

УДК 159.923:614.253.8

## Оценка коммуникативной компетентности у ординаторов

Е.Ю. Васильева<sup>1</sup>, М.И. Томилова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия.

E-mail: dr.evasilyeva@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8992-8758

<sup>2</sup>Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия.

E-mail: tomilovami@mail.ru

ORCID: 0000-0002-5614-9766

DOI: 10.26907/esd14.4.08

### Аннотация

Проблема оценки коммуникативной компетентности будущих врачей на всех этапах обучения в медицинском вузе является одной из самых актуальных в теории и практике медицинского образования России. В статье раскрыты основные принципы построения методики комплексной оценки коммуникативных навыков студентов и ординаторов на основе многосторонней оценки. Определены базовые (универсальные) техники общения для врача – активное слушание, задавание вопросов, объяснение, консультирование и мотивирование пациентов, которые включают в себя целый ряд коммуникативных навыков, необходимых врачу.

В работе изучены и проанализированы самооценка ( $n=132$ ) и экспертные оценки ( $n=100$ ) коммуникативной компетентности у ординаторов, а также субъективное восприятие ординаторами полученных данных. Результаты самооценки и экспертной оценки коммуникативной компетентности показали, что самооценка по всем техникам общения, составляющим ядро коммуникативной компетентности, статистически значимо ниже, чем оценка экспертов ( $p < 0,001$ ). Показано, что метод многосторонней оценки обеспечивает развитие рефлексивности и мотивации ординаторов на совершенствование коммуникативных навыков.

**Ключевые слова:** оценка, коммуникативные навыки, коммуникативная компетентность, ординаторы, самооценка, экспертная оценка.

## Assessment of communicative competence of resident doctors

E.Y. Vasilyeva<sup>1</sup>, M.I. Tomilova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Northern State Medical University; Arkhangelsk, Russia*

*E-mail: dr.evasilyeva@gmail.com.*

ORCID: 0000-0002-8992-8758

<sup>2</sup>*Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia*

*E-mail: tomilovami@mail.ru.*

ORCID: 0000-0002-5614-9766

DOI: 10.26907/esd14.4.08

### Abstract

The problem of assessing the communicative competence of future doctors at all stages of training in a medical university is one of the most relevant in the theory and practice of medical education in Russia. The article reveals the basic principles of building a methodology for integrated assessment of the communicative skills of students and residents on the basis of multilateral assessment. The basic (universal) communication techniques for the doctor are determined – active listening, asking questions, advising and motivating patients, and an explanation, which include a number of communication skills required by the doctor.

The study examined and analyzed self-assessment (n = 132) and expert evaluation (n = 100) of communicative competence among residents, as well as the subjective perception of the data obtained by the residents. The results of self-assessment and expert assessment of communicative competence showed that self-assessment of all communication techniques that make up the core of communicative competence is statistically significantly lower than the expert assessment ( $p < 0.001$ ). It is shown that the method of multilateral assessment ensures the development of reflexivity and motivation of residents to improve communication skills.

**Keyword:** assessment, communication skills, communicative competence, residents, self-assessment, expert assessment.

### Введение

Медицинская помощь носит межличностный характер, поэтому без хорошей коммуникации она не эффективна, а в некоторых случаях опасна. Коммуникативная компетентность, по мнению Энтони Л. Сачмен, «важнейшая составляющая компетентности клинической, и стремление приобретать и совершенствовать коммуникативную компетентность – неотъемлемый элемент профессионализма» (Silverman, Kortz, & Draper, 2018). В теории и практике зарубежного медицинского образования для студентов, ординаторов и врачей всех специальностей существует единый подход к обучению навыкам общения, в котором «учитывается и процесс, и содержание медицинской консультации» и объединяются «старое» – содержание биомедицинского анамнеза – с «новым» – позицией пациента (Silverman, Kortz, & Draper, 2018). Это «Калгари-кембриджские руководства», включающие 73 навыка, составляющих медицинскую коммуникацию (Silverman, Kortz, & Draper, 2018). В России содержание медицинского образования пока не предусматривает обучение будущих врачей коммуникативным навыкам, нет учебной и методической литературы, а также подготовленных преподавателей. Между тем, изменения, которые происходят в медицинском образовании и связаны с переходом к системе аккредитации специалистов, включающей оценку коммуникативных навыков, требуют решения таких проблем, как обоснованное содержание обучения этим навыкам и их оценка. В данной статье сделан акцент на изучении и решении проблемы оценки коммуникативной компетентности у ординаторов.

