



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

УДК 378:61
DOI 10.20339/AM.08-21.071

Е.Ю. Васильева,
д-р пед. наук, проф., заведующая кафедрой педагогики и психологии
Северный государственный медицинский университет
e-mail: dr.evasilyeva@gmail.com

ОБУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РФ

Проанализирована проблема коммуникативных навыков, необходимых для оптимальных отношений между врачом и пациентом: они способствуют улучшению результатов лечения и показателей здоровья. Необходимость обучения коммуникативным навыкам студентов-медиков признается всеми зарубежными медицинскими школами и заявлена в качестве требований к результатам обучения в ФГОС 3++ по направлению подготовки «Лечебное дело» в виде универсальной «Коммуникативной компетентности» (УК-4). Обучение и оценка коммуникативных навыков требует подходов, отличных от подходов к преподаванию других клинических дисциплин. Задача состоит в том, чтобы формальное обучение этим навыкам, которое до сих пор остается фрагментарным и неоднородным в большинстве учебных программ российских вузов, превратить в систематическое и целенаправленно организованное, органично интегрировать обучение коммуникативным навыкам с клиническим обучением. Кроме того, важно, чтобы студенты не только знали нюансы общения и навыков межличностного общения с пациентом, но и придерживались их на протяжении всей своей врачебной карьеры. В статье описаны модели коммуникации и сценарии обучения, принятые международным медицинским образовательным сообществом, различные методы обучения и оценки коммуникативных навыков, основанные на лучших зарубежных практиках. Рассматриваются барьеры в обучении коммуникативным навыкам в российских медицинских вузах и способы их преодоления. Показаны возможные пути стандартизации обучения и оценки коммуникативных навыков и их интеграции в существующие учебные программы медицинских вузов России.

Ключевые слова: обучение, оценка, коммуникативные навыки, модель коммуникации, сценарии обучения, методы обучения, методы оценки, барьеры обучения, студенты-медики, преподаватели, зарубежный опыт.

TRAINING AND ASSESSMENT OF COMMUNICATIVE SKILLS OF MEDICAL STUDENTS: FOREIGN EXPERIENCE AND OBJECTIVES OF MEDICAL EDUCATION IN THE RUSSIAN FEDERATION

E.Yu. Vasilieva is Dr. Sci. (Pedagogy), Prof., Head of sub-faculty of Pedagogy and Psychology at Northern State Medical University

Analyzed is the problem of communication skills that are essential for an optimal doctor-patient relationship to improve treatment outcomes and health outcomes. The need for teaching the communication skills of medical students is recognized by all foreign medical schools and declared as a requirement for the results of training in the Federal State Educational Standard 3++ in the direction of preparation of General Medicine in the form of a universal "Communicative Competence" (UK-4). Teaching and assessing communication skills requires different approaches to teaching in other clinical disciplines. The challenge is to transform formal training in these skills, which still remains fragmented and heterogeneous in most curricula of Russian universities, into a systematic and purposefully organized, organically integrate communication skills training with clinical training. In addition, it is important that students not only know the nuances of communication and interpersonal skills with the patient, but also adhere to them throughout their medical careers. The article describes the communication models adopted by the international medical educational community, training scenarios, various methods of teaching and assessment of communication skills based on the best foreign practices. The article discusses the barriers to teaching communication skills in Russian medical universities and ways to overcome them. Possible ways of standardization of teaching and assessment of communication skills and their integration into the existing curricula of medical universities in Russia are shown.

Key words: teaching, assessment, communication skills, communication model, learning scenarios, teaching methods, assessment methods, learning barriers, medical students, teachers, foreign experience.

Введение

Учитывая прогресс в понимании врачом и образовательным сообществом важности коммуникативной компетентности будущих врачей в медицинской практике, а также тот факт, что существует взаимосвязь между использованием единого подхода к структуре программы обучения и оценки коммуникативных навыков и ее эффективностью [38], перед российским медицинским образованием стоит научно-практическая задача обоснования методологии и единой системы обучения и оценки коммуникативных навыков.

