



оригинальная статья

<https://elibrary.ru/rzbqpl>

## Особенности коммуникативной компетентности будущих врачей

Турова Ирина Валерьевна

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Россия, Красноярск

eLibrary Author SPIN: 3996-1555

<https://orcid.org/0000-0001-9144-2370>

iraturova@mail.ru

**Аннотация:** Эффективное взаимодействие между врачом и пациентом считается ключевым фактором, влияющим на результаты лечения и уровень удовлетворенности пациентов. Однако многие будущие врачи сталкиваются с трудностями в области коммуникации, что может приводить к негативным последствиям для всех сторон. Цель – изучить особенности коммуникативной компетентности будущих врачей в контексте современного здравоохранения. Методы: теоретический анализ научной литературы, анкетирование ординаторов первого года обучения ( $n = 20$ ), анализ 40 негативных отзывов пациентов на деятельность врачей разных специальностей. Проанализированы проблемы, с которыми сталкиваются будущие врачи в процессе общения с пациентами: отсутствие зрительного контакта, негативная мимика, неверная интонация и громкость голоса, некорректное расстояние между врачом и пациентом, отсутствие активного слушания, недостаточное или избыточное количество информации, отсутствие такта и уважения к пациентам. Выделены необходимые коммуникативные навыки, которые обеспечат успешное взаимодействие между врачом и пациентом, что может повысить качество оказания медицинской помощи: зрительный контакт, навыки самопрезентации, владение техниками активного слушания, коммуникация с конфликтными пациентами, сообщение плохих новостей и завершение консультации. Исследование призвано подчеркнуть важность развития коммуникативной компетентности будущих врачей для обеспечения качественной медицинской помощи и профилактики эмоционального выгорания среди медицинских работников.

**Ключевые слова:** компетентность, коммуникация, коммуникативная компетентность, коммуникативные навыки, будущие врачи

**Цитирование:** Турова И. В. Особенности коммуникативной компетентности будущих врачей. *СибСкрипт*. 2024. Т. 26. № 5. С. 807–822. <https://doi.org/10.21603/sibscript-2024-26-5-807-822>

Поступила в редакцию 20.05.2024. Принята после рецензирования 12.07.2024. Принята в печать 15.07.2024.

full article

## Communicative Skills in Medical Students

Irina V. Turova

Professor V. F. Voino-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University, Russia, Krasnoyarsk

eLibrary Author SPIN: 3996-1555

<https://orcid.org/0000-0001-9144-2370>

iraturova@mail.ru

**Abstract:** Positive interaction between the doctor and the patient affects the treatment outcome, as well as the level of satisfaction with healthcare services. Many young doctors experience communicative issues that can lead to negative consequences for all stakeholders. The research featured various problems in shaping communicative skills in medical students. It involved a review of scientific publications, a survey of first-year medical students ( $n = 20$ ), and an analysis of 40 negative feedbacks from patients. The communicative issues included: lack of eye contact / active listening, misleading mimics, inappropriate intonation / voice volume, violation of private space, insufficient or excessive amount of information, lack of bedside manners / respect for patients. The list of communication skills to be mastered by medical students in order to improve the quality of medical care included: eye contact,

self-presentation, active listening, conflict management, strategies of delivering bad news, and conclusion phrases. The data obtained make it possible to identify key aspects that affect the formation of communicative skills in future doctors, as well as to propose methods for its improvement at university level. The authors emphasize the importance of developing communicative skills in future doctors to provide high-quality medical care and prevent emotional burnout in young professionals.

**Keywords:** competence, communication, communication competence, communicative skills, medical students

**Citation:** Turova I. V. Communicative Skills in Medical Students. *SibScript*, 2024, 26(5): 807–822. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/sibscript-2024-26-5-807-822>

Received 20 May 2024. Accepted after peer review 12 Jul 2024. Accepted for publication 15 Jul 2024.

## Введение

Современное здравоохранение сталкивается с рядом вызовов, требующих комплексного подхода к их решению. Одним из ключевых факторов повышения качества медицинской помощи является эффективное взаимодействие между врачом и пациентом. Исследования показывают, что качество коммуникации между врачом и пациентом существенно влияет на уровень удовлетворенности пациентов, соблюдение рекомендаций и результаты лечения [Доника, Карханин 2009; На, Longnecker 2010].

Несмотря на значимость коммуникативной компетентности для медицинской практики, многие будущие врачи испытывают затруднения в этой области. К сожалению, в современных медицинских вузах России не уделяется достаточного внимания формированию коммуникативной компетентности будущих врачей [Турова 2022]. Дефициты в выстраивании взаимоотношений с пациентами и их родственниками, которые испытывают выпускники медицинских вузов, приводят к тому, что из-за невозможности эффективной коммуникации с ними увеличивается число выпускников, неудовлетворенных своей профессиональной деятельностью, растет уровень эмоционального выгорания среди молодых специалистов, и, как следствие, возможен уход из профессии [Ледванова, Коломейчук 2015]. Также это влияет на удовлетворенность пациентов, что может привести к ухудшению результатов лечения [Дворецкий 2019].

Анализ научной литературы позволил актуализировать проблему формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в вузе по следующим причинам:

1. Качество медицинской помощи: качество коммуникации между врачом и пациентом напрямую влияет на качество медицинской помощи. Умение объяснить диагноз, процедуры или рекомендации по лечению на доступном для пациента языке,

выяснение его опасений сокращают риск недопонимания и ошибок, улучшая результаты лечения [Хвощ, Макарова 2019].

2. Доверие пациентов: хорошая коммуникация способствует установлению доверительных отношений между врачом и пациентом. Пациенты более склонны следовать рекомендациям и соблюдать режим лечения, если чувствуют, что их понимают и уважают [Майборода 2015].

3. Профессиональная этика: коммуникативные навыки являются частью профессиональной этики врача. Умение эффективно общаться с пациентами не только улучшает качество ухода, но и отражает профессиональное отношение и уважение к пациентам [Скородумов, Морозов 2018].

4. Коммуникация как межличностное взаимодействие: умение эффективно общаться с разнообразными пациентами, учитывая их индивидуальные особенности, является важной составляющей профессионализма врача. Это помогает лучше понимать потребности и ожидания разных пациентов [Жданова 2021].

5. Предупреждение психогенной ятрогении: формирование коммуникативной компетентности на ранних курсах профессиональной подготовки может помочь предотвратить возникновение психогенной ятрогении – нежелательных психологических реакций пациентов на неправильное поведение или комментарии врачей [Araújo et al. 2007].

В различных исследованиях отмечается, что ординаторы испытывают трудности в коммуникации *врач – пациент* [Бузина, Абдуллаева 2024; Васильева, Томилова 2019; Попов, Новикова 2019; Ремпель и др. 2024; Томилова, Харьковская 2021; Турчина и др. 2016]. Таким образом, формирование коммуникативной компетентности будущих врачей на этапе обучения в вузе является ключевым фактором для обеспечения

качественной и эффективной медицинской помощи, укрепления доверия пациентов и профессионального развития медицинских специалистов. Поэтому целью настоящего исследования стало изучение особенностей коммуникативной компетентности будущих врачей.

## Методы и материалы

В исследовании приняли участие 20 ординаторов первого года обучения: 13 женского пола, 7 – мужского, средний возраст – 28,8 года.

Для проведения исследования были использованы следующие теоретические методы: сравнительно-сопоставительный анализ научной литературы; определение методологических основ исследования; анализ диссертаций. Анализ литературы включал изучение научных статей, книг, диссертаций, посвященных коммуникативной компетентности в медицине, и исследований, касающихся взаимосвязи коммуникации и результатов лечения.

