

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2023.5.9>

Коммуникативные барьеры и способы их преодоления при оказании медицинской помощи (обзор литературы)

Д.В. Чередниченко

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2023. – Том 22, №5. – С. 9-17.

Communication barriers and ways to overcome them while providing medical care (literature review)

D.V. Cherednichenko

Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantation and Hematology, Minsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2023;22(5):9-17.

Резюме.

Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященной проблематике коммуникации при оказании медицинской помощи.

Основой конструктивных взаимоотношений в системе «медицинский работник-пациент» является эффективная коммуникация. Современный лечебно-диагностический процесс приобретает пациентоориентированный характер и предполагает активное вовлечение в него пациента и/или его законных представителей. Наличие коммуникативных барьеров приводит к некомплайенсу, является потенциальным конфликтогенным фактором и негативно влияет на качество оказания медицинской помощи.

Актуальной является оценка наличия коммуникативных компетенций у врача и умения использовать их на практике. Так как основой конструктивных взаимоотношений в системе «медицинский работник-пациент» является эффективная коммуникация, то актуальной проблемой является разработка методики оценки коммуникативной компетенции врача, использование которой применимо к условиям отечественной системы здравоохранения.

Важной задачей является отработка механизма реализации трансформации оказания медицинской помощи в направлении пациентоориентированности. Требуется внесение изменений в подготовку медицинских работников на уровне среднего и высшего медицинского образования, а также при непрерывном повышении квалификации. Данные изменения требуют детальной проработки, апробирования и оценки их эффективности.

Ключевые слова: коммуникация, комплайенс, некомплайенс, коммуникативные барьеры, личность пациента, личность врача, взаимоотношения «врач-пациент».

Abstract.

A review of domestic and foreign literature dedicated to the problem of communication while providing medical care has been done. The basis of constructive relationships in the system “a medical worker – a patient” is an effective communication. Modern treatment and diagnostic process acquires the character of a patient-centered approach and supposes an active involvement in it of a patient and/or his/her legal representatives. The presence of communicative barriers leads to noncompliance and is a potential conflict factor, negatively influencing the quality of the medical aid provided.

The assessment of doctor’s communicative competences and his/her ability to apply them in practice is of great importance. The basis of constructive relationships in the system “a medical worker – a patient” being an effective communication, the urgent problem is the elaboration of methodology for assessing communicative competence of a doctor, the use of which is applicable to the conditions of the native healthcare system.

An important goal is to practice the mechanisms of transformation realization of providing medical aid considering the aspects of patient-centeredness.

Changes in the training of medical workers at the level of secondary specialized and higher medical education as well as continuing professional education are necessary. These changes require detailed study, testing and the assessment of their efficiency.

Keywords: communication, compliance, noncompliance, communication barriers, patient's personality, doctor's personality, relationships "a doctor – a patient".

Исследование коммуникативных барьеров при оказании медицинской помощи и оценка эффективности существующих способов их нивелирования является темой многих исследований, так как данная проблема является крайне актуальной.

Современное определение термина «коммуникация» дано в «Социологическом энциклопедическом словаре»: «Социальная коммуникация – это процесс взаимодействия, общения между живыми существами с целью передачи информации, эмоций, мыслей и чувств» [1].

Существующие на сегодняшний день термины и определения коммуникации сводятся к общей лексической интерпретации значения как процесса передачи информации, обмена чем-либо, движением [2-5].

По определению Salas et al., «коммуникация – это реципрокный процесс отправки и принятия индивидуумом точной и четкой информации, который влияет на его поведение, мышление и мироощущение под влиянием внутренних и внешних факторов» [6].

К возможным сферам проявления коммуникативной деятельности относятся: социальная коммуникация, биологическая коммуникация, пути сообщения, обмен информацией в неживой природе. Для системы здравоохранения наиболее интересен социальный аспект коммуникации, а именно профессиональная коммуникация при оказании медицинской помощи.

Данная проблематика исследовалась отечественными специалистами (Сурмач М.Ю. и др., 2017 г.; Щастный А.Т. и др., 2018 г.; Климович А.И. и др., 2019 г.).

Так, на международной конференции «Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья» (октябрь 2017 г., Гродно) авторами из Беларуси, Польши, России, Таджикистана были представлены статьи на русском, польском и английском языках, в которых сделана попытка рассмотреть факторы и условия коммуникативного процесса в здравоохранении, сотрудничество

врача и пациента в профилактике, лечении и реабилитации, специфика взаимодействия «врач-пациент» при работе с отдельными возрастными и нозологическими категориями пациентов; этические, правовые, социальные и иные аспекты взаимоотношений «врач-пациент» [7].

В учебно-методическом пособии «Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении» рассматривались предмет, основные принципы и проблемы биомедицинской этики; изложены сущность и содержательные аспекты современной медицинской деонтологии [8].