Анализ научной литературы показал, что в РФ отсутствует общепринятая модель медицинской консультации, а в практике работы преподаватели используют самые различные методы обучения и оценки коммуникативных навыков с опорой главным образом на Калгари-Кембриджские руководства по общению с пациентами [1; 2; 6]. В отсутствие системной подготовки российские студенты-медики часто не обладают достаточными коммуникативными навыками [2; 3; 4], тогда как потребность общества в подготовке в этой области специалистов по-прежнему является высокой [2; 3; 4; 5; 7]. В данной ситуации полезно обратиться к международному опыту, осмысление которого позволит исследователям генерировать концептуальные положения обучения и оценки коммуникативных навыков с учетом традиций и особенностей российского медицинского образования.

Модели коммуникации в медицинской практике

Коммуникация — основной клинический навык, которому можно обучать и которому можно научиться. За рубежом в основе обучения коммуникативным навыкам лежат несколько моделей, разработанных для медицинских консультаций [16; 17; 19; 22; 28]. Каждая модель описывает структуру медицинской консультации, которая включает сбор клинических данных, установление взаимопонимания и консультирование пациента относительно лечения. Эти модели служат для обучающихся и преподавателей руководством в обучении общению с пациентами. Они описывают ключевые шаги проведения консультации, которые можно наблюдать и измерять, а также обеспечивают стандартизированный способ оценки общения с пациентом и предоставления обратной связи. Несмотря на разнообразие моделей, в международном медицинском сообществе для обучения и оценки коммуникативных навыков принят набор из семи коммуникативных компетенций, основанный на Консенсусном заявлении Байера-Фетцера в Каламазу (2001) [20].

В заявлении выделены семь основных коммуникативных компетенций с субкомпетенциями для каждой. Они

применимы к большинству ситуаций в медицинской практике и могут быть адаптированы в зависимости от врачебной специальности, условий общения и проблем пациента. Компетенции включают:

- ◆ построение отношений между пациентом и врачом;
- ◆ начало обсуждения;
- ◆ сбор информации;
- ◆ понимание точки зрения пациента;
- ◆ обмен информацией;
- ◆ достижение согласия по проблемам и планам;
- ◆ обеспечение завершения контакта [20].

Консенсусное заявление включает инструмент оценки, коррелирующий с этими компетенциями. Он содержит 23 коммуникативные субкомпетенции с возможными оценками: выполнено хорошо, нуждается в улучшении, не выполнено, неприемлемо. Кроме того, предложен инструмент оценки удовлетворенности пациентов, включающий оценки пациентами приветствия интервьюера, слушания, проявления уважения и интереса к пациенту, ободряющих вопросов и использования простого языка [20].

При этом исследователи подчеркивают, что независимо от того, по какой модели студенты-медики могут начать изучать процесс клинической консультации, в конечном итоге каждый врач должен разработать свой собственный подход и стиль взаимодействия с пациентом. Это должно выглядеть как их естественное профессиональное поведение, а не механическое следование протоколу или чек-листу [20].

Сценарии обучения коммуникативным навыкам за рубежом

Приобретение навыков общения и межличностного взаимодействия признано и задокументировано в качестве основной компетенции для подготовки врачей во многих странах [8; 9; 29]. На практике в медицинских школах, как правило, реализуются два сценария обучения коммуникативным навыкам. Суть первого сводится к введению в образовательную программу, например, двухмесячного базового курса. Эффективность этого концентрированного одноразового обучения коммуникативным навыкам исследователи оспаривают по ряду причин. Во-первых, коммуникативные навыки лучше всего усваиваются, когда они преподаются в рамках сквозного учебного плана, а не разового обучения [12; 25; 30]. Во-вторых, в литературе имеются данные о том, что коммуникативные навыки выпускников медицинских школ фактически снижаются в течение четырех лет обучения, если они не подкрепляются периодически [25].

