

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ К ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И. С. Мыльникова¹ ✉, М. А. Мыльникова², Е. Э. Школьникова¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

² Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы, Москва, Россия

Пациентоориентированность — относительно новая концептуальная установка, ассоциируемая с понятием качества медицинской помощи, которая постепенно приобретает характер новой моральной нормы врачебной практики. Нами было проведено исследование отношения молодого поколения врачей (аспирантов и ординаторов РНИМУ им. Н. И. Пирогова и РУДН, 2024 г.) к пациентоориентированности. Им была предложена анкета из 21 вопроса, касающегося разных сторон пациентоориентированного общения. Получено 155 заполненных анкет. Полученные ответы указали на то, что многие молодые врачи знакомы с концепцией пациентоориентированности, практикуют навыки пациентоориентированного общения. Одновременно многие ощущают недостаток подготовки в этой области, осознают свою уязвимость в общении с пациентом. Вместе с тем опрос выявил патерналистические установки более чем у половины опрошенных. Можно сделать вывод, что молодые врачи нуждаются не только в освоении навыков пациентоориентированного общения, но и в более глубоком изучении моральных основ пациентоориентированности, что может быть реализовано в рамках учебных курсов биоэтики, а также в ходе преподавания клинических дисциплин.

Ключевые слова: пациентоцентрированность, пациентоцентрированная коммуникация, навыки пациентоцентрированной коммуникации, терапевтический альянс

Вклад авторов: И. С. Мыльникова — написание статьи; Е. Э. Школьникова и М. А. Мыльникова — проведение исследования, обработка результатов.

✉ **Для корреспонденции:** Ирина Сергеевна Мыльникова
ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия; expert.med@mail.ru

Статья поступила: 22.10.2024 **Статья принята к печати:** 17.11.2024

Опубликована онлайн: 16.12.2024

DOI: 10.24075/medet.2024.023

THE ATTITUDE OF YOUNG DOCTORS TOWARD PATIENT-CENTRED MEDICAL CARE

Mylnikova IS¹ ✉, Mylnikova MA², Shkolnikova EA²

¹ Pirogov Russian National Research Medical University

² Institute of Additional Professional Education of Social Workers of the Department of Labor and Social Protection of the Population of Moscow, Moscow, Russia

Patient-centredness is a relatively new proof-of-concept setting associated with the concept of quality of medical care, which gradually becomes a new moral standard of medical practice. We conducted a study of the attitude of the younger generation of doctors (graduate students and residents of the Pirogov Russian National Research Medical University and RUDN, 2024) towards patient-centredness. They were offered a questionnaire consisting of 21 questions on different aspects of patient-centred communication. 155 completed questionnaires were received. The answers indicated that many young doctors are familiar with the concept of patient-centred approach and practice patient-centred communication skills. At the same time, many people feel a lack of training in this area and realize their vulnerability in communicating with the patient. At the same time, the survey revealed paternalistic attitudes in more than half of the respondents. It can be concluded that young doctors need not only mastering the skills of patient-centred communication, but also a deeper study of the moral foundations of patient-centredness, which can be implemented within the training courses in bioethics, as well as while teaching clinical disciplines.

Keywords: patient-centredness, patient-centred communication, patient-centred communication skills, therapeutic alliance

Author contribution: Mylnikova IS wrote the article; Shkolnikova EA and Mylnikova MA conducted the study and processed the results.

✉ **Correspondence should be addressed:** Irina S Mylnikova
Ostrovityanova str., 1, Moscow, 117997, Russia; expert.med@mail.ru

Received: 22.10.2024 **Accepted:** 17.11.2024 **Published online:** 16.12.2024

DOI: 10.24075/medet.2024.023

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Последние десятилетия в практику здравоохранения прочно вошел термин «пациентоориентированность», указывающий на некий идеал в отношениях врача/системы здравоохранения и пациента, который ставит пациента в центр заботы о нем со стороны медицинских работников, реализация которого является важным элементом высокого качества медицинской помощи [1, 2].

