

Проблемы коммуникации врача и пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи: возможные решения

© Д.Р. ДАВИДОВ¹, А.С. МОСКВИЧЕВА^{1,2}, И.Б. ШИКИНА², Л.Б. ШУБИНА³

¹НОЧУ ВО «Московский финансово-промышленный университет «Синергия», Москва, Россия;

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» Минобрнауки России, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Профессионально выстроенный коммуникативный акт позволяет повысить доверие к врачу и приверженность к лечению у пациента, удовлетворенность медицинской консультацией обоих участников, снизить риск эмоционального выгорания и халатности у медицинского работника. Несмотря на активное внимание к проблеме коммуникации в медицине и проведение многочисленных тренингов, проблема сохраняется вне зависимости от стажа врача по специальности, в том числе из-за отсутствия коммуникационных моделей, удовлетворяющих запросы специалистов.

Цель исследования. Изучить влияние коммуникативной модели, разработанной авторами, на уровень удовлетворенности врача и пациента медицинской консультацией; выявить наиболее проблемные точки взаимодействия для анализа и дальнейшего совершенствования.

Материалы и методы. В амбулаторных условиях врачам и пациентам предлагалось оценить удовлетворенность медицинской консультацией, дважды заполнив авторскую анонимную анкету до и после прохождения врачами тренинга по использованию модели коммуникации. На первом и втором этапах заполнено по 160 анкет (по 80 анкет для врачей и для пациентов). Анкеты подвергли статистической обработке, данные сформированы в виде графиков.

Результаты. После прохождения тренинга удовлетворенность медицинской консультацией повысилась у врачей и пациентов. Наиболее заметные изменения коснулись момента начала консультации, логики и структуриности обсуждений, повышения вовлеченности пациента, подведения итогов консультации. Низкое количество баллов сохранилось при оценке возможности обсуждения сомнений, ожиданий и страхов пациента, поэтому необходимы дальнейшие исследования. Дополнительно отмечена более высокая частота совпадений выставляемых врачами и пациентами оценок аналогичных пунктов опросника.

Заключение. Следование предложенной коммуникативной модели во время приема позволило повысить удовлетворенность медицинской консультацией врача и пациента. Косвенно такой результат влияет на повышение комплаенса пациента и снижение риска эмоционального выгорания врача.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, общение в медицине, обучение коммуникации, модели общения

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Давидов Д.Р. — <https://orcid.org/0000-0003-4576-6854>

Москвичева А.С. — <https://orcid.org/0000-0002-0381-4662>

Шикина И.Б. — <https://orcid.org/0000-0003-1744-9528>

Шубина Л.Б. — <https://orcid.org/0000-0002-4589-5712>

Автор, ответственный за переписку: Давидов Д.Р. — e-mail: rew4er@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Давидов Д.Р., Москвичева А.С., Шикина И.Б., Шубина Л.Б. Проблемы коммуникации врача и пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи: возможные решения. *Профилактическая медицина*. 2025;28(2):19–24.

<https://doi.org/10.17116/profmed20252802119>

Problems of communication between a doctor and a patient in the provision of primary health care: possible solutions

© D.R. DAVIDOV¹, A.S. MOSKVICHEVA¹, I.B. SHIKINA², L.B. SHUBINA³

¹Synergy University, Moscow, Russia;

²Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;

³M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ABSTRACT

Professionally constructed communicative act allows to increase the confidence in doctor and compliance to treatment in patient, satisfaction with medical consultation of both participants, reduce the risk of emotional burnout and negligence of medical professional. Despite the active attention to the issue of communication in medicine and performance of numerous trainings, the problem persists regardless of doctor's employment period in specialty, including due to the lack of communicative models that meet the needs of specialists.

Objective. To study the influence of communicative model developed by the authors on the level of doctor's and patient's satisfaction with medical consultation; to identify the most problematic points of interaction for analysis and further improvement.

