

ISSN 2181-7812

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI

ВЕСТНИК
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



**"BO'LAJAK SHIFOKORNING
MULOQOT KOMPETENSIYASI"**
I - xalqaro o'quv-uslubiy
konferensiyaga bag'ishlangan
MAXSUS SON

2024

TOSHKENT

ISSN 2181-7812



9 772181 781009

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

СПЕЦВЫПУСК

**Материалы I международной учебно-методической конференции
«КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ
БУДУЩЕГО ВРАЧА»**

Тошкент

ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	
<i>Abdurakhimova Z. K., Zubaydullaeva M.T., Karimova M.T. PRE- AND POST-TEST COUNSELING FOR HIV: MEDICAL AND ETHICAL CONSIDERATIONS</i>	96
<i>Махмудова У.Р., Нуриллаева Н.М., Кенжаев С.Р. СВЯЗЬ КОММУНИКАТИВНОГО ФОРМАТА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ИНФОРМИРОВАНИЯ О РИСКАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	98
<i>Нуритдинова Н.Б., Ярмухамедова Д.З., Шоалимова З.М. ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА</i>	103
<i>Рахматуллаева Ш.Б., Муминова М.Т., Эргашев Б.М., Садиқов Х-М.А., Фахриддинова Д.М. РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ИНФЕКЦИОНИСТА: ЭФФЕКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПАЦИЕНТАМИ И КОЛЛЕГАМИ</i>	108
Трибуна молодых	
<i>Abdurashitova Sh.A.¹, Abduraimova L.L.², Latipova S.A.³ THE IMPORTANCE OF ETHICS IN THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG STUDENTS</i>	112
<i>Абзалова Н.А. (руководитель), Гамлетова М.И. ПЕРСПЕКТИВЫ ЦИФРОВИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ</i>	114
<i>Aymuratova G.R., Pardayeva S.Sh. ALOHIDA IJTIMOY AHAMIYATGA EGA KASALLIKLARDA MULOQOT QOBILIYATINI OSHIRISH</i>	117
<i>Asomova N.M. TA'LIM JARAYONIDA MULOQOT KO'NIKALARINING TA'LIM SIFATIGA TA'SIRI</i>	119
<i>Ilyasova M.M., Gullola A.A. TA'LIM JARAYONIDA MULOQOT KO'NIKALARINING TA'LIM SIFATIGA TA'SIRI</i>	124
<i>Maxkamov S.I. THE ROLE OF TELEMEDICINE FOR THE DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH (REVIEW)</i>	124
<i>Saloni S.M., Tulyaganova D.S. (supervisor) PECULIARITIES OF COMMUNICATION BETWEEN MEDICAL STAFF AND PARENTS OF CHILDREN WITH HEART FAILURE.</i>	127
ТЕЗИСЫ	
<i>Abdurashitova Sh.A.¹, Abduraimova L.L.², Latipova S.A.³ THE IMPORTANCE OF ETHICS IN THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG STUDENTS</i>	133
<i>Асадов А.М., Гарин Д.К., Асадов М.М. УЛУЧШЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</i>	134
<i>Асадов А.М., Гарин Д.К., Асадов М.М. УЛУЧШЕНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</i>	135
<i>Асадова Г.А. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА</i>	135
<i>Akhmadjonov U.A., Qosimova Z.M. THE IMPACT OF INTERPERSONAL RELATIONS ON THE TEACHING OF OTORINOLARINGOLOGY</i>	136
<i>Akhmatov B.Kh., Palvanova M.S. PRINCIPLES OF COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH PSYCHOSIS AFTER AN EMERGENCY CAESAREAN SECTION</i>	136
<i>Ashiraliyev I.I., Umarova M.P. PRINCIPLES OF SPEECH EXAMINATION AND CEREBELLAR COGNITIVE AFFECTIVE SYNDROME IN CEREBELLAR ATAXIC PATIENTS</i>	137
<i>Ашуров С.Р. ВЛИЯНИЕ КОММУНИКАЦИИ НА ОБУЧЕНИЕ: СТРАТЕГИИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ</i>	137
<i>Wahi N. - Student (4 course) THE ROLE OF PATIENT-CENTERED CARE IN IMPROVING TREATMENT PLAN ADHERENCE AND HEALTH OUTCOMES</i>	138
<i>Джалилова Г.А., Расулова Н.Ф., Мухамедова Н.С. ИННОВАЦИЯ - ТАЪЛИМ ТАРАҚҚИЁТИ ЙЎЛИНИ БОШ МЕЗОНИ</i>	139
<i>Dilmurodova O.B TIBBIYOT DEONTOLOGIYASI VA UNING AHAMIYATI</i>	139
<i>Ибрагимов Т.Т. АКТУАЛЬНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ</i>	140
<i>Ilyasova M.M. BO'LAJAK SHIFOKORLARDA KOMMUNIKATIV KOMPETENTLIKNI SHAKLLANTIRISHGA PEDAGOGIK YONDASHUV</i>	140
<i>Искандарова Ш.Т., Шорустамова М.М. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ</i>	141
<i>Искандарова Ш.Т., Аминова А.А. МАХСУС МАКТАБЛАРДАГИ ИМКОНИАТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЭКОЛОГИК ТАЪЛИМ-ТАРБИЯ МАСЛАЛАРИ</i>	142

