

Оригинальные исследования / Original research



© СМАКОТИНА С. А., КОЛМОГОРОВА Т. О.

УДК 615-05

DOI: 10.20333/25000136-2022-3-12-18

Влияние эмпатии на комплаентность пациентов и клиническую эффективность лечения хронического гастрита

С.А Смакотина, Т.О Колмогорова

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово 650029, Российская Федерация

Цель. Изучение влияния уровня эмпатической помощи, оказываемой лечащим врачом, на уровень приверженности больных хроническим гастритом проводимому лечению и эффективность проводимой терапии.

Материал и методы. Обследовано 302 пациента с диагнозом хронический гастрит. В зависимости от уровня приверженности больных лечению пациенты были включены в 4 группы: группа 1 - 96 пациентов с хроническим гастритом, ассоциированным с *H.pylori*; в группу 2 - 110 пациентов с хроническим гастритом, не ассоциированным с *H.pylori*. У данных групп пациентов наблюдался высокий уровень комплаентности.

Группа 3 была сформирована из 36 пациентов, имеющих хронический гастрит, ассоциированный с *H.pylori*, которые отказались от лечения, в группу 4 вошли 60 пациентов с диагнозом хронический гастрит, ассоциированным с *H.pylori*, которые частично выполняли рекомендации врача. Для оценки степени эмпатии возникшей между врачом и пациентом в процессе обследования использован опросник The Consultation and Relational Empathy Measure (CARE Measure).

Результаты. Максимальный результат - степень эрадикации возбудителя хронического гастрита свыше 80 % и минимальная частота клинических проявлений и осложнений заболевания - наблюдались у больных группы 1. Пациенты данной группы полностью выполняли рекомендации врача, у них был отмечен в начале исследования высокий балл по опроснику CARE Measure (44 балла), а также максимальное количество визитов к врачу в течение периода наблюдения - 9,0 (7,0; 10,0) по сравнению со второй - 8,0 (6,0; 9,0) и третьей - 5,0 визитов (3,0; 6,0) группах ($p=0,012$). Минимальный результат отмечен в группе 3, что было обусловлено крайне низкой комплаентностью этих пациентов. Одновременно эти пациенты отмечали низкий уровень эмпатии со стороны врача, что вносило существенный вклад снижение уровня их приверженности лечению.

Заключение. Уровень показателя CARE может быть использован в качестве критерия приверженности пациентов хроническим гастритом к лечению и фактора прогноза эффективности проводимой терапии.

Ключевые слова: хронический гастрит, эрозии, *Helicobacter pylori*, эрадикация, комплаентность, эмпатия, межличностная помощь.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Смакотина СА, Колмогорова ТО. Влияние эмпатии на комплаентность пациентов и клиническую эффективность лечения хронического гастрита. *Сибирское медицинское обозрение*. 2022;(3):12-18. DOI: 10.20333/25000136-2022-3-12-18

Effect of empathy on patient compliance and clinical effectiveness of chronic gastritis treatment

S.A. Smakotina, T.O. Kolmogorova

Kemerovo State Medical University, Kemerovo 650029, Russian Federation

The aim of the research. To study the influence of empathic care level provided by the attending physician on the level of chronic gastritis patients' adherence to treatment and on therapy effectiveness.

Material and methods. A total of 302 patients with chronic gastritis were examined. Depending on the level of patients' adherence to treatment, the patients were divided into 4 groups. Group 1: 96 patients with chronic gastritis associated with *H. pylori*; group 2: 110 patients with chronic gastritis not associated with *H. pylori*. Patients in these groups had a high level of adherence. Group 3 was formed from 36 patients with chronic gastritis associated with *H. pylori* who rejected treatment; group 4 included 60 patients with chronic gastritis associated with *H. pylori* who partially adhered to the physician's recommendations. The "Consultation and Relational Empathy Measure" (CARE Measure) questionnaire was used to assess the degree of empathy that arose between the physician and the patient during examination.

Results. The maximum degree of eradication of the causative agent of chronic gastritis was over 80% and the minimum frequency of clinical manifestations and complications of the disease was observed in group 1. Patients of this group fully adhered to the physician's recommendations and had high scores on the CARE Measure questionnaire at the beginning of the study (44 points), as well as the maximum number of visits to the physician in the observation period (9.0 [7.0; 10.0]) in comparison to groups 2 and 3 (8.0 [6.0; 9.0] and 5.0 [3.0; 6.0], respectively; $p=0.012$). The minimum result was noted in group 3, which was due to the extremely low adherence of these patients. At the same time, these patients noted a low level of empathy on the part of the doctor, which made a significant contribution to the decrease in the level of their adherence to treatment.