В учебно-методическом пособии «Актуальные проблемы биомедицинской этики и коммуникаций в здравоохранении» авторами-исследователями проанализированы основные принципы и правила биомедицинской этики, представлены современные позиции по ее «открытым» проблемам [9].

Исследователями определено, что для эффективного общения между людьми существует две формы коммуникации [10]: вербальная (при помощи слов) и невербальная (жесты, мимика, действия и т.д.). Оба эти канала очень важны, так как они дополняют друг друга. И все же большая часть информации транслируется посредством невербальной коммуникации (до 70%).

Для организаций здравоохранения исследователи выделяют 3 основные функции коммуникации: адаптационную, координационную и интеграционную [11].

Адаптационная функция характеризует способность систем подстраиваться к изменениям, происходящим в окружающем пространстве.

Координационная функция направлена на взаимодействие отдельных частей системы с целью достижения поставленных задач

Интеграционная функция определяет возможность оценки роли и значения каждой составляющей целостной системы через призму поставленных целей и задач [11, 12].

Однако проблемой остается определение ведущего фактора в формировании правильных

коммуникаций, благодаря которому составные независимые системы организаций здравоохранения работают слаженно.

Любые непредвиденные или незапланированные, не относящиеся прямо к характеру течения заболевания события, способные нанести физический или моральный вред пациенту, относят к нежелательным событиям. По данным некоторых исследователей, около 37% от таких наносят тяжелый вред здоровью [13, 14]. По данным исследователей из США экономический ущерб, оцениваемый в связи с наступлением нежелательных событий, вызванных дефектами в коммуникации, составляет приблизительно около 2,2 млн. долларов в год [15].

Мы предполагаем, что некорректное выстраивание коммуникаций персоналом организаций здравоохранения может привести или явиться одной из основных причин более чем половины нежелательных событий в процессе оказания медицинской помощи, на что указывают и другие исследователи [14].

Все это доказывает актуальность проблемы формирования положительных коммуникаций.

Согласно ВОЗ, на высокую или низкую коммуникативную составляющую в современном лечебно-диагностическом процессе влияют, прежде всего, приверженность пациента к лечению, четкому соблюдению врачебных назначений и качество взаимоотношений между участниками процесса лечения и диагностики, которое приводит к удовлетворенности пациента, улучшению состояния здоровья, хорошим отзывам и формированию взаимной лояльности [12]. Но до сегодняшнего дня доля вклада этих факторов не определена.

В зарубежной литературе термин «compliance» в последние годы часто заменяют термином «adherence» (русский перевод – приверженность), поскольку он предполагает не пассивное выполнение предписаний врача, а подчеркивает, что пациент волен решать, следует ли придерживаться медицинских рекомендаций и что он не будет обвинен в их несоблюдении. Этот вариант термина носит более свободный характер и предполагает не абсолютное доминирование в процессе коммуникации врача, а равноценные отношения, где пациент способен влиять на процесс и действовать по своему усмотрению. В формате данного термина подчеркивается, что коммуникация «врач-пациент» носит характер соглашения, неких партнерских отношений [16].

В ряде научных трудов даже подчеркивается, что «adherence» – это назначение препаратов и процедуры лечения, а «compliance» – это непосредственно сам процесс приема лекарств и выполнения медицинских процедур в соответствии с указаниями врача. В отечественной медицинской практике эти два термина объединены в одном – комплаенсе. При этом необходимо отметить, что расширение данного понятия и добавление новых медицинских терминов в практику до сих пор не проводилось.

Несоблюдение комплаенса, или нонкомплаенс, как показывают исследования, характеризуется целым перечнем вариантов поведения пациента, связанного как с недостаточным, так и с чрезмерным приемом лекарственных препаратов преднамеренно или случайно, а именно [17]:

1. Задержка в приеме препарата или несоблюдение приема основного лекарственного средства в лечении.

2. Пропуск графика приема дозировок.

3. Уменьшение дозировки лекарства или прекращение его приема в самом начале лечения.

4. Общее нарушение всех предписаний по лечению, в том числе режима питания.

Коммуникативные барьеры – это преимущественно сложности психологического характера. Они возникают в процессе общения, могут явиться катализатором конфликта либо серьезно усложнить процесс коммуникации [18].

Guttman O.T. с соавторами выделяет пять ведущих групп, относящихся к коммуникативным барьерам: поведенческие, когнитивные, лингвистические, технологические, а также барьеры, обусловленные окружающей средой [19].

Поведенческие барьеры обусловлены действием или бездействием самого медицинского персонала, занимающего пассивную роль в коммуникации с пациентом. Врач или медицинская сестра должны не только демонстрировать внимательное выслушивание пациента, но и пытаться его «разговорить», активно задавая ему вопросы, обмениваясь с ним информацией (так называемое «поведение высказывания», «speak up» behavior в англоязычной терминологии) [20]. Озвучивание своего мнения, а также учет мнения коллег значительно повышают результаты командной работы и служат дополнительной защитой интересов пациента [21, 22].

Когнитивные барьеры чаще всего обусловлены пресловутым «человеческим фактором», который является причиной множества нежела-

тельных событий, обусловленных субъективными причинами (нарушение при идентификации пациента на различных этапах лечения, ошибки при приеме-сдаче дежурной смены, отсутствие слаженности в командной работе, игнорирование специально разработанных чек-листов, установленного процессинга и т.д.).

Лингвистические барьеры могут быть обусловлены особенностями профессиональной речи либо речевыми характеристиками (тон, стиль, скорость, тембр и др.). Использование в разговоре с пациентом «профессионализмов» – специальных медицинских терминов – может существенно затруднить коммуникацию в системе «медицинский работник-пациент». Особенно в тех случаях, когда это делается без соответствующего пояснения.

Технологические барьеры могут возникать при некорректном использовании электронных (цифровых) возможностей современной медицины. Учитывая тот факт, что информатизация здравоохранения широко распространена и создавалась для улучшения оказания медицинской помощи, ценность ее может быть значительно снижена за счет неумелого использования. Это может не только привести к нарушению в «цепочке коммуникации», но и стать причиной непоправимых ошибок.

Барьеры окружающей среды могут быть вызваны целым рядом причин. Во-первых, это шум, источником которого могут являться сами медицинские сотрудники либо работающее высокотехнологичное или рутинное оборудование. Препятствие эффективной коммуникации может возникнуть при отсутствии адекватной визуализации лиц персонала либо его присутствия (медицинские маски, шторы, специальная одежда и т.д.). Очень важным моментом является возможность пациента наблюдать мимику, жесты персонала, их слаженные действия [23].

В силу ряда обстоятельств, связанных с психофизиологическими изменениями состояния пациента, вызванными болезнью, могут нередко возникать препятствия в общении с ним.

Для мнительного человека появления болей в области грудной клетки может вызвать панический страх от мысли, что это может быть инфаркт; частые головные боли – возможна опухоль головного мозга; проблемы со стулом – опухоли желудочно-кишечного тракта и проч. Некоторые люди не способны к критическому осмыслению своего состояния и склонны впасть в панику или депрессивное состояние.

Исследователи описывают несколько вариантов отношения пациента к своей болезни [24]:

– Нормальное, соответствующее психофизиологическому состоянию пациента;

– Пренебрежительное, выражающееся в недооценке своего состояния, нежелании лечиться из-за преуменьшения в сознании серьезности имеющегося заболевания, его тяжести, прогнозистических моментов;

– Отрицающее (диссимуляция) – пациент не соглашается с самим фактом наличия у него заболевания.

При нозофобном отношении пациент боится заболевания, преувеличивает тяжесть своего состояния, «ищет» заболевания, при этом не удовлетворяется только консультацией одного-двух врачей, не доверяет их мнению об отсутствии патологического состояния.

Нозофильное отношение характеризуется наличием у пациента удовлетворенности от болезни, так как он, находясь в болезненном состоянии, получает больше душевной теплоты и заботы от родных и близких людей.

Чрезмерным проявлением нозофильной реакции является проявление утилитарного отношения к заболеванию. Оно характеризуется стремлением пациента извлечь определенные выгоды или предпочтения в связи с наличием патологического состояния. Встречается и у здоровых людей, пытающихся симулировать заболевание с целью выгоды (материальной или нематериальной) [13].

В этой связи выделяют следующие типы реакций:

– аггравация – сознательное (с течением времени менее осознанное) преувеличение симптомов какой-либо патологии;

– симуляция – выдумка о наличии какой-либо патологии;

– диссимуляция – скрывание объективной или субъективной невыгодности болезни (утрата специальности, длительное лечение, извещение о психическом или венерическом заболевании и выявлении контактов, боязнь оперативного вмешательства и т.д.) [25].

Исследования показывают, что 25-50% всех заболеваний в практике участковых врачей занимают заболевания психогенной природы. В стационарах этот процент достигает половины от всех находящихся на лечении пациентов [26].

Задачей врача является максимальное устранение у пациента страха на протяжении всего

лечебно-диагностического процесса. Чем лучше он справится с этой задачей, тем успешнее будет процесс лечения и его эффективность.

Однако эффективных мер до сих пор не разработано.

Особый интерес вызывают исследования, относящиеся к изучению степени возрастного влияния на осознание имеющейся патологии.

По классификации ВОЗ выделяются следующие возрастные группы и категории [27]: молодость (18-44 года), средний возраст (45-59 лет), пожилой человек (60-74 года), старческий период (75-90 лет), долголетие (90 лет и старше). В соответствии с возрастом у человека меняется отношение к имеющейся патологии. В молодом возрасте отмечается недооценка болезни, в зрелом – адекватное восприятие, в пожилом – переоценка патологии, в старческом – вновь недооценка [25].

Особую категорию пациентов представляют дети. В сущности, врач при осмотре ребенка имеет дело как минимум с двумя-тремя «пациентами» – родителями, бабушками или дедушками. От доктора и медицинской сестры требуется очень тщательный подход к коммуникации в педиатрической практике.

Существуют также коммуникативные барьеры, связанные с изменением личности врача в процессе его профессиональной деятельности.

О профессиональной деформации личности врача следует упомянуть в контексте изменения его взглядов, суждений, ценностных ориентиров под влиянием рабочего процесса. Особенно отчетливо это проявляется в начале практической деятельности, которая нередко связана с нейрофизическими перегрузками, незнакомыми ранее атмосферой и условиями работы в новом коллективе. Молодой врач постепенно адаптируется к этим изменениям, но при этом меняется его личность. Он становится похожим на своих коллег, перенимая их манеру общения с пациентами, поведение с родственниками пациента, отношение к работе. Не всегда эти изменения ведут к улучшению личностных характеристик врача, но они являются адаптационными и, в определенной степени, закономерными, неизбежными. Врач либо становится частью коллектива, принимая его правила, либо вынужден покинуть его, оставаясь верным своим принципам и правилам [28-30].

Отдельные исследования, касающиеся данной проблематики, показывают исключительно

негативную сторону подобных изменений личности врача, закономерно полагая, что данные изменения ухудшают профессиональную деятельность доктора и нарушают эффективный коммуникативный процесс взаимодействия с пациентом и/или его законными представителями [31].

Исследования психолога А.В. Нестерова демонстрируют разную степень выраженности профессиональной деформации личности врача: от должностной и адаптивной деформации до профессиональной деградации как наивысшей степени негативного влияния на личность рабочего процесса [32].

Исследователи Н.Г. Осипова и Т.В. Семина предлагают следующее определение профессиональной деформации: «это существенные изменения психической (стереотипов восприятия, мышления, способов общения) и социальной (характера, ценностных ориентаций, мировоззрения) структур личности под влиянием выполнения профессиональных обязанностей, которые продуцируют конфликтующее с общепринятыми профессиональными нормами и ценностями социальное поведение» [33].

Выделяют три группы профессиональной деформации врачей на основании описания отдельных ее симптомов: апперцепция, деперсонализация, авторитарность [29].

Под апперцепцией понимается такая группа симптомов профессиональной деформации личности врача, при которой меняется его восприятие черт другого человека. Так психиатр оценивает собеседника с точки зрения своей специальности, порой неосознанно ищет признаки психического отклонения. Стоматолог, разговаривая с кем-либо, невольно оценивает состояние челюстно-лицевой области. Хирург может восхищаться идеально сформированной культурой конечности или межкишечным анастомозом [28]. Причиной этому может быть постепенно развивающееся под влиянием профессиональной деятельности сужение оценочных жизненных понятий до уровня специальных знаний, необходимых ему в работе [30].

Под деперсонализацией понимается такой симптомокомплекс, при котором происходит обезличивание пациента. Доктор перестает видеть в пациенте человеческие характеристики. Отсюда циничность высказываний, профессиональный жаргон, способный унижить пациента или его родственников. Потенциальная конфликтоген-

ность такого поведения врача становится очевидной. Синдром эмоционального выгорания в стадии истощения проявляется в полной мере. Происходящие изменения до определенной степени носят адаптивный характер, но затем наступает «срыв адаптации» и коммуникативная компетентность снижается до критически низкой отметки. Контакт с пациентом в таких условиях крайне затруднен [28, 30, 34, 35].

Покровительственное, а в отдельных случаях высокомерное отношение к пациенту (авторитарность) рассматривается исследователями как профессионально-типологическая деформация способностей врача, проявляющаяся в нарциссических наклонностях и завышенных притязаниях [33, 35].

В целом все три описанные группы симптомокомплексов характеризуются значительным ущербом по отношению к коммуникативным способностям врача. Проявления такой «ущербной» коммуникации могут быть очень разнообразными, но всегда носят негативный характер и отрицательно сказываются на профессиональной деятельности доктора.

Следовательно, требуется разработка мер, предотвращающих или нивелирующих описанные негативные проявления.

Amutio-Kareaga Alberto et al. предложили шаги для более эффективной коммуникации между врачом и пациентом [36].

Своевременное определение скрытых и видимых коммуникативных барьеров.

Выявление барьеров коммуникации на основании анализа предположений и имеющиеся в распоряжении либо получаемые данные статистики.

Пациент как полноценный участник коммуникации.

Командная работа с пациентом, выявление приоритетов в лечении, совместное принятие решения, проявление сочувствия по отношению к пациенту и активное слушание.

В целом, начиная с 70-х годов XX-го века, мировое медицинское сообщество отдаёт предпочтение пациентоориентированной модели коммуникации как наиболее соответствующей интересам непосредственных участников современного лечебно-диагностического процесса. В связи с этим в практической работе стала активно использоваться Калгари-Кембриджская модель коммуникации с пациентом [37].

Практическое применение Калгари-Кем-

бриджской модели построения взаимоотношений врача и пациента при первичном контакте значительно повышает вероятность положительного эффекта от проводимой терапии и уровень доверия к врачу. Доказана ее опосредованная экономическая эффективность и влияние на снижение уровня конфликтности во взаимоотношениях между врачом и пациентом [38].

В Российской Федерации владение основами Калгари-Кембриджской модели входит в программу профессиональной аттестации по отдельным специальностям [39].

Однако необходима разработка модели, ориентированной на условия конкретной системы здравоохранения, в частности, применимой в нашей стране.

Заключение

Анализ результатов проведенных к настоящему времени исследований свидетельствует об особой актуальности оценки наличия коммуникативных компетенций у врача, умения использовать их на практике. Основой конструктивных взаимоотношений в системе «медицинский работник-пациент» является эффективная коммуникация. Соответственно, актуальной проблемой является разработка методики оценки коммуникативной компетенции врача, использование которой применимо к условиям отечественной системы здравоохранения.

Современный лечебно-диагностический процесс приобретает пациентоориентированный характер и предполагает активное вовлечение в него пациента и/или его законных представителей. Таким образом, важной задачей является отработка механизма реализации указанной трансформации оказания медицинской помощи.

Преобразования в сфере здравоохранения характеризуются стремительным изменением существовавших ранее подходов в отношении всех этапов лечебно-диагностического процесса. Тем более важное значение будет уделено способности к эффективному общению его непосредственных участников (медицинских работников и пациентов).

Все это, безусловно, потребует внесения соответствующих изменений в подготовку медицинских работников на уровне среднего и высшего медицинского образования, а также при непрерывном повышении квалификации. Данные изменения, соответственно, требуют деталь-

ной проработки, апробирования и оценки их эффективности.

Литература

- Социологический энциклопедический словарь [Электронный ресурс] / ред.-координатор Г. В. Осипов. Москва : Изд. группа ИНФРА М - НОРМА. Режим доступа: https://www.isras.ru/index.php?page_id=1198&id=6556. Дата доступа: 04.12.2023.
- Современный словарь иностранных слов : ок. 20000 слов. Москва : Рус. яз., 1993. 740 с.
- Большая Советская Энциклопедия : энциклопедия : в 30 т. Т. 12 : Кварнер - Конгур / гл. ред. А. М. Прохоров. Изд. 3-е. Москва : Совет. энцикл., 1973. 624 с.
- Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка : в 4 т. Т. 2 : И - О / В. И. Даль. Москва : Изд. центр «Терра», 1994. 781 с.
- Ожегов, С. И. Словарь русского языка : ок. 57000 слов / С. И. Ожегов; под ред. Н. Ю. Шведовой. 20-е изд., стер. Москва : Рус. яз., 1989. 748 с.
- Understanding and diagnosing teamwork in organizations: a scientifically based practical guide / E. Salas [et al.] // Hum. Res. Management. 2015. Vol. 54, N 4. P. 599–622.
- Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 26-27 окт. 2017 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; отв. ред. М. Ю. Сурмач. Гродно : ГрГМУ, 2017. 276 с.
- Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении : учеб.-метод. пособие : для студентов учреждения высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело» / А. Т. Щастный [и др.] ; под ред. А. Т. Щастного. Витебск : ВГМУ, 2018. 310 с.
- Актуальные проблемы биомедицинской этики и коммуникаций в здравоохранении : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальностям: 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело», 1-79 01 02 «Педиатрия» / А. И. Климович [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. философии и политологии. Минск : БГМУ, 2019. 195 с.
- Шарков, Ф. И. Коммуникология: основы теории коммуникации / Ф. И. Шарков. Москва : Дашков и Ко, 2013. 488 с.
- Costello, D. E. Health communication theory and research: An overview of health organizations / D. E. Costello, L. S. Pettegrew // Ann. Int. Comm. Assoc. 1979. Vol. 3, N 1. P. 605–623.
- Цветкова, А. Б. Коммуникативные составляющие комплаенса в практике медицинского персонала / А. Б. Цветкова, В. А. Евстафьев // Коммуникология. 2018. Т. 6, № 5. С. 49–68.
- Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals / L. I. Rabol [et al.] // BMJ Qual Saf. 2011 Mar. Vol. 20, N 3. P. 268–274.
- Malpractice risks in communication failures 2015: Annual Benchmarking Report [Electronic resource] / ed. G. Ruoff. Boston, 2015. Mode of access: <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/217557/Documents%20-%20CBS%20Report%20PDFs/Malpractice%20Risks%20in%20Communication%20Failures%202015.pdf>. Date of access: 04.12.2023.
- Agarwal, R. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals / R. Agarwal, D. Z. Sands, J. D. Schneider // J. Healthc. Manag. 2010 Jul-Aug. Vol. 55, N 4. P. 265–282.
- Concordance, adherence and compliance in medicine taking [Electronic resource] : Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), December 2005. Mode of access: <https://www.ahpo.net/assets/NCCSDO%20Compliance%202005.pdf>. Date of access: 04.12.2023.
- Medication adherence – improving health outcomes. A Resource from the American College of Preventive Medicine [Electronic resource]. Mode of access: https://ogg.osu.edu/media/documents/agingconnections/MedicationAdherenceTool_syndromes-screenings.pdf. Date of access: 05.12.2023.
- Игебаева, Ф. А. Деловые коммуникации в формировании коммуникативной компетентности современного специалиста агроуниверситета / Ф. А. Игебаева // Репликация культуры общества в контексте профессионального образования. Кн. 2 : коллектив. монография / под ред. Д. В. Гулякина. Георгиевск : Георгиев. техн. ин-т, 2013. С. 78–113.
- Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety / O. T. Guttman [et al.] // J. Patient Saf. 2021 Dec. Vol. 17, N 8. P. e1465–e1471.
- Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery / A. Lyndon [et al.] // BMJ Qual. Saf. 2012 Sep. Vol. 21, N 9. P. 791–799.
- Zee, J. WIHI: How to Speak Up for Safety [Electronic resource] / J. Zee, B. Kenefick, G. Meyer. Mode of access: <https://staff.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WIHI-Speak-Up-For-Safety.aspx>. Date of access: 06.12.2023.
- Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study / M. Kolbe [et al.] // Anesth Analg. 2012 Nov. Vol. 115, N 5. P. 1099–1108.
- Калдарбеков, С. Н. Коммуникативные барьеры и методы их преодоления в медицинской организации / С. Н. Калдарбеков, С. А. Мамырбекова, А. Б. Токбай // Вестн. науки и творчества. 2022. № 5. С. 40–45.
- Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. Прага : Авиценум, 1983. 405 с.
- Колягин, В. В. Коммуникация в медицине. Основы транскрипционного анализа : пособие для врачей / В. В. Колягин. Иркутск, 2012. 60 с.
- Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. 338 с.
- Improving prescription medicine adherence is key to better health care [Electronic resource]. Mode of access: https://uhealth-wp-uploads.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/sites/6/2017/02/28144820/PhRMA_Improving20Medication20Adherence_Issue20Brief.pdf. Date of access: 05.12.2023.
- Глазырин, Е. А. Профессиональная деформация личности врача-хирурга / Е. А. Глазырин, В. Ф. Таланова, А. А. Насонов // Вестн. Совета молодых учёных и специалистов Челябин. обл. 2016. Т. 2, № 1. С. 23–25.
- Потапова, Ю. В. Профессиональная деформация врачей разных специальностей как фактор формирования коммуникативных барьеров в общении с пациентом / Ю. В. Потапова, Б. В. Кузьмин // Вестн. Омского ун-та. Сер. Психолог.

- логия. 2019. № 1. С. 39–45.
30. Синдром хронической усталости и профессиональная деформация врача [Электронный ресурс] / В. В. Шевчук [и др.] // Междунар. студенч. науч. вестн. 2018. № 5. Режим доступа: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19005>. Дата доступа: 05.12.2003.
 31. Силуянова, И. В. Избранные. О призвании врача / И. В. Силуянова. Москва : Формат т, 2008. 256 с.
 32. Нестеров, А. В. Деформация личности в профессиональной деятельности врача судебно-медицинского эксперта, как ведущая проблема в комплексной оценке качества судебно-медицинской деятельности / А. В. Нестеров // Избр. вопр. судеб.-мед. экспертизы. 2007. № 81. С. 28–33.
 33. Осипова, Н. Г. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации / Н. Г. Осипова, Т. В. Семина // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. № 5. С. 32–36.
 34. Абрамова, Г. С. Психология в медицине : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по мед. специальностям / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. Москва : Кафедра-М, 1998. 272 с.
 35. Зеер, Э. Ф. Психология профессиональных деструкций / Э. Ф. Зеер, Э. Э. Сыманюк. Москва : Академ. Проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 2005. 240 с.
 36. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review / A. Amutio-Kareaga [et al.] // J. Clin. Med. 2017 Mar. Vol. 6, N 3. P. 33.
 37. Абаева, В. А. Калгари-Кембриджская модель общения с пациентом / В. А. Абаева. Молодой ученый. 2022. № 1. С. 23–24.
 38. Heritage, J. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions / J. Heritage, J. D. Robinson // Health Commun. 2006. Vol. 19, N 2. P. 89–102.
 39. Коммуникация с неврологическим пациентом / Е. В. Бриль [et al.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 2. С. 36–42.

Поступила 21.08.2023 г.

Принята в печать 17.10.2023 г.