Кадырова З.А. Акрамова Н.А. ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА	142
Kurbonova Sh.N. PEDAGOG FAOLIYATIDA MULOQOT BOSQICHLARI	143
Маматкулов Б.М., Уразалиева И.Р., Абдикулова М.К., Акимбекова А.И. ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИИ ТРУДА ПАТРОНАЖНЫХ МЕДСЕСТЁР СЕМЕЙНЫХ ПОЛИКЛИНИК	144
Маматкулов Б.М., Уразалиева И.Р., Абдикулова М.К., Акимбекова А.И. ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	144
Махмудова У.Р., Минавархужаев Р.Р. ВЛИЯНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ НА ЛЕЧЕНИЕ И КОНТРОЛЬ ГИПЕРТОНИИ У ВЗРОСЛЫХ	145
Махмудова У.Р., Нуритдинова Н.Б. РОЛЬ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	145
Matsiyevskaya L.L., Kemelova G.S., Semenikhina P.S., Nikolaidou M. THE FORMATION OF MEDICAL PROFESSIONALISM IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS	146
Машарифов Х.Ш., Мадримова А.Г. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ И ИХ РЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	146
Мирдадаева Д.Д. ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ	147
Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С. ТИББИЁТДА ДЕОНТОЛОГИЯ ВА ШАХСЛАРАРО МУНОСАБАТЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ	148
Мухамедова Н.С., Махматкулов Ш.Б. ЗАМОНАВИЙ ТАЪЛИМ МЕЗОНИ ВА ПЕДАГОГИК ИННОВАЦИЯ	148
Muyassarova M.M., Boltaboyev S.E. INNOVATIONS IN HEALTHCARE MANAGEMENT	149
Muyassarova M.M., Eshbayeva K.U., Boltaboyev S.E. THE INFLUENCE OF COMMUNICATION SKILLS IN THE EDUCATIONAL PROCESS ON THE QUALITY OF LEARNING	150
Одилова М.А. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА	151
Raimkulova Z.I. BIOFIZIKA FANINI O'QITISHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR	151
Расулова Н.Ф., Аминова А.А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК ОДНО ИЗ СРЕДСТВ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	152
Расулова Н.Ф., Азаматова Ф. А. ОЛИЙ ТАЪЛИМ МУАССАСАЛАРИДА ЮҚОРИ МАЛАКАЛИ КАДРЛАР ТАЙЁРЛАШДА ХАЛҚАРО ХАМКОРЛИК АЛОКАЛАРИНИНГ ЎРНИ	152
Raximjonov S.I. OITS BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA UCHRAYDIGAN DEONTOLOGIYA MUAMMOLARINI BARTARAF ETISH CHORA TADBIRLARI	153
Rahmatjonova R.R., Irmukhamedov T.B. EFFICIENCY OF PERSPECTIVE USAGE OF PSYCHOMOTOR THERAPY IN PSYCHIATRIC PRACTICE	153
Рахматуллаева А.Ш. Абдурахимова Л.А. ВЗГЛЯД СТУДЕНТА: РОЛЬ ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИЙ В ОБУЧЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН	154
Anastassia Rodina-Theocharaki, Maria Nikolaidou, Jools E. Symons, Panagiotis Bamidis. MANAGEMENT AND IMPLEMENTATION OF THE ERASMUS+ PROJECT FOR 21 FOCUSED ON ENHANCING PATIENT-CENTERED COMMUNICATION AT FUTURE MEDICAL DOCTORS	154
Сайпиллаева Ш.М. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ – ЗАЛОГ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ	155
Salimova M.R., Razikova A.A., Ibragimov D. COMPETENCIES OF A MODERN DOCTOR	155
Саттарова З.Р. ЭТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	156
Tashxodjayeva P.B. ENHANCING COMMUNICATIVE COMPETENCE THROUGH CASE STUDIES	156
Tulyaganova D.S., Makhmudjonova K.K. PRINCIPLES OF COMMUNICATION WITH PARENTS OF DISABLED CHILDREN	156
Уразалиева И.Р., Абдикулова М.К., Акимбекова А.И. ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАТРОНАЖНЫХ МЕДСЕСТЁР: УЧЁТ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ	157
Уринова (Арабова) З.З. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УМЕНИЯ И МАНИПУЛЯЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ДЕТСКОЙ ИНФЕКЦИИ	158
Usmonova Y.Sh., Nuraliyeva N.B. SAMARQAND O'QUVCHILARNING KO'Z KASALLIKLARI XAVF OMILLARI BO'YICHA BILIMINI ANIQLASH	158