К настоящему времени по всему миру инициировано и реализовано множество клинических, организационных и исследовательских инициатив по продвижению и внедрению помощи, ориентированной на пациента. Количество

публикаций на эту тему исчисляется многими тысячами. Однако несмотря на впечатляющие масштабы этих инициатив, до сих пор нет четко сформулированного и единого мнения о том, что же такое помощь, ориентированная на пациента [3].

Так, Олсон и соавт. признают, что «пациентоориентированность» является сложной теоретической конструкцией, состоящей из сочетания различных концепций и практик, которые были разработаны представителями различных профессиональных групп сферы здравоохранения — врачами, психотерапевтами, специалистами по уходу, организаторами здравоохранения, специалистами в области медицинской этики. Всех их объединяет общий идеал, однако каждый смотрит на проблему под своим углом зрения [4].

Первыми идею пациентоориентированности предложили психолог Роджерс и психотерапевт Балинт. Роджерс в 1951 г. сформулировал идею, что люди способны самостоятельно решать свои проблемы, используя свои собственные ресурсы, при условии, что им предоставлены необходимые поддерживающие условия [5]. В свою очередь Балинт предложил рассматривать пациентоориентированность как способ врачебного мышления, когда врач видит в своем пациенте уникальное человеческое существо, и это видение должно предшествовать постановке клинического диагноза [6].

В дальнейшем идея пациентоориентированности получила распространение в других секторах медицины и здравоохранения, при этом разные эксперты давали ей различные определения. В 2000 г. Мид и Бауэр провели обзор опубликованной литературы о пациентоцентрированности [7]. Они пришли к выводу, что пациентоцентрированность является многомерной концепцией с пятью измерениями и включает:

- 1) биопсихосоциальный подход, который расширил взгляд на болезнь пациента от строго биомедицинских рамок до биопсихосоциальной перспективы;
- 2) рассмотрение пациента как многогранной личности, у которой могут быть самые разные переживания по поводу своей болезни. Мид и Бауэр описали это так: «Сложный перелом ноги не будет одинаково восприниматься двумя разными пациентами; он может причинить гораздо меньше страданий офисному работнику, чем профессиональному спортсмену» [с. 1089];
- 3) разделение власти и ответственности, зависящее от надлежащего информирования пациента и его участия в принятии медицинских решений. Очевидным препятствием для полного эгалитаризма в отношениях врача и пациента являются «разрыв в компетентности», асимметрия знаний между пациентом и врачом, которые тем не менее не должны мешать переходу от патерналистической модели «руководства-подчинения» к модели взаимного участия и разделения ответственности (с. 1989 и далее);
- 4) терапевтический альянс в отношениях между врачом и пациентом. Взаимные доброжелательные отношения могут повысить результаты лечения, тогда как негативные отношения, напротив, могут снизить шансы на успешное лечение;
- 5) восприятие врача как личности. Как и в любых отношениях, обе стороны влияют друг на друга посредством взаимодействия. Это измерение подчеркивает важность осознания, что личность врача, образ его мышления, настроение и самочувствие влияют на текущие отношения с пациентом и выбор, сделанный во время консультации.

Представленное определение Мида и Бауэра, по мнению Лангберга и соавт., до настоящего времени является одним из наиболее цитируемых [8].

Интересный подход к определению пациентоориентированной помощи использовали Дагган и соавт. Они предложили идти от противоположного, описав, чем она не является. Так, она не является помощью, ориентированной на врача. Пациентоориентированность можно противопоставить медицинскому патернализму, когда врач полностью доминирует в отношениях

с пациентом. Будучи ориентированной на пациента, она может быть противопоставлена медицине, ориентированной на заболевание. Наконец, ориентация на пациента имеет отличие от чисто технической, или биомедицинской модели оказания помощи, когда врач рассматривается как техник, который осуществляет вмешательство и выполняет процедуры. По мнению Даггана и соавт., пациентоориентированность можно рассматривать как стратегию, позволяющую одновременно исправить все эти негативные тенденции в медицине [9].