References

1. Osipov GV, red-koordinator. Sociological Encyclopedic Dictionary. Moscow, RF: Izd gruppa INFRA M - NORMA. Available from: https://www.isras.ru/index.php?page_id=1198&id=6556. [Accessed 4th December 2023]. (In Russ.)
2. Modern Dictionary of Foreign Words: ok. 20000 slov. Moscow, RF: Rus jaz, 1993. 740 p. (In Russ.)
3. Prohorov AM, red. Big Soviet Encyclopedia: jenciklopedija: v 30 t. T 12: Kvarner – Kongur. Izd. 3-e. Moscow, RF: Sovet jencikl, 1973. 624 p. (In Russ.)
4. Dal VI. Explanatory Dictionary of the Living Great Russian Language: v 4 t. T 2: I - O. Moscow, RF: Izd centr «Terra»; 1994. 781 p. (In russ.)
5. Ozhegov SI, Shvedova NYu, red. Russian dictionary: ok 57000 slov. 20-e izd, ster. Moscow, RF: Rus jaz; 1989. 748 p. (In Russ.)
6. Salas E, Shuffler ML, Thayer AL, Bedwell WL, Lazzara EH. Understanding and diagnosing teamwork in organizations: a scientifically based practical guide. Hum Res Management. 2015;54(4):599-622.
7. Grodn gos med un-t; Surmach MYu, otv red. Doctor-patient: collaboration in solving health problems: sb st mezhdunar nauch-prakt konf, 26-27 okt 2017 g. Grodno, RB: GrGMU; 2017. 276 p. (In Russ.)
8. Shchastnyy AT, Glushanko VS, Kulik SP, Mishatkina TV, Gerberg AA, Korolev MG, Shchastnyy AT, red. Biomedical ethics and communication in health care: ucheb-metod posobie: dlja studentov uchrezhdenija vyssh obrazovaniya, obuchajushhihsja po special'nosti 1-79 01 01 «Lechebnoe delo». Vitebsk, RB: VGMU; 2018. 310 p. (In Russ.)
9. Klimovich AI, Pererezhko IR, Krasnikova IG, Bursevich VV, Sovostyuk TA, Shvabovskaya OV; M-vo zdavoohraneniya Respubliki Belarus', Belarus gos med un-t, Kaf filosofii i politologii. Current issues in biomedical ethics and communication in health care: ucheb-metod posobie dlja studentov uchrezhdenij vyssh obrazovaniya, obuchajushhihsja po special'nostjam: 1-79 01 01 «Lechebnoe delo», 1-79 01 03 «Mediko-profilakticheskoe delo», 1-79 01 02 «Pediatrija». Minsk, RB: BGMU; 2019. 195 p. (In Russ.)
10. Sharkov FI. Communicology: fundamentals of communication theory. Moscow, RF: Dashkov i Ko; 2013. 488 p. (In Russ.)
11. Costello DE, Pettegrew LS. Health communication theory and research: An overview of health organizations. Ann Int Comm Assoc. 1979;3(1):605-623. doi: 10.1080/23808985.1979.11923785
12. Tsvetkova AB, Evstafyev VA. Communicative components of compliance in the practice of medical personnel. Kommunikologija. 2018;6(5):49-68. (In Russ.). doi: 10.21453/2311-3065-2018-6-5-49-68
13. Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. BMJ Qual Saf. 2011 Mar;20(3):268-74. doi: 10.1136/bmjqs.2010.040238
14. Ruoff G, ed. Malpractice risks in communication failures 2015: Annual Benchmarking Report. Boston; 2015. Available from: <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/217557/Documents%20-%20CBS%20Report%20PDFs/Malpractice%20Risks%20in%20Communication%20Failures%202015.pdf>. [Accessed 4th December 2023].
15. Agarwal R, Sands DZ, Schneider JD. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. hospitals. J Healthc Manag. 2010 Jul-Aug;55(4):265-82.
16. Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), December 2005. Available from: <https://www.ahpo.net/assets/NCCSDO%20Compliance%202005.pdf>. [Accessed 4th December 2023].
17. Medication adherence – improving health outcomes. A Resource from the American College of Preventive Medicine. Available from: https://ogg.osu.edu/media/documents/agingconnections/MedicationAdherenceTool_syndromescreenings.pdf. [Accessed 4th December 2023].
18. Igebaeva FA. Business communications in the formation of communicative competence of modern specialist of agrarian university. V: Guljakin DV, red. Replikacija kul'tury obshhestva v kontekste professional'nogo obrazovaniya. Kn 2: kollektiv monografija. Georgievsk, RF: Georgiev tehn in-t; 2013. P. 78-113. (In Russ.)