Применен метод сбора эмпирических данных – анкетирование, анализ негативных отзывов пациентов. Анкетирование ординаторов было направлено на изучение трудностей в коммуникации *врач – пациент*. Анкета была разработана с учетом современных требований, предъявляемых к профессиональной деятельности врача, и включала вопросы, позволяющие оценить разные аспекты взаимодействия ординаторов с пациентами:

Блок 1 – общие данные (пол, возраст, опыт работы в здравоохранении, занимаемая должность).

Блок 2 – трудности, с которыми чаще встречаются ординаторы при общении с пациентами.

Блок 3 – оценка коммуникативных навыков ординаторов.

Для выявления дефицитов в профессиональной коммуникации у молодых специалистов проанализированы 40 негативных отзывов пациентов на сайте *ПроДокторов*<sup>1</sup>, касающихся деятельности врачей различных специальностей со стажем работы 1 – 5 лет.

## Результаты

### Коммуникативная компетентность в медицине

Профессиональная деятельность врача имеет ряд специфических характеристик: высокое психоэмоциональное напряжение, высокий уровень ответственности, необходимость принятия решений в условиях дефицита времени, межличностное общение с пациентами и их родственниками. От того, как врач выстроит

взаимоотношения с пациентом, во многом зависит успех лечения, поэтому коммуникативная компетентность играет важную роль в становлении будущего врача. Анализ литературы показал, что набор коммуникативных навыков и умений может отличаться в зависимости от специализации врача, однако среди них есть такие, которые необходимо иметь в арсенале любого врача.

На сегодняшний день в рамках первичной аккредитации работников здравоохранения на станции «Сбор жалоб и анамнеза», где проверяют коммуникативные навыки выпускника медицинского вуза, используется Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования [Бадретдинова и др. 2020]. Согласно этой модели, все коммуникативные навыки можно разделить на 3 типа:

1. Навыки содержания (*content skills*), которые включают в себя содержание вопросов и ответов, собираемую и сообщаемую врачом информацию, а также обсуждаемое лечение. Другими словами, это то, о чем спрашивает врач и какую информацию сообщает пациенту.

2. Навыки процесса (*process skills*) – как врач общается, какими способами собирает анамнез, как сообщает информацию, какие вербальные и невербальные навыки использует, как он выстраивает взаимоотношения с пациентом, как структурирует и организует общение с пациентом.

3. Навыки восприятия (*perceptual skills*) – о чем врач думает и что чувствует в процессе общения с пациентом. Его способность принимать решения, клиническое мышление и навыки решения проблем, его установки, личные качества, такие как сострадание и уважение к пациенту, гибкость, внимательность и честность. Его понимание отношения к пациенту, болезни и другим аспектам, касающимся пациента, осознание своей самооценки и степени уверенности в себе.

Помимо разделения навыков на три типа, Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования имеет четкую структуру, состоящую из пяти этапов, на каждом из которых врач, используя коммуникативные навыки, решает круг профессиональных задач.

**I этап. Начало консультации.** Врач использует следующие коммуникативные навыки: подготовка, установление первичного контакта, определение причин обращения.

**II этап. Сбор информации.** Врачу необходимо изучить проблемы пациента, установить и исследовать

<sup>1</sup> ПроДокторов. URL: <https://prodoctorov.ru/> (дата обращения: 21.04.2024).

его представления о своем состоянии, понять, какие тревоги и ожидания есть у пациента, и постараться его вовлечь.

**III этап. Физикальное исследование.** Врачу необходимо пояснять пациенту все манипуляции, которые он будет производить.

**IV этап. Консультирование (разъяснение и планирование).** Врачу нужно предоставить необходимый объем информации, убедиться, что пациент его понял и запомнил необходимую последовательность действий по лечению, включить взгляды пациента и совместно принимать решения, обсудить предстоящие исследования и процедуры.

**V этап. Завершение консультации.** Подведение итогов, уточнение тактики, планирование действий на будущее и последняя проверка на согласие с тактикой лечения и назначениями. Обязательно уточняется, остались ли еще какие-то вопросы.

Параллельно с этими этапами происходят два непрерывных процесса – выстраивание отношений и структурирование консультации [Сильверман и др. 2018]. Данная модель позволяет врачу контролировать процесс консультации, а с помощью техник активного слушания – не давать пациенту уходить в сторону от обсуждаемого вопроса, при этом показывая свою заинтересованность и тем самым располагая к себе пациента.

Одной из важных составляющих успешной коммуникации между врачом и пациентом многие исследователи отмечают наличие эмпатии, т. е. способности понимать эмоциональное состояние пациентов, проявлять поддержку и сострадание. Поэтому в рамках профессионального становления будущего врача необходимо развивать эмпатические способности [Воробьева 2016; Павлова 2011; Фомина, Масловская 2019].

Другие авторы утверждают, что студентов медицинских вузов нужно обучать диалогической коммуникации, которая подразумевает процесс бесконфликтного, открытого общения врача и пациента [Кембель и др. 2020].

Среди важных коммуникативных навыков, способствующих успешному взаимодействию между врачом, пациентом и другими участниками лечебно-профилактического процесса, выделяют:

- понимание невербальных сигналов и речевых особенностей: способность воспринимать и анализировать невербальные сигналы (жесты, мимика, интонации голоса), которые могут передавать важные сообщения о состоянии и потребностях пациента; способность распознавать речевые

особенности разных людей, что позволяет врачу находить индивидуальный подход к каждому пациенту;

- психологически верное и ситуативно обусловленное вступление в общение: способность входить в контакт с пациентом таким образом, который создает атмосферу доверия и комфорта;
- поддержка общения: способность стимулировать активность пациента и поддерживать беседу, чтобы обеспечить эффективное общение;
- точное завершение общения: способность завершить беседу вовремя, сохраняя гармоничные отношения и оставляя пациента с чувством удовлетворения;
- управление социально-психологическим настроением: способность формировать и управлять атмосферой общения, чтобы достичь желаемого результата;
- психологическая адаптация: способность адаптироваться к эмоциональному тону собеседника и прогнозировать его реакции на коммуникативные действия;
- провоцирование желаемой реакции: способность вызывать у пациента желаемую реакцию и мотивировать его на сотрудничество [Амлаев и др. 2017].

И. К. Черемушников и И. А. Захарова при формировании коммуникативных навыков будущих врачей подчеркивают важность имиджа врача, выделяя пять составляющих с точки зрения образующих их факторов: средовой имидж, габитарный имидж (внешний вид), вербальный имидж, кинетический имидж (совокупность мимических движений и жестов, которые несут дополнительную информацию), овеществленный имидж (предметы и вещи, несущие на себе следы нашей деятельности) [Черемушников, Захарова 2011]. Авторы утверждают, что имидж влияет на выстраивание взаимоотношений между врачом и пациентом. Неправильное позиционирование себя в профессиональном сообществе может способствовать появлению негативных установок, с которыми приходит пациент. Эффект первого впечатления может как способствовать коммуникации, так и разрушить ее. Поэтому необходимо уделять внимание собственному имиджу, учитывая его пять составляющих, что поможет расположить к себе как пациентов, так и коллег, будет способствовать более эффективной коммуникации.

Также важны специфические коммуникативные навыки, такие как сообщение неприятных и плохих новостей. Под неприятными новостями понимаются



те, которые могут вызвать у пациента такие эмоциональные реакции, как страх, тревога, волнение, печаль, огорчение. К таким новостям могут относиться сообщения о необходимости проведения операции, обнаруженном хроническом заболевании, переломе конечностей и т. п. Под плохими новостями понимаются новости, которые врач должен сообщить пациенту, партнеру или членам семьи о смертельном заболевании, неизлечимой болезни, увечье, внезапной или прогнозируемой смерти [Маркова, Барсукова 2022]. Эта тема является достаточно сложной для врачей, и очень часто, чтобы избежать трудного разговора, лечащий врач пытается переложить ответственность на своего коллегу.

