

Учёт культурных особенностей пациентов- и врачей-иностранцев как фактор безопасности и качества охраны здоровья

Таратухин Е. О., Шахабов И. В., Трифонова И. А.

ФГАОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Москва, Россия

Статья затрагивает актуальный вопрос участия иностранных граждан в оказании медицинской помощи – в разных формах: от пациента-иностранца до врача, прибывшего в Россию в качестве трудового мигранта. Акцентируется культурная специфичность взаимодействия врач-пациент на примере исследования системы медицинской помощи в Исламской Республике Иран, с акцентом на сердечно-сосудистую патологию. В формате прикладного медико-антропологического исследования показаны важные для понимания специфики культуры другой страны особенности законодательства, социального устройства, ценностей и коммуникативных стереотипов, которые могут иметь существенное влияние при оказании медицинской помощи. Подобные особенности есть в любой культуре и в любом государстве. Их учёт позволит повысить качество оказания помощи пациентам-мигрантам, а также вовлечь более эффективно врачей-мигрантов в надлежащую практику оказания помощи, повысив не только качество, но и безопасность услуг здравоохранения.

Ключевые слова: психосоциальные факторы, социокультурные факторы, система здравоохранения, медицинская этика, деонтология, отношения врач-пациент, Иран, исламское право.

Отношения и деятельность: нет.

Благодарности. Авторы благодарят других членов команды – преподавателей Пироговского Университета, за работу над проектом: Поляков Д. В., Стебенева С. А., Агафонова С. А., Шаблинский А. И.

Поступила 19/10-2025

Рецензия получена 17/11-2025

Принята к публикации 22/11-2025



Для цитирования: Таратухин Е. О., Шахабов И. В., Трифонова И. А. Учёт культурных особенностей пациентов- и врачей-иностранцев как фактор безопасности и качества охраны здоровья. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(4S):4659. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4659. EDN: UTTEIO

Considering the cultural characteristics of foreign patients and physicians as a factor in healthcare safety and quality

Taratukhin E. O., Shakhabov I. V., Trifonova I. A.

Pirogov Russian National Research Medical University. Moscow, Russia

This paper addresses the issue of foreign nationals' participation in providing care in various forms – from foreign patients to physicians who arrived in Russia as migrant workers. The article highlights the cultural specificity of doctor-patient interactions using the example of the Islamic Republic of Iran, with a focus on cardiovascular pathology. This applied medical anthropological study highlights key aspects of legislation, social structure, values, and communication stereotypes that are crucial for understanding the cultural specifics of another country and can have a significant impact on healthcare provision. Such aspects exist in any culture and in any country. Taking these factors into account will improve the quality of care provided to migrant patients and more effectively engage migrant physicians in practice, thereby enhancing not only the quality but also the safety of healthcare services.

Keywords: psychosocial factors, sociocultural factors, healthcare system, medical ethics, deontology, doctor-patient relationship, Iran, Islamic law.

Relationships and Activities: none.

Acknowledgments. The authors are grateful to the other team members – faculty members of Pirogov University – for their work on the project: Polyakov D.V., Stebeneva S.A., Agafonova S.A., Shablinsky A.I.

Taratukhin E. O. ORCID: 0000-0003-2925-0102, Shakhabov I. V. ORCID: 0000-0001-6409-1384, Trifonova I. A. ORCID: 0009-0005-5732-2873.

*Corresponding author: cardio03@list.ru

Received: 19/10/2025

Revision Received: 17/11/2025

Accepted: 22/11/2025

For citation: Taratukhin E. O., Shakhabov I. V., Trifonova I. A. Considering the cultural characteristics of foreign patients and physicians as a factor in healthcare safety and quality. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2025;24(4S):4659. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4659. EDN: UTTEIO

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: cardio03@list.ru

[Таратухин Е. О. – к.м.н., доцент, магистр психологии, магистр культурологии, зав. кафедрой медицинского права, этики и антропологии ИММ, ORCID: 0000-0003-2925-0102, Шахабов И. В. – к.м.н., доцент кафедры медицинского права, этики и антропологии Института мировой медицины, ORCID: 0000-0001-6409-1384, Трифонова И. А. – к.пол.н., доцент кафедры медицинского права, этики и антропологии Института мировой медицины, ORCID: 0009-0005-5732-2873].

Адреса организаций авторов: ФГАОУ ВО Российской национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, ул. Островитянова, д. 1, стр. 6, Москва, 117513, Россия.