В 2019 г. Лангберг и соавт. подготовили научный обзор, посвященный пациентоориентированности, в котором привели ее определения, данные различными авторами в период после 2010 г. Они установили, что в определении понятия по-прежнему нет единообразия, однако авторы выделяют одни и те же составляющие пациентоориентированности. Так, чаще всего в статьях о пациентоориентированности упоминается разделение полномочий и ответственности, включая информированное согласие и совместное принятие решений, а также терапевтический альянс. Реже, но достаточно часто встречаются упоминания о биосоциальной перспективе при взгляде на пациента и его болезнь и о рассмотрении пациента как личности, и лишь в единичных статьях отражена тема «врач как личность». Согласно анализу Лангберга и соавт., с 2009 г. в литературе, посвященной пациентоориентированности, появился еще один аспект — скоординированный уход, отвечающий потребностям пациента [8].

ПАЦИЕНТОРИЕНТИРОВАННОСТЬ КАК МОРАЛЬНАЯ НОРМА

Несмотря на отсутствие единого строгого определения, пациентоориентированность рассматривается как некая форма отношений врача и пациента, которая является стандартом качественного взаимодействия врача и пациента в процессе оказания медицинской помощи и рекомендуется к широкому внедрению в медицинскую практику [2]. Ее сторонники считают, что к ней следует стремиться как к идеалу, и при отсутствии взаимоотношения врача и пациента следует оценивать как не вполне удовлетворительные. Таким образом, пациентоориентированность начинает носить предписывающий, или нормативный, характер [9]. Можно сказать, что она становится новой моральной нормой для медицинской практики. В связи с этим представляет интерес моральное обоснование пациентоориентированности, которое дали Дагган и соавт. Они рассмотрели пациентоориентированность с позиций трех групп этических теорий.

Так, с позиции утилитаризма пациентоориентированная медицинская помощь будет признана этической, так как можно доказать, что она обеспечивает лучшие результаты по сравнению с врач-центрической моделью помощи. В обзоре Даггана и соавт. приведен ряд исследований, в которых обнаружена положительная связь пациентоориентированности с результатами лечения и качеством медицинской помощи, оцениваемым самыми разными показателями. К примеру, Сафран и соавт. показали, что элементы ухода, ориентированного на пациента, положительно влияют на удовлетворенность пациентов [10]. Каплан и соавт. выявили положительную связь характера взаимодействия врача и пациента и функциональных показателей при хронических заболеваниях [11]. Холл и соавт. обнаружили связь пациентоориентированности с приверженностью

лечению: отказ от доминирования в общении с пациентом, ненасильственное общение со стороны врача ассоциируется с увеличением приверженности терапии [12] и т.д.

Обосновывая моральность пациентоориентированности с точки зрения деонтологических этических теорий, Дагган и соавт. задают вопрос, обладает ли пациентоориентированность некоторым внутренним свойством «правильности», к которому следует стремиться как к должному. И отвечая на него, авторы ссылаются на определение пациентоцентрированности, данное Балинтом, как понимание каждого человека как уникального человеческого существа, что совпадает с категорическим императивом Канта, признающим, что каждый человек обладает безусловной моральной ценностью и достоинством [13].

Третья группа этических теорий требует ответа на вопрос, является ли пациентоориентированность добродетелью. Теория добродетели не рассматривает последствия действий как важную характеристику для различения добра и зла, как это делают утилитарные этические теории, она также не настаивает на следовании заранее существующим правилам из чувства долга, как в деонтологических теориях. Теория добродетели, скорее, сосредоточена на воспитании правильных установок и черт характера, определяющих дальнейшие моральные действия. Человек учится действовать правильно, следуя примеру учителя или наставника. Дагган и соавт. отмечают, что рассматривая пациентоориентированность, мы понимаем, что невозможно быть по-настоящему внимательным к пациенту, если нет установок и убеждений, которые лежат в основе пациентоцентризма. В отсутствие этих установок действовать, ориентируясь на пациента, невозможно. Эти установки уважения, интереса к личности пациента являются добродетельными сами по себе. Они являются моральной нормой. Человек поступает в соответствии с ними охотно, с радостью и энтузиазмом, потому что знает, что быть добродетельным — это лучшее, что он может сделать и для себя в том числе. Добродетели способствуют полезным взаимоотношениям с другими, дают возможность избежать судебных и социальных конфликтов и повышают чувство собственного достоинства.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ К ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ

Вывод о том, что пациентоориентированность можно рассматривать как новую моральную норму врачебной практики, позволяет поставить вопрос об отношении к ней молодого поколения врачей, которое определит лицо нашей медицины на годы вперед. Для ответа на этот вопрос нами было проведено исследование, в котором участвовали врачи-аспиранты (РНИМУ им. Н. И. Пирогова) и ординаторы (РУДН). Им была предложена анкета из 21 вопроса, касающегося разных сторон пациентоориентированного общения. Получено 155 заполненных анкет, в том числе от 24 хирургов, от 90 терапевтов, от 41 представителя других специальностей. Среди опрошенных было 48 мужчин, 107 женщин. 125 опрошенных имели стаж работы до 3 лет, 19 — от 3 до 5 лет, 11 — более 5 лет. В вопросах анкеты выделены несколько блоков: об отношении врача и пациента, о коммуникационных навыках, об отношении к информированному добровольному согласию, об используемых навыках заботы.

Результаты исследования

Вопрос «Вы сталкивались когда-нибудь с этическими проблемами при общении с пациентами?» задавался молодым врачам с целью выяснить их чувствительность к этической проблематике в отношениях с пациентами. Ответ «да» дали 67% опрошенных. Мы полагали, что группа молодых хирургов продемонстрирует меньшую чувствительность к этическим проблемам, чем группа терапевтов, так как многочисленные опросы указывают на относительно меньший уровень эмпатии у профессионалов хирургического профиля. Гипотеза не подтвердилась: среди хирургов не было ни одного, кто дал ответ «нет». Напротив, в группе терапевтов доля несталкивающихся с этическими проблемами достигла 31% (женщины-терапевты — 23%, мужчины — 48%). Впрочем, в данном опросе неожиданная разница в уровне чувствительности может быть объяснена тем, что группа хирургов проходила опрос по окончании годового аспирантского курса изучения биоэтики. Большинство же терапевтов (70% опрошенных) были ординаторами с медицинским стажем менее трех лет, биоэтику в ординатуре не изучавшими. Это позволяет сделать осторожный вывод, что обучение биоэтике повышает чувствительность молодых врачей к этической проблематике в их работе.

На вопросы «Случалось ли вам испытывать неудовлетворение от неудачного общения с пациентом?», «Бывало ли так, что вам не хочется идти в палату, где лежит пациент, с которым не сложилось общение, или консультировать такого пациента амбулаторно?» и «Бывало ли так, что после общения с пациентом вы чувствовали необычную усталость, опустошенность, тревогу и т.п.», большинство ответили положительно (соответственно 82,6%, 67%, 67,8%), что указывает на осознание молодыми врачами межсубъектного характера их общения с пациентом и своей уязвимости в ходе этого общения. Ответы молодых врачей позволяют поднять вопрос о необходимости их обучения навыкам общения в трудных ситуациях, а также психологической поддержки врачей для профилактики эмоционального выгорания.

В блоке вопросов о коммуникационных навыках исследователей интересовало, какое значение придают молодые врачи коммуникационным навыкам пациентоориентированного общения, как они оценивают свое владение ими и коммуникационную подготовку, которую получили в процессе обучения.

На вопрос «Согласны ли вы с утверждением, что если врач хорош в диагностике и лечении, его коммуникативные навыки при взаимодействии с пациентом не имеют значения?» 74,8% дали отрицательный ответ, что указывает на то, что опрошенные придают важное значение умению общаться. Тем не менее следует обратить внимание на то, что почти четверть врачей дали положительный ответ на вопрос, а значит, не придают важного значения умению общаться при наличии хороших клинических навыков и умений. При этом интересно, что 28% из тех, кто согласен с предложенным утверждением, тем не менее считают свою подготовку в области коммуникации недостаточной, что косвенно указывает на то, что они не считают такие навыки излишними.