Результаты анализа научной литературы и практики медицинского образования показывают, что для текущей и итоговой оценки навыков общения используются главным образом реальный пациент (РП) и/или стандартизированный пациент (СП), возможности и ограничения участия которых в объективизации оценки коммуникативной компетентности студентов и ординаторов уже глубоко исследованы (Dochshanov & Mendaliyev, 2015; Duffy et al, 2004; Feudtner, 2007; Molotov-Luchansky, Matsievskaya, & Tsayukova, 2012; Vasilyeva, 2016). Однако отсутствие комплексной методики, сочетающей внутреннюю и внешнюю оценки, а также выделение универсальных навыков для оценки коммуникативной компетентности врача в качестве объекта контроля, обусловило ситуацию, при которой даже наличие хорошо отлаженной системы оценки со стороны РП и СП не обеспечивает получение относительно объективной оценки.

Цель исследования состояла в апробации методов внутренней (самооценки) и внешней (экспертной) оценки для определения уровня коммуникативной компетентности ординаторов в условиях обучения и реальной практики овладения врачебной специальностью, а также в изучении субъективного восприятия ординаторами результатов оценивания.

### Материалы и методы

В одномоментном исследовании приняло участие 100 экспертов (в роли которых выступили врачи-наставники ординаторов) и 132 ординатора Северного государственного медицинского университета (СГМУ). Большинство опрошенных составили женщины (65,2%).

Для сбора эмпирических данных использовалась разработанная анкета «Коммуникативные навыки врача» (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017). Анкета включала 18 коммуникативных навыков, которые были распределены по 5 техникам общения: активное слушание, задавание вопросов, объяснение, мотивирование и консультирование пациентов.

В процессе исследования была проведена экспертная оценка врачами-наставниками и самооценка ординаторами их коммуникативных навыков по 7-балльной шкале. Уровень сформированности коммуникативных навыков определялся в зависимости от количества выставленных баллов: 1 балл – неудовлетворительный уровень, 2 – недостаточный, 3 – достаточный, 4 – удовлетворительный, 5 – хороший, 6 – очень хороший, 7 – отличный.

Ординаторы проводили самооценку коммуникативных навыков в ходе изучения обязательной дисциплины «Педагогика». Затем каждый ординатор запрашивал экспертную оценку коммуникативных навыков у своего врача-наставника, используя вышеописанную анкету. Врач-наставник – это наиболее опытный врач в отделении стационара или поликлиники, который «закреплен» за ординатором с момента его зачисления в ординатуру и до её окончания. Он ежедневно курирует и контролирует работу ординатора с пациентами, видит его в реальной практике взаимодействия с пациентами. Далее ординаторы сравнивали результаты самооценки и экспертной оценки и определяли пути совершенствования собственной коммуникативной компетентности в письменной форме.

Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета SPSS Statistics 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Данные представлены в виде медианы и квартилей первого и третьего. При сравнении показателей использовался непараметрический критерий Уилкоксона. Критический уровень значимости в исследовании принимался равным 95% ( $p < 0,05$ ).

**Результаты исследования**

Ординаторы оценивают сформированность своих коммуникативных навыков в диапазоне от достаточного (36.) до удовлетворительного (46.) уровней. Так, они отмечают удовлетворительный уровень сформированности следующих коммуникативных навыков: расположения к себе пациента, самосовладания, активного слушания, понимания смысла высказываний пациента, проведения деловых бесед и деловых совещаний, задавания открытых и закрытых вопросов, точной, краткой и конкретной передачи информации, эффективного выражения своей точки зрения (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017).

Ординаторы отметили достаточный уровень сформированности навыков убеждения, перефразирования информации, с использованием различных стилей речи, снятия напряжения в конфликтных ситуациях с помощью юмора, самопрезентации или ораторского искусства (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017), предоставления эффективной обратной связи, сообщения плохих новостей, навыков разъяснения условий предоставления гарантий (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017), эффективного аргументирования своей речи, гибкого реагирования на возражения пациента (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017).

Эксперты оценивают сформированность большинства коммуникативных навыков выпускников на удовлетворительном уровне, и только навыки сообщения плохих новостей, по их мнению, имеют достаточный уровень сформированности. Сравнительный анализ самооценки коммуникативных навыков ординаторов и оценок экспертов показал наличие статистически значимых различий по всем навыкам (табл. 1). Эксперты более высоко оценивают все коммуникативные навыки респондентов по сравнению с самооценкой ординаторов ( $p < 0,001$ ).