СВЯЗЬ КОММУНИКАТИВНОГО ФОРМАТА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ИНФОРМИРОВАНИЯ О РИСКАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Махмудова У.Р., Нуриллаева Н.М., Кенжаев С.Р.

YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFI HAQIDA XABARDORLIK SAMARADORLIGINI MULOQOT USULLARI BILAN BOG'LIQLIGI

Maxmudova U.R., Nurillayeva N.M., Kenjayev S.R.

RELATIONSHIP OF COMMUNICATION FORMAT WITH THE EFFECTIVENESS OF INFORMING ABOUT THE RISKS OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Mahmudova U.R., Nurillaeva N.M., Kenjayev S.R.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент.

Bemorlar yurak xuruji xavfi haqidagi ma'lumotni og'zaki tushuntirish bilan solishtirganda raqamli yoki vizual formatda (masalan, grafikalar) taqdim etilganda yaxshiroq tushunadilar. **Maqsad:** yurak qon tomir kasalliklari xavfini tushuntirishda shifokorlar va bemorlar verbal, raqamli va vizual muloqot turlaridan qanchalik darajada foydalanishlarini o'rganish. **Usullar va natijalar:** Biz yurak qon tomir kasalliklari xavfi bo'yicha so'rovnomalari va tibbiy ko'rik vaqtidagi audioyozuvlar yordamida muammolarni mohiyatini, ijtimoiy-iqtisodiy va bemorlarni tushunish ma'lumotlarini to'pladik. Yurak-qon tomir xavfi to'g'risidagi ma'lumotlarni bemorga etkazish uchun 32 konsultatsiyaning 73% da og'zaki, raqamli (11%) va vizual (16%) formatlar ishlatilgan. vizual formatlarga nisbatan og'zaki formatlardan tez-tez foydalanish Ayol shifokorlar va ayol jinsli bemor o'rtasida sezilarli darajada bog'liq edi (mos ravishda $p=0,001$ va $p=0,039$). Bemorning sub'ektiv tushunchasi og'zaki maslahatga qaraganda vizual maslahatda sezilarli darajada yuqori edi ($p = 0.001$). **Xulosa:** shifokorlar va bemorlar o'rtasida "yuqori reyting" aloqa formatlaridan foydalanishda tegishli to'siqlarni aniqlash va bartaraf etish zarurati mavjud.

Kalit so'zlar: xavf haqidagi mulohat formatlari, yurak-qon tomir tizmi xavf omillari, yurak-qon tomir kasalliklari

Patients understand CVD risk information better when it is presented in numerical or visual format (eg, graphs) compared to verbal clarification. **Purpose:** To study the extent to which physicians and patients use verbal, digital, and visual formats for communicating cardiovascular risk factors. **Methods and results:** We collected socioeconomic data and data on patients' comprehension, substance of the problem using questionnaires and audio recordings of cardiovascular risk counseling. In 73% of 32 consultations used exclusively verbal classifiers to communicate cardiovascular risk, compared with numerical (11%) and visual (16%) formats. Female physicians and female patient gender were significantly associated with more frequent use of verbal formats compared to visual formats ($p = 0.001$ and $p = 0.039$, respectively). Patient subjective understanding was significantly higher with visual counseling compared to verbal counseling ($p = 0.001$). **Conclusions:** There is a need to identify and address relevant barriers to the use of "high-rating" communication formats among physicians and patients.