Conclusion. The CARE score may be used as a criterion of chronic gastritis patients' adherence to treatment and as a predictor of therapy effectiveness.

Key words: chronic gastritis, erosion, *Helicobacter pylori*, eradication, adherence, empathy, interpersonal assistance.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Введение

У пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с длительным и выраженным болевым синдромом достаточно часто наблюдается наличие признаков депрессии [1,2]. Наряду с этим некоторые исследователи отмечают, что для данного контингента больных нередко характерна низкая приверженность к проводимым лечебно-профилактическим мероприятиям [3-5].

В настоящее время установлено, что степень комплаентности - приверженности пациента лечению - зависит не только от его социально-психологических характеристик, в том числе от уровня образования, но и от особенностей межличностных отношений, в том числе и отношений больного с лечащим врачом. Нередко выраженность психоэмоциональных изменений может выступать в качестве прогностического фактора комплаентности пациента и прогноза заболевания [4, 6].

В ряде исследований было показано, что одним из ключевых моментов коммуникации врача и пациента является уровень эмпатии, выраженность которой в значительной степени может влиять на результаты проводимого лечения [7, 8]. Эмпатичный стиль общения врача способствует, как правило, улучшению его отношений с пациентом, а также более высокой удовлетворенности больных результатами проводимого лечения [9-11]. При этом снижается уровень тревоги у пациентов, повышается степень участия больного в принятии совместных решений с врачом о проведении лечения. Увеличение приверженности лечению в свою очередь положительно влияет на эффективность диагностики, осуществляемой в процессе ведения таких пациентов, что позволяет своевременно предотвратить усиление проявления заболевания или его осложнений [7, 9, 12].

Сложность и многомерность понятия эмпатии, особенности ее трансляции врачом и восприятия пациентом, могут оказывать решающее влияние на клиническую эффективность проводимого лечения [12-15]. В связи с этим исследователи все большее внимание обращают на выраженность этой характеристики, рассматривают такое понятие, как «эмпатическая помощь, ориентированная на человека». Предложена оценка эмпатии по показателю CARE - уровня межличностных навыков практикующих врачей, который оценивается пациентами [13-15]. Несмотря на высокую вариативность оценки этого показателя, данный опросник все шире применяется специалистами разных стран, что свидетельствует об адекватности и эффективности данного диагностического инструмента [14, 15]. Исследования, проведенные в ряде стран, в том числе в Шотландии, Швеции, США, подтвердили

целесообразность и эффективность оценки этой характеристики с помощью опросника CARE Measure, особенно у пациентов с хроническими заболеваниями [13-17]. Не секрет, что комплаентность в терапии становится краеугольным камнем преткновения и в некоторых случаях, является одним из важнейших факторов успешного лечения. В последние годы используется персонализированный подход в лечении каждого пациента, многими врачами игнорируется роль эмпатии в приверженности пациента к лечению. Не секрет, что на результат анкетирования может влиять раса пациента, его социально-экономические условия, страна проживания, поэтому нельзя слепо переносить результаты исследований, проведенных в других странах, на русскую популяцию пациентов. Необходимо отметить, что в отечественной литературе практически отсутствуют сообщения об изучении данной психологической характеристики и влиянии данного аспекта взаимоотношений врача и пациента на приверженность больных к лечению, о возможностях использования показателя уровня эмпатии у пациентов с хроническим гастритом в реальной клинической практике.

Цель. Изучение влияния уровня эмпатической помощи, оказываемой лечащим врачом, на уровень приверженности больных хроническим гастритом проводимому лечению и на эффективность проводимой терапии.

Материал и методы

Исследование проведено на базе АО КМСЧ «Энергетик», в нем приняли участие 302 пациента с диагнозом хронический гастрит. В процессе диагностики и лечения был оценен уровень приверженности больных лечению [18], по результатам которого пациенты были включены в 4 группы.

Все пациенты имели высшее образование.

В группу 1 были включены 96 пациентов с диагнозом хронический гастрит, ассоциированный с *H.pylori*; во группу 2 - 110 пациентов с хроническим гастритом, не ассоциированным с *H.pylori*. Пациенты обеих групп выполняли рекомендации врача в полном объеме, в связи с этим уровни комплаентности у них были оценены как высокие.