На просьбу оценить свои коммуникационные навыки 58,3% выбрали ответ «хорошо» и 36,5% «удовлетворительно». Лишь единицы посчитали свои навыки общения плохими. Очевидно, что осознание недостаточности своих коммуникационных навыков может сыграть положительную мотивационную роль в обучении эффективной коммуникации.

Ответы на вопросы «Знаком ли вам термин «пациентоориентированная консультация?» и «Видали ли вы в своей практике примеры пациентоориентированного общения?» показали, что большинство опрошенных знакомо с термином (80,9%) и видели в своей практике такие примеры (76,5%), т.е. они представляют себе, как оно должно выглядеть. Можно предположить, что эти знания — результат вузовского обучения, когда преподаватели клинических дисциплин передавали студентам не только медицинские знания, но и культурные нормы общения с пациентами [14].

Вероятно, этим же можно объяснить и патерналистические установки опрошенных, которые были выявлены в ответах на вопрос анкеты о том, как молодые врачи представляют себе идеального пациента и отношения с ним. 67% опрошенных выразили согласие с тем, что идеальный пациент немногословен, не уклоняется от заданной врачом темы, выполняет назначение. Это указывает на то, что уже в ходе вузовского обучения патернализм проник в их представления о должном во взаимоотношениях с пациентами, и это, безусловно, затруднит переход к пациентоориентированному общению как новой норме.

Поскольку важным аспектом пациентоориентированного взаимодействия являются отказ от грубого патернализма, уважение автономии пациента и стремление к совместному принятию решений, часть вопросов были посвящены этой тематике. На вопрос «Помогает ли обсуждение с пациентом выбрать оптимальный вариант плана обследования и лечения?» 83,5% опрошенных, т.е. подавляющее большинство, дали положительный ответ. Интересно, что эта цифра практически совпадает с долей врачей, которые в ответе на вопрос о том, на что бы они потратили дополнительное время, если бы его не ограничивали при проведении медицинских консультаций, потратили бы его на общение с пациентом. Из этих ответов становится ясно, что молодые врачи осознают недостаток своего общения с пациентом и считают полезным увеличить время, которое на него следует потратить.

Пациентоориентированное отношение включает в себя заботу о пациенте, и потому в анкету включены вопросы, касающиеся этого аспекта. Они позволяют судить о том, практикуют ли молодые врачи навыки заботы о пациентах. Так в ответе на вопрос об использовании прикосновений, как средства установления доверительного контакта, 79% опрошенных указали, что делают так. Интересно,

что в мужской группе доля практикующих доверительные прикосновения гораздо меньше — 22%. На вопрос «Случалось ли вам в ситуациях, когда пациент испытывает стресс или тревогу, обращаться за помощью семьи, медицинской сестры, коллег?», 64,3% дали положительный ответ. Интересно, что и здесь доля мужчин, давших ответ «да», была меньше (32%).

ВЫВОДЫ

Опрос молодых врачей показал, что большинство из них знакомо с концепцией пациентоориентированности, имеют представление об отношениях, ориентированных на пациента, уважают его автономию, практикуют такое общение, включая использование навыков пациентоориентированной коммуникации и заботы. При этом многие чувствуют свою уязвимость в общении с пациентом, ощущают недостаток коммуникационной подготовки, а, значит, можно сделать вывод о том, что они мотивированы к обучению навыкам пациентоориентированного общения.

Вместе с тем ответы на вопросы вскрыли наличие у молодых врачей патерналистических установок по отношению к пациентам, сформированных, вероятно, всего, на этапе вузовского обучения, которые могут помешать распространению пациентоориентированной практики. Внедрение пациентоориентированности потребует не только технического обучения коммуникационным навыкам, но и изучения моральных основ пациентоориентированной помощи в рамках курсов биоэтики, а также в форме «скрытых» учебных программ клинических дисциплин, когда при изучении клинических вопросов преподаватели формируют у студентов и ординаторов/аспирантов представления о должном, пациентоориентированном отношении к пациенту, которое рассматривается как новая моральная норма.

