучшить их взаимодействие с пациентами, повысить уверенность врачей и снизить риск жалоб и судебных исков впоследствии.

В России также в последние годы активно развиваются образовательные программы, направленные на развитие навыков общения врачей, в том числе с использованием симуляционных технологий. Использование в программах обучения симуляционных центров актеров, играющих роль пациентов, – один из примеров. Благодаря живому общению врачу проще получить обратную связь. Такие методики применяют в Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И. Мечникова для подготовки не только студентов, но и действующих специалистов, что очень важно для повышения их квалификации. Такие программы помогают врачам развивать эмпатию, а также навыки ведения диалога с пациентами и принятия клинических решений в реальных условиях. В некоторых университетах России такие тренинги вводятся пилотом, но в дальнейшем планируется их широкое внедрение. Инициативные группы и экспертные сообщества, такие как Российское общество симуляционного обучения, продолжают разрабатывать стандарты и модели обучения, адаптируя их к специфике российской медицинской системы.

Вывод

Эффективная коммуникация между врачом и пациентом не просто улучшает взаимопонимание и доверие, но и является мощным инструментом для

повышения приверженности пациента лечению.

Обеспечение доступности информации, эмоциональная поддержка, совместное принятие решений и использование современных технологий в коммуникации могут значительно улучшить исходы лечения и качество жизни пациентов.

Однако следует подчеркнуть, что современные реалии системы здравоохранения требуют от врачей не только высококвалифицированного профессионализма, но и гибкости в подходах к каждому пациенту. В условиях постоянно меняющихся медицинских технологий, увеличивающихся потребностей пациентов и стремительного развития цифровых платформ, важность индивидуального подхода, учитывающего личные особенности каждого пациента, становится всё более очевидной. Врачам важно уметь адаптировать свои коммуникационные стратегии, учитывая социальные, культурные и психологические факторы, что позволит не только эффективно решать медицинские задачи, но и укреплять доверие пациентов, создавая атмосферу взаимного уважения и понимания. Такой подход требует от специалистов постоянного совершенствования знаний и коммуникативных навыков для поиска оптимальных решений в каждой конкретной ситуации.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Информация об авторе

Ярославцева Татьяна Ильинична, врач-терапевт, ГБУЗ «Городская поликлиника №66 Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Российская Федерация
ORCID: 0009-0006-1553-3688

Information about the author

Tatyana I. Yaroslavtseva, MD, City Polyclinic № 66, Moscow Department of Health, Moscow, Russian Federation.
ORCID: 0009-0006-1553-3688

Список литературы

1. Киселев В.М., Ягенич Л.В. Врачебная тайна и медицинская коммуникация в практической деятельности врача // Конвергентные технологии XXI: вариативность, комбинаторика, коммуникация: материалы III Международной междисциплинарной научной конференции, Симферополь, 28 ноября 2018 года. – Симферополь: Общество с ограниченной ответственностью "Антиква", 2019. С. 38–43.
2. Симкова К.С., Харьковская О.А. Коммуникативные навыки врачей: обзор литературы // Инновационная наука. 2020. № 11. С. 178–180.
3. Аббаева В.А. Калгари-Кембриджская модель общения с пациентом // Молодой ученый. 2022. № 1 (396). С. 23–24.
4. Zolnieriek K.B., Dimatteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis // Med Care. 2009. Vol. 47, №8. P. 826–34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
5. Климович А.И. Эволюция моделей коммуникации врач-пациент в современной медицине // Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е.

Педагогические науки. 2019. № 15. С. 88-91.

6. Самохина А.К., Давыдова Р.Р. Архетипические основания моделей взаимодействия врача и пациента // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6, № 5. С. 988-989.

7. Постникова А.В., Емельянова Е.А. Использование коммуникативных моделей взаимоотношений врач-пациент по Роберту Витчу в современной медицинской практике // Надежды: Сборник научных статей студентов Молодежной межвузовской научно-практической конференции, Нижний Новгород, 28-29 апреля 2023 года. №17. Нижний Новгород: Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, 2023. С. 82-85.

8. Шеховцов В.П., Шехар Л.Х. Калгари - Кембриджская модель клинического общения в развитии коммуникативных навыков врача // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики: Материалы 7-й Международной научно-практической и образовательной конференции, Тверь, 11 апреля 2019 года. Тверь: ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, 2019. С. 50-54.