Key words: risk communication formats, cardiovascular risk factors, cardiovascular disease.

Одной из главных задач профилактической медицины является эффективное информирование пациентов о рисках и преимуществах возможных вариантов лечения. О риске можно рассказать словами (словесные уточнения, например, «ваш риск высок» или «это не полезно для вашего здоровья»), в числовых форматах (абсолютные проценты, относительные проценты, натуральные частоты), в визуальных форматах или с помощью комбинации этих методов [1,2]. Хотя нет четких доказательств того, какой формат является наилучшим для наиболее эффективного информирования о риске, последние исследования позволяют составить рейтинг различных форматов информирования о риске с точки зрения эффективности и понимания пациентами: использование натуральных частот, графических форматов (например, гистограмм) и их комбинаций является более полным, чем проценты или чисто вербальный перевод риска [3] и пациенты предпочитают эти форматы, а не проценты. Такие характеристики пациента, как возраст, образование, культурная принадлежность, психосоциальные аспекты, а

также грамотность, влияют на понимание пациентом информации о риске и предпочтения в общении [4]. Числовая грамотность пациентов относится не только к способности точно понимать числовые форматы, но и к графическим форматам, а также она влияет на восприятие риска, приверженность вмешательствам и даже на результаты лечения [5]. Растущее количество данных свидетельствует о том, что вовлечение пациентов в процесс принятия решений имеет положительный эффект с точки зрения удовлетворенности пациентов, приверженности к лечению и даже результатов лечения. Пациенты все чаще стремятся к более активному участию в принятии решений в сфере здравоохранения, хотя и не все в одинаковой степени и призывают к переходу к полноценному диалогу между пациентами и врачами и совместному принятию решений.

Сердечно-сосудистый риск часто воспринимается пациентами первичного звена неадекватно, что приводит к завышенной или заниженной оценке риска. Донесение информации о риске в понятных форматах способно исправить неправильное восприятие риска

[6]. Систематические обзоры показывают, что предоставление взрослым людям с умеренным и высоким риском ССЗ информации об их глобальном риске ССЗ (с использованием различных форматов информирования) повышает точность восприятия риска и вероятно, увеличивает их намерение начать профилактику ССЗ [7].

Цель: изучить степень использования врачом и пациентом вербальных, цифровых и визуальных форматов информирования о факторах сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы исследования

Мы выбрали реальную встречу врача и пациента и оценивали первичный результат (формат консультирования) с помощью аудиозаписей, а не самоотчетов. Чтобы изучить, как передается информация о риске ССЗ, врачи первичного звена вели аудиозапись консультаций с пациентами, имеющими риск ССЗ. Врачи, пожелавшие принять участие в исследовании, были посещены и проинформированы о целях исследования, что исследование направлено на изучение коммуникации о рисках в повседневной практике. Далее участники ознакомили с деталями сбора требуемых данных и предоставили необходимые материалы (несколько копий анкеты для врачей общей практики, несколько копий анкеты для пациентов), поскольку все данные они должны были собрать самостоятельно. Врачам не было дано никаких предложений по методу или программе расчета риска.

В течение следующих трех месяцев врачи общей практики выявляли подходящих пациентов и предлагали им принять участие в исследовании, руководствуясь следующими критериями включения: возраст от 35 до 65 лет, наличие хотя бы одного фактора риска из следующих - нарушение липидного обмена, высокое артериальное давление и постоянное табакокурение.