Выделяют следующие профессиональные коммуникативные навыки:

1. Присутствие: контакт с пациентом требует не только физического, но и психологического присутствия врача, что подразумевает полное включение в ситуацию пациента. Недостаток времени не должен мешать качественному взаимодействию, и врач должен быть полностью сосредоточен на пациенте, не допуская отвлечений.

2. Разделение чувств: врач находится в ситуации, где пациент испытывает сильные эмоции, и сам врач иногда вовлекается в эти переживания. Важно для врача осознавать свои чувства и выражать их конструктивно, чтобы не навредить взаимодействию с пациентом. Он должен отделить свои эмоции от эмоций пациента, чтобы быть эффективным в поддержке.

3. Осознание чувств: перед тем как разделять чувства, врач должен осознать и понять свои собственные. Это требует рефлексии, которая у разных людей проявляется по-разному. Осознание своих переживаний позволяет врачу отделить их от чувств пациента, что является ключом к эффективной поддержке.

4. Активное слушание: данный метод помогает направить разговор в нужное русло и ускорить достижение цели беседы, позволяет врачу проявлять эмпатию и помогает пациенту выразить свои страхи и опасения, а затем осознать их.

5. Пространственные и временные границы: беседы врача с пациентом всегда происходят в определенном пространстве, и важно выбирать его с учетом целей разговора. Интимность и конфиденциальность должны быть учтены, особенно среди онкологических пациентов, чтобы избежать манипуляций и ненормированных разговоров. Недостаток времени у врачей часто вызывает напряжение, и важно устанавливать временные рамки для беседы с пациентом.

6. Завершение разговора: иногда даже после выделенного времени на разговор врачу сложно завершить его, особенно если пациент продолжает говорить. Это может вызывать напряжение и раздражение у врача, что ухудшает его вовлеченность. Трудности в завершении разговора могут указывать на личные проблемы врача, в частности, неуверенность и неспособность устанавливать границы.

7. Ассертивность: данный феномен позволяет человеку уверенно отстаивать свои права, не нарушая права других. Развитие ассертивности у врача поможет успешно взаимодействовать с пациентами и сохранять психологическое здоровье [Чулкова, Пестерева 2014].

Как отдельную и сложную категорию пациентов с точки зрения коммуникации составляют онкологические пациенты. Существуют предпосылки формирования негативных убеждений, связанных с коммуникацией врача и пациента:

1. Длительный контакт с медицинским персоналом может вызвать эмоциональное напряжение у пациентов, поэтому врачам важно поддерживать доверительный тон при информировании о заболевании.

2. Перевод на симптоматическую терапию может вызвать депрессию у пациентов, и правильные речевые стратегии помогают сохранить поддерживающие взаимоотношения.

3. Негативные убеждения могут снижать приверженность к лечению, поэтому важно проводить диагностику и коррекцию убеждений для повышения эффективности лечения и отношений *врач – пациент*.

4. Информационная сложность требует баланса между информированностью и избеганием излишнего страха, что способствует мотивации пациента на лечение и обеспечивает психологический комфорт.

Врачи играют важную роль в обеспечении психологического комфорта пациентов, что способствует повышению их склонности следовать рекомендациям и участвовать в процессе лечения. Гармоничное сочетание клинических навыков и навыков общения способствует достижению наилучших результатов в лечении онкологических пациентов и обеспечивает им необходимую психологическую поддержку [Виденичкин 2024].

Таким образом, анализ литературы показал, что коммуникативная компетентность врача включает в себя достаточно широкий спектр коммуникативных навыков. Однако обобщая полученные результаты, можно выделить две основные группы коммуникативных навыков:

**1. Базовые навыки:**

- использование невербальных средств общения, таких как открытые жесты, доброжелательная мимика, установление зрительного контакта, которые могут усилить эффективность коммуникации;
- сбор информации с помощью задавания различных вопросов открытого и закрытого типов;
- понимание эмоций и реакций пациента без оценки, способность показывать сочувствие и поддержку;
- использование техники активного слушания для поддержания благоприятного эмоционального фона во время общения с пациентом;
- применение техники убеждения для формирования приверженности к лечению;
- информирование пациента с учетом его потребностей;
- разъяснение информации на доступном для пациента языке.

**2. Специфические навыки:**

- способность конструктивно решать возникшие конфликтные ситуации с пациентом, его родственниками и коллегами;
- выстраивание эффективной коммуникации с немотивированными, тревожными, неуверенными, недоверчивыми пациентами, а также с пациентами, имеющими психическое расстройство;
- выстраивание эффективной коммуникации с пациентами, имеющими нарушения зрения и слуха;
- умение использовать вербальные тактики утешения, поддержки, сочувствия;
- способность тактично сообщать неприятные и плохие новости пациенту и его родственникам.

**Результаты анкетирования ординаторов**

Следующим этапом стало анкетирование ординаторов первого года обучения с целью изучения трудностей в коммуникации *врач – пациент*. В рамках анкеты ординаторам необходимо было указать, с какими трудностями они чаще всего сталкиваются при общении с пациентами и какие коммуникативные навыки используют в своей профессиональной деятельности.

Первый блок анкеты был направлен на сбор общих данных (пол, возраст, опыт работы в здравоохранении, занимаемая должность). По результатам анкетирования ординаторов первого года обучения по первому блоку были получены следующие данные: средний возраст респондентов составил 28,8 года, большинство

участников – женщины (65 %). Опыт работы варьировался от 1 года до 8 лет. В анкетировании приняли участие кардиологи (2 человека), дерматовенерологи (2), эндокринолог (1), врач физической и реабилитационной медицины (1), педиатры (4), неврологи (2), терапевты (4), гинекологи (3), врач-косметолог (1).

Второй блок анкеты был направлен на выявление трудностей, с которыми чаще всего сталкиваются ординаторы при общении с пациентами. 55 % отметили, что трудности возникают при взаимодействии с агрессивными пациентами, следовательно, более половины респондентов испытывают стресс и дискомфорт в ситуациях, когда пациент проявляет агрессию. Этот тип пациентов требует от врача не только профессиональных медицинских знаний, но и навыков управления конфликтами и стрессоустойчивости.

На втором месте по сложности взаимодействия находятся пациенты, которые активно ищут медицинскую информацию в Интернете и самостоятельно ставят себе диагнозы. Таких пациентов называют *гугл-пациенты*. Сложности в коммуникации с такими пациентами отметили 40 % респондентов. Это указывает на то, что значительное количество ординаторов сталкиваются с вызовом, который требует умения корректно и терпеливо объяснять пациентам разницу между профессиональной медицинской оценкой и информацией, найденной в Интернете.

Третьей по частоте проблемой взаимодействия врача и пациента являются разговорчивые пациенты, с которыми трудно работать 20 % опрошенных. Эти пациенты могут отвлекать от основной темы, занимать много времени и усложнять процесс сбора необходимой информации. Здесь требуется умение управлять беседой и направлять разговор в нужное русло.

Наименьшее количество трудностей во взаимодействии ординаторы испытывают при общении с застенчивыми пациентами, что составляет всего 5 % респондентов. Хотя такие пациенты могут затруднять процесс получения полной информации из-за своей замкнутости, они не создают значительных проблем для большинства ординаторов.

В целом результаты показывают, что ординаторам часто приходится применять не только медицинские знания, но и коммуникативные навыки для эффективного взаимодействия с различными типами пациентов. Это подчеркивает важность подготовки будущих врачей в области психологии общения и конфликтологии.

На вопрос *Какие дефициты Вы испытываете в коммуникации с пациентами?* 70 % респондентов отметили, что наибольший дефицит в навыках

коммуникации проявляется при взаимодействии с конфликтными пациентами. Такой процент указывает на необходимость обучения будущих врачей техникам управления конфликтами и стрессовыми ситуациями. Не знают, как себя вести при пассивной агрессии со стороны пациента, 25 % опрошенных. Пассивно-агрессивное поведение может быть трудным для распознавания и управления, что подчеркивает необходимость специальной подготовки в этой области. Данные, полученные из предыдущего вопроса, еще раз подтвердили, что значимая проблема в коммуникации между врачом и пациентом – конфликтные ситуации, которые могут возникать из-за агрессивных и конфликтных пациентов.