*Таблица 1. Результаты самооценки и экспертной оценки коммуникативных навыков ординаторов, балл, Me (Q1;Q3) (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)*

№	Коммуникативные навыки	Самооценка ординаторов	Экспертная оценка	Z	p-уровень
1	Навыки проведения деловых бесед и деловых совещаний (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva 2017)	4(2;4)	4(3;5)	-5,208	<
2	Навыки самопрезентации или ораторского искусства (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(2;4)	4(3;5)	-7,389	<
3	Навыки активного слушания (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(4;6)	5(4;6)	-3,919	<
4	Навыки задавания открытых и закрытых вопросов (врач-пациент) (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(3;5)	4(4;5)	-4,811	<
5	Навыки убеждения (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(4;5)	-4,770	<
6	Навыки самосовладания (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(3;5)	5(4;6)	-6,480	<

№	Коммуникативные навыки	Самооценка ординаторов	Экспертная оценка	Z	p-уровень
7	Умение располагать к себе пациента (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(4;5)	5(4;6)	-6,920	<
8	Навыки точной, краткой и конкретной передачи информации (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(3;5)	4(4;5)	-5,380	<
9	Навыки перефразирования информации, с использованием различных стилей речи (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(3;5)	-4,920	<
10	Навыки понимания смысла высказываний пациента (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(4;5)	5(4;5)	-4,980	<
11	Навыки предоставления эффективной обратной связи с учетом психологических особенностей пациента (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(3;5)	-6,474	<
12	Навыки эффективного выражения своей точки зрения (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(3;5)	4(3;6)	-6,463	<
13	Навыки эффективного аргументирования своей речи (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(3;5)	-5,956	<
14	Коммуникативные навыки для доказательства достоинств новых технологий и материалов для лечения (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	4(2;5)	4(3;5)	-5,318	<
15	Навыки разъяснения условий предоставления гарантий (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(3;5)	-5,801	<
16	Навыки снятия напряжения в конфликтных ситуациях с помощью юмора (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(3;5)	-5,990	<
17	Навыки гибкого реагирования на возражения пациента (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(3;4)	4(3;5)	-5,355	<
18	Навыки сообщения плохих новостей (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017)	3(2;4)	3(3;5)	-6,481	<

Далее анализ коммуникативной компетентности осуществлялся нами по пяти техникам общения, включающим определенные выше коммуникативные навыки. Результаты анализа свидетельствуют об удовлетворительном уровне владения техниками слушания и задавания вопросов, достаточном уровне владения техниками объяснения, мотивирования и консультирования. По мнению экспертов, все техники общения с пациентами сформированы у ординаторов на удовлетворительном уровне, что свидетельствует об удовлетворительных для деятельности умениях и навыках, которые могут быть развиты самостоятельно.

Сопоставление результатов самооценки техник общения с экспертной оценкой показало, что самооценка ординаторов по всем техникам общения статистически значимо ниже, чем оценка экспертов ( $p < 0,001$ ) (табл. 2).

**Таблица 2. Результаты самооценки и экспертной оценки техник общения ординаторов с пациентами, балл, Me (Q1;Q3)**

№	Техника общения	Самооценка ординаторов	Экспертная оценка	Z	p- уровень
1	Слушание	4(3;5)	4(4;5)	-6,554	<
2	Задавание вопросов	4(3;4)	4(4;5)	-7,056	<
3	Объяснение	3(2;4)	4(3;4)	-7,535	<
4	Мотивирование	3(3;4)	4(3;5)	-7,337	<
5	Консультирование	3(3;4)	4(3;4)	-7,890	<

Ординаторам было предложено провести анализ результатов самооценки и экспертной оценки. Приведем несколько примеров оценки ординаторов, отражающих значимость для них данной процедуры и дальнейшее видение путей развития коммуникативных навыков.

*Пример 1. «Результаты самооценки и экспертной оценки: Я являюсь врачом-стоматологом общей практики, на данный момент мой стаж работы составляет 5 месяцев. Я работаю в частной стоматологии. На протяжении 5 месяцев в моей практике не было существенных проблем в общении с пациентами, так как все пациенты достаточно коммуникабельные. Большинство моих баллов соответствует оценке «удовлетворительно» и «достаточно» и это объясняется тем, что я не могу с уверенностью сказать, что в коммуникативных навыках я заслуживаю больших баллов в силу маленького стажа работы. Я думаю, что со временем в практике будут разные ситуации и разные пациенты. Конфликтные ситуации и недопонимания порой невозможно избежать, но на данный момент я стараюсь ко всем пациентам найти индивидуальный подход и пытаюсь подбирать правильные слова в объяснении диагнозов и плана лечения.*

*Экспертная оценка: В моем случае экспертом является непосредственный начальник, директор клиники и главный врач в одном лице. Она оценивала мои коммуникативные навыки, наблюдая за тем, как я веду приемы и как я общаюсь с пациентами. Мои баллы и баллы эксперта находятся в одинаковых границах».*

*Пример 2. «Результаты самооценки и экспертной оценки: Коммуникативные навыки находятся на границе между достаточным и удовлетворительным уровнем (средняя оценка 3,88 по параметру самооценки и 3,77 по параметру экспертной оценки). В первую очередь необходимо повысить навыки в сфере убеждения пациента, задавания открытых и закрытых вопросов, с уклоном в сторону превалярования открытых; повысить навыки аргументирования собственной точки зрения, представлять простым языком преимущества новых методов над старыми».*

Пример 3. «Результаты самооценки и экспертной оценки: Исходя из сравнительной таблицы можно сделать вывод, что моя и экспертная оценка практически идентичны. Отличие состоит по следующим пунктам:

«Навыки точной, краткой и конкретной передачи информации» – эксперт считает, что я немного затягивала передачу информации пациенту во время нашего с ним диалога. Я также заметила этот недочет, однако мне показалось, что задержки были абсолютно незначительными.

«Навыки эффективного выражения своей точки зрения» – Я посчитала, что справилась на отлично. Пациент дал знать, что он согласен с моей точкой зрения и мы пришли к определенным выводам. Однако эксперт посчитал, что подача моих мыслей была чересчур импульсивна, подобное могло напугать пациентов, неустойчивых к стрессу.

«Коммуникативные навыки для доказательства достоинств новых технологий и материалов для лечения» (Vasilyeva, Gaykina, & Tagaeva, 2017) – ввиду ограниченного времени и недостаточно качественного знания английского языка, я нечасто посещаю различные вечерние конференции или читаю зарубежные научные журналы. Поэтому все мои знания новых технологий и материалов для лечения ограничиваются только теми редкими конференциями, на которые можно ходить вместо рабочего времени по разрешению руководителя, либо русскими научными журналами, которые по сути являются переводами старых зарубежных журналов. Я считаю, что знаний, получаемых из этих источников, достаточно, чтобы получить хотя бы оценку «удовлетворительно». Однако я прекрасно понимала, что все мною недавно узнанное – далеко не ново и мой рассказ не отличался эмоциональной окраской и силой убеждения. Ввиду этого эксперт решил еще сильнее понизить мою оценку.

«Навыки гибкого реагирования на возражения пациента» – я посчитала, что неплохо справилась со своей задачей, когда мне попался эмоционально неустойчивый пациент, агрессивно высказывающий свою точку зрения и возражавший лечению, которое я ему назначила. По результатам диалога он успокоился, т. к. я представила ему все необходимые доказательства того, что лечение назначено верно, и пояснила, что его поведение в обществе некорректно и это может повлечь за собой последствия. Эксперт посчитал, что я была чересчур тверда с ним и можно было выбрать иную, более мягкую тактику диалога.

По итогам данного задания практически однозначно можно сделать вывод, что я владею коммуникативными навыками на хорошем уровне. Среднее значение коммуникативных навыков по результатам самооценки составило: 6,1, экспертной оценки: 5,7. Благодаря эксперту я увидела свои отрицательные черты и считаю, что в основном они заключаются в импульсивности моего характера. Несмотря на отличное чувство юмора, я крайне серьезно отношусь ко всему происходящему, порой забывая дифференцировать работу и человеческие чувства. Теперь я вижу эту ошибку и буду над ней работать, также, несомненно, не забывая и про другие отрицательные, но гораздо менее значительные моменты, при этом всегда стремись к тому, чтобы по всем пунктам была оценка «отлично».