Группа 3 была сформирована из 36 пациентов с хроническим гастритом, ассоциированным с *H.pylori*, которые отказались от выполнения процедур лечения. Причинами этого явились: отсутствие желания принимать лекарственные препараты, отсутствие времени, недоверие к врачу. Уровень комплаентности у них был оценен как низкий.

В группу 4 были включены 60 пациентов с диагнозом хронический гастрит, ассоциированный с *H.pylori*, которые выполняли рекомендации врача

лишь частично. Основной причиной этого, со слов больных, был недостаток времени (ненормированный рабочий график, командировки). Уровень комплаентности у них был на среднем уровне.

В исследование была включена 101 женщина (33 %) и 201 (67 %) мужчина, медиана возраста пациентов составила 42 (37; 51) года.

Проведено клиническое обследование пациентов в соответствии актуальными методическими рекомендациями. Для диагностики *H. pylori* применялся быстрый уреазный тест и определение антигена *H. pylori* в кале.

Уровень приверженности пациентов лечению оценивали по опроснику «Уровень комплаентности» [18].

Для оценки уровня эмпатии использовали опросник The Consultation and Relational Empathy Measure (далее CARE Measure), который позволяет оценить степень эмпатии (сопереживания), возникшей между врачом и пациентом в процессе обследования, и базируется на широком определении понятия эмпатии в контексте взаимодействия врача и пациента [13-17]. В рамках нашего исследования применяли русскоязычную версию опросника, перевод и его верификация осуществлена Кузбасской торгово-промышленной палатой, регистрационный номер 28/14 от 10/02/2022. Анкета содержит 10 вопросов и предназначена для взрослых пациентов без выраженных коммуникативных или когнитивных нарушений. Каждый вопрос предполагает 6 вариантов ответа: «плохо = 1 балл», «нормально = 2 балла», «хорошо = 3 балла», «очень хорошо = 4 балла», «отлично = 5 баллов», «не применимо». Минимальное количество баллов составляет 10, максимальное – 50. Результаты анкетирования с помощью данного опросника могут быть использованы в исследованиях и подлежат обработке в случае, если пациент использовал ответ «не применимо» или не ответил на вопросы не более чем 2 раза (в этом случае ответ «не применимо» и «пустой» ответ заменяют на средний балл). Анкеты более чем с двумя отсутствующими значениями или ответами «не применимо» удаляются из анализа. Заполнение анкеты пациентом занимает в среднем около 10 мин.

Анкетирование пациентов посредством опросника CARE Measure было проведено дважды: в начале исследования и спустя 3 года.

Для статистической обработки данных использовались пакеты прикладных программ Microsoft Office Excel 2016, IBM SPSS Statistics Base Campus Value Unit License v. 24 (лицензионный договор № 20160805-1 от 30.08.2016 с ЗАО «Predictive Solutions»). Количественные показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовались критерии Шапиро-Уилка (при количестве обследуемых менее 50) и Колмогорова-Смирнова (при количестве обследуемых более 50), а также показатели асимметрии и эксцесса.

При распределении признака, отличным от нормального, для описания материала исследования использовали медиану (Me) и показатели интерквартильного размаха, результаты представляли в виде Me (Q₁; Q₃). При попарном сравнении количественных данных, имеющих распределение, отличное от нормального, использовали критерии Манна-Уитни, при сравнении показателей нескольких выборок применяли критерий Краскел-Уоллиса. Качественные данные исследования представляли с использованием абсолютных и относительных показателей (%). Для оценки статистической значимости качественных признаков использовали анализ таблиц сопряженности (четырёхпольная таблица) - критерий χ^2 Пирсона.

При критическом уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми.

Поиск взаимосвязей показателя эмпатии CARE с характеристиками клинического течения заболевания у обследуемых пациентов, а также с количеством визитов пациентов к врачу, проводили с помощью корреляционного анализа с расчетом коэффициентов корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

Анализ частоты клинических проявлений и осложнений заболевания в группах исследования показал, что в момент включения в исследование частота эрозий, геморрагий и язв в группах пациентов статистически значимо не различалась (табл.1). При этом в группе 3 был отмечен только один случай выявления эрозии. Общая частота клинических проявлений и осложнений в третьей группе больных в этот период наблюдения была достоверно ниже соответствующего показателя в первой группе ($p = 0,024$).