Следующей трудностью, с которой сталкиваются ординаторы в своей профессиональной деятельности, является сообщение плохих новостей. Так, 15 % опрошенных отметили, что испытывают профессиональные дефициты в этой области. Этот аспект требует развития навыков эмпатии, такта и умения вести сложные разговоры, что является важной частью медицинской практики.

Поровну распределились ответы респондентов (по 5 %), которые испытывают затруднения с разговорчивыми пациентами и при формировании приверженности к лечению. Как было уже отмечено выше, с разговорчивыми пациентами важно уметь управлять временем консультации и направлять ход беседы. Что касается формирования приверженности к лечению, то здесь требуются навыки убеждения и мотивации, понимание индивидуальных особенностей пациентов и их мотивационных факторов.

Результаты по данному вопросу указывают на несколько ключевых областей, требующих усиленного внимания в процессе подготовки будущих врачей. Необходимо развивать у них навыки управления конфликтами, распознавания и реагирования на пассивную агрессию, сообщения плохих новостей, техники эффективного общения и мотивации пациентов. Это поможет им более успешно взаимодействовать с пациентами и улучшать качество медицинского обслуживания.

Анализ данных по вопросу о ситуациях, с которыми чаще всего сталкиваются врачи в своей профессиональной деятельности, показывает следующие тенденции:

- 70 % опрошенных ответили, что иногда приходится работать с пациентами, которые что-то требуют или говорят, как их нужно лечить; 25 % встречали таких пациентов редко; 5 % отметили, что всегда работают с такими пациентами.

Эти данные указывают на то, что большинство врачей иногда сталкиваются с пациентами, которые приходят на прием с готовыми ожиданиями или указаниями по лечению, что может усложнять взаимодействие и требовать дополнительных усилий для разъяснения профессиональной позиции врача.

- 40 % опрошенных иногда встречают пациентов, которые втайне принимают дженерики или не следуют назначениям; по 30 % встречали таких пациентов редко и никогда не сталкивались с ними. Эти данные показывают, что почти половина опрошенных врачей периодически сталкиваются с проблемой несоблюдения пациентами назначенного лечения, что может снижать эффективность терапевтических мероприятий и требовать дополнительных мер по улучшению приверженности пациентов к лечению.

Взаимодействие с агрессивными пациентами является значительной проблемой для 35 % врачей, тогда как половина опрошенных встречают таких пациентов редко. Лишь небольшая часть врачей (15 %) не сталкивалась с агрессивным поведением (рис. 1).

Для работы с пациентами, которые что-то требуют или говорят, как нужно их лечить, будущим врачам необходимо развивать такие навыки, как ведение переговоров и разъяснение, чтобы эффективно управлять ожиданиями пациентов и объяснять профессиональные рекомендации. Для работы с пациентами, которые не соблюдают рекомендации лечащего врача или втайне принимают дженерики, важно развивать стратегии повышения приверженности к лечению, например мотивационные беседы. Для работы с агрессивными пациентами необходимо развивать техники управления конфликтами и стрессом.



Рис. 1. Частота ситуаций, с которыми чаще всего сталкивается врач

Fig. 1. Responses to What difficult situations do you have to deal with as a doctor?

Третий блок анкеты был направлен на оценку коммуникативных навыков ординаторов по следующим критериям: установление контакта с пациентом; сбор информации; передача информации; сообщение предварительного диагноза; формирование приверженности к лечению; завершение консультации.

При установлении контакта с пациентом 80 % здороваются всегда, 20 % – иногда. Это показывает, что большинство понимают важность приветствия для создания благоприятного первого впечатления.

Всегда представляются пациенту, если он пришел на консультацию впервые, 65 % опрошенных; 10 % иногда представляются; 5 % делают это редко и 20 % никогда не представляются. Эти данные говорят о том, что значительная часть опрошенных не осознает важность знакомства с пациентом при первой встрече, что может в дальнейшем негативно сказаться на коммуникации между врачом и пациентом.

Всегда заботятся о комфорте пациента 70 % опрошенных, тогда как 20 % респондентов не делают этого никогда. Это свидетельствует о том, что большинство ординаторов обращают внимание на комфорт пациента и понимают важность этого аспекта при формировании доверительных отношений с пациентом, однако пятая часть этого не учитывает. Еще одним важным фактором, который помогает расположить к себе пациентов, является использование слов, показывающих заботу на протяжении всей консультации. Важность этого понимают 75 % опрошенных и всегда используют такие слова, тогда как 10 % респондентов отметили, что никогда этого не делают.

Чаще всего неудовлетворенность консультацией у пациента возникает, когда врач не поддерживает с ним зрительный контакт. Это понимают 65 % опрошенных и стараются всегда устанавливать зрительный контакт с пациентом. Однако 15 % делают это редко, а 10 % вовсе предпочитают этого не делать.

Еще одним важным аспектом невербальной коммуникации являются открытые позы. Половина респондентов всегда используют открытые позы при взаимодействии с пациентом и понимают их важность для создания доверительной атмосферы. Надо отметить, что 15 % опрошенных никогда не используют открытые позы при общении с пациентами, что может свидетельствовать о личном дискомфорте, который испытывает врач при взаимодействии с пациентом.

Во время консультации почти половина респондентов (45 %) регулярно отслеживают эмоциональное состояние пациента, что важно для эффективного общения и понимания пациента. Однако 30 %

(10 % редко и 20 % никогда) нуждаются в улучшении этого коммуникативного навыка (рис. 2).

Большинство опрошенных (70 %) всегда начинают консультацию с открытого вопроса. Этот подход помогает установить контакт и собрать более полную информацию о состоянии пациента. При сборе информации 35 % опрошенных всегда выясняют, какие опасения и ожидания есть у пациента по отношению к своему здоровью, 25 % делают это иногда, значительная часть респондентов редко (20 %) или никогда (20 %) не уточняют опасения и ожидания пациента, что может приводить к недостаточному пониманию их состояния и снижению качества медицинской помощи.

Для более эффективного взаимодействия с пациентом рекомендуется согласовывать повестку консультации. Это помогает снять ожидания пациента от предстоящей встречи и структурировать консультацию. Большинство опрошенных (65 %) пользуются этим приемом постоянно, 5 % – иногда, 10 % – редко, 20 % никогда не согласовывают повестку с пациентом. Это может свидетельствовать о недостаточной информированности об этом приеме, который помогает лучше понять потребности и ожидания пациентов, что в дальнейшем может способствовать предотвращению конфликтных ситуаций.

Половина опрошенных ординаторов регулярно интересуются жизненными событиями, которые могли повлиять на здоровье пациента, что является важным аспектом сбора анамнеза. Однако 10 % делают это редко, а 15 % никогда не делают.



Рис. 2. Установление контакта с пациентом

Fig. 2. Responses to *How do you establish contact with your patients?*



55 % респондентов регулярно обобщают и дают возможность пациенту исправить или добавить информацию, что способствует более точному и полному сбору данных. 25 % отметили, что делают это иногда, 10 % – редко, 10 % – никогда. Большинство понимают важность этого процесса для постановки диагноза.

При необходимости всегда уточняют детали с более конкретными вопросами или вопросами закрытого типа (да / нет) 55 % опрошенных, 25 % делают это иногда, 5 % – редко, 15 % – никогда. Вопросы также являются важным аспектом при сборе анамнеза, и от того, как врач их задает, зависит, какую информацию он получит от пациента. Эффективное уточнение деталей помогает более точно диагностировать состояние пациента, и опрос показал, что большинство ординаторов активно используют этот метод.