Materials and methods. Doctors and patients were asked to assess their satisfaction with the medical consultation in the outpatient setting by filling out an authorial anonymous questionnaire twice before and after the training of doctors on the use of the communication model. At the first and second stages, 160 questionnaires were completed (80 questionnaires for doctors and 80 — for patients). The questionnaires were statistically processed, data were formed into graphs.

Results. Satisfaction with medical consultation increased in both doctors and patients after the training completion. The most noticeable changes affected the beginning of consultation, logic and structure of discussions, increase of patient's involvement and consultation summing up. Low scores were maintained in the evaluation of possibility of discussing the patient's doubts, expectations and fears, so further research is needed. Additionally, a higher coincidence frequency of ratings by doctors and patients on similar questionnaire items has been noted.

Conclusion. Following the proposed communicative model during the attendance has allowed to increase the doctor's and patient's satisfaction with medical consultation. Indirectly this result has an impact on the increase of patient's compliance and reduction of doctor's emotional burnout risk.

Keywords: *communicative skills, communication in medicine, communication training, models of communication*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Davidov D.R. — <https://orcid.org/0000-0003-4576-6854>

Moskvicheva A.S. — <https://orcid.org/0000-0002-0381-4662>

Shikina I.B. — <https://orcid.org/0000-0003-1744-9528>

Shubina L.B. — <https://orcid.org/0000-0002-4589-5712>

Corresponding author: Davidov D.R. — e-mail: rew4er@yandex.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Davidov DR, Moskvicheva AS, Shikina IB, Shubina LB. Problems of communication between a doctor and a patient in the provision of primary health care: possible solutions. *The Russian Journal of Preventive Medicine*. 2025;28(2):19–24. (In Russ.).

<https://doi.org/10.17116/profmed20252802119>

Введение

Важность эффективных навыков коммуникации специалистов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, неоднократно продемонстрирована в исследованиях [1, 2]. Навыки коммуникации облегчают труд медицинских работников, позволяя узнавать важные жалобы или детали анамнеза пациента, выстраивать доверительные отношения для проведения диагностики и курса лечения, для обучения пациента управлению своим заболеванием. Профессионально выбранная стратегия общения формирует у пациентов уверенность в том, что врачу известны все необходимые детали развития и течения заболевания, что он принял их во внимание и сможет доступно и детально разъяснить этиологию развития нарушений здоровья, способы модификации причинных факторов и дальнейшие пути профилактических мероприятий. Стиль общения врача влияет также на приверженность пациентов лечению, что косвенно сказывается и на исходах, и на прогнозе заболевания [3, 4].

Обучение коммуникативным навыкам представляется важным при оказании экстренной медицинской и паллиативной помощи, что связано с высоким уровнем стресса как у пациента, так и у врача, вынужденного проводить беседу на «трудную» тему. Обучение врачей базовым навыкам коммуникации демонстрирует в исследованиях повышение уверенности при общении с членами семей тяжело больных пациентов [5].

Сложные в коммуникации пациенты чаще встречаются в государственных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях [6]. В исследованиях показано, что проявление эмпатии и правильная интерпретация вербальных и невербальных сигналов пациента коррелируют с уровнем их удовлетворенности медицинской консультацией, с благоприятными исходами

и прогнозом заболевания [7]. Врач-терапевт участковый (врач общей практики) является специалистом «первого контакта», от него зависит маршрутизация пациента, его эмоциональный, психологический и социальный комфорт. Следовательно, чем больше эмпатии проявит врач, тем проще будет диагностировать болезни и проводить лечебные мероприятия [8].

Известно, что в медицине один из самых высоких уровней эмоционального выгорания, при этом в исследованиях показано, что чем более высокий уровень эмпатии (особенно когнитивной эмпатии) демонстрирует медицинский работник, тем ниже вероятность развития этого синдрома [9].