Пациенты, желающие принять участие в исследовании, подписывали форму информированного согласия перед началом консультации. Эти консультации записывались на аудионоситель, а пациенты и врачи общей практики заполняли анкету сразу после консультации. В анкетах пациентов указывались их возраст, пол, уровень образования, этническая принадлежность и наличие ССЗ у родственников первой степени родства. Самооценка понимания полученной информации, осознание (оценка) риска развития ССЗ и тревога по поводу развития ССЗ измерялись по визуальной аналоговой шкале (VAS) в диапазоне от 0 (низкий уровень понимания, осознания и тревоги) до 100 (высокий уровень понимания, осознания и тревоги) баллов. В опроснике для врачей общей практики предлагалось оценить риск развития ССЗ у пациента и оценить его тревогу по поводу развития ССЗ, что также измерялось по визуальной аналоговой шкале (VAS) в диапазоне от 0 (низкий уровень риска и тревоги) до 100 (самый высокий уровень риска и тревоги) баллов. Все аудиозаписи и опросники были собраны через три месяца после первого визита. После расшифровки аудиозаписей данные каждой консультации классифицировались исследователям в различных форматах: вербальном, числовом, визуальном или комбинированном. Консультация классифицировалась как «визуальный формат», если информация из аудиозаписи интервью указывала на использование таблицы или графика.

Результаты исследования. Из 18 врачей первичного звена, приглашенных к участию в исследовании, 6 (33,3%) согласились принять участие. В итоге 6 врача первичного звена включили в исследование и консультировали 32 пациентов (по 2-8 человек). В анкетах не было пропущенных значений. Исходные характеристики врачей и пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Исходные характеристики врачей и пациентов

Характеристика врачей	№	%
Возраст, год	46,5 лет, (38-57 лет)	
Стаж работы	(5-20 лет)	
Рабочая нагрузка, % (100% = 6 рабочих дней в неделю)	6	100
Пол, мужчины	4	67
Характеристика пациентов		
Возраст, лет	51 год (45,5-59 лет)	
Пол, мужчины	19	59
Этническая принадлежность, узбек	32	100
Уровень образования, средняя	21	65,2
Уровень образования, высшая	11	34,8
Количество сердечно-сосудистых факторов риска=1	15	46,8
Количество сердечно-сосудистых факторов риска=2	24	75
Количество сердечно-сосудистых факторов риска =3	19	59,3
Липидные нарушения	21	65,6
Артериальная гипертензия	28	87,5
Табакокурение	17	53,1

Средний возраст участвовавших в исследовании врачей первичного звена составил 46,5 лет (38-57 лет), 67 % были мужчинами. Средний стаж работы врачей общей практики составил 11 лет (5 - 20 лет). Средний возраст пациентов составлял 51 год (45,5-59 лет), 59 % были мужчинами. Для нашего основного результата - распространенности различных форматов информирования о рисках - мы рассчитали частоту каждого формата и соответствующие 95% доверительные интервалы. Коэффициент внутриклассовой корреляции был рассчитан для оценки согласия между различными форматами консультирования у врачей общей практики, которые зарегистрировали по крайней мере две встречи. Для дальнейшего изучения независимых факторов, определяющих используемый формат консультирования (вербальный-числовой-визуальный), был проведен регрессионный анализ, включающий все характеристики врача и пациента, демонстрирующие по крайней мере погранично значимую (т.е. $p < 0,1$) связь с форматом консультирования.

В 23 из 32 консультаций (73%; 95% ДИ 62-84%) врачи общей практики сообщали пациентам о сердечно-сосудистом риске, используя только словесные уточнения. В 4 консультациях (12,5 %; 95 % ДИ 4-9 %) врачи общей практики комбинировали словесные уточнения с числовой информацией. Графические форматы использовались исключительно в одной консультации (3,1%; 95% ДИ 0,3-8%) и вместе с числовой информацией в 4 консультациях (12,5%; 95% ДИ 8-24%). Среди 8 консультаций, на которых врачи общей практики представляли пациентам числовую информацию, в трех случаях они использовали исключительно абсолютные проценты, в пяти случаях - комбинацию информации об абсолютном риске и натуральных частот, а в одном случае использовали информацию об относительном риске для информирования пациента. Большинство визуальных форматов (91%)

представляли собой таблицы с системой цветового кодирования, аналогичной цветам светофора, обозначающей низкие, средние и высокие значения риска. Расчет риска всегда основывался на временном интервале в 10 лет. 4 из 6 врачей общей практики (66,6 %), которые провели более одной консультации, использовали один и тот же формат информирования о рисках на протяжении всех консультаций без изменений, в то время как 2 врача общей практики переключались между различными форматами. Внутриклассовая корреляция для используемых форматов консультирования составила 0,63 (95% ДИ 0,41-0,85; $p < 0,01$) у врачей общей практики, которые провели более одной консультации по вопросам риска, что указывает на значительный эффект кластеризации.