Эффективное взаимодействие врача и пациента обеспечивается широким спектром поведенческих навыков и языковых характеристик, однако большинство программ

обучения коммуникативным навыкам сконцентрировано вокруг обучения навыкам, необходимым для конкретных ситуаций, таких как сообщение пациенту плохих новостей, генетическое консультирование, взаимодействие с агрессивным пациентом и др. [18].

Обучение общим компетенциям общения врача и пациента, таким как, обеспечение пациенту комфорта и свободы выражения своих мыслей, эффективное собеседование, активное слушание, обсуждение вариантов лечения, часто упускается из виду или предполагается, что этому студентов-медиков уже научили в рамках других клинических дисциплин. В соответствии со вторым сценарием в первые годы обучения студенты должны быть обучены базовым навыкам проведения медицинского интервью. Далее их следует постепенно переводить на обучение работе с конкретными ситуациями. Такой подход к постепенному развитию иерархии навыков рекомендуется исходя из лучших практик медицинского образования [25].

Так, например, в Гарвардской медицинской школе сквозная учебная программа по коммуникативным навыкам начинается с первого курса обучения и называется «Пациент – врач» [25]. Студенты работают в небольшой группе с преподавателями факультета один день в неделю в течение девяти месяцев, изучая основы интервьюирования пациентов и влияние болезни на их жизнь. Обучение проходит как в учебных практикумах, так и в клинических условиях с участием реальных, а иногда и симулированных, госпитализированных или амбулаторных пациентов. Цели этого курса включают:

- ◆ изучение отношений между пациентом и врачом и факторов, влияющих на них;
- ◆ обучение навыкам интервьюирования, которые обеспечивают установление взаимопонимания;
- ◆ сбор точных данных и понимание точки зрения пациента.

Студенты изучают стандартную медицинскую документацию и знакомятся с устной презентацией истории болезни пациента. Обучающиеся просматривают в группе видеозаписи своих интервью с пациентами по крайней мере дважды в течение года, в середине года и во время выставления итоговых оценок. На экзамене стандартизированные пациенты выступают со случаями, которые содержат общие биомедицинские и психосоциальные проблемы. Студенты оцениваются по их способности собрать полный анамнез, включая проведение скрининга на курение, злоупотребление психоактивными веществами и насилие в семье, а также сбор сексуального анамнеза. Чек-листы используются для оценки коммуникативных навыков и обратной связи. Работа в малых группах в течение года позволяет студентам развивать партнерские отношения с преподавателями. Многочисленные возможности для индивидуального наблюдения и оценки

с немедленной обратной связью помогают студентам ставить личные цели, получать обратную связь и развивать саморефлексию, что имеет важное значение для их профессионального развития и улучшения коммуникативных навыков.

Для обучения и оценки коммуникативных навыков в течение первых двух лет отобраны шесть из семи компетенций Каламазу (за исключением достижения соглашения). Подробный список субкомпетенций по каждому разделу заявления Каламазу включен в формы наблюдения за собеседованием. Преподаватели используют эти формы обратной связи для обучения и оценки во время наблюдения за ходом интервью студентов с реальными и стандартизированными пациентами в течение всего года. Стандартизированные пациенты заполняют анкету удовлетворенности пациентов взаимодействием с врачом [25].

Программа второго этапа обучения «Пациент – врач» концентрируется на обучении физикальным осмотрам пациентов и продолжении изучения и практики навыков интервьюирования и межличностного общения. Студенты распределяются по клиникам в течение года, и цели курса достигаются с использованием опыта и ресурсов, специфичных для каждого лечебного учреждения. К концу второго курса студенты участвуют в Объективном структурированном клиническом обследовании (OSCE), состоящем из семи станций, каждая из которых предполагает 15-минутную встречу со стандартизированным пациентом (SP) и пять минут обратной связи с SP и преподавателями. Стандартизированные пациенты оценивают коммуникативные навыки студентов на семи станциях с помощью инструмента коммуникативных навыков и анкеты удовлетворенности пациентов.