Улучшить взаимодействие с пациентом помогают техники активного слушания. Из опроса видно, что ими пользуются постоянно лишь 40 % опрошенных, значительное количество респондентов используют эти техники редко (15 %) или никогда (20 %) не применяют их в своей профессиональной деятельности. Большинство опрошенных (75 %) регулярно уточняют дополнительные жалобы у пациентов, что способствует более полному пониманию их состояния (рис. 3).

Большинство опрошенных (80 %) уделяют внимание разъяснению серьезности состояния своим пациентам,

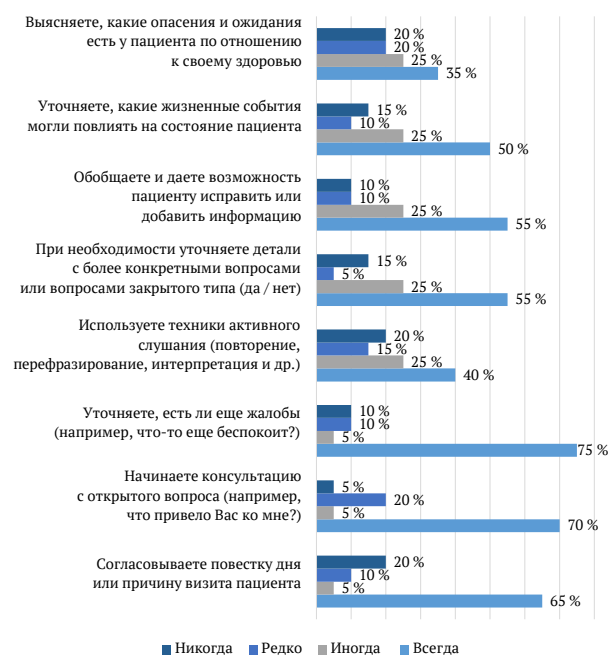


Рис. 3. Ответы респондентов на вопрос о сборе информации  
Fig. 3. Responses to *How do you collect information about your patients?*

что важно для их информирования и успокоения; 15 % делают это иногда, 5 % – редко.

Всегда объясняют вклад других врачей в постановку диагноза и назначение лечения 40 % опрошенных; 50 % – иногда, 5 % – редко, 5 % – никогда. Объяснение вклада других врачей в постановку диагноза и назначение лечения может помочь пациенту лучше понять комплексный подход к его состоянию.

Всегда объясняют пациентам, какие шаги необходимо предпринять для улучшения состояния и зачем это нужно, 80 % опрошенных. Это важно для мотивации пациентов и соблюдения ими рекомендаций.

Для лучшего восприятия информации пациентами при объяснении всегда используют дополнительные визуальные средства (модели, иллюстрации, схемы) 40 % опрошенных, 25 % – иногда, 25 % – редко, 10 % – никогда. Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство опрошенных недооценивают важность визуальных средств. Используя их в своей профессиональной деятельности, врач может лучше донести информацию до пациента, что будет способствовать ее усвоению и доступности для понимания.

Важным аспектом является доступность языка, на котором разговаривает врач. Так, 95 % опрошенных всегда объясняют информацию на доступном для пациента языке, однако 5 % этого никогда не делают.

Половина опрошенных всегда проверяют, понимают ли пациенты свою проблему и хотят ли узнать больше, что способствует лучшему взаимодействию и удовлетворенности пациентов. Однако 45 % респондентов делают это иногда, а 5 % – редко. Это говорит о необходимости развития навыков оценки понимания пациентов и желания получить дополнительную информацию для более эффективного взаимодействия (рис. 4).

Анализ данных о сообщении предварительного диагноза пациентам привел к следующим выводам:

- половина респондентов никогда не используют такие негативные фразы, как *Мы не знаем, что с Вами делать; Никому еще не удавалось это вылечить; Мы больше ничего не сможем сделать для Вас*, что является положительным показателем. 25 % делают это иногда, 20 % – редко и 5 % – всегда, что может негативно сказываться на психоэмоциональном состоянии пациентов;
- только 40 % опрошенных всегда предупреждают пациента о предстоящих плохих новостях, что является важным элементом бережного общения и позволяет пациенту подготовиться психологически;



Рис. 4. Ответы респондентов на вопрос о передаче информации  
Fig. 4. Responses to *How do you inform your patients?*

- большая часть опрошенных регулярно (40 %) или иногда (30 %) интересуются знаниями пациента о диагнозе, что помогает построить более информированное и персонализированное общение;
- 65 % регулярно предоставляют полную информацию о диагнозе, что способствует лучшему пониманию и принятию пациентом своего состояния;
- 5 % опрошенных всегда связывают состояние пациента с возрастными изменениями и утверждают, что ничего нельзя сделать, что может демотивировать пациентов. 45 % никогда не используют такие утверждения, что является более успешной коммуникативной тактикой (рис. 5).

Анализ данных о формировании комплаенса показывает следующие результаты:

- 65 % уделяют внимание проверке понимания пациентами необходимости лечения, что является ключевым элементом для формирования приверженности к лечению, однако 20 % не проверяет это никогда, что может снижать эффективность лечебного процесса;
- только 30 % опрошенных всегда проверяют опасения пациентов по поводу лечения, а 45 % делают это иногда (это важный аспект, который помогает выявить возможные препятствия для приверженности к лечению);
- 60 % всегда проверяют понимание пациентом необходимости дополнительного обследования



Рис. 5. Ответы респондентов на вопрос о сообщении предварительного диагноза  
Fig. 5. Responses to *How do you deliver preliminary diagnosis to your patients?*

и обращения к другим специалистам, 15 % – иногда, в то время как 20 % не делают этого никогда, что может негативно сказаться на комплексности и своевременности медицинской помощи (рис. 6).

Всегда уточняют, есть ли у пациента еще вопросы, опасения или другие проблемы, 65 % опрошенных, что помогает лучше понять состояние и ожидания пациента. Однако 15 % делают это иногда, 5 % – редко, а 15 % – никогда, что может приводить к недовольству и неполной информированности пациентов.

Большинство опрошенных (75 %) всегда подводят итоги консультации и разъясняют пациентам следующие шаги, что важно для понимания дальнейшего лечения и визитов. Тем не менее 15 % респондентов редко и 10 % никогда этого не делают, что может вызывать у пациентов неопределенность и беспокойство.

Всегда благодарят пациентов за визит и то, что они относятся ответственно к своему здоровью, 40 % опрошенных, что помогает укреплять их мотивацию и доверие; 20 % иногда благодарят своих пациентов, 5 % – редко, а 35 % не делают этого никогда, что может снижать удовлетворенность пациентов визитом.

При завершении консультации 70 % опрошенных всегда прощаются со своим пациентом, что способствует созданию дружелюбной атмосферы и укреплению доверительных отношений. Однако 15 % никогда не прощаются с пациентами, что может создавать



Рис. 6. Ответы респондентов на вопрос о формировании приверженности к лечению

Fig. 6. Responses to *How do you make sure your patients understand your prescriptions?*

ощущение неприветливости и недоброжелательности со стороны врача (рис. 7).

В конце анкеты респондентам предлагалось ответить на вопрос *Какие темы Вы бы добавили в учебный процесс для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей?* Большинство респондентов (75 %) ответили, что необходимо добавить темы, связанные с общением с конфликтными пациентами и сообщением плохих новостей; 35 % предложили темы по общению с разговорчивыми пациентами и гугл-пациентами; 20 % отметили, что хотели бы знать, как правильно общаться с пациентами, имеющими психические отклонения; 25 % хотели бы получить информацию о том, как избежать конфликтов с коллегами и администрацией больницы.