19. Guttman OT, Lazzara EH, Keebler JR, Webster K LW, Gisick LM, Baker AL. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *J Patient Saf.* 2021 Dec;17(8):e1465-71. doi: 10.1097/PTS.0000000000000541
20. Lyndon A, Sexton JB, Simpson KR, Rosenstein A, Lee KA, Wachter RM. Predictors of likelihood of speaking up about safety concerns in labour and delivery. *BMJ Qual Saf.* 2012 Sep;21(9):791-9. doi: 10.1136/bmjqs-2010-050211
21. Zee J, Kenefick B, Meyer G. WIHI: How to Speak Up for Safety. Available from: <https://staff.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/WIHI-Speak-Up-For-Safety.aspx>. [Accessed 6th December 2023].
22. Kolbe M, Burtcher MJ, Wacker J, Grande B, Nohynkova R, Manser T, et al. Speaking up is related to better team performance in simulated anesthesia inductions: an observational study. *Anesth Analg.* 2012 Nov;115(5):1099-108. doi: 10.1213/ANE.0b013e318269cd32
23. Kaldarbekov SN, Mamyrbekova SA, Tokbay AB. Communication barriers and methods of overcoming them in a medical organization. *Vestn Nauki Tvorchestva.* 2022;(5):40-5. (In Russ.)
24. Konechnyy R, Boukhal M. Psychology in medicine. Praha, Czech Republic: Avicenum; 1983. 405 p. (In Russ.)
25. Kolyagin VV. Communication in medicine. Fundamentals of transactional analysis: posobie dlja vrachej. Irkutsk, RF; 2012. 60 p. (In Russ.)
26. Hardi I. The doctor, the nurse, the patient. Psychology of working with patients. Budapest, Hungary: Izd-vo Akad nauk Vengrii; 1988. 338 p. (In Russ.)
27. Improving prescription medicine adherence is key to better health care. Available from: https://uhealth-wp-uploads.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/sites/6/2017/02/28144820/PhRMA_Improving20Medication20Adherence_Issue20Brief.pdf. [Accessed 5th December 2023].
28. Glazyrin EA, Talanova VF, Nasonov AA. Professional deformation of the personality of a doctor-surgeon. *Vestn Soveta Molodyh Uchjonyh Specialistov Cheljab Obl.* 2016;2(1):23-5. (In Russ.)
29. Potapova YuV, Kuzmin BV. Professional deformation of doctors of different specialties as a factor in the formation of communicative barriers in communication with the patient. *Vestn Omskogo Un-ta Ser Psihologija.* 2019;(1):39-45. (In Russ.). doi: 10.25513/2410-6364.2019.1.39-45
30. Shevchuk VV, Kashkina NV, Vysotin SA, Sayfitova AT. Chronic fatigue syndrome and professional deformation of the physician. *Mezhdunar Ctudench Nauch Vestn* 2018;(5). Available from: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19005>. [Accessed 5th December 2023]. (In Russ.)
31. Siluyanova IV. Favorites. About the vocation of a doctor. Moscow, RF: Format t; 2008. 256 p. (In Russ.)
32. Nesterov AV. Personality deformation in the professional activity of a forensic physician as a leading problem in the comprehensive assessment of the quality of forensic activity. *Izbr Vopr Sudeb-Med Jekspertizy.* 2007;(81):28-33. (In Russ.)
33. Osipova NG, Semina TV. Ideal type and professional deformations of doctor's personality in the conditions of the modern stage of globalization. *Obshhestvo: Sociologija Psihologija Pedagogika.* 2017;(5):32-6. (In Russ.)
34. Abramova GS, Yudchits YuA. Psychology in medicine: ucheb posobie dlja studentov vuzov, obuchajushhhsja po med special'nostjam. Moscow, RF: Kafedra-M; 1998. 272 p. (In Russ.)
35. Zeer EF, Symanyuk EE. The psychology of occupational disruption. Moscow, RF: Akademy Proekt; Ekaterinburg: Delovaja kniga; 2005. 240 p. (In Russ.)
36. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *J Clin Med.* 2017 Mar;6(3):33. doi: 10.3390/jcm6030033
37. Abaeva VA. Calgary-Cambridge Model of Patient Communication. *Molodoj Uchenyj.* 2022;(1):23-4. (In Russ.)
38. Heritage J, Robinson JD. The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health Commun.* 2006;19(2):89-102. doi: 10.1207/s15327027hc1902_1
39. Bril EV, Khasina AV, Zimnyakova OS, Fedorova NV. Communication with the neurological patient. *Zhurn Nevrologii Psihatrii im SS Korsakova.* 2022;122(2):36-42. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202212202136

Submitted 21.08.2023

Accepted 17.10.2023

Сведения об авторах:

Д.В. Чередниченко – зам. директора по медицинской экспертизе и реабилитации, Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, <https://orcid.org/0009-0009-3336-4103>, e-mail: zmicer75@yandex.by – Чередниченко Дмитрий Владимирович.

Information about authors:

D.V. Cherednichenko – doctor-organizer of healthcare, deputy director for medical expertise and rehabilitation, Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantation and Hematology, <https://orcid.org/0009-0009-3336-4103>, e-mail: zmicer75@yandex.by – Dmitry V. Cherednichenko.