Среднее время консультации для информирования о рисках составило 9 мин 46 сек (5 мин 35 сек), варьируя от 1 мин 26 сек до 32 мин 04 сек. Во время консультаций пациенты разговаривали 24 % времени. В среднем врачи общей практики оценивали риск ССЗ пациентов на 29 баллов (диапазон: 0-81) по шкале VAS (0-100), в то время как пациенты оценивали свой собственный риск ССЗ на 28 баллов (диапазон: 3-100). При прямом сравнении оценок риска ССЗ врачами общей практики и пациентами (оценки по одному и тому же пациенту) они различались на 17,5 пункта (SD 17,3). Для оценок тревожности развития ССЗ средняя оценка врачей общей практики составила 31 (диапазон: 1-98), средняя оценка пациентов - 26 (диапазон: 0-100). В среднем оценки врачей общей практики и пациентов различались на 16,0 пунктов (SD 16,4) при прямом сравнении.

Результаты анализа между форматами консультирования по вопросам риска и характеристиками пациентов и врачей приведены в таблице 2. Пол пациента и степень субъективного понимания предоставленной информации были определяющими факторами, связанными с форматом общения.

Таблица 2

Характеристики пациентов и врачей общей практики и форматы общения

Характеристика	вербальный	числовой	Визуальный	p
Оценка риска ССЗ врачом общей практики	25 (14.5-50.5)	25 (20-29)	30 (22-52)	0.196
Оценка риска ССЗ по пациентам (баллы по шкале 0-100 VAS)	28 (18.5-46.5)	26 (21.5-39)	38 (18-50)	0.760
Оценка тревожности врачом общей практики (баллы по шкале 0-100 VAS)	31 (14-49.5)	27 (23-48)	19.5 (10-31)	0.292
Оценка тревоги пациентом (баллы по шкале 0-100 VAS)	28 (13.5-50.5)	15 (9.5-42)	19.5 (3-47)	0.242
Потребность в информации (баллы по шкале API 1-5)	1.125 (1-1.375)	1.375 (1.25-1.438)	1.25 (1.125-1.65)	0.252
Понимание пациентом предоставленной информации (баллы по шкале 0-100 VAS)	94 (86-97.5)	96 (73-97.5)	99 (96-100)#	0.026
Общее время консультации (мин)	9 (6-12)	10 (7-15)	10 (8.6-12)	0.70
Отношение времени разговора с пациентом к общему времени консультации (%)	23 (16-24)	14 (12-18)	19 (12-24)	0.070

$p < 0,05$ по сравнению с числовыми и вербальными показателями.

Женский пол пациента оставался значимо связанным с более частым использованием чисто вербальных классификаторов по сравнению с визуальными форматами при контроле типа практики, продолжительности отношений между врачом общей практики и пациентом, субъективного понимания пациентом информации, соотношения времени разговора с пациентом к общему времени консультации и эффект кластеризации терапевта ($p=0,039$). Использование визуального формата привело к значительно более высокому субъективному восприятию понимания пациента по сравнению с чисто вербальным консультированием (скорректированная средняя разница составила 10,3 (2,7) балла по шкале 0-100 VAS), что оставалось независимо связанным с контролем возраста и пола пациента, образования, общего времени консультирования, самооценки пациентом уровня риска ССЗ и тревожности, а также эффекта кластеризации врачей общей практики.

Обсуждение. Большинство 73% врачей первичного звена, участвовавших в этом исследовании, использовали исключительно вербальные форматы для информирования пациентов о сердечно-сосудистом риске. Сочетание цифрового и визуального форматов использовалось в незначительной степени, равно как и сочетание вербального и цифрового форматов. Полученные нами данные свидетельствуют о разрыве между рекомендациями медицинских ассоциаций, которые отдают предпочтение числовым и визуальным форматам информирования о риске, и реальным положением дел в клинической практике.