Анализ результатов анкетирования показал, что ординаторы первого года обучения обладают базовыми коммуникативными навыками, однако испытывают значительные трудности при взаимодействии с конфликтными и агрессивными пациентами, при сообщении плохих новостей. Многие респонденты сталкиваются с проблемами в общении с пациентами, которые самостоятельно ставят себе диагнозы на основе интернет-ресурсов. Часто возникают трудности с разговорчивыми пациентами, что свидетельствует о необходимости улучшения навыков управления временем консультации и формирования приверженности к лечению. Несмотря на понимание важности невербальных средств общения для установления доверительных отношений с пациентом,



Рис. 7. Ответы респондентов на вопрос о завершении консультации

Fig. 7. Responses to *How do you finish your consultation?*

некоторые респонденты не всегда поддерживают зрительный контакт и не используют открытые позы при общении. Умения обобщать и уточнять информацию, использовать техники активного слушания и визуальные средства требуют дальнейшего развития.

Полученные результаты анкетирования подчеркивают необходимость обучения ординаторов навыкам управления конфликтами и стрессовыми ситуациями. Способность эффективно взаимодействовать с различными типами пациентов, включая агрессивных и гугл-пациентов, является ключевым фактором для обеспечения высокого уровня медицинского обслуживания. Развитие эмпатии, такта и умения вести сложные разговоры, особенно при сообщении плохих новостей, является критически важным. Включение данных тем в учебные программы поможет будущим врачам лучше подготовиться к реальным вызовам профессиональной деятельности, что, в свою очередь, повысит качество медицинской помощи и удовлетворенность пациентов.

### Анализ отзывов пациентов

Было проанализировано 63 негативных отзыва пациентов на сайте *ПроДокторов* о деятельности врачей различных специальностей с опытом работы 1–5 лет. Цель – выявить дефициты в области коммуникации, которые испытывают молодые специалисты в своей профессиональной деятельности. Из этих отзывов были отобраны 40 негативных, которые касались непосредственно коммуникативных навыков врачей. Были исключены жалобы, касающиеся медицинской

организации в целом, аппаратной диагностики и стоимости медицинских услуг. Были проанализированы отзывы пациентов о следующих специалистах: терапевты (8 человек), педиатры (8), неврологи (7), гинекологи (6), дерматологи (5), отоларингологи (6).

Все жалобы удалось разделить на 2 большие группы (ошибки невербального и вербального общения), в каждой из которых выделены несколько подгрупп.

#### **Ошибки невербального общения с пациентом:**

1. Отсутствие зрительного контакта – достаточно распространенная жалоба пациентов. Из-за нагрузки и большого количества бумаг, которые необходимо заполнить, врачи часто ведут беседу с пациентом, смотря на экран монитора или в карточку. Вот пример одного из отзывов, относящегося к этой группе: *За весь прием он ни разу на меня не посмотрел! Все время смотрел в экран, бубня что-то себе под нос!*

2. Мимика. Негативное или равнодушное выражение лица вызывает у пациентов сомнения, разочарование и гнев. Один из пациентов прокомментировал это так: *По выражению его лица было ощущение, что он меня призирал... а я-то всего лишь попросила объяснить еще раз... Не рекомендую этого врача никому!*

3. Паралингвистические средства общения (повышение голоса, интонация). Необходимо обращать внимание на громкость и интонацию, с которой врач общается с пациентом, т.к. интонация может быть неверно интерпретирована пациентом. В этом примере невыразительный тон врача привел к тому, что пациентка почувствовала равнодушие врача к ее проблеме: *Хотя я говорила с ней вежливо, она ответила достаточно равнодушно... Она посоветовала мне... поддерживать чистоту очень ровным и усталым тоном, который явно показывал, что ей было скучно повторять одни и те же слова многим пациентам до меня... Громкость голоса, которую врачи используют при обращении к своим пациентам, влияет на общее впечатление от консультации. Один из пациентов оставил следующий отзыв: Она худший врач, которого я когда-либо встречал в своей жизни! Она дважды накричала на меня во время приема!*

4. Дистанция (расстояние между врачом и пациентом) должна быть комфортной как для врача, так и для пациента. Слишком большая дистанция, например, когда врач общается с пациентом, стоящим у порога, может негативно сказываться на процессе коммуникации. Приведем пример негативного отзыва пациента: *Он сказал мне сесть на кушетку, и между нами было расстояние в 1 метр. Как с такого расстояния он мог разглядеть мой ушиб?*

#### **Ошибки вербального общения с пациентом:**

1. Отсутствие активного слушания. Техники активного слушания помогают врачу выстраивать доверительные отношения с пациентом, убедиться, что он правильно его понял. В свою очередь пациент ощущает себя услышанным и понятым. Если врач не пользуется такими техниками, у пациента создается впечатление некоторого монолога врача, при котором мнение пациента становится неважным. Приведем пример негативного отзыва: *Она говорила без пауз, позволяющих задать хоть один вопрос. Ей было неинтересно мое мнение, и она не собиралась слушать мои вопросы. И наконец, когда выдалась возможность задать вопрос, она просто меня перебила и продолжила свой монолог...*

2. Недостаточное количество информации является одной из причин неудовлетворенности консультацией. Пациенты часто ожидают от врача подробной информации о своем заболевании или интерпретации результатов обследования. Приведем пример такого отзыва: *Очень расстроен и разочарован вашим врачом.... не объяснила результаты МРТ подробно. Мне пришлось просто выпытывать информацию. Было ощущение, что она вообще не знает, что делать с моими результатами!*

3. Перенасыщение информацией может быть показателем некомпетентности врача в области коммуникации. Приведем пример негативного отзыва: *Такого долгого приема у меня еще не было! Лекция, конечно, может и была увлекательной, да только мне не лекция была нужна, а конкретные рекомендации, что мне с этим делать! Откуда что взялось, меня мало интересовало! Итог: я потратила время, а что мне с этим делать, я так и не поняла.*

4. Отсутствие такта и уважения к пациенту. Важной темой, выявленной в результате анализа отзывов, стало отсутствие такта и уважения к пациенту. Многие врачи не смогли продемонстрировать понимание и сострадание пациенту и были охарактеризованы как бесчувственные, черствые, грубые, не способные к состраданию люди. Пример отзыва пациента: *То, как доктор И.О. относится к моим родителям, непрофессионально и очень грубо! То, как он говорит, неприемлемо... Это просто ужасно! Никакого уважения к пожилым людям!*

Анализ негативных отзывов выявил значительные дефициты в области коммуникативной компетентности молодых специалистов. Основные проблемы включают отсутствие зрительного контакта, негативную мимику, неверную интонацию и громкость голоса,



некорректное расстояние между врачом и пациентом, отсутствие активного слушания, недостаточное или избыточное количество информации, отсутствие такта и уважения к пациентам.

Эти недостатки приводят к недовольству пациентов и ухудшению их общего восприятия медицинской консультации. Для повышения уровня коммуникативной компетентности молодых специалистов необходимо уделять внимание обучению и развитию данных навыков, что позволит улучшить взаимодействие между врачами и пациентами и повысить качество медицинской помощи.

## Обсуждение

Полученные результаты анкетирования ординаторов первого года обучения позволяют сделать вывод о том, что большинство из них владеют коммуникативными навыками и активно используют их в своей профессиональной деятельности. Несмотря на это, удалось выявить ряд дефицитов в этой области: установление зрительного контакта, навыки самопрезентации, владение техниками активного слушания, коммуникация с конфликтными пациентами, сообщение плохих новостей и завершение консультации.

Данные, полученные в ходе анкетирования, соотносятся с результатами других ученых. Так, в одном исследовании авторы анализировали, насколько хорошо ординаторы владеют навыками коммуникации в рамках Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования. Они установили, что все ординаторы имеют представление о данной модели и необходимых коммуникативных навыках на всех этапах. Однако в своей профессиональной деятельности они используют коммуникативные навыки только на этапах начала консультации, осмотра, объяснения и планирования. Знания ординаторов о коммуникативных навыках, которые требуются врачу на этапах сбора информации и завершения консультации, недостаточно полные, в связи с чем они не используются в профессиональной деятельности [Томилова, Харькова 2021]. Результаты нашего опроса также показали, что ординаторы не используют ряд коммуникативных техник на этапах сбора информации и завершения консультации.