Студенты третьего курса участвуют в еженедельных занятиях в малых группах в течение шести месяцев на курсе «Пациент – врач», который включает углубленную клиническую оценку сообщения пациенту плохих новостей. Студенты знакомятся с историей болезни пациента с метастатическим раком молочной железы или предстательной железы и представляют решение ситуации экзаменатору. Презентация начинается с обсуждения планируемого подхода студента к пациенту, включая психосоциальные, а также медицинские вопросы. Затем студент встречается со стандартизированным пациентом (SP) и сообщает пациенту плохие новости о том, что рак метастазировал. Преподаватели наблюдают и оценивают интервью студентов. Мнения студентов и отзывы преподавателей записываются на видео, а студенты получают копию видеозаписи для ознакомления.

Экзаменаторы оценивают и предоставляют немедленную обратную связь каждому студенту. Используя расширенный инструмент оценки, преподаватели оценивают студентов по семи основным коммуникативным компетенциям и 23 субкомпетенциям с использованием пятибалльной

шкалы Лайкерта. Преподаватели также оценивают дополнительные действия, связанные с ситуацией этого конкретного пациента и историей болезни. Стандартизированные пациенты завершают процедуру оценкой удовлетворенности пациентов с помощью анкеты.

Специально организованные семинары для преподавателей и разработанный веб-модуль предоставляют им возможность попрактиковаться в использовании инструмента оценки и отточить навыки наблюдения и обратной связи. Интерактивные веб-модули со встроенными видеоклипами по каждому из основных элементов коммуникации, определенных в консенсусном заявлении Каламазу, включают также общий словарь, описание навыков и видеозаписи демонстраций, чтобы помочь преподавателям создать более последовательную основу для обучения и оценки навыков.

В начале четвертого курса студенты должны сдать комплексный экзамен по клинической практике. Экзаменуемые оцениваются на девяти клинических станциях. Многие станции предлагают междисциплинарные сценарии для «врача». Например, сценарий на одной станции может интегрировать навыки в области терапии и неврологии; на другой – в области хирургии, акушерства/гинекологии. Стандартизированные пациенты оценивают коммуникативные навыки студентов на семи из девяти клинических станций, используя те же коммуникативные навыки и инструменты оценки, что и преподаватели. Преподаватели оценивают навыки студентов в области содержания интервью, физикальной диагностики, дифференциальной диагностики, а также предоставляют обратную связь по коммуникативным навыкам [18].

Обучение коммуникативным навыкам

Медицинским школам рекомендуется лонгитюдный учебный план, который определяет цели, основанные на контекстуальных требованиях к каждому этапу обучения, и последовательное изучение сложных ситуаций общения врача и пациента на протяжении всего курса [12; 25; 30]. Хорошая программа обучения коммуникативным навыкам должна отвечать следующим требованиям:

- ◆ быть многосессионной и междисциплинарной;
- ◆ использовать несколько методов;
- ◆ иметь возможности для демонстрации, обсуждения, размышления, практики и обратной связи [11; 26].

Доказано, что для обучения коммуникативным навыкам учебные методы, такие как лекции и семинары, менее эффективны, нежели практические методы, дополненные обратной связью [30; 31]. Исследования показывают, что студенты предпочитают практические методы (такие как ролевые игры или взаимодействие с симулированными и

реальными пациентами), поскольку они помогают укрепить сильные стороны и выявить слабые стороны в навыках общения [24], а также компьютерное клиническое моделирование с использованием тренажера «виртуальный пациент».