9. Heritage J., Robinson J.D. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions // Health Commun. 2006. Vol. 19, N 2. P. 89-102. doi: 10.1207/s15327027hc1902_1

10. Tavakoli Sany S.B., Behzad F., Ferns G., et al. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial // BMC Health Serv Res. 2020. Vol. 20, №1. P. 60. doi: 10.1186/s12913-020-4901-8

11. Zou C., Deng C., Luo J., et al. The impact of communication training on the clinical care of hypertension in general practice: a cluster randomized controlled trial in China // BMC Prim Care. 2024. Vol. 25, №1. P. 98. doi: 10.1186/s12875-024-02344-1

12. Heisler M., Bouknight R.R., Hayward R.A., et al. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management // J Gen Intern Med. 2002. Vol. 17, №4. P. 243-52. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10905.x

13. Hojat M., Louis D.Z., Markham F.W., et al. Physicians' Empathy and clinical outcomes for diabetic patients // Acad Med. 2011. Vol. 86, №3. P. 359-64. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1

14. Licciardone J.C., Tran Y., Ngo K., et al. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes // JAMA Netw Open. 2024. Vol. 7, №4. P. e246026. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.6026

15. Wong C.K., Yip B.H., Mercer S., et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity:

a randomised controlled trial in primary care // BMC Fam Pract. 2013. No 14. P. 200. doi: 10.1186/1471-2296-14-200

16. Grane L., Krzyzanowska M.K., Tozer R., et al. Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life // J Oncol Pract. 2013. Vol. 9, №4. P. e129-135. doi: 10.1200/JOP.2012.000800

17. Eid A., Petty M., Hutchins L., et al. "Breaking bad news": standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses // J Cancer Educ. 2009. Vol. 24, №2. P. 154-9. doi: 10.1080/08858190902854848

18. Back A.L., Arnold R.M., Baile W.F., et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care // Arch Intern Med. 2007. Vol. 167, №5. P. 453-460. doi: 10.1001/archinte.167.5.453

19. Kissane D.W., Bylund C.L., Banerjee S.C., et al. Communication skills training for oncology professionals // J Clin Oncol. 2012. Vol. 30, №11. P. 1242-7. doi: 10.1200/JCO.2011.39.6184

20. Zachariae R., Pedersen C.G., Jensen A.B., et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease // Br J Cancer. 2003. Vol. 88, №5. P. 658-65. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798

21. Hermans L., Olde Hartman T.C., Dielissen P.W. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care // Br J Gen Pract. 2018. Vol. 68, №674. P. e621-e626. doi: 10.3399/bjgp18X698381

22. Howick J., Steinkopf L., Ulyte A., et al. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. BMC Med Educ. 2017. Vol. 17, №1. P.136. doi: 10.1186/s12909-017-0967-3

23. Mercer S.W., Maxwell M., Heaney D., et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Fam Pract. 2004. Vol. 21, №6. P. 699-705. doi: 10.1093/fampra/cmh621

24. Mercer S.W., McConnachie A., Maxwell M., Heaney D., et al. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. Fam Pract. 2005. Vol. 22, №3. P. 328-334. doi: 10.1093/fampra/cmh730

25. Finbraten H.S., Nowak P., Griebler R., et al. The HLS19-COM-P, a new instrument for measuring communicative health literacy in interaction with physicians: development and validation in nine European countries // Int J Environ Res Public Health. 2022. Vol. 19, №18. P. 11592. doi: 10.3390/ijerph191811592