Авторы исследования осознают, что для того, чтобы получить более полное представление об отношении молодых врачей к пациентоориентированности, его следует продолжить, расширив число опрошенных. Также в предстоящем исследовании следует определить динамику формирования у студентов пациентоориентированных установок в процессе вузовского и послевузовского обучения. Это позволит уточнить подходы к формированию программ обучения будущих врачей.

Литература

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Corporate Author. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century M. Washington (DC): National Academies Press (US). 2001.
2. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011; 9 (2): 100–103.
3. McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehot P, Nadler E, Arora NK, Lawrence William, Street RL. Measuring patient-centered communication in cancer care. A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*. 2011; 72 (7): 1085–95. ISSN 0277-9536. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020. Available from URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611000633>. (accessed: 07.10. 2024)
4. Olson AW, Stratton TP, Isetts BJ, Vaidyanathan R, Van Hooser JC, Schommer JC. Seeing the Elephant: A Systematic Scoping Review and Comparison of Patient-Centeredness Conceptualizations from Three Seminal Perspectives. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2021; 14: 1297–1298. Available from URL: <https://www.dovepress.com/journal-of-multidisciplinary-healthcare-journal> (accessed: 01.06. 2021)
5. Rogers CR, Carl R. Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Houghton Mifflin, 1951.
6. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969; 17: 269–76.
7. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*. 2000; 51: 1087–1110.
8. Langberg EM, Dyhr L & Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness — A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2019. DOI: 10.1016/j.pec.2019.02.023
9. Duggan PS, Geller G, Cooper LA & Beach MC. The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? *Patient Education and Counseling*. 2006; 62(2): 271–76. DOI: 10.1016/j.pec.2005.08.001.
10. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998; 47: 213–20.

11. Kaplan SH, Greenfield S, Ware Jr JE. Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989; 27: S110–27.
12. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26: 657–75.
13. Kant I. *Ethical philosophy: the complete texts of grounding for the metaphysics of morals, and metaphysical principles of virtue*. Indianapolis: Hackett Publishing Company, 1983.
14. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73: 403–407.

Reference

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Corporate Author. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century M*. Washington (DC): National Academies Press (US), 2001.
2. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011; 9 (2): 100–103.
3. McCormack LA, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehotu P, Nadler E, Arora NK, Lawrence William, Street RL. Measuring patient-centered communication in cancer care. A literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*. 2011; 72 (7): 1085–95. ISSN 0277-9536. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.01.020. Available from URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611000633>. (accessed: 07.10. 2024)
4. Olson AW, Stratton TP, Isetts BJ, Vaidyanathan R, Van Hooser JC, Schommer JC. Seeing the Elephant: A Systematic Scoping Review and Comparison of Patient-Centeredness Conceptualizations from Three Seminal Perspectives. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2021; 14:1297–1298. Available from URL: <https://www.dovepress.com/journal-of-multidisciplinary-healthcare-journal> (accessed: 01.06. 2021)
5. Rogers CR, Carl R. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. Houghton Mifflin, 1951.
6. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969; 17: 269–76.
7. Mead N, Bower P. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*. 2000; 51: 1087–1110.
8. Langberg EM, Dyhr L, & Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness — A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2019. DOI: 10.1016/j.pec.2019.02.023.
9. Duggan PS, Geller G, Cooper LA & Beach MC. The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? *Patient Education and Counseling*. 2006; 62(2): 271–76. DOI: 10.1016/j.pec.2005.08.001.
10. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998; 47: 213–20.
11. Kaplan SH, Greenfield S, Ware Jr JE. Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989; 27: S110–27.
12. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care*. 1988; 26: 657–75.
13. Kant I. *Ethical philosophy: the complete texts of grounding for the metaphysics of morals, and metaphysical principles of virtue*. Indianapolis: Hackett Publishing Company, 1983.
14. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73: 403–407.