Оценка коммуникативных навыков

Для оценки коммуникативных навыков за рубежом обычно используется целый комплекс методов:

- ◆ объективное структурированное клиническое обследование (ОБСЕ);
- ◆ мини-клиническая оценка (мини-СЕХ);
- ◆ объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ);
- ◆ видеозапись взаимодействия врача и пациента;
- ◆ обратная связь с несколькими источниками (эксперт, пациент, коллега, преподаватель);
- ◆ наблюдение в ситуации работы «врача» с симулируемыми пациентами [10; 25; 27].

Объективное структурированное клиническое обследование (ОБСЕ) соответствует уровню 3 («показывает, как») пирамиды Миллера [21] и эффективно как для текущей оценки, так и для итоговой аттестации. При проектировании станций ОБСЕ медицинским школам рекомендуется планировать интегрированные станции, где можно оценить сразу несколько компетенций. Поскольку коммуникативные навыки в высшей степени обусловлены контекстом разговора врача и пациента (например, беседа врача и пациента о введении продуктов животного происхождения в рацион питания полностью отличается от беседы о необходимости принятия методов планирования семьи), то и оценка проводится контекстуально и комплексно, и не только навыков коммуникации, как это делается на коммуникативных станциях ОСКЭ. Коммуникативные навыки оцениваются на пунктах сбора анамнеза, физического обследования и консультирования [14]. При оценке коммуникативных навыков предпочтение отдается глобальным рейтинговым шкалам, а не чек-листам.

Мини-клиническая оценка (Mini-СЕХ) – это еще один универсальный метод для наблюдения за несколькими реальными клиническими ситуациями в амбулаторных, стационарных и экстренных условиях. Он оценивает скорее выполнение и действия, а не компетентность, и включает обеспечение немедленной обратной связи.

Стандартная форма оценки, используемая в мини-СЕХ, содержит по крайней мере три пункта, которые способствуют оценке коммуникативных навыков: навыки медицинского собеседования, гуманистические качества/профессионализм, навыки консультирования. Наблюдения, сделанные

несколькими преподавателями, обеспечивают надежность оценки. Потенциал мини-СЕХ для оценки коммуникативных навыков, возможно, еще недостаточно раскрыт, поэтому он не так часто используется преподавателями.

Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) широко используется как для практической, так и для итоговой оценки клинических и коммуникативных навыков. Например, часть 2 квалификационного экзамена Медицинского совета Канады проводится в форме ОСКЭ. В ОСКЭ актеры (профессиональные или любители) имитируют пациентов с определенными состояниями. Этим людей называют стандартизированными пациентами, потому что они заранее обучаются вместе симулировать определенную ситуацию аналогичным образом и одинаково реагировать на вопросы или действия экзаменуемого. На «станции» ОСКЭ студентам дается задание, которое они должны выполнить в определенный период времени, например собрать жалобы и анамнез пациента, провести осмотр или сообщить плохие новости родственнику пациента. Эксперт обычно присутствует с заранее утвержденным чек-листом для оценки навыков студента, хотя иногда это делается позже с помощью воспроизведения видеозаписи взаимодействия «врача» и «пациента». [15; 23].

Исследователи отмечают, что в практике работы медицинских школ разработано множество инструментов оценки коммуникативных навыков, которые могут использоваться самими студентами (шкалы самооценки), внешними экспертами (или преподавателями) или пациентами, но все критерии оценки для этих шкал основаны на консенсусном заявлении Каламазу, которое определяет семь основных элементов коммуникации между врачом и пациентом [27]. Выбор или разработка инструмента оценки осуществляются в соответствии с целями, элементами, подлежащими тестированию, особенностями участников и контекстом клинических ситуаций. Утверждается, что больше, чем что-либо другое, оценка коммуникативных навыков требует отхода от жесткой «объективности» в оценке, и вместо этого включения важнейшего «субъективного» компонента экспертного мнения. Было показано, что многократные оценки, проводимые несколькими экспертами с использованием ряда ситуаций, являются более надежными, несмотря на то что они «субъективны» в традиционном смысле [18].