В то же время в течение первого года значения вышеприведенных показателей статистически значимо не различались. При этом частота эрозий и общая частота клинических проявлений и осложнений заболевания у пациентов группы 4 были значительно выше соответствующих значений в группах 1 и 2, хотя выявленные различия не достигали статистической значимости ($p = 0,067$ и $p = 0,105$ соответственно).

Наиболее выраженные различия были отмечены через 3 года наблюдения. При этом частота эрозий и общая частота осложнений в группах 3 и 4 были статистически значимо выше таковых в группах 1 и 2.

В табл.2 представлена динамика показателя количества визитов пациентов к врачу. В течение первого года наблюдения по количеству визитов к врачу группы статистически значимо различались. Максимальным было значение данного показателя в первой и второй группах, минимальное количество визитов было характерно для пациентов третьей группы - 2,0 (1,0; 4,0), что было статистически значимо ниже такового в первой группе ($p = 0,009$).

Таблица 1

Частота клинических проявлений и осложнений заболевания в группах пациентов с хроническим гастритом (абс./%)

Table 1

Frequency of clinical manifestations and complications of the disease in groups of patients with chronic gastritis (abs/%)

Клинические проявления заболевания и осложнения	Группа 1 (n=96)		Группа 2 (n=110)		Группа 3 (n=36)		Группа 4 (n=60)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первичное обследование								
Эрозии	19	20	15	14	1	3	11	18
Эрозии и геморрагии	4	4	5	4	-	-	2	3
Язвы	3	3	-	-	-	-	3	5
Общее количество	26	27	20	18	1	3*	16	27
Через 1 год								
Эрозии	9	9	6	5	3	8	9	16
Эрозии и геморрагии	2	2	1	1	1	3	2	3
Язвы	1	1	-	-	-	-	2	3
Общее количество	12	12	7	6	4	11	13	22
Через 3 года								
Эрозии	2	2	2	2	7	19*#	7	11*#
Эрозии и геморрагии	1	1	-	-	4	11	1	2
Язвы	-	-	-	-	1	3	1	2
Общее количество	3	3	2	2	12	33*#	9	15*#

Примечание: * - различия статистически значимы при сравнении с показателем группы 1 (по критерию χ^2); # - различия статистически значимы при сравнении с показателем группы 2 (по критерию χ^2).

Note: * - the differences are statistically significant when compared with the score of group 1 (according to the χ^2 test); # - the differences are statistically significant when compared with the score of group 2 (according to the χ^2 test).

Таблица 2

Количество визитов к врачу пациентов с хроническим гастритом, Me (Q₁; Q₃)

Table 2

The number of visits to the physician of patients with chronic gastritis, Me (Q₁; Q₃)

Временной промежуток	Группа 1 (n=96)	Группа 2 (n=110)	Группа 3 (n=36)	Группа 4 (n=60)
1 год	5,0 (5,0; 6,0)	5,0 (5,0; 6,0)	2,0* (1,0; 4,0)	4,0 (3,0; 5,0)
3 года	9,0 (7,0; 10,0)	8,0 (6,0; 9,0)	5,0* (3,0; 6,0]	7,0 (4,0; 9,0)

Примечание: * - различия статистически значимы при сравнении с показателем группы 1 (по критерию Манна-Уитни).

Note: * - the differences are statistically significant when compared with the score of group 1 (according to the Mann-Whitney test).

По количеству визитов к врачу в течение трех лет наблюдения также были выявлены статистически значимые межгрупповые различия величины данного показателя. Так, в первой группе больных количество визитов составило 9,0 (7,0; 10,0), во второй – 8,0 ви-

зитов (6,0; 9,0), в третьей – 5,0 визитов (3,0; 6,0), значение этого показателя было статистически значимо ниже, чем в группе 1 (p=0,012).

Анализ эффективности эрадикации *H. pylori* через месяц после завершения лечения показал, что удель-

ный вес пациентов с эрадикацией *H.pylori* в первой группе составил 81,2% (табл.3). Значение этого показателя в группе 4 составило 30,0% и было статистически значимо ниже величины в группе 1 ($p=0,004$). Ни у кого из пациентов третьей группы эрадикации *H.pylori* не произошло.