В настоящее время с целью унификации общения в медицине во время приема во всем мире активно применяется Калгари-Кембриджское руководство проведения медицинской консультации. Его образовательная ценность бесспорна, а вот практическое применение весьма дискуссионно [10]. Ранее мы провели анкетирование с целью оценки удовлетворенности врача и пациента качеством проведенной консультации. В результате исследования выявлены проблемы при коммуникации и неудовлетворенность ею как со стороны персонала, так и со стороны пациента, а также расхождение в оценках одних и тех же составляющих медицинской консультации [11].

Цель исследования — изучить влияние коммуникативной модели, разработанной авторами, на уровень удовлетворенности врача и пациента медицинской консультацией; выявить наиболее проблемные точки взаимодействия для анализа и дальнейшего совершенствования.

Материалы и методы

С июля по сентябрь 2023 г. проведен первый этап анкетирования. Удовлетворенность проведенной медицин-

ской консультацией оценивали на основании анализа анкет, заполненных в ГБУЗ Московской области «Котельниковская городская поликлиника». Анкеты утверждены этическим комитетом по экспертизе социологических исследований в сфере общественного здравоохранения (протокол № 3 от 20.12.2022) и внедрены распоряжением главного врача ГБУЗ МО «Котельниковская городская поликлиника» от 08 июня 2023 г.

В пилотном проекте участвовали сотрудники филиала поликлиники, в котором работают 8 врачей-терапевтов участковых и 2 врача общей практики (семейных врача). Стаж работы по специальности не учитывался. Заполнить формы анонимно предлагалось путем сплошной выборки врачам и пациентам сразу после завершения приема.

Критерии включения: факт первичного или повторного приема в день анкетирования и добровольное информированное согласие на участие в исследовании, которое получено в письменной форме.

Факт первичного или повторного приема не фиксировали. Заполнено 160 анкет: 80 анкет для врачей и 80 анкет для пациентов. Дополнительные параметры первого этапа анкетирования и модели анкет опубликованы ранее [11].

В октябре 2023 г. для врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики государственной поликлиники организованы 4 тренинга 1 раз в неделю, ориентированные на развитие коммуникативных навыков, проводимые на протяжении 3 часов приглашенным тьютером-волонтером из образовательной организации. В основе обучения лежала авторская коммуникативная модель, разработанная совместно с сотрудниками кафедры клинического моделирования и мануальных навыков МНОЦ МГУ. Проведение медицинской консультации в соответствии с опорными пунктами этой модели, представляющей собой блок-схему, позволяет врачу вести прием последовательно, используя персонифицированный подход и дополняя взаимодействие с пациентом рекомендованными невербальными сигналами.

С ноября 2023 г. по апрель 2024 г. проведен второй этап анкетирования. Анкету после завершения медицинской консультации путем сплошной выборки заполняли респонденты, включенные в исследование.

Критерии включения: согласие врача/пациента; факт прохождения врачом-терапевтом участковым или врачом общей практики тренинга; возможность заполнения

анкеты сразу после первичного или повторного амбулаторного приема.

Критерии исключения: отсутствие приема в день заполнения, отказ от участия в исследовании.

На втором этапе заполнено 160 анкетных форм: 80 анкет — врачами-терапевтами участковыми/врачами общей практики и 80 анкет — пациентами. Отказов от участия в исследовании ни на одном из этапов не было.

Статистический анализ. Все заполненные анкеты обработаны в программе SPSS Statistics 21.0. При анализе использованы медиана и межквартильный размах, среднее и стандартное отклонение. Сравнение групп по возрасту проведено с применением критерия Стьюдента, по полу — критерия хи-квадрат (χ^2). Уровень $p < 0,05$ считался статистически значимым.

Результаты

Проанкетировано 56 мужчин (35%) и 104 женщины (65%), из которых большее количество было в возрасте 45—59 лет (60 человек, 37,5% участников) 60 лет и старше (62 человека, 38,8% участников) (таблица).