Барьеры на пути обучения коммуникативным навыкам в России и способы их преодоления

Несмотря на то, что общественные интересы и требования профессиональной аккредитации медицинских

работников приводят к изменению учебных программ в медицинских вузах России, на практике сохраняются барьеры на пути обучения и развития навыков межличностного общения будущих врачей.

Отсутствие общепринятой модели общения врача и пациента в ходе медицинской консультации, а также методологии обучения и методического сопровождения в области преподавания и оценки коммуникативных навыков в соответствии с особенностями российского медицинского образования, практического здравоохранения, российского менталитета создают препятствия для разработки единой системы обучения и оценки коммуникативных навыков и внедрения новых учебных программ в медицинских вузах.

Сокращение продолжительности пребывания пациентов в больницах, акцент в преподавании на обучение студентов-медиков диагностике и лечению, большая учебная нагрузка преподавателей отрицательно влияют на формирование у обучаемых установок на ценность и значимость коммуникативного аспекта в деятельности врача.

Нехватка ресурсов для поддержки обучения коммуникативным навыкам и высокая стоимость обучения с использованием стандартизированных пациентов создают дополнительные препятствия. Оценка коммуникативных навыков является сложной с точки зрения логистики, дорогостоящей и порой противоречивой задачей для преподавателей. Часто она опирается на косвенные показатели, которые дают лишь ограниченное представление о потенциале, сильных сторонах и областях совершенствования студентов-медиков. Врачи как клинические наставники студентов-медиков на практике, которые оценивают коммуникативные навыки, часто имеют различный опыт и подходы к оценке.

Задача заключается в обосновании системы текущей и итоговой системы оценки навыков коммуникации, отвечающей требованиям объективности, валидности и надежности. Оценка может проводиться как в искусственной ситуации, подобной экзамену, так и в реальной ситуации на рабочем месте. Сочетание этих двух, пожалуй, наиболее желательно:

- ♦ оценка в экзаменационных ситуациях обеспечит студентам надлежащую своевременную обратную связь и стимулы для улучшения навыков;
- ♦ оценка на рабочем месте с наблюдаемой обратной связью даст студентам реальную практику общения с пациентом в различных клинических ситуациях.

Оценка коммуникативных навыков может быть разработана таким образом, чтобы соответствовать желаемому уровню пирамиды Миллера [21]. Письменные оценки теоретически могут проверить уровни «знает» и «умеет», поэтому нет смысла придавать тестам большую интерпретативную ценность, поскольку коммуникативные навыки человека в большей степени являются результатом его от-

ношения и поведения, чем его знаний. Более уместно оценить, что студент, вероятно, будет делать (показывает, как) или что он на самом деле делает в определенной ситуации. Это потребует тщательного наблюдения за поведением экзаменуемых.

В нынешнем российском контексте текущие оценки предоставляют наилучшую возможность для оценки коммуникативных навыков и обеспечения обратной связи для обучающихся. Их включение в итоговую оценку и придаваемый им вес должны быть выработаны в каждом медицинском вузе на основе консенсуса. Реализация принципа многосторонней оценки коммуникативных навыков преподавателями, стандартизированными пациентами и/или студентами, ресурсы, время, доступное для проведения оценки, а также стандартизированная подготовка пациентов и преподавателей — определяющие факторы, используемые в любой конкретной оценке.

Систематическое формирование и развитие коммуникативных навыков, включающее предоставление студентам повторных возможностей получать обратную связь по результатам непосредственно наблюдаемых собеседований с использованием единой системы обучения, а также текущей и итоговой оценки в течение шести лет обучения в медицинском вузе позволит им укрепить базовые навыки и овладеть более сложными коммуникативными навыками.