Addresses of the authors' institutions: Pirogov Russian National Research Medical University, Ostrovityanova str., 1, building 6, Moscow, 117513, Russia.

Ключевые моменты

- Проблема участия иностранцев в процессе оказания медицинской помощи (в качестве врачей и в качестве пациентов) требует внимания с точки зрения культуральных и медико-антропологических аспектов.
- В культуре мусульманских стран, на примере Ирана, имеется значительное число особенностей, которые могут повлиять на все этапы оказания медицинской помощи, от сбора анамнеза, до поддержания приверженности назначениям.
- Необходимо обучение врачей навыкам культурно-специфического общения с пациентами, а врачей-мигрантов – особенностям культуры жителей России. Недостаточно знания языков или прямого перевода речи на иностранный язык и обратно.

Key messages

- The issue of foreign nationals' participation in healthcare provision (as physicians and as patients) requires attention from a cultural and medical-anthropological perspective.
- The culture of Muslim countries, as exemplified by Iran, has a significant number of characteristics that can impact all stages of care, from collecting medical history to maintaining adherence to prescriptions.
- Doctors need to be trained in culturally specific communication skills with patients, and migrant doctors need to be trained in the cultural characteristics of Russian residents. Knowledge of languages or direct translation of speech into and out of a foreign language is not enough.

Введение

Среди проблем в области подготовки медицинских кадров есть одна, не всегда очевидная: участие иностранцев в медицинской помощи. Её актуальность формируют сразу несколько факторов. Во-первых, глобализация и миграция ведут к появлению лиц с иностранным гражданством, получивших медицинское образование в России,

продолжающих его или остающихся уже в качестве работников в медицинских организациях. Во-вторых, необходимость увеличения числа иностранных обучающихся (согласно Указу Президента РФ¹) ведёт к появлению на клинических базах университетов всё большего числа иностранцев, а также предъявляет требования к экспорту российского образования – и русской культуры – за рубеж. И, в-третьих, растёт количество мигрантов, в том числе, трудовых, а также туристов, которым может требоваться медицинская помощь. Эти вопросы имеют как минимум одну принципиальную общую составляющую: **различие** между уроженцами России и прибывшими из-за рубежа.

Понятие различия не следует понимать в каком-либо негативном смысле – это не оценочная категория, но категория культурологическая, языковая, а во многих случаях и медико-антропологическая. Другой язык, будь то язык врача по отношению к пациенту или наоборот, является не просто проблемой качественного сбора анамнеза и информирования, но влияет в целом на формирование картины ситуации, нарратива заболевания, приверженности рекомендациям. А в случае тяжёлой неизлечимой патологии коммуникация врач-пациент является важным инструментом совладания с ситуацией и повышения качества жизни [1]. Исторически коммуникация врача и пациента имеет экзистенциальный уровень значимости, она входит в деонтологические нормы, является предметом регулирования законодательства РФ об основах охраны здоровья граждан (статья 73 «Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников» ФЗ № 323 от 21.11.2011). Врачей следует обучать коммуникации с той же серьёзностью, как и биомедицинским аспектам их профессиональной деятельности. Потому аспекты интеграции иностранцев в систему медицинской помощи – через систему медицинского образования от довузовского до непрерывного – требуют профессионального внимания.

Одним из компонентов такой интеграции следует назвать учёт культурных особенностей иностранца–работника здравоохранения и иностранца–пациента. Если знание языка – априори понятное и первичное условие (хотя помощники в виде искусственного интеллекта значительно улучшают ситуацию), то культурные особенности есть целостное отношение к социальной действительности, и его необходимо **понимать**. Культурные особенности – то, что определяет «систему координат» человека, то есть обуславливает его отношение к вопросам здоровья и болезни, его этику и мораль, его ценности, его приоритеты и так далее. Фактически, культурные особенности есть сам человек в его социальном взаимодействии. Культурные факторы влияют на медицинское мышление и практику.

В разных культурах существуют различные модели представлений о здоровье и болезни, возможностях медицины, взаимоотношений между врачом и пациентом, а также практика использования лекарств, представления о фигуре врача, медицинской заботе и ценностях².