На основе результатов анализа самооценки и экспертной оценки коммуникативных навыков ординаторам было предложено дать рекомендации по совершенствованию обучения коммуникативным навыкам в образовательном процессе медицинского вуза. Контент-анализ ответов респондентов показал, что часть ординаторов предлагает изучать литературу по вопросам развития коммуникативных навыков (26%), отрабатывать их на практике (22%), увеличить количество практических занятий для отработки коммуникативных навыков во время обучения

в вузе (4%), посещать семинары и тренинги общения (15%), работать над такими личностными качествами, как «застенчивость и скромность» (8,9%), «тренировать в себе внутреннее спокойствие и самосовладание», «наблюдать за общением опытных врачей с пациентами» (2%), «разрабатывать личный план сообщения плохих новостей» (3%), «полностью выслушивать больного и вникать в его проблему» (1%), «пробовать себя в публичных выступлениях» (1%).

### Обсуждение

Прототипом представленного в статье варианта оценки стал способ оценки коммуникативных навыков, используемый в ходе проведения пилотного проекта в процессе аккредитации специалистов в 2018 году в медицинских вузах России (Passport of the examination station (model) Collecting complaints and anamnesis at the primary doctor's appointment, 2018), заключающийся в оценке коммуникативных навыков путём заполнения экспертами оценочных листов во время выполнения аккредитуемыми демонстрации навыков общения на станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приёме врача» с участием стандартизированного пациента.

Положительными в данном способе являются его объективность (конкретные действия аккредитуемого находят отображение в дихотомической шкале оценочного листа), относительная простота заполнения оценочного листа экспертом, возможность оценки нескольких коммуникативных навыков в ходе одной оценочной процедуры. К недостаткам можно отнести необходимость создания множества клинических сценариев и станций для проверки коммуникативных навыков в типичных ситуациях взаимодействия врача и пациента, потребность в соответствующем количестве стандартизированных пациентов и подготовленных экспертов, а также трудоёмкость подсчёта баллов по окончании заполнения оценочного листа для выставления итоговой оценки.

Методика самооценки и экспертной оценки коммуникативной компетентности у ординаторов, апробированная в Северном государственном медицинском университете, также не лишена недостатков, к которым можно отнести субъективизм, поскольку не были учтены оценки реальных пациентов, и отсутствие стандартизации, т.е. проверки на надёжность и валидность. Кроме того, указанный способ оценки коммуникативной компетентности у студентов и ординаторов может осуществляться, скорее всего, периодически (в начале, в середине и в конце обучения): требуется время для формирования и развития коммуникативных навыков и техник общения, а также системное видение общения «врача» и пациента в процессе осуществления квазипрофессиональной или реальной медицинской практики при общении с достаточно большим количеством реальных и стандартизированных пациентов в самых различных ситуациях: первичного приема, медицинской консультации, сообщения плохих новостей и пр. Однако, на наш взгляд, возможно и оценивание отдельно взятых коммуникативных навыков или техник общения при решении конкретной клинической ситуации в условиях обучения. Основные трудности в подготовке объективной структурированной оценки коммуникативных умений обучающихся связаны с разработкой заданий междисциплинарного характера и оценочных листов, что требует от преподавателей медицинских вузов не только так называемой межпредметной компетентности, но и постоянного совершенствования оценочной деятельности.

Опыт нашего университета демонстрирует возможность проведения самооценки и экспертной оценки коммуникативной компетентности у ординаторов в образовательном процессе подготовки кадров высшей квалификации на начальном этапе обучения, который характеризуется интенсивным процессом форми-

рования индивидуального стиля общения с пациентами и возможностью своевременной коррекции под руководством преподавателей клинических кафедр и врачей-наставников. Планируется проведение итоговой оценки коммуникативной компетентности на заключительном этапе обучения с обязательным учетом оценок реальных пациентов и коллег для того, чтобы усовершенствовать программы обучения коммуникативным навыкам.

Основные проблемы, которые предстоит решить в ближайшем будущем, связаны со стандартизацией методики на основе факторно-критериальной модели оценки коммуникативной компетентности, где были бы учтены оценки РП, СП, самооценки и экспертной оценки.

## Выводы

Предложенный способ самооценки и экспертной оценки коммуникативной компетентности у ординаторов позволяет уменьшить субъективность оценки, повысить у ординаторов самооценку, способствует развитию рефлексии как одного из профессионально важных качеств врача, неотъемлемой составляющей ядра его профессиональной зрелости. Дополнение такой оценки оценкой реальных и стандартизированных пациентов значительно повысит объективность оценки коммуникативной компетентности у ординаторов, их доверие к результатам оценки и мотивацию на постоянное саморазвитие коммуникативных навыков.