Подготовка преподавателей

Подводя итог сказанному выше, отметим следующее. Задача решения обоснования единой системы обучения и оценки коммуникативных навыков будущих врачей в российских медвузах включает обеспечение непрерывной ориентации и развития профессорско-преподавательского состава в области обучения и оценки коммуникативных навыков, увеличение числа подготовленных преподавателей,

а также методического сопровождения постоянного обучения преподавателей и стандартизированных пациентов (экспертов).

Преподаватели должны прийти к единому мнению о том, какие компоненты навыков общения должны быть проверены, прежде чем выбирать соответствующую комбинацию методов оценки для этой цели. Экспертов (экзаменаторов) нужно обучить своей работе, а используемые инструменты оценки должны быть проверены перед использованием.

Необходимо разработать стандартную подготовку преподавателей на основе семинаров с учетом национальных потребностей. Это будет способствовать использованию стандартных методов обучения и оценки, которые необходимы для устойчивого обучения. Занятия по повышению квалификации преподавателей также желательны для всех преподавателей медицинских вузов, поскольку это повышает их самосознание как преподавателей и коммуникативную компетентность как врачей.

Заключение

Логичный подход к обучению коммуникативным навыкам заключается в том, чтобы включать в этот процесс заинтересованные стороны, которые в него непосредственно вовлечены: студентов, преподавателей (тренеров) и пациентов. Тренерами по навыкам общения могут быть преподаватели медицинских вузов разных дисциплин, специалисты в области коммуникации, такие как психологи, интересующиеся медицинскими науками, или врачи общей практики, интересующиеся медицинской коммуникацией. Кроме того, в отдельных ситуациях могут использоваться медсестры, парамедицинский персонал или другой обученный персонал. Эксперты (экзаменаторы) должны быть обучены не только использованию инструментов оценки, но и навыкам наблюдения и обратной связи.

Литература / References

1. Васильева Е.Ю. Коммуникативные навыки (для медицинских вузов). М.: КНОРУС, 2021. 218 с.
Vasilyeva E.Yu. Communication skills (for medical universities). Moscow: KNORUS, 2021. 218 p.
2. Васильева Е.Ю., Томилова М.И. Оценка коммуникативных навыков в медицинском образовании: теория и практика. М.: РУСАЙНС, 2020. 164 с.
Vasilyeva E.Yu., Tomilova M.I. Evaluation of communication skills in medical education: theory and practice. Moscow: RUSAINS, 2020. 164 p.
3. Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Шубина Л.Б., Серкина А., Боттаев Н. Федеральный пилот: оценка навыков общения при первичной аккредитации специалиста 2018: результаты, итоги // Виртуальные технологии в медицине. 2018. № 2. С. 61–62.
Davydova N.S., Dyachenko E.V., Samoylenko N.V., Shubina L.B., Serkina A., Bottaev N. Federal pilot: assessment of communication skills during primary accreditation of a specialist 2018: results, results. Virtual Technologies in medicine. 2018. No. 2. P. 61–62.

4. Дьяченко Е.В. Актуальность внедрения практико-ориентированного обучения общению с пациентами в медицинском вузе // Вестник Уральского государственного медицинского университета. 2018. № 3. С. 24–26.

Dyachenko E.V. The relevance of the implementation of practice-oriented training in communication with patients in a medical university. Bulletin of Ural State Medical University. 2018. No. 3. P. 24–26.

5. Профессиональный стандарт Врач лечебник (врача-терапевт участковый). URL: http://fmza.ru/upload/medialibrary/d87/ps-vrach_lechebnik.pdf

Professional standard Medical Doctor (district General practitioner). URL: http://fmza.ru/upload/medialibrary/d87/ps-vrach_lechebnik.pdf

6. Сильверман Дж., Кёрц, С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. М: ГРАНАТ, 2018.

Silverman J., Kertz S., Draper J. Skills for Communicating with Patients. Moscow: GRANAT, 2018.

7. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело. URL: <http://www.fgosvo.ru/news/21/4788>

Federal State Educational Standard of higher education-specialty in the specialty 31.05.01 Medical care. URL: <http://www.fgosvo.ru/news/21/4788>

8. *Laidlaw A., Hart Jo.* Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 511 Medical Teacher, 2011. P. 6–8. URL: https://www.researchgate.net/publication/49706184_Communication_skills_An_essential_component_of_medical_curricula_Part_I_Assessment_of_clinical_communication_AMEE_Guide_No_511

9. *Aspegren K.* BEME Guide no. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. Med Teach., 1999.

10. *Baig L.A., Violato C., Crutcher R.A.* Assessing clinical communication skills in physicians: are the skills context specific or generalizable? BMC Med Educ., 2009.

11. *Brown R.F., Bylund C.L.* Communication skills training: Describing a new conceptual model. Acad Med. 2008. P. 37–44.

12. *Deveugele M., Derese A., De Maesschalck S., Willems S., van Driel M., De Maeseneer J.* Teaching communication skills to medical students, a challenge in the curriculum? Patient Educ Couns., 2005.

13. *Epnor D.E., Baile W.F.* Wooden's pyramid: Building a hierarchy of skills for successful communication. Med Teach., 2011. P. 39–43.

14. *Gupta P., Dewan P., Singh T.* Objective Structured Clinical Examination (OSCE) revisited. Indian Pediatr, 2010.

15. *Kamran Z. Khan Kathryn Gaunt, Sankaranarayanan Ramachandran, Piyush Pushkar* The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: Organisation & Administration, 2013. P. 1447–1463.

16. *Keller V., Carroll J.G.* A new model for physician-patient communication. Patient Educ Couns., 1994.

17. *Kurtz S.M., Silverman J.D.* The Calgary-Cambridge referenced observation guides: An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Med Educ., 1996.

18. *Laidlaw T.S., MacLeod H., Kaufman D.M., Langille D.B., Sargeant J.* Implementing a communication skills programme in medical school: Needs assessment and programme change. Med Educ., 2002.

19. *Makoul G.* Communication research in medical education. In: Jackson L, Duffy BK (eds.). Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions. Westport, CT: Greenwood Press, 1998. P. 17–35.

20. *Makoul G.* Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med., 2001.

21. *Miller G.E.* The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med., 1990.

22. *Novack D.H., Dube C., Goldstein M.G.* Teaching medical interviewing: a basic course on interviewing and the physician – patient relationship. Arch Intern Med., 1992.

23. *Pell G., Fuller R., Homer M., Roberts T.* How to measure the quality of the OSCE: A review of metrics – AMEE guide no. 49 // Med. Teach., 2010. 802–811 p.

24. *Rees C., Sheard C., McPherson A.* Medical students' views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. Patient Educ Couns., 2004.

25. *Rider E.A., Hinrichs M.M., Lown B.A.* A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach., 2006.

26. *Rosenbaum M.E., Ferguson K.J., Lobas J.G.* Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: A review of strategies. Acad Med., 2004.

27. *Schirmer J.M., Mauksch L., Lang F., Marvel M.K., Zoppi K., Epstein, R.M. et al.* Assessing communication competence: A review of current tools. Fam Med., 2005.

28. *Stewart M., Brown J.B., Weston W.W., McWhinney I.R., McWilliam C.L., Freeman T.R.* Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, 3rd edn, London: Radcliffe Publishing Ltd, 2014.

29. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. The Can MEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa, Canada. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. URL: [canmeds-full-framework-e%20\(1\).pdf](http://canmeds-full-framework-e%20(1).pdf)

30. *van Dalen J., Kerkhofs E., van Knippenberg-van Den Berg B.W., van Den Hout H.A., Scherpbier A.J., van der Vleuten C.P.M.* Longitudinal and concentrated communication skills programmes: Two Dutch medical schools compared. Adv Health Sci Educ Theor Pract, 2002. P. 29–40.

31. *Verma M., Singh T.* Communication skills for clinical practice: Fad or necessity? Indian Pediatr, 1994.