До обучения врачей низкие оценки были по трем параметрам: возможность обсуждения сомнений и страхов пациента — 2 балла из 10 (1; 4), логика и структурность получившихся диалогов — 3 балла из 10 (1; 5), завершение консультации и подведение итога врачебного приема (2 балла из 10 (1; 4) (рис. 1). Данные полностью подтвердили результаты предыдущего исследования [11].

После тренинга выявлено повышение оценок врачами проведенной медицинской консультации по показателям, имевшим наиболее низкие оценки до тренинга: подведение итогов консультации оценено в 7 баллов (6; 10),

Половозрастная характеристика респондентов, баллы

Sex and age characteristics of respondents, scores

Возрастная группа, лет	Мужчины, n (%)	Женщины, n (%)
18—25	14 (8,8)	6 (3,8)
26—44	4 (2,5)	14 (8,7)
45—59	16 (10,0)	44 (27,5)
60 лет и старше	22 (13,7)	40 (25,0)

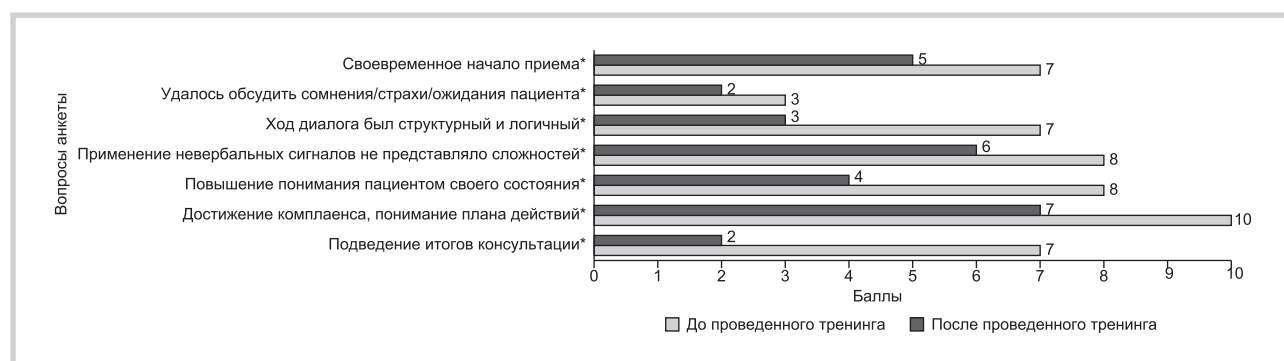


Рис. 1. Сравнительная диаграмма ответов врачей до и после коммуникативного тренинга. Здесь и на рис. 2—4: * — $p < 0,05$.

Fig. 1. Comparative diagram of doctors' answers before and after communicative training. Here and in the fig. 2—4: * — $p < 0,05$.