Междисциплинарный опыт авторов этой статьи позволил поставить данные вопросы в качестве цели исследования, проведённого в специализации медицинской антропологии. Целью мы обозначили анализ культурных особенностей общества в стране, из которой в Россию приезжает значительное количество иностранных абитуриентов, продолжающих затем обучение по медицинским специальностям. Объектом исследования выбрана культура Исламской Республики Иран. Предмет исследования: особенности правовой, этической и культурной организации медицинской помощи в Иране с акцентом на кардиологию и смежные специальности. Результаты данного исследования могут отчасти

¹ Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 г. N 309 "О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года".

² Пейер Л. Медицина и культура. Как лечат в США, Англии, Западной Германии и Франции. [пер. с англ. А.Б. Гончар]/под ред. Е.И. Кириленко. Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2012. 240 с.) ISBN: 978-5-98591-078-0.

(и с осторожностью) быть экстраполированы на другие мусульманские культуры, а методология может служить ориентиром для подобного анализа других государств. Мы не касаемся языка и языковой подготовки, поскольку эта область сама по себе отдельная и специфическая.

Материал и методы

В качестве материала был принят широкий спектр источников информации о системе медицинской помощи, о здравоохранении в его правовой, экономической и организационной составляющей в Исламской Республике Иран. Источниками являлись опубликованные оригинальные исследования этих вопросов, а также иные ресурсы, непосредственно связанные с Ираном, на языке фарси или на английском языке.

Методами исследования были культурологические, социально-антропологические методы. Современные исследования в области медицинской антропологии всё чаще используют смешанные методы, сочетающие качественный анализ (интервью, фокус-группы) с количественными опросниками, адаптированными к конкретной культуре. Например, валидация персидской версии Опросника сердечно-сосудистого обучения [2] демонстрирует важность такого подхода для изучения психосоциальных аспектов кардиологических заболеваний в иранском обществе.

Поиск проводился с учётом необходимости понимания и трансляции культуры, отличной от российской культуры, в аспектах, связанных с оказанием медицинской помощи. Далее приведены основные результаты исследования, исходя из основного целеполагания: учёт особенностей культуры иностранцев как медицинских работников и как пациентов.

Результаты

Ключевая особенность социокультурного устройства Ирана состоит в тесной интеграции религии – ислама – во все сферы жизни, включая правовые нормы, этику, способы коммуникации и, безусловно, оказание медицинской помощи. Как правовые основы, так и собственно отношения врач-пациент обусловлены этой особенностью. Шариат (фикх) – религиозная основа законодательства, однако так называемая Доктрина целесообразности (масхалат) позволяет вводить в право нормы, противоречащие шариату, если они оцениваются как полезные. Доктрина целесообразности обеспечивает власть теологов в отношении толкования норм права и нормотворчества. Медицинское право – пример сочетания норм шариата и норм, восходящих к романо-германскому праву. Так, в Иране разрешена и широко практикуется трансплантация органов. **Фетва** аятоллы Хомейни о допустимости трансплантации была ключевой для решения этого вопроса. Трансплантация сердца проводится в количестве около 100 в год (данные на 2022). Тем не менее, трансплантология регулируется исламскими нормами, включая, например, критерии смерти мозга донора. В Иране разрешены вмешательства по изменению пола, поскольку данная медицинская практика оценена теологами как не противоречащая духу исламской этики (хотя и противоречащая «букве» Корана).

В Конституции Исламской Республики Иран с позиции идеологии ислама излагаются и обосновываются важнейшие положения, регулирующие государственное устройство, управление страной, экономику, общественную жизнь. Статья 29 дает иранцам «Право на получение социального обеспечения при выходе на пенсию, безработицы, старости, инвалидности, а также льготы, связанные с издержками и чрезвычайными ситуациями, медицинскими услугами, медицинской и медицинским обслуживанием, предоставляемые страхованием или другими средствами». Правительство гарантирует вышеизложенные права и финансовую защиту, опираясь на национальный доход в соответствии с законом о доходах, полученных от участия народа. Развитием этой нормы является законодательство

о здравоохранении. Закон Министерства здравоохранения по медицинскому лечению и образованию (МОНМЕ), ратифицирован исламским консультативным парламентом в 1985 году. Закон об организационной структуре и обязанностях Министерства здравоохранения, медицинского лечения и медицинского образования принят исламским консультативным парламентом в 1988 г. Закон о медицинской деятельности, фармацевтике, продуктах питания и напитках принят в 1955 г. Законодательство по медицинскому оборудованию утверждено в марте 2009 г.

Культурные факторы влияют на ожидания пациентов и на методы оказания медицинской помощи, а также на восприятие людьми проблем, связанных со здоровьем. Распространены «альтернативