

Сімейна медицина

ISSN 2307-5112

№3 (83) '2019

ЖУРНАЛ ВИХОДИТЬ
З ВЕРЕСНЯ 1999 РОКУ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ДИСТАНЦІЙНЕ НАВЧАННЯ.
СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМІЯ:
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД
НА ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКУ,
ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ 7

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ТОПІЧНОЇ
ТЕРАПІЇ МІКОЗУ СТОП 17

КОМУНІКАЦІЙНА
КОМПЕТЕНТНІСТЬ
СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ 31

ТРИВОЖНІСТЬ ТА ДЕПРЕСИВНІ
СТАНИ В УЧАСНИКІВ АТО/ООС,
ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ
ГІПЕРТЕНЗІЮ 43

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ
ВАРІАБЕЛЬНІСТЮ РИТМУ
І СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИМ
СТАНОМ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ
З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ
АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 74

ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ В₁₂
У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ
І МОЖЛИВІСТЬ ВПЛИВУ
НА НЬОГО ХАРАКТЕРУ
МЕДИКАМЕНТОЗНОГО
ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО
ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ 97

ЧОТИРИ КОМПОНЕНТИ ДЛЯ СПОКІЙНОГО ЖИТТЯ І МІЦНОГО СНУ!

GRANDMEDICAL
group

УСУВАЄ
ПРИЧИНИ
БЕЗСОННЯ!!!



- ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ
- НЕВРОЗИ ТА НЕВРАСТЕНІЇ
- ПІДВИЩЕНА ДРАТІВЛИВІСТЬ
- ТРИВОГА
- ДЕПРЕСІЯ
- ПМС, МЕНОПАУЗА
- СИНДРОМ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

ВІДНОВЛЮЄ
СОН*

*ПАРІ-ФЛО 30 капсул у блістерах

Склад: 1 капсула містить: екстракт трави пасифлори сухий (*Passiflora incarnata L., herba extractum*) – 150 мг; L-гліцин – 100 мг; L-метилфолат – 0,50 мг; магнію L-тріонат – 150 мг. **Рекомендації до застосування:** при психоемоційних та психосоматичних розладах, викликаних стресами, вегето-судинною дистонією, артеріальною гіпертензією, гормональними порушеннями (клімакс, передменструальний синдром, гіпертиреоз та ін.); при неврозах та неврастенії різного генезу; при підвищеній дратівливості, станах страху, неспокою, тривоги; при депресивних станах; при нападах мігрені; при судорожному синдромі на тлі неврологічних захворювань та метаболічних порушень; при алкогольній абстиненції. **Протипоказання:** не приймати при підвищеній чутливості до будь-якого з компонентів. **Спосіб застосування та рекомендована добова доза:** по 1 капсулі 2 рази на добу. Рекомендований курс прийому становить 7-14 днів. Перед застосуванням рекомендується консультація у лікаря. Не застосовувати як заміник повноцінного і збалансованого харчування! Не перевищувати рекомендовану добову дозу. Не є лікарським засобом! Інформація для фахівців охорони здоров'я. Повна інформація розміщена в листку-вкладиші. **Виробник:** Grand Medical Poland Sp. z o.o. Michała Faradaya 2, 03-233 Warsaw, Poland, tel.: +48 22 35 00 270, fax +48 22 35 00 277 для Grand Medical Group AG, Switzerland. **Представник:** Представництво "Гранд Медикал Груп АГ" в Україні, 04112, Київ, вул. Дегтярівська, 62. Тел.: +38 044 209 95 47.

Комунікаційна компетентність сімейного лікаря – від інтернатури до повсякденної практичної діяльності

Л.М. Пасієшвілі, А.А. Заздравнов

Харківський національний медичний університет

У статті висвітлено проблеми спілкування «лікар–пацієнт» у сучасному суспільстві. Показана значущість пацієнт-орієнтованої комунікації у формуванні професійного іміджу фахівця, в оцінюванні роботи конкретного лікаря і системи охорони здоров'я у цілому. Розглянуто особливості спілкування сімейного лікаря з пацієнтами різних вікових груп. Уміння спілкуватися з хворим слід вважати обов'язковою професійною компетенцією сімейного лікаря. Акцентовано увагу на необхідності оптимізації підготовки лікарів загальної практики з питань пацієнт-орієнтованої комунікації на післядипломному етапі освіти.

Ключові слова: сімейна медицина, пацієнт-орієнтована комунікація, комунікаційна компетентність, професійний імідж лікаря, післядипломна освіта.

*Ну що б, здавалося, слова...
Слова та голос – більш нічого.
А серце б'ється – ожива,
Як їх почує!..*
Т.Г. Шевченко [1]

У теперішньому постіндустріальному (інформаційному) суспільстві комунікація є одним із фундаментальних векторів прогресу людства. Також вона може виступати й засобом розвитку інформаційного суспільства. Сучасний французький соціолог Ж. Ліповецькі зауважив, що завдяки комунікації люди стають більш вільними у реалізації повсякденних проблем, у спілкуванні та освіті ... [2]. Сьогодні комунікація розглядається не лише як трансляція інформації, але й як соціальний процес, що має емоційну і експресивну сторони. Останню ознаку дуже важливо враховувати при міжособистісному спілкуванні. Комунікація впливає на всі сфери життя, й охорона здоров'я не є винятком. Тим більше, що медицина завжди мала ознаки соціального інституту. Наймасштабніше даний процес перебігає у загальній лікарській практиці, найбільш багаточисельній ланці охорони здоров'я. При цьому комунікація – це не тільки комп'ютеризація, телемедицина, «інтернетизація» роботи сімейного лікаря. Це, перш за все, відповідальне спілкування у комунікативному кластері «лікар–пацієнт».

За рекомендаціями експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, для оцінювання ефективності роботи медичної галузі в якості обов'язкової складової необхідно враховувати думку пацієнтів, які є безпосередніми споживачами медичних послуг. Задоволеність медичною допомогою – це оціночний критерій, що відображає об'єктивний стан системи охорони здоров'я і сприйняття її особистістю. Проте в умовах розвинутого інформаційного простору сформувався спрощений доступ населення до спеціальної медичної літератури, медичних інформаційних ресурсів. Пацієнт часто схильний до самолікування, має підвищений інтерес до парамедицини і не згоден з призначеннями лікарів. Пацієнт став більш вимогливим. Дана обставина суттєвим чином впливає на роботу медиків. На цьому тлі особливо важливі людські аспекти взаємин лікаря і пацієнта, зокрема, увага до пацієнта і його особливостей [3].

Незадоволеність хворого лікарем трансформується у незадоволеність всією системою охорони здоров'я. Найбільш часто перша зустріч пацієнта з лікарем відбувається саме на етапі первинної медико-санітарної допомоги. Отже, актуальним завданням її вдосконалення є орієнтація на пацієнта і оптимізація комунікації учасників даного процесу.

Лікар і хворий являють собою цілісну систему «лікар–пацієнт», що має свої закономірності і свою динаміку. Вона складається з двох рівнозначних мультиформних частин.

З боку пацієнта: вплив патофізіологічних процесів на характер суб'єктивно-психологічної реакції хворого; суб'єктивні особливості особистості, які можуть, впливати на об'єктивний її стан. З боку лікаря: його емоції, його моральні установки, його думки по відношенню до хворого, які не можуть не впливати, у свою чергу, на пацієнта. Ці відносини носять взаємообумовлений характер [4].

У загальному вигляді під комунікативною компетентністю розуміють здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певну сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування. Вона передбачає уміння змінювати глибину і коло спілкування, розуміти і бути зрозумілим для партнера по спілкуванню [5]. Орієнтована на пацієнта модель охорони здоров'я виділяє основні особливості комунікацій в галузі охорони здоров'я, що спираються на базові навички загальнонародського спілкування, такі, як активне слухання, співчуття (емпатія), як на спосіб реагування на індивідуальні потреби, цінності та переваги окремих пацієнтів. Створення комунікативного комфорту виступає істотним засобом оптимізації процесу міжособистісної комунікації і пов'язане із завоюванням розташування співрозмовника, умінням йому сподобатися, збереженням його «обличчя» при захисті власного. Показниками успішності міжособистісної комунікації є:

- ефективність (досягнення комунікантами своїх цілей);
- доречність (нормативність дій комунікантів, їх відповідність ситуації, її вимогам і комунікативним очікуванням партнера);
- комунікативний комфорт, тобто сприятлива обстановка спілкування [3].

Концепція пацієнт-орієнтованої комунікації продемонструвала свою ефективність у межах теперішньої реформи первинної медико-санітарної допомоги. Ефективна комунікація між сімейним лікарем та пацієнтом сприяє поглибленню довірчих відносин між суб'єктами лікувально-профілактичного процесу, формує власне контингент даних суб'єктів – кількісний та якісний. Орієнтація лікаря на партнерські взаємини з пацієнтом сприяє не тільки поліпшенню емоційного стану хворого, але й підвищенню прихильності до лікування. Пацієнти, які позитивно оцінюють свої відносини з лікарем, більшою мірою задоволені проведеним лікуванням [6]. Вельми красномовні слова видатного терапевта XIX ст. Г.А. Захар'їна: «Немає потреби пояснювати, в якому важкому становищі знаходиться лікар, до якого не мають довіри; ще важче становище хворого, який був змушений лікуватися у лікаря, до якого немає довіри».

Від комунікаційної компетентності лікаря безпосередньо залежить:

- ефективність проведених профілактичних заходів і здійснення процесу навчання населення навичкам ведення здорового способу життя;
- формування та підтримка мотивації пацієнтів у збереженні власного здоров'я;
- результативність лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів;
- успішність встановлення взаємовигідного соціального партнерства в моделі «лікар–пацієнт»;
- вибудовування стратегій взаємодії з населенням, вплив на громадську думку і, як кумулятивний результат за все, – поліпшення якості життя суспільства у цілому [7].

У даному контексті напрашується висновок про набуття комунікацією рис виробничого інструменту в межах кластеру «лікар–пацієнт».

Кар'єра сімейного лікаря, набір їм достатньої кількості пацієнтів залежить як від його професійних компетенцій («глибинні якості»), так і від його іміджу («зовнішні» якості). При цьому на етапі первинного знайомства саме іміджеві якості виступають на перший план. Пацієнт завжди, явно чи приховано, вимагає від лікаря індивідуального підходу. Позитивний образ доброго і розумного лікаря, сформований у дитинстві, глибоко вкорінений у нашій свідомості. Пацієнт підсвідомо вимагає відповідності лікаря даному ідеалу, лікар, у свою чергу, має прагнути досягти його.

Професійний імідж фахівця включає:

- зовнішній вигляд,
- володіння нормами соціальної взаємодії,
- знання професійної корпоративної культури, норм етикету,
- тактовність і емпатію,
- наявність комунікативної компетентності.

При всій комп'ютеризації, інформатизації і технізації медицини для успішного перебігу лікувального процесу лікаряю необхідна наявність таких особистісних якостей, як чуйність, уважність, тактовність, щирість, доброзичливість, ввічливість. Професія лікаря передбачає професійне та емоційне включення у проблеми і переживання пацієнта [7].

Лікар повинен не тільки вміти грамотно вести бесіду з пацієнтом, а й пам'ятати про закономірності міжособистісного простору:

- 0–0,5 м – інтимна відстань, якою спілкується лікар і пацієнт, що знаходяться у близьких відносинах;
- 0,5–1,2 м – міжособистісний простір для розмови лікаря з пацієнтом, з дотиком або без нього;
- 1,2–3,7 м – зона ділових відносин;
- 3,7 м і більше – публічна відстань.

До того ж лікар залежно від поставленого завдання обстеження пацієнта повинен вміти визначити оптимальну відстань щодо обстежуваного. Ці знання лікаря дозволяють йому вибирати простір між собою і пацієнтом у кожному конкретному випадку: «навпроти», «поруч» тощо [8].

Формування комунікативних компетенцій сімейного лікаря має відбуватися як в інтернатурі із загальної практики – сімейної медицини, так і протягом усієї професійної кар'єри (безперервне професійне навчання). Підготовка майбутніх сімейних лікарів в інтернатурі відбувається за загальнонавчаним планом та включає два етапи: очний та заочний цикли з перебуванням на базі кафедри сімейної медицини та центрів первинної медико-санітарної допомоги. Якщо перебування на кафедрі дозволяє контролювати взаємодію лікаря-інтерна з пацієнтом, то їх умовно самостійна робота (заочний цикл інтернатури) інколи не тільки сприяє стресовій ситуації внаслідок діагностичних та лікувальних заходів, можливості помилок у даному напрямку, але й може стати причиною комунікативних негараздів, що виникають у процесі спілкування з пацієнтом.

Необхідно відзначити, що вікові характеристики пацієнтів в обов'язковому порядку накладають відбиток на процес спіл-

кування сімейного лікаря з хворими. І якщо робота з немовлям, перш за все, утруднена внаслідок неможливості спілкування з дитиною та проблемами визначення провідного клінічного синдрому в умовах відсутності чітко окреслених скарг, то спілкування з батьками та іншими членами родини малолітнього пацієнта нерідко ще більше погіршує діагностичний процес. З одного боку, батьки намагаються допомогти лікарю, розповідаючи про стан дитини, виникнення окремих проявів хвороби та їх перебіг; а з іншого боку – присутні панічні стани, нагнітання тривоги, метушня та, доволі часто, неповна довіра лікарю, особливо якщо він молодий. Якщо ж довіру завойовано, то батьки дитини зазвичай погоджуються на проведення діагностичних заходів та згодні придбати різноманітні ліки, не дуже зважаючи на їх вартість. Тобто комунікативний аспект роботи сімейного лікаря з немовлятами та малими дітьми полягає, перш за все, у спілкуванні з батьками. І в такому разі вміння сімейного лікаря «розрядити обстановку», зробити бесіду з членами родини змістовною та спрямувати її в потрібне русло є запорукою виконання настанов лікаря та позитивного ефекту терапії.

Під час роботи з особами молодого та середнього віку частіше виникають проблеми діагностичного та лікувального напрямку, які пов'язані з «відсутністю часу на обстеження», особливо коли мова йде про лабораторні та діагностичні центри в різних районах міста, наявність черг на обстеження, консультації. У цьому випадку пацієнти звертаються до лікаря з проханням «дати що-небудь, аби погасити який не-будь симптом», тобто зменшити прояви хвороби, але не витратити час на визначення власне нозології. При цьому у сімейних лікарів виникає інша проблема – вмовити пацієнта провести курс терапії, а не зупинитися на одноразовому ефекті препаратів; придбати не завжди дешеві ліки («для себе завжди шкода») та за необхідності пройти стаціонарне лікування («часу нема, треба заробляти гроші для родини»). Тобто виникають умови до розвитку хронічних захворювань та формування ускладнень.

З іншого боку, молодь оцінює роботу закладів охорони здоров'я більш критично, ніж пацієнти літнього віку. Молоді люди рідше звертаються за медичною допомогою і, отже, мають лише невеликий позитивний досвід взаємин із системою охорони здоров'я. Більш освічені й поінформовані молоді пацієнти очікують уважного ставлення до себе і особистої участі в обговоренні проблем, що у них виникли. Пацієнти молодого віку хочуть мати повну інформацію про стан свого здоров'я і розділяти відповідальність за прийняття рішення у плані вибору методів діагностики і лікування [3].

Однією з глобальних проблем сучасності є старіння населення, яке впливає на всі сфери людської діяльності, у тому числі і охорону здоров'я. Найбільш гостро постає тема взаємодії лікаря і літніх пацієнтів. На сьогодні головним суб'єктом медичної діяльності серед даних пацієнтів є сімейний лікар. Серед осіб похилого віку робота сімейного лікаря має свої особливості. Перш за все, це хронічні захворювання та коморбідність, що потребує призначення медикаментів багатьох груп. Але у даного контингенту пацієнтів майже завжди стає питання недостатності/відсутності грошей, що ще більше пригнічує хворого. На жаль, сімейний лікар не може надавати ліки безкоштовно, проте доставити інформацію до хворого, або ж до соціального працівника про наявність необхідних медикаментів у списку безкоштовних ліків є обов'язком та реальною допомогою геронтологічному пацієнту.

Отже, вікові характеристики пацієнтів накладають певні особливості на комунікативний процес лікаря з хворим, проте одночасно «загартовують» його у боротьбі за здоров'я. Особливого значення даний момент набуває на етапі початкової кар'єри.

Зазначені проблеми потребують значних знань з галузі психології у роботі з пацієнтом. В інтернатурі на другому році навчання виділяється незначна кількість годин з медичної психології, основ комунікації з пацієнтом. Чому на другому? Протягом попереднього року молодий сімейний лікар-інтерн

безпосередньо контактував з пацієнтом та його родиною. Він вже може оцінити ситуацію, яка виникла під час спілкування, визначити свої помилки та переглянути можливі негаразди. Тобто лікар-інтерн вже може перетворити теоретичні знання з проблем спілкування у практичні навички та бути готовим до різних проблем. Такі заняття з психологом, на нашу думку, слід проводити не виключно в теоретичному напрямку, а з розбором конкретних ситуацій, що виникли в інтерна у процесі роботи, та дозволити йому, перш за все, сформулювати ситуацію та оцінити свою поведінку в ній. Іншим напрямком такої роботи може бути моделювання найбільш частих ситуацій, які потребують активної позиції лікаря щодо її усунення.

В якості прикладу такої роботи можна взяти спілкування сімейних лікарів-інтернів з психологом у Нідерландах, безпосередніми свідками якого були автори даної статті. Один раз на тиждень протягом 2–3 год відбувається зустріч інтернів з психологом. Співбесіда розпочинається як соло одного з лікарів, який наводить приклади ситуацій у роботі та варіанти їх вирішення. Водночас інші лікарі-інтерни надають не завжди приємні запитання, шуткують та критикують поведінку колеги та доволі часто усміхаються при обговоренні. Окрім того, присутні інтерни приводять аналогічні випадки зі своїми пацієнтами, тим самим «приміряючи» актуальну ситуацію на свою поведінку. Така співбесіда дозволяє не обмежуватися абсолютно узагальненими правилами поведінки у конкретному випадку, такі випадки неможливо передбачити. Отже, присутні інтерни мають

зможу поміркувати над можливими ситуаціями, розглянути варіанти їхнього вирішення, обрати саме той варіант, який був найбільш оптимальним. Треба зазначити, що педагог-психолог не втручається у бесіду студентів та їхні висновки, але при зверненні до нього інтернів може оцінити результати спілкування, при цьому в жодному разі не повчаючи і не роблячи категоричних висновків. Також педагог може дещо розвинути ситуацію, додати яскравих моментів, або ускладнити її іншими ввідними. Тобто присутність психолога на таких бесідах більшою мірою є лактусом для бесіди, ніж уроком майстерності.

Більш-менш прийнятний тренінг щодо засад комунікації з пацієнтом для лікаря-інтерна існує та є обов'язковим. Проте для сімейного лікаря-практика підвищення кваліфікації з медичної психології можливе лише на курсах тематичного удосконалення, які не є обов'язковими.

Отже, вміння спілкуватися з хворою людиною слід вважати обов'язковою професійною компетенцією сімейного лікаря. Професіоналізм сімейного лікаря оцінюється не лише за сумою спеціальних знань та вмінь, але й за особистісними якостями етико-деонтологічного плану. Труднощі у взаєминах лікарів і пацієнтів, наявність конфліктних ситуацій через комунікативну неграмотність лікарів зумовлюють необхідність коригування освітніх програм та атестаційних вимог. Дану статтю завершуємо прекрасним висловом видатного психоневролога В.М. Бехтерева, який міг би бути девізом для сімейного лікаря: «Якщо хворому після розмови з лікарем не полегшало, це не лікар».