При определении уровня эмпатии в различные сроки исследования статистически значимых межгрупповых различий отмечено не было (табл.4). В то же время при первичном обследовании уровень показателя CARE в группах 1 и 2 был выше, чем у больных третьей и четвертой групп, в которых пациенты не получали терапию, либо принимали лекарственные средства нерегулярно. Аналогичные соотношения были выявлены и спустя 3 года после начала наблюдения, хотя при этом межгрупповые различия данного показателя были менее выраженными.

На заключительном этапе исследования был проведен корреляционный анализ между уровнем CARE, частотой клинических проявлений и осложнений хронического гастрита, частотой эрадикации возбудителя и количеством визитов к врачу пациентов, включенных в настоящее исследование. Как видно из табл.5, наблюдались статистически значимые отрицательные корреляции средней силы уровня эмпатии с частотой выявления эрозий, эрозий и геморрагий, а также общей частотой клинических проявления и осложнений заболевания. В то же время частота эрадикации *H. pylori* умеренно положительно коррелировала с показателем CARE, а также с количеством визитов пациентов к врачу в течение периода наблюдения.

К настоящему времени все большее количество авторов считают, что забота о психическом здоровье и эмоциональной поддержке пациентов должна подразумевать не только профессиональное психологическое вмешательство, но и находить отражение в повседневном общении врача с пациентом, в частности, в выражении сочувствия больному [7, 9, 19-21]. Сочувствие означает понимание и помощь в преодолении ряда сложных ситуаций для пациента с помощью межличностного общения [21, 22]. Сочувствие считается ключевым компонентом психотерапевтических воздействий, положительно влияющих на состояние здоровья пациента [20, 21].

Известно, что в процессе развития заболевания пациенты испытывают не только физическую боль, но и психологический стресс, а также ограничения социальной адаптации. В ряде работ продемонстрирована прямая положительная взаимосвязь между уровнями эмпатии специалиста, поддержки пациента в ходе проведения консультации, с одной стороны, и уровнем жалоб и благополучия больных в течение месяца наблюдения, с другой [9, 11]. В некоторых сообщениях показано, что выраженное сочувствие медицинского персонала к пациентам положительно влияет на состояние больных злокачественными новообразованиями и язвенным колитом [20, 21].

M. Neumann et al. (2007) подтвердили, что при сочувственном отношении врача на фоне негативных эмоций и сниженного настроения у пациентов отмечается снижение степени выраженности тревожных проявлений у больных [21].

Таблица 3

Частота эрадикации *H.pylori* в группах пациентов с хроническим гастритом, абс.(%)

Table 3

Frequency of *H. pylori* eradication in groups of patients with chronic gastritis, abs.(%)

Показатель	Группа 1 (n=96)	Группа 3 (n=36)	Группа 4 (n=60)
% эрадикации <i>H.pylori</i>	78 (81 %)	0	18 (30 %)*#

Примечание: * - различия статистически значимы при сравнении с показателем группы 1 (по критерию χ^2).

Note: * - the differences are statistically significant when compared with the score of group 1 (according to the χ^2 test);

Таблица 4

Динамика показателя CARE в группах пациентов с хроническим гастритом, Me (Q₁; Q₃)

Table 4

Dynamics of the CARE score in the groups of patients with chronic gastritis, Me (Q₁; Q₃)

Срок исследования после начала наблюдения	Группа 1 (n=96)	Группа 2 (n=110)	Группа 3 (n=36)	Группа 4 (n=60)
Через 1 год	44,0 (39,3; 48,0)	45,0 (40,0; 50,0)	38,0 (34,0; 44,0)	40,0 (34,0; 45,0)
Через 3 года	42,5 (39,0; 45,0)	44,0 (39,0; 48,0)	39,0 (34,0; 41,0)	41,0 (34,0; 44,0)

Взаимосвязь показателя CARE с частотой клинических проявлений и осложнений хронического гастрита, частотой эрадикации возбудителя и количеством визитов к врачу (коэффициенты корреляции Спирмена)

Table 5

The relation between the CARE score and the frequency of clinical manifestations and complications of chronic gastritis, the frequency of pathogen eradication and the number of visits to the physician (Spearman's correlation coefficients)

Показатели	r	p
Эрозии	-0,387	0,031
Эрозии и геморрагии	-0,455	<0,001
Язвы	-0,284	0,132
Общее количество осложнений	-0,396	0,018
Частота эрадикации <i>H. pylori</i>	0,517	0,002
Количество визитов в течение 3 лет	0,339	0,014