References

1. Kiselev VM, Yagenich LV. Vrachebnaya tajna i medicinskaya kommunikaciya v prakticheskoj deyatelnosti vracha. Konvergentnye tehnologii HKH: variativnost', kombinatorika, kommunikaciya: materialy III Mezhduнародnoj mezhdisciplinarnoj nauchnoj konferencii, Simferopol', 28 of November 2018. Simferopol': "Antikva" LLC, 2019, p. 38-43.
2. Simkova KS, Har'kova OA. Kommunikativnye navyki vrachej: obzor literatury. Innovacionnaya nauka. 2020;(11): 178-180.
3. Abaeva VA. Kalgari-Kembridzhskaya model' obshcheniya s pacientom. Young scientist. 2022; 1 (396): 23-24.
4. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
5. Klimovich AI. The evolution models of the communication in the modern medicine Vestnik Polockogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya E. Pedagogicheskie nauki. 2019;(15): 88-91.
6. Samohina AK, Davydova RR. Arhetipicheskie osnovaniya modelej vzaimodel'stviya vracha i pacienta. Bulletin of medical internet conferences. 2016;6(5):988-989.
7. Postnikova AV, Emel'yanova EA. Ispol'zovanie kommunikativnykh modelej vzaimootnoshenij vrach-pacient po Robertu Vitcu v sovremennoj medicinskoj praktike // Nadezhdy: Sbornik nauchnykh statej studentov Molodezhnoj mezhdvuzovskoj nauchno-prakticheskoj konferencii, Nizhniy Novgorod, 28-29 of April 2023 / Nauchnyj redaktor Z.H. Saraliev. Tom Vypusk 17. – Nizhniy Novgorod: Nacional'nyj issledovatel'skij Nizhegorodskij gosudarstvennyj universitet im. N.I. Lobachevskogo, 2023, p. 82-85
8. Shekhovcov VP, Shekhab LH. Kalgari - Kembridzhskaya model' klinicheskogo obshcheniya v razviti komunikativnykh navykov vracha. Medicinskiy diskurs: voprosy teorii i praktiki: Materialy 7y Mezhduнародnoj nauchno-prakticheskoj i obrazovatel'noj konferencii, Tver', 11 of April 2019. Tver': Tver' State Medical Academy, 2019. P. 50-54.
9. Heritage J, Robinson JD. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. Health Commun. 2006; 19(2): 89-102. doi: 10.1207/s15327027hc1902_1
10. Tavakoli Sany SB, Behzad F, Ferns G, et al. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):60. doi: 10.1186/s12913-020-4901-8
11. Zou C, Deng L, Luo J, et al. The impact of communication training on the clinical care of hypertension in general practice: a cluster randomized controlled trial in China. BMC Prim Care. 2024;25(1):98. doi: 10.1186/s12875-024-02344-1
12. Heister M, Bouknight RR, Hayward RA, et al. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. J Gen Intern Med. 2002;17(4):243-52. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10905.x
13. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med. 2011;86(3):359-64. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
14. Licciardone JC, Tran Y, Ngo K, et al. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. JAMA Netw Open. 2024;7(4):e246026. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.6026
15. Wong CK, Yip BH, Mercer S, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC Fam Pract. 2013;14:200. doi: 10.1186/1471-2296-14-200
16. Granek L, Krzyzanowska MK, Tozer R, et al. Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. J Oncol Pract. 2013;9(4):e129-35. doi: 10.1200/JOP.2012.000800
17. Eid A, Petty M, Hutchins L, et al. "Breaking bad news": standardized patient intervention improves communication skills for hematology-oncology fellows and advanced practice nurses. J Cancer Educ. 2009;24(2):154-9. doi: 10.1080/08858190902854848
18. Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med. 2007;167(5):453-60. doi: 10.1001/archinte.167.5.453
19. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, et al. Communication skills training for oncology professionals. J Clin Oncol. 2012;30(11):1242-1247. doi: 10.1200/JCO.2011.39.6184
20. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. Br J Cancer. 2003;88(5):658-65. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798
21. Hermans L, Olde Hartman TC, Dielissen PW. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2018;68(674):e621-e626. doi: 10.3399/bjgp18X698381
22. Howick J, Steinkopf I, Ulyte A, et al. How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys. BMC Med Educ. 2017;17(1):136. doi: 10.1186/s12909-017-0967-3
23. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Fam Pract. 2004;21(6):699-705. doi: 10.1093/fampra/cmh621
24. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M, et al. Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice.

Fam Pract. 2005;22(3):328-34. doi: 10.1093/fampra/cmh730

25. Finbraten HS, Nowak P, Griebler R, et al. The HLS19-COM-P, a new instrument for measuring communicative

health literacy in interaction with physicians: development and validation in nine European countries. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18):11592. doi: 10.3390/ijerph191811592