Коммуникационная компетентность семейного врача – от интернатуры к повседневной практической деятельности
Л.М. Пасиешвили, А.А. Заздравнов

В статье освещены вопросы общения «врач–пациент» в современном обществе. Показана значимость пациент-ориентированной коммуникации в формировании профессионального имиджа специалиста, в оценке работы конкретного врача и системы здравоохранения в целом. Рассмотрены особенности общения семейного врача с пациентами различных возрастных групп. Умение общаться с больным следует считать обязательной профессиональной компетенцией семейного врача. Акцентировано внимание на необходимости оптимизации подготовки врачей общей практики по вопросам пациент-ориентированной коммуникации на последипломном этапе образования.

Ключевые слова: *семейная медицина, пациент-ориентированная коммуникация, коммуникационная компетентность, профессиональный имидж врача, последипломное образование.*

Communication competence of a family doctor – from internship to daily professional practice
L.M. Pasiyeshvili, A.A. Zazdravnov

Communication problems «doctor–patient» in modern society are covered in the article. The importance of patient-oriented communication in the formation of a professional image of a specialist, in evaluating the work of a particular doctor and the health care system as a whole is shown. The features of communication of a family doctor with patients of different age groups are considered. The ability to communicate with the patient should be considered a mandatory professional competence of the family doctor. The need to optimize the training of general practitioners in patient-oriented communication in the postgraduate stage of education is pointed out.

Key words: *family medicine, patient-oriented communication, communication competence, professional image of a doctor, postgraduate education.*

Сведения об авторах

Пасиешвили Людмила Михайловна – Кафедра общей практики-семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета, 61157, г. Харьков, ул. Текстильная, 4; тел./факс: (057) 733-81-49
Заздравнов Андрей Анатольевич – Кафедра общей практики-семейной медицины и внутренних болезней Харьковского национального медицинского университета, 61157, г. Харьков, ул. Текстильная, 4; тел./факс: (057) 733-81-49

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Тарас Шевченко. Зібрання творів: У 6 т. – К., 2003. – Т. 2: Поезія 1847–1861. – С. 94–95.
2. Липовецькі Ж., Эра пустоты: эссе о современном индивидуализме [Электронный ресурс]. – Режим доступа – URL: [http://ere-du-vid-g-lipowetski\[1\].Pdf](http://ere-du-vid-g-lipowetski[1].Pdf) – Adobe Reader (дата відвідування: 19. 05. 2019).
3. Лапина С.В. Эффективная коммуникация в системе «врач-пациент» и формирование комплаенса / С.В. Лапина, Т.В. Селиванова // Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 26–27 окт. 2017 г. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – С. 100–103.
4. Королева Е.Г. Взаимобусловленный характер системы «врач-пациент» в психиатрии / Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 26–27 окт. 2017 г. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – С. 100–103.
5. Черезова І.О. Комунікативна компетентність як інтегральна якість особистості / І.О. Черезова // Науковий вісник

Херсонського державного університету. 2014. – Вип. 1, Т. 1. – С. 103–107.
6. Сирота Н.А. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, Д.В. Московченко // Ремедиум. – 2014. – № 10. [электронный ресурс] – Режим доступа – URL: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=64059> (дата звернення: 18.05.2019)
7. Глушанко В.С. Коммуникативная компетентность – основа профессионального имиджа современного врача / В.С. Глушанко, А.А. Гербергер // Врач-пациент: сотрудничество в решении проблем здоровья: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., 26–27 окт. 2017 г. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – С. 3–7.
8. Коммуникативная компетентность как фактор формирования терапевтического союза врача и больного / Э.М. Османов, О.Л. Фабрикантов, М.И. Старов и соавт. // Вестник Тамбовского гос. ун-та. – 2014. – Т. 19, вып. 3. – С. 999–1002.

Статья поступила в редакцию 21.05.2019