Результаты проведенного нами исследования показали наличие взаимосвязей степени клинической эффективности проводимой терапии больным хроническим гастритом и уровня эмпатии врача, оцененным пациентом по опроснику CARE Measure. Сравнение результатов лечения показало, что максимальный результат - степень эрадикации возбудителя хронического гастрита и минимальная частота клинических проявлений и осложнений заболевания - наблюдались у больных первой группы. Пациенты данной группы полностью выполняли рекомендации врача, у них был отмечен в начале исследования высокий балл по опроснику CARE Measure, для них было характерно максимальное количество визитов к врачу в течение периода наблюдения. Для пациентов второй также была характерна высокая приверженность лечению, что в условиях отсутствия возбудителя способствовало высокой эффективности лечения хронического гастрита. При этом минимальный результат лечения был характерен для больных третьей группы, что было обусловлено крайне низкой приверженностью к лечению этих пациентов, что выражалось в редких визитах к врачу и соответственно недостаточным уровнем диагностики соответствующих проявлений заболевания.

Одновременно эти пациенты отмечали низкий уровень эмпатии со стороны врача, что, безусловно, вносило существенный вклад снижение уровня их приверженности лечению. У больных в группе 4 результаты лечения были на промежуточном уровне, что коррелировало с относительно невысокой их комплаентностью.

Полученные данные, в том числе результаты поиска взаимосвязей клинических характеристик, параметров комплаентности и уровня эмпатии по опроснику CARE Measure с помощью корреляционного анализа, свидетельствуют о возможности использования последнего параметра в качестве прогностического критерия течения хронического гастрита и эффективности проводимой терапии.

Заключение

Установлено, что уровень показателя опросника CARE Measure может быть использован в качестве критерия приверженности пациентов хроническим гастритом к лечению. Величина показателя эмпатии в отношениях врача и пациента статистически значимо взаимосвязана с характеристиками течения болезни, а следовательно - с эффективностью проводимого лечения, что было подтверждено динамикой клинических проявлений и осложнений хронического гастрита.

Литература / References

1. Suzuki S, Kusano C, Horii T, Ichijima R, Ikehara H. The Ideal Helicobacter pylori Treatment for the Present and the Future. *Digestion*. 2022;103(1):62-68. DOI: 10.1159/000519413
2. Liu C, Wang Y, Shi J, Zhang C, Nie J, Li S, Zheng T. The status and progress of first-line treatment against Helicobacter pylori infection: a review. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2021;(14):1756284821989177. DOI: 10.1177/1756284821989177
3. Toole J, Kohansieh M, Khan U, Romero S, Ghali M, Zeltser R, Makaryus AN. Does Your Patient Understand Their Treatment Plan? Factors Affecting Patient Understanding of Their Medical Care Treatment Plan in the Inpatient Setting. *Journal of Patient Experience*. 2020;7(6):1151-1157. DOI: 10.1177/2374373520948400
4. Lu X, Zhang R. Impact of patient information behaviours in online health communities on patient compliance and the mediating role of patients' perceived empathy. *Patient Education and Counseling*. 2021;104(1):186-193. DOI: 10.1016/j.pec.2020.07.001
5. Hannan J, Sanchez G, Musser ED, Ward-Peterson M, Azuttillo E, Goldin D, Lara EG, Luna AM, Galynker I, Foster A. Role of empathy in the perception of medical errors in patient encounters: a preliminary study. *BMC Research Notes*. 2019;12(1):327. DOI: 10.1186/s13104-019-4365-2

6. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2016;351(4):387-99. DOI: 10.1016/j.amjms.2016.01.010
7. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine*. 2020;133(5):561-566. DOI: 10.1016/j.amjmed
8. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukoulis S. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):26. DOI: 10.3390/healthcare8010026
9. Ponnampuruma G, Yeo SP, Samarasekera DD. Is empathy change in medical school geo-socioculturally influenced? *Medical Education*. 2019;53(7):655-665. DOI: 10.1111/medu.13819
10. Teófilo TJS, Veras RFS, Silva VA, Cunha NM, Oliveira JDS, Vasconcelos SC. Empathy in the nurse-patient relationship in geriatric care: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2019;26(6):1585-1600. DOI: 10.1177/0969733018787228
11. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Med Health Care Philos*. 2021;24(4):573-585. DOI: 10.1007/s11019-021-10033-4
12. Stevens F, Taber K. The neuroscience of empathy and compassion in pro-social behavior. *Neuropsychologia*. 2021; (159):107925. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2021.107925
13. Bikker AP, Fitzpatrick B, Murphy D, Forster L, Mercer SW. Assessing the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in sexual health nurses' consultations. *BMC Nursing*. 2017;(16):71. DOI: 10.1186/s12912-017-0265-8
14. Aomatsu M, Abe H, Abe K, Yasui H, Suzuki T, Sato J, Ban N, Mercer SW. Validity and reliability of the Japanese version of the CARE measure in a general medicine outpatient setting. *The Journal of Family Practice*. 2014; 31(1):118-26. DOI: 10.1093/fampra/cmt053
15. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *The Journal of Family Practice*. 2004;21(6):699-705. DOI: 10.1093/fampra/cmh621
16. Mercer SW, Hatch DJ, Murray A, Murphy DJ, Eva HW. Capturing patients' views on communication with anaesthetists: the CARE measure. *Clinical Governance*. 2008; 13 (2): 128-137.
17. Mercer SW, Fung CS, Chan FW, Wong FY, Wong SY, Murphy D. The Chinese-version of the CARE measure reliably differentiates between doctors in primary care: a cross-sectional study in Hong Kong. *BMC Family Practice*. 2011;(12):43. DOI: 10.1186/1471-2296-12-43
18. Кадыров РВ, Асриян ОБ, Ковальчук СА. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Мор. гос. ун-т; 2014. 74 с. [Kadyrov RV, Asriyan OB, Kovalchuk SA. Compliance level questionnaire. Vladivostok: Mor. state un-t; 2014. 74 p. (In Russian)]
19. Foley KA, Feldman-Stewart D, Groome PA, Brundage MD, McArdle S, Wallace D, Peng Y, Mackillop WJ. What Aspects of Personal Care Are Most Important to Patients Undergoing Radiation Therapy for Prostate Cancer? *International Journal of Radiation Oncology - Biology - Physics*. 2016;94(2):280-8. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2015.10.023
20. Jelsness-Jørgensen LP, Bernklev T, Hovde Ø, Prytz Berset I, Huppertz-Hauss G, Moum B, Lie Høivik M. Patients' perceptions of quality of care and follow-up in inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2016;51(4):434-41. DOI: 10.3109/00365521.2015.1102319
21. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, Pfaff H. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling*. 2007; 69(1-3):63-75. DOI: 10.1016/j.pes.2007.07.003
22. Ивашкин ВТ, Маев ИВ, Лапина ТЛ, Шептулин АА, Трухманов АС, Баранская ЕК, Абдулхаков РА, Алексеева ОП, Алексеенко СА, Дехнич НН, Козлов РС, Кляритская ИЛ, Корочанская НВ, Курилович СА, Осипенко МФ, Симаненков ВИ, Ткачев АВ, Хлынов ИБ, Цуканов ВВ. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2018; 28(1):55-70. [Ivashkin VT, Maev IV, Lapina TL, Sheptulin AA, Trukhmanov AS, Baranskaya EK, Abdulkhakov RA, Alekseeva OP, Alekseenko SA, Dekhnich NN, Kozlov RS, Klyaritskaya IL, Korochanskaya NV, Kurilovich SA, Osipenko MF, Simanenko VI, Tkachev AV, Khlynov IB, Tsukanov VV. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of *Helicobacter pylori* infection in adults. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2018; 28 (1): 55-70. (In Russian)]

Сведения об авторах

Смакотина Светлана Анатольевна, д.м.н. доцент, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 660029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22А; тел.: +7(3842)194256; e-mail: smak67@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0304-4263>

Колмогорова Татьяна Олеговна, аспирант, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 660029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22А; тел.: +7(3842)194256; e-mail: 212kto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3956-4458>

Author information

Svetlana A. Smakotina, Dr.Med.Sci., Associate Professor, Kemerovo State Medical University; address: 22A Voroshilova Str., Kemerovo, Russian Federation 660029; Phone: +7(3842)194256; e-mail: smak67@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0304-4263>

Tatiana O. Kolmogorova, postgraduate student, Kemerovo State Medical University; address: 22A Voroshilova Str., Kemerovo, Russian Federation 660029; Phone: +7(3842)194256; e-mail: 212kto@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3956-4458>

Дата поступления 04.10.2021

Дата рецензирования 24.02.2022

Принята к печати 29.03.2022

Received 04 October 2021

Revision Received 24 February 2022

Accepted 29 March 2022