Опыт разработки и реализации способа оценки коммуникативных навыков у ординаторов, представленный в данной статье, возможно, будет полезен при создании инновационных систем оценки сформированности практических умений на всех этапах обучения в медицинском вузе. Он экономичен, так как не требует больших затрат на организацию и проведение оценки. Освоение методики оценки по данному способу не требует долгой и сложной подготовки экспертов, обучающихся, пациентов, так как критерии оценки четко структурированы, просты для однозначного понимания всеми субъектами оценки.

## Список литературы

- Васильева, Е.Ю., Гайкина М.Ю., Тагаева, Т.В. Педагогика в клинической практике врача: учебное пособие. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – 118 с.
- Дошанов, Д.Х., Мендалиев, Н. Роль стандартизированного пациента в оценке коммуникативной компетентности // Вестник КазНМУ. – 2015. – №3. – С. 327-328.
- Молотов-Лучанский, В.Б., Мадиевская, Л.Л., Цаюкова, Н.А. Коммуникативные навыки. Учебное пособие. – Караганда: КГМА, 2012. – 138 с.
- Паспорт экзаменационной станции (типовой) Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме врача. – 2018 [Электронный ресурс] //URL: [http://fmza.ru/upload/medialibrary/2b1/rasport\\_kn\\_opros\\_kn\\_10.05.pdf](http://fmza.ru/upload/medialibrary/2b1/rasport_kn_opros_kn_10.05.pdf) / (дата обращения: 17.05.19).
- Сильверман, Дж, Кёрц, С., Дрейпер, Дж. Навыки общения с пациентами. Пер. с англ. – М.: ГРАНАТ, 2018. – 304 с.
- Van Zanten, M. Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE). Step 2. Clinical Skills (CS) Exam. Acad Med. – 2007. – 82(10). – P. 65–68.
- Vasilyeva, E. Yu. Communication and patient education: a manual for medical students. – Archangelsk: Publishing house of the Northern State Medical University, 2016. – P. 175.
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med. – 2004. – 79(6). – P. 495–507.
- Feudtner, C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. Pediatr Clin North Am. – 2007. – 54(5). – P. 583–607.

- Hagihara, A., Tarumi, K. Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scand J Caring Sci.* – 2006. – 20(2). – P. 143–150.
- Henrdon, J., Pollick, K. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am.* – 2002. – 84(2) – P. 309–315.
- Lee, R.G., Garvin, T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med.* – 2003. – 56(3). – P. 449–464.
- Tongue, J.R., Epps, H.R., Forese, L.L. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *J Bone Joint Surg Am.* – 2005. – 87. – P. 652–658.

## References

- Dochshanov, D. H., & Mendaliyev, N. (2015). The role of a standardized patient in the evaluation of communicative competence. *Vestnik of KazNMU*, 3, 327-328.
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., et al (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
- Feudtner, C. (2007). Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatric Clinics of North America*, 54(5), 583-607.
- Hagihara, A., & Tarumi, K. (2006). Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 143-150.
- Henrdon, J., & Pollick, K. (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*, 84(2), 309-315.
- Lee, R. G., & Garvin, T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Social Science & Medicine*, 56(3), 449-464.
- Molotov-Luchansky, V. B., Matsievskaya, L. L., & Tsayukova, N. A. (2012). *Communication skills*. Karaganda: KGMA.
- Passport of the examination station (model) Collecting complaints and anamnesis at the primary doctor's appointment (2018). Retrieved from [http://fmza.ru/upload/medialibrary/2b1/pasport\\_kn\\_opros\\_kn\\_10.05.pdf](http://fmza.ru/upload/medialibrary/2b1/pasport_kn_opros_kn_10.05.pdf) / (Accessed on May 17, 2019).
- Silverman, J., Kortz, S., & Draper, J. (2018). *Skills for communicating with patients*. Moscow: GRANAT.
- Tongue, J. R., Epps, H. R., & Forese, L. L. (2005). Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*, 87, 652-658.
- Van Zanten, M. (2007). Assessing the communication and interpersonal skills of graduates of international medical schools as part of the United States Medical Licensing Exam (USMLE). Step 2. Clinical Skills (CS) Exam. *Academic Medicine*, 82(10), 65-68.
- Vasilyeva, E. Yu. (2016). *Communication and patient education: a manual for medical students*. Archangelsk: Publishing house of the Northern State Medical University.
- Vasilyeva, E. Yu., Gaykina, M. Yu., & Tagaeva T. V. (2017). *Pedagogy in clinical practice of the doctor*. Arkhangelsk: Publishing house of the Northern State Medical University.