В нашем исследовании частота использования вербальных форматов при передаче информации о риске оказалась связана с полом: женщины-врачи передавали информацию о риске чаще чем мужчины. Такую же связь, хотя и в меньшей степени, мы обнаружили у пациентов, независимо от пола терапевта. Существует лишь несколько данных о гендерной проблеме в общении врача с пациентом; недавний систематический обзор показал, что пары женщина-врач-пациент разговаривают дольше и сочетают различные стили общения в одной консультации по сравнению со смешанными или мужскими парами [8]. Насколько нам известно, гендерная связь в форматах коммуникации о риске ранее не описывалась и заслуживает дальнейшего изучения. Эта тенденция женщин-врачей и женщин-пациентов к общению исключительно в вербальном формате также должна быть учтена при разработке программ и инструментов медицинского образования.

Статистически количественная связь между использованием визуальных форматов и пониманием, оцененным пациентами в нашем исследовании, не обязательно приводит к клинически значимому повышению уровня понимания среди пациентов. Однако она согласуется с данными литературы, которые показывают, что визуальные форматы легче понять, чем другие, особенно вербальных [9]. Лишь в нескольких консультациях рассматриваются визуальные форматы, используемые врачами в нашем

исследовании. Однако, по сравнению с вербальными и числовыми форматами, результаты исследований других визуальных форматов, таких как «лестницы риска» [10], популяционные диаграммы [11], круговые диаграммы [12] и гистограммы [13,14], свидетельствуют о лучшем понимании, повышении восприятия риска и лучшем принятии вмешательства у пациентов.

Использование цветов в качестве дополнительной информации в визуальных форматах, которое также применялось участвовавшими в исследовании врачами, кажется действенным и привычным для пациентов, предоставляя им важный ориентир в отношении серьезности риска (например, красный цвет указывает на срочность и необходимость прекратить действовать так же, как и до сих пор) [15]. Тем не менее, значительная часть пациентов в нашей выборке указала, что субъективно они достаточно хорошо понимали сообщаемый риск, когда сталкивались только с вербальными уточнениями или числовыми форматами. 65% семейных врачей использовали предпочитаемый ими формат без изменений, что свидетельствует о том, что, помимо ассоциаций с полом врача и пациента, выбор формата общения в большей степени зависит от характеристик врача, чем от характеристик пациента [16]. Разница между оценками семейными врачами и пациентами риска ССЗ и тревоги по поводу развития ССЗ является значительной.

Заключение. В целом, наши данные свидетельствуют о разрыве между рекомендациями медицинских ассоциаций и клинической реальностью при информировании о риске ССЗ. Вербальные форматы, которые в основном используются, получили самую низкую оценку в рекомендациях относительно понимания и эффективности. Аналогично, наиболее рекомендуемые форматы, такие как естественные частоты и визуальные форматы, такие как гистограммы, редко использовались врачами первичного звена в нашем исследовании. Визуальные форматы привели к значительно более высокому субъективному пониманию предоставленной информации. Кроме того, пол значительно связан с выбором форматов коммуникации, что до сих пор не было известно в отношении коммуникации о риске ССЗ. Необходимо учитывать гендерный аспект, особенно в отношении целевых групп вмешательства. Результаты нашего исследования подчеркивают необходимость разработки программ по пропаганде здорового образа жизни в первичном звене здравоохранения, которые бы более четко фокусировались на прозрачной коммуникации о риске. Наше последнее намерение - ликвидировать разрыв между теорией и повседневной клинической практикой в области коммуникации по поводу ФРСЗ, что не обязательно означает, что врачи и пациенты должны изменить свой стиль общения - это может привести к вкладу в дальнейшее развитие теоретических моделей, адаптированных к реальности.

Выводы: Вербальные классификаторы являются наиболее часто используемым форматом комму-

никации, хотя в рекомендациях предпочтение отдается числовым и визуальным форматам, причем визуальные форматы приводят к лучшему пониманию, чем другие. Кроме того, пол связан с выбором формата коммуникации. Адекватное информирование о рисках должно быть интегрировано в образование врачей.

Литературы

1. Lipkus IM: Numeric, verbal, and visual formats of conveying health risks: suggested best practices and future recommendations. *Med Decis Making* 2007, 27:696-713.

2. Edwards A, Elwyn G, Mullay A: Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *Brit Med J* 2002, 324:827-30.

3. Alaszewski A, Horlick-Jones T: How can doctors communicate information about risk more effectively? *Brit Med J* 2003, 326:728-731.