Другие авторы, используя анкету коммуникативного минимума В. М. Снеткова, предназначенную для диагностики (аттестации) общего уровня и отдельных аспектов коммуникативной компетентности, обнаружили, что клинические ординаторы большее значение придают контактной фазе общения и фазе

управления разговором с пациентом. Это позволяет им создать доброжелательную атмосферу, расположить к себе пациента и управлять процессом консультации. Однако фаза завершения контакта наименее развита. Это указывает на то, что в конце беседы врач не проверяет наличие вопросов у пациента и не подводит итоги. Таким образом, пациент остается без обратной связи от врача [Попов, Новикова 2019].

Результаты исследования коммуникативных склонностей ординаторов выявили, что почти половина респондентов (49 %) имеют высокий уровень, однако значительная часть респондентов (36 %) находится на низком уровне [Турчина и др. 2016].

Другое исследование, посвященное изучению владения ординаторами техниками общения, показало, что они недостаточно владеют техниками слушания и задавания вопросов, но хорошо владеют техниками объяснения, мотивирования и консультирования [Васильева, Томилова 2019].

Анализ негативных отзывов пациентов на деятельность врачей различных специальностей также показал наличие проблем в области взаимодействия врача и пациента. Это может быть обусловлено тем, что современный пациент имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать в профессиональной деятельности врача. В одном исследовании, целью которого было выявить желания и требования современного пациента к врачу для осуществления эффективной коммуникативной подготовки будущих специалистов, были выявлены ключевые запросы и потребности современных пациентов, которые необходимо учитывать при проведении медицинской консультации, был составлен портрет современного пациента. Основными причинами неудовлетворенности пациентов стали несоответствие ожиданий реальным условиям медицинской помощи, некорректное поведение специалистов, неспособность услышать и понять пациента. Отличительные черты современного пациента: они рассматривают медицинскую помощь как услугу и хотят активного участия в процессе лечения; обладают большей грамотностью и осведомленностью о заболеваниях благодаря доступу к информации; ожидают от врача совета и подробного обоснования выбора лечения; знают свои права и готовы их отстаивать [Ремпель и др. 2024]. В связи с этим будущему врачу важно понимать особенности современного пациента, понимать его запросы с учетом возрастной категории, выбирать оптимальную коммуникативную стратегию для продуктивного общения с разными типами пациентов.

Еще один аспект, затронутый в другом исследовании, заключается в том, что взаимоотношения между врачом и пациентом играют важную роль в приверженности к лечению. Врач должен устанавливать с пациентом партнерские взаимоотношения, учитывая психологическое состояние пациента, особенно при информировании о заболевании и назначении лечения. Регулярное и продуктивное взаимодействие врача и пациента способствует формированию приверженности к лечению [Бузина, Абдуллаева 2024].

Таким образом, большинство ординаторов первого года обучения владеют основными коммуникативными навыками, но испытывают дефициты в установлении зрительного контакта, активном слушании, общении с конфликтными пациентами, сообщении плохих новостей и завершении консультации. Эти результаты согласуются с другими исследованиями, показывающими, что ординаторы недостаточно используют коммуникативные техники на этапах сбора информации и завершения консультации.

## Заключение

На основе исследования сделаны следующие выводы:

1. Коммуникативная компетентность врача – достаточно сложное интегративное качество личности, которое включает в себя различные коммуникативные навыки и умения. В зависимости от специализации врача набор коммуникативных навыков и умений может отличаться, но тем не менее существует ряд базовых навыков, которые используются врачами независимо от их специализации.

2. Анализ проблемы коммуникативной компетентности врачей был проведен с разных сторон: со стороны практикующих врачей и пациентов, которые остались не удовлетворены консультацией со специалистом. Следует отметить, что наши данные отражают мнения определенной подгруппы пациентов,

поскольку не каждый пациент, недовольный оказанной в больнице помощью, предпочел бы написать негативный отзыв на сайте.

3. У ординаторов первого года обучения были выявлены дефициты, которые они испытывают во время взаимодействия с пациентом, а именно недостаток использования техник активного слушания, проблемы в общении с конфликтными и гугл-пациентами, сообщении плохих новостей, самопрезентации, правильном завершении консультации. Это свидетельствует о том, что молодые врачи часто испытывают трудности в коммуникации с пациентами, что может привести к недопониманию и недовольству со стороны пациентов.

4. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей является важным аспектом профессиональной подготовки и имеет прямое влияние на результаты лечения. В рамках обучения в медицинских вузах должно уделяться большее внимание развитию коммуникативной компетентности, чтобы обеспечить качественную и эффективную медицинскую помощь.

Проведенное исследование позволило глубже понять проблемы, с которыми сталкивается молодой врач в процессе коммуникации с пациентом. Перспектива данного исследования заключается в разработке программы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей и проверке ее эффективности.

**Конфликт интересов:** Автор заявил об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и / или публикации данной статьи.

**Conflict of interests:** The author declared no potential conflict of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

## Литература / References

- Амлаев К., Кошель В., Ходжаян А. Обучение студентов эффективной коммуникации. *Врач*. 2017. № 4. С. 80–82. [Amlaev K., Koshel V., Khodzhayan A. To teach students effective communication. *Vrach*, 2017, (4): 80–82. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/ypvndx>
- Бадретдинова А. И., Клименко А. С., Ахуба Л. Г., Остаев А. О., Тигай Ж. Г. Эффективность и правильность применения коммуникативных навыков в постановке диагноза стандартизированному пациенту: результаты пилотного проекта на базе Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2020. Т. 11. № 2. С. 102–114. [Badretdinova A. I., Klimenko A. S., Akhuba L. G., Ostaev A. O., Tigai Zh. G. Soft skills efficacy and validity for establishing a simulated patient's diagnosis: Results of a pilot study conducted at the Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University). *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*, 2020, 11(2): 102–114. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/fbcwxy>