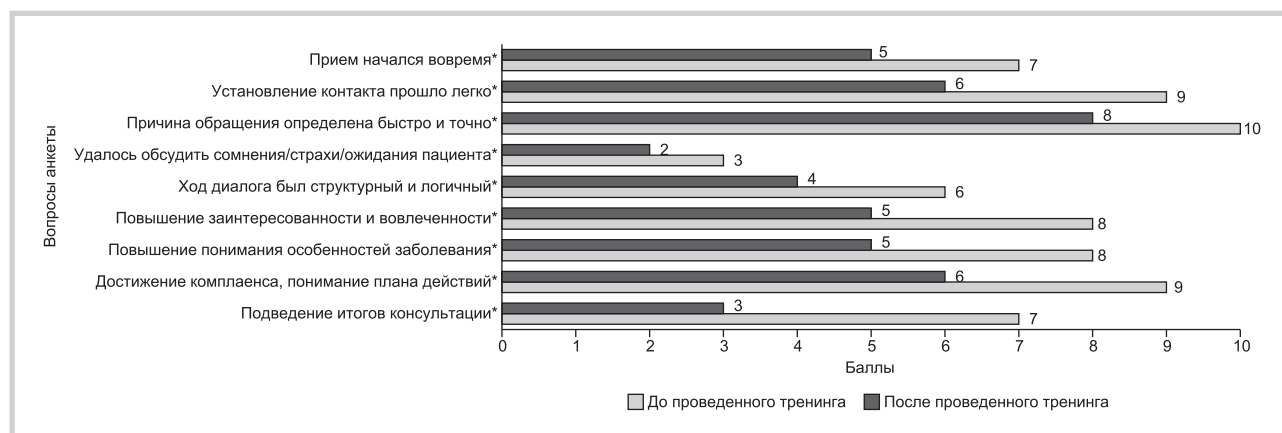


Рис. 2. Сравнительная диаграмма ответов пациентов до и после коммуникативного тренинга врачей.

Fig. 2. Comparative diagram of patients' answers before and after communicative training of doctors.

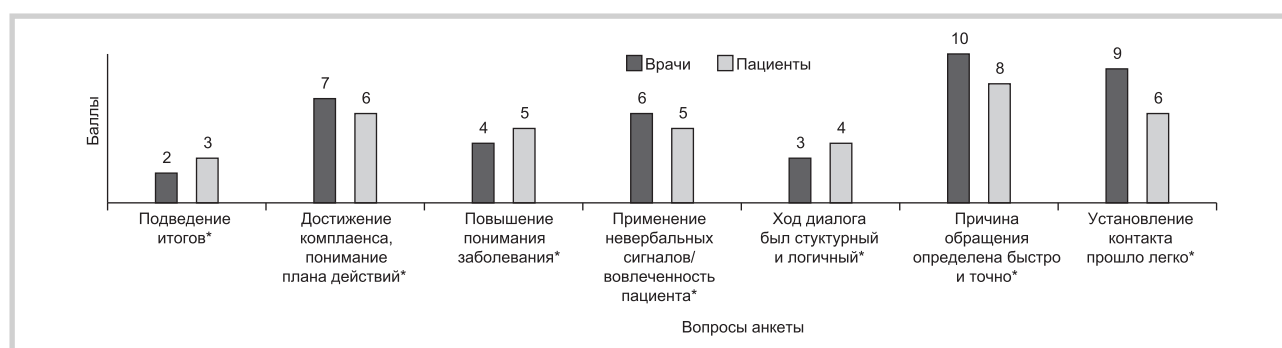


Рис. 3. Сравнительная диаграмма ответов врачей и пациентов до тренинга (показаны различающиеся оценки в баллах).

Fig. 3. Comparative diagram of doctors' and patients' answers before training (differing scores are shown).

ход и структурность диалогов — 7 баллов (6; 10), обсуждение сомнений и страхов пациентов — 3 балла (2; 4). Два параметра, изначально оцениваемые врачами на высоком уровне, не изменились: установление контакта с пациентом (9 баллов из 10) и определение причины обращения (10 баллов из 10) (см. рис. 1).

Результаты анкетирования пациентов показали низкую балльную оценку в вопросах (максимальная оценка — 10 баллов): обсуждение сомнений, страхов и ожиданий — 2 балла (1; 3); логика и структурность получившихся диалогов — 4 балла (2; 6); ощущение завершенности разговора и подведение итогов консультации — 3 балла (1; 5) (рис. 2). Данные коррелируют с полученными в предыдущем исследовании [11].

После прохождения врачами обучения пациенты в процессе анкетирования стали более высоко оценивать некоторые пункты анкетных форм: возможность обсуждения сомнений и страхов возросла до 4 баллов (3; 5), логика и структурность диалога — 6 баллов (4; 7), подведение итогов консультации — 7 баллов (4; 9) (см. рис. 2).

Сравнение оценок консультации, выставленных врачами и пациентами до и после тренинга, показало, что своевременность начала приема оценена в 5 баллов, возможность обсуждения сомнений и страхов в 2 балла (рис. 3).

После пройденного обучения различия в средней оценке между врачами и пациентами сохранились в пунктах

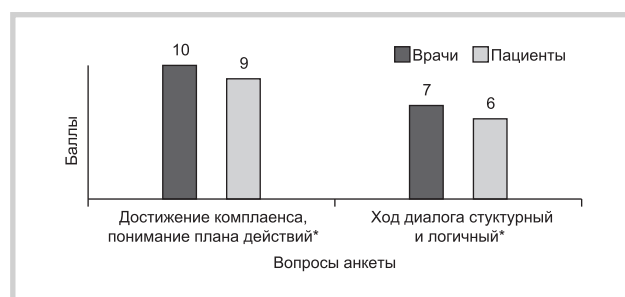


Рис. 4. Сравнительная диаграмма ответов врачей и пациентов после тренинга (показаны различающиеся оценки в баллах).

Fig. 4. Comparative diagram of doctors' and patients' answers after training (differing scores are shown).

достижения комплаенса и в оценке структурности/логичности диалогов (рис. 4).

Динамика оценки остальных параметров различалась (см. рис. 1, 2), однако итоговый средний балл по каждому пункту в двух группах оказалась идентичной.

Обсуждение

Нами проведена оценка изменения удовлетворенности пациента и врача проведенной медицинской консультацией

после прохождения врачом персоналом обучения коммуникативным навыкам. Результаты демонстрируют положительную динамику показателей, выражающуюся в изменении оценок почти по всем пунктам анкеты как среди врачей, так и пациентов. Интересным представляется не только сам факт изменений количества баллов, но и выравнивания оценок идентичных пунктов между этими группами.

Наиболее существенные, на наш взгляд, изменения коснулись следующих аспектов консультативного приема: увеличение средней оценки в баллах, отражающей своевременное начало приема пациента врачом (с 5 до 7 баллов). На практике это означало, что применение модели коммуникации позволяет врачу проводить консультацию за более короткое время, чем раньше. В сочетании с положительной динамикой остальных параметров можно уверенно сказать, что изначальные тревоги врачей относительно необходимости укладываться в определенные временные рамки и трудностей в связи с этим использовать выстроенный коммуникативный акт оказались беспочвенными.

Похожие исследования демонстрировали сокращение времени приема после коммуникативных тренингов. E. Iversen и соавт. (2021) проанализировали изменения в медицинских консультациях при сравнении данных до и после прохождения персоналом коммуникативного обучения. Время приема сократилось на 1 минуту и возрос уровень эмпатии. При анализе аудиозаписей отмечено снижение в речи медицинского работника доли профессиональных терминов и специфических слов, которые для пациента не несут функциональной нагрузки и зачастую требуют разъяснений [12]. В исследовании S.B. Tavakoly Sany и соавт. (2020) у пациентов с гипертонической болезнью продемонстрировано большее вовлечение в контроль уровня артериального давления, повышение эффективности лечения и комплаентности пациентов после приема у врача, применяющего навыки медицинской коммуникации, аналогичные результаты получены российскими учеными [13, 14].

В нашем исследовании отмечено, что врачи изначально более высоко оценивали свои разъяснения пациенту особенностей его заболевания/состояния и степень повышения его вовлеченности, что подтверждает существование «профессионального барьера», из-за которого у медицинского работника создается ложное впечатление о доступности преподносимой им информации.

При оценке применения невербальных сигналов врачи ставили 8 баллов после проведения тренинга (6 баллов до тренинга). Приводимые результаты согласуются с международными данными [15]. Возможность обсуждения информации, сформированной в результате консультации, определение плана лечения после проведенного обучения врачей привело к росту средней оценки с 7 до 10 баллов в группе врачей, с 6 до 9 баллов в группе пациентов. Аналогичная динамика продемонстрирована в статье E.D. Iversen и соавт. (2021), которые сообщают итоги проверки до прохождения врачами тренинга по коммуникации, говорящие об отсутствии понимания информации, полученной пациентом [12]. Другие авторы подчеркивают проблему избыточного применения медицинскими работниками «профессионального жаргона» [16, 17].