4. Fuller R, Dudley N, Blacktop J: Risk communication and older people - understanding of probability and risk information by medical inpatients aged 75 years and older. *Age Ageing* 2001, 30:473-6.

5. Van Steenkiste B, van der Weijden T, Stoffers HEJH: Improving cardiovascular risk management: a randomized controlled trial on the effect of a decision support tool for patients and physicians. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007, 14:44-50.

6. Van der Weijden T, Bos LBJ, Koelewijn-van Loon MS: Primary care patients' recognition of their own risk for cardiovascular disease: implications for risk communication in practice. *Curr Opin in Cardiology* 2008, 23:471-76

7. Waldron CA, van der Weijden T, Ludt S, Gallacher J, Elwyn G: What are effective strategies to communicate cardiovascular risk information to patients? A systematic review. *Patient Educ Couns* 2010.

8. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J: The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. *Pat Educ Couns* 2009, 76(3):348-55.

9. Weinstein ND, Sandman PM, Roberts NE: Communicating effectively about risk magnitudes. New Brunswick (NJ): Environmental Communication Research Program, Cook College, Rutgers University 1989.

10. Sandman PM, Weinstein ND, Miller P: High risk or low: How location on a risk ladder affects perceived risk. *Risk Anal* 1984, 14:35-45.

11. Stone ER, Yates JF, Parker AM: Effects of numerical and graphical display on a professed risk-taking behaviour. *J Exp Psychol Appl* 1997, 3:243-56.

12. Hollands JG, Spence I: Judging proportions with graphs: the summation model. *Appl Cogn Psychol* 1998, 12:173-90.

13. Sandman PM, Weinstein ND, Miller P: High risk or low: How location on a risk ladder affects perceived risk. *Risk Anal* 1984, 14:35-45.

14. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA: Measuring patients' desire for autonomy: decision making an information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989, 4(1):23-30.

15. Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA: "If I'm better than average, then I'm ok?": Comparative information influences beliefs about risk and benefits. *Pat Educ Couns* 2007, 69:140-44.

16. Lipkus IM, Hollands JG: The visual communication of risk. *J Nat Cancer Inst Monogr* 1999, 25:149-63.

17. Aucker J, Senathirajah Y, Kukafka R, Starren J: Design feature of graphs in health risk communication: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc* 2006, 13:608-18.

18. Hill S, Spink J, Cadilhac D, Edwards A, Kaufman C, Rogers S, Ryan R, Tonkin A: Absolute risk representation in cardiovascular disease prevention: comprehension and preferences of health consumers and general practitioners involved in a focus group study. *BMC Public Health* 2010, 10:108.

19. Sheridan SL, Viera AJ, Krantz MJ, Ice CL, Steinmann LE, et al: The effect of giving global coronary risk information to adults. *Arch Intern Med* 2010, 170(3):230-39.

СВЯЗЬ КОММУНИКАТИВНОГО ФОРМАТА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ИНФОРМИРОВАНИЯ О РИСКАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Махмудова У.Р., Нуриллаева Н.М., Кенжаев С.Р.

Пациенты лучше понимают информацию о риске ССЗ, если она представлена в числовом или визуальном формате (например, графики) по сравнению с вербальными уточнениями. **Цель:** изучить степень использования врачом и пациентом вербальных, цифровых и визуальных форматов информирования о факторах сердечно-сосудистого риска. **Методы и результаты:** Сбор социально-экономических данных о понимании пациентами сути проблемы с помощью анкет и аудиозаписей консультаций о риске сердечно-сосудистых заболеваний. В 73 % из 32 консультаций для передачи информации о сердечно-сосудистом риске использовались исключительно вербальные классификаторы, по сравнению с числовыми (11 %) и визуальными (16 %) форматами. Женщины-врачи и женский пол пациента были значимо связаны с более частым использованием вербальных форматов по сравнению с визуальными ($p=0,001$ и $p=0,039$, соответственно). Субъективное понимание пациента было значительно выше при визуальном консультировании по сравнению с вербальным ($p=0,001$). **Выводы:** Необходимо выявить и устранить соответствующие барьеры на пути использования "высокорейтинговых" форматов коммуникации среди врачей и пациентов.

Ключевые слова: форматы информирования о рисках, сердечно-сосудистые факторы риска, сердечно-сосудистые заболевания.