- Бузина Т. С., Абдуллаева А. С. Теоретический анализ роли психологических факторов приверженности к лечению больных гипертонической болезнью. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2024. Т. 12. № 1. С. 46–58. [Buzina T. S., Abdullaeva A. S. Theoretical analysis of the role of psychological factors of adherence to treatment in patients with hypertension. *Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development*, 2024, 12(1): 46–58. (In Russ.)] <https://doi.org/10.23888/humJ202412146-58>
- Васильева Е. Ю., Томилова М. И. Оценка коммуникативной компетентности у ординаторов. *Образование и саморазвитие*. 2019. Т. 14. № 4. С. 81–90. [Vasilyeva E. Y., Tomilova M. I. Assessment of communicative competence of residents. *Education and Self Development*, 2019, 14(4): 81–90. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/bgozki>
- Виденичкин Д. М. Психологические аспекты функциональных методов исследования онкобольных. *Психология и педагогика служебной деятельности*. 2024. № 1. С. 12–15. [Videnichkin D. M. Psychological aspects of functional research methods for cancer patients. *Psikhologiya i pedagogika sluzhebnoi deiatelnosti*, 2024, (1): 12–15. (In Russ.)] <https://doi.org/10.24412/2658-638X-2024-1-12-15>
- Воробьева О. И. Основы эффективности медицинской коммуникации. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2016. Т. 18. № 7. С. 83–85. [Vorobyova O. I. Fundamentals of medical communication efficiency. *Zdorovie i obrazovanie v XXI veke*, 2016, 18(7): 83–85. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/wwjlhx>
- Дворецкий Л. И. Ятрогенция в практике интерниста. *Терапевтический архив*. 2019. Т. 91. № 1. С. 121–128. [Dvoretzky L. I. Iatrogenia in internist practice. *Terapevticheskii Arkhiv*, 2019, 91(1): 121–128. (In Russ.)] <https://doi.org/10.26442/00403660.2019.01.000041>
- Доника А. Д., Карханин Н. П. Социологический анализ интериоризации профессиональной роли врача на додипломной стадии. *Успехи современного естествознания*. 2009. № 7. С. 127–129. [Donika A. D., Karkhanin N. P. Sociological analysis of internalizing the professional role in senior medical students. *Advances in current natural sciences*, 2009, (7): 127–129. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/kwxoyb>
- Жданова А. В. Коммуникативная компетентность у врачей в конфликтной ситуации профессиональной деятельности с пациентами. *Бюллетень науки и практики*. 2021. Т. 7. № 1. С. 382–386. [Zhdanova A. V. Communicative competence of doctors in a conflict situation of professional activity with patients. *Bulletin of Science and Practice*, 2021, 7(1): 382–386. (In Russ.)] <https://doi.org/10.33619/2414-2948/62/44>
- Кембель Д. В., Стоянова Е. И., Живаева Ю. В. Метод конкретных ситуаций как форма активного социально-психологического обучения студентов специальности «лечебное дело». *Лечебное дело*. 2020. № 4. С. 74–77. [Kembel D. V., Stoyanova E. I., Zhivaeva Yu. V. The method of specific situations as a form of active social and psychological training of students of specialty "general medicine". *Lechebnoe delo*, 2020, (4): 74–77. (In Russ.)] <https://doi.org/10.24412/2071-5315-2020-12275>
- Ледванова Т. Ю., Коломейчук А. В. Формирование коммуникативной компетентности врача. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2015. Т. 5. № 2. С. 115–121. [Ledvanova T. Yu., Kolomeychuk A. V. Developing communicative competence in medical students. *Biulleten meditsinskikh internet-konferentsii*, 2015, 5(2): 115–121. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/tolqyp>
- Майборода С. В. К вопросу о коммуникативной компетенции врача как об условии эффективного общения с пациентом. *Молодой ученый*. 2015. № 18. С. 523–527. [Mayboroda S. V. Communicative skills in doctors as a condition for effective communication with a patient. *Molodoi uchenyi*, 2015, (18): 523–527. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/ujlunb>
- Маркова А. А., Барсукова М. И. Тактика сообщения плохих новостей в профессиональном общении врача и пациента. *Архивъ внутренней медицины*. 2022. Т. 12. № 2. С. 136–142. [Markova A. A., Barsukova M. I. Tactics of reporting bad news in professional communication between a doctor and a patient. *Russian Archives of Internal Medicine*, 2022, 12(2): 136–142. (In Russ.)] <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2021-12-2-136-142>
- Павлова М. С. К вопросу о коммуникативных навыках врача-рентгенолога. *Медицина и экология*. 2011. № 2. С. 94–95. [Pavlova M. S. To a question of communicative skills of the doctor-radiologist. *Meditsina i ekologiya*, 2011, (2): 94–95. (In Russ.)]
- Попов В. В., Новикова И. А. Коммуникативная компетентность клинических ординаторов в рамках врачебной консультации. *Медицинская психология в России*. 2019. Т. 11. № 6. [Popov V. V., Novikova I. A. Communicative competence of clinical ordinators within the framework of medical advice. *Med. psihol. Ross.*, 2019, 11(6). (In Russ.)] URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2019\\_6\\_59/nomer02.php](http://mprj.ru/archiv_global/2019_6_59/nomer02.php) (accessed 20 Jan 2024).

- Ремпель Е. А., Клоктунова Н. А., Буганова А. И. Учет социально-психологических особенностей современного пациента и его ожиданий как необходимая составляющая коммуникативной подготовки будущего врача. *Мир науки, культуры, образования*. 2024. № 1. С. 186–191. [Rempel E. A., Kloktunova N. A., Baganova A. I. Consideration of the socio-psychological characteristics of modern patients and their expectations as a necessary component in communication training of future physician. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya*, 2024, (1): 186–191. (In Russ.)] <https://doi.org/10.24412/1991-5497-2024-1104-186-191>
- Сильверман Дж., Кёрц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. 3-е изд. М.: ГРАНТ, 2018. 304 с. [Silverman J., Kurtz S., Draper J. *Skills for communicating with patients*. 3rd ed. Moscow: GRANT, 2018, 304. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/ymepqt>
- Скородумов А. А., Морозов Б. В. Формирование коммуникативной компетенции у будущих врачей с учетом специфики профессиональной деятельности. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2018. Т. 37. № 1. С. 58–62. [Skorodumov A. A., Morozov B. V. Formation of communicative competence of future doctors taking into account specifics of professional activity. *Russian Military Medical Academy Reports*, 2018, 37(1): 58–62. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/xlvzil>
- Томилова М. И., Харьковская О. А. Представления ординаторов о коммуникативных навыках врача. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2021. Т. 10. № 1. С. 261–263. [Tomilova M. I., Kharkova O. A. Ordinatons representations about doctor's communicative skills. *Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 2021, 10(1): 261–263. (In Russ.)] <https://doi.org/10.26140/anip-2021-1001-0068>
- Турова И. В. Коммуникативная компетенция будущих врачей: отражение в профессиональных стандартах и федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования. *Психология обучения*. 2022. № 2. С. 71–79. [Turova I. V. Communicative competence of future doctors: Reflection in professional standards and federal state educational standards of higher education. *Psikhologiya obucheniia*, 2022, (2): 71–79. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/lunxwb>
- Турчина Ж. Е., Турчина Т. К., Нор О. В., Шарова О. Я. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей и обучающихся института последипломного образования медицинского университета. *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 5. [Turchina Zh. E., Turchina T. K., Nor O. V., Sharova O. I. Formation of communicative competence of future doctors and students of the institute of postgraduate education medical university. *Modern problems of science and education*, 2016, (5). (In Russ.)] URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25449> (accessed 20 Jan 2024). <https://elibrary.ru/wwwvhmf>
- Фомина М. В., Масловская С. В. Исследование коммуникативных умений студентов медицинского вуза. *Вестник Мининского университета*. 2019. Т. 7. № 4. [Fomina M. V., Maslovskaya S. V. Practices for the development of communicative skills of professional communication of medical university students. *Vestnik of Minin University*, 2019, 7(4). (In Russ.)] <https://doi.org/10.26795/2307-1281-2019-7-4-4>
- Хвощ Р. Н., Макарова О. В. Факторы формирования коммуникативной компетенции будущих врачей как условие эффективного лечения пациентов. *Медицинская наука и образование Урала*. 2019. Т. 20. № 4. С. 171–175. [Khvoshch R. N., Makarova O. V. Factors of developing communication skills of future doctors as a condition for effective treatment of patients. *Medical science and education of Ural*, 2019, 20(4): 171–175. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/tqlhet>
- Черемухникова И. К., Захарова И. А. Роль медицинского вуза в формировании коммуникативных навыков будущего специалиста. *Лечебное дело*. 2011. № 2. С. 123–126. [Cheremushnikova I. K., Zakharova I. A. Role of medical institution in formation of communicative skills in future specialists. *Lechebnoe delo*, 2011, (2): 123–126. (In Russ.)] <https://elibrary.ru/nxonoh>
- Чулкова В. А., Пестерева Е. В. Коммуникативные навыки в работе врача-онколога. *Вопросы онкологии*. 2014. Т. 60. № 5. С. 643–646. [Chulkova V. A., Pestereva E. V. Communication skills in oncologist's work. *Voprosy Onkologii*, 2014, 60(5): 643–646. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/sxtetv>
- Araújo M. M. T. de, Silva M. J. P. da, Puggina A. C. G. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogênico. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 2007, 41(3): 419–425. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000300011>
- Ha J. F., Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 2010, 10(1): 38–43.