При опросе врачей в ходе нашего исследования не удалось выявить изменений в пунктах, оценивающих легкость установления контакта с пациентом и точность определения

причины обращения пациента. Ведущая жалоба или потребность озвучивалась самим пациентом. Однако после прохождения обучения врачами при повторном опросе пациенты стали оценивать указанные пункты анкеты более высоко. Возможно, к такому результату привели соблюдение врачом тайминга расписания, использование лаконичных формулировок приветствия, вопросов и ответов в инициативной части приема, что позволило сэкономить время для дополнительной информации или разъяснений, на основании которых пациент сделал вывод о возрастании внимания врача к базовой потребности пациента.

Пункт анкеты с обсуждением сомнений, страхов и ожиданий пациента продемонстрировал наиболее низкую балльную оценку, тем не менее имеющую положительную динамику показателя как у врачей (с 2 до 3 баллов), так и у пациентов (с 2 до 4 баллов). Возможно, изменение восприятия врача пациентом и проводимого приема в целом способствовало более комфортной психологической обстановке и формированию уверенности, что заболевание курируется грамотным и опытным специалистом. Другие исследователи указывают, что медицинский работник мог более критично оценить диалог, полагаясь только на его содержательную часть [15].

Анализ литературы показывает, что никто из исследователей не ставит цель создания универсальной коммуникативной модели; напротив, авторы подчеркивают необходимость гибкого подхода, учитывающего социальные, культуральные, клинические и даже географические особенности групп пациентов [18]. Для России эти особенности представляют особую важность, так как система здравоохранения должна учитывать индивидуальность всех групп граждан, проживающих на территории нашей многонациональной страны и имеющих значительные этнические, религиозные, бытовые и другие отличия [19–21].

Таким образом, можно предположить, что использование коммуникативной модели в пилотной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, не может решить всех проблем взаимодействия между врачом и пациентом, но позволяет распознать трудности в общении, найти наиболее сложные аспекты коммуникации, превратив их из «проблемы» в «задачу», требующую решения.

Заключение

Полученные результаты исследования демонстрируют обоюдное повышение уровня удовлетворенности медицинской консультацией при следовании медицинским работником рекомендованной модели общения. Это влечет за собой повышение доверия, психологического комфорта и приверженности пациента терапевтической схеме, и, что немаловажно, способствует удовлетворенности врача, снижая перспективы эмоционального выгорания. На основании изучения исследований и опыта работы в практической медицине можно утверждать, что повышение коммуникативных навыков врачей первичного звена позволит повлиять и на качество оказания медицинской помощи. Представляется интересным продолжение исследования в медицинских организациях иной формы собственности и иных условий оказания медицинской помощи, а также на других выборках.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования — Давидов Д.Р., Шикина И.Б.; сбор и обработка материала — Давидов Д.Р., Москвичева А.С., Шубина Л.Б.; статистическая обработка — Москвичева А.С., Шубина Л.Б.; написание текста — Давидов Д.Р., Москвичева А.С.; научное редактирование — Шикина И.Б.

Authors contribution: the concept and design of the study — Davidov D.R., Shikina I.B.; collection and processing of the material — Davidov D.R., Moskvicheva A.S., Shubina L.B.; statistical processing — Moskvicheva A.S., Shubina L.B.; writing of the text — Davidov D.R., Moskvicheva A.S.; scientific editing — Shikina I.B.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Halac E, Quiroga D, Olmas JM, et al. [Communication in medicine: a new and much needed curricular alternative]. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)*. 2016;73(3):212-218.
- Shrivastava S, Martinez J, Coletti DJ, et al. Interprofessional Leadership Development: Role of Emotional Intelligence and Communication Skills Training. *MedEdPORTAL*. 2022;18:11247. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11247
- Wu D, Lowry PB, Zhang D, et al. Patient Trust in Physicians Matters—Understanding the Role of a Mobile Patient Education System and Patient-Physician Communication in Improving Patient Adherence Behavior: Field Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(12):e42941. <https://doi.org/10.2196/42941>
- Бузина Т.С., Бузин В.Н., Ланской И.Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации. *Медицинская психология в России*. 2020;4(12):2. Buzina TS, Buzin VN, Lansky IL. Doctor and patient: interpersonal communication. *Medicinskaya psixologiya v Rossii*. 2020;4(12):2. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2219-8245-2020-4-2>
- Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, et al. Multidisciplinary team training to enhance family communication in the ICU. *Critcal Care Medicine*. 2014;42(2):265-271. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5>
- Liu PL, Zhang L, Ma X, et al. Communication Matters: The Role of Patient-Centered Communication in Improving Old Adults' Health Competence and Health Outcomes. *Health Communication*. 2024;39(2):363-375. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2166209>
- Campos CFC, Olivo CR, Martins MA, et al. Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy. *Clinics (Sao Paulo)*. 2024;79:100377. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100377>
- Wang Y, Wu Q, Wang Y, et al. The Effects of Physicians' Communication and Empathy Ability on Physician-Patient Relationship from Physicians' and Patients' Perspectives. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2022;29(4):849-860. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09844-1>
- Cairns P, Isham AE, Zachariae R. The association between empathy and burnout in medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*. 2024;24(1):640. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05625-6>
- Noble LM, Manalastas G, Viney R, et al. Does the structure of the medical consultation align with an educational model of clinical communication? A study of physicians' consultations from a postgraduate examination. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(6):1449-1456. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.10.001>
- Давидов Д.Р., Москвичева А.С., Шубина Л.Б. и др. Проблема коммуникации врача и пациента. *Социальные аспекты здоровья населения* [сетевое издание] 2023;69(3):2. Davidov DR, Moskvicheva AS, Shubina LB, et al. The problem of communication between doctor and patient. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2023;69(3):2. (In Russ.). <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2023-69-3-2>
- Iversen ED, Wolderslund M, Kofoed PE, et al. Communication Skills Training: A Means to Promote Time-Efficient Patient-Centered Communication in Clinical Practice. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*. 2021;8(4):307-314. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1782>
- Tavakoly Sany SB, Behzad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
- Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса. *Профилактическая медицина*. 2018;21(4):20-24. Buzina TS, Buzin VN. Sociopsychological aspects of the treatment process. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2018;21(4):20-24. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed201821420>
- DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, et al. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*. 1980;18(4):376-87. <https://doi.org/10.1097/00005650-198004000-00003>
- Wood M, Gupta A. Identifying and classifying medical jargon through analysis of recorded standardized patient encounters. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(8):2122-2125. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.026>
- Byrne JV, Whitaker KL, Black GB. How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257312. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257312>
- Van den Brink-Muinen A, Verhaak PF, Bensing JM, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Education and Counseling*. 2000;39(1):115-127. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00098-1](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00098-1)
- Бузин В.Н., Бузина Т.С. Взаимоотношения врача и пациента в информационном обществе. *Профилактическая медицина*. 2020;23(5):111-116. Buzin VN, Buzina TS. The relationship between doctor and patient in the information society. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2020;23(5):111-116. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/profmed20202305111>
- Брызгалова О.Е., Армашевская О.В., Погонин А.В. Медикосоциальный портрет современного медицинского работника. *Акушерство и гинекология*. 2023;9:147-153. Bryzgalova OE, Armashevskaya OV, Pogonin AV. Medico-social profile of contemporary medical workers. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2023;9:147-153. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/aig.2022.286>
- Бакунц С.А., Шикина И.Б. Формирование профессиональных коммуникативных компетенций у врачей-ординаторов медицинского университета. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2024;4:20-24. Bakunc SA, Shikina IB. Formation of professional communication competencies among medical university residents. *Sovremennye problemy zdorovoohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2024;4:20-24. (In Russ.). <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2024-4-20-34>

Поступила 04.10.2024

Received 04.10.2024

Принята к печати 11.10.2024

Accepted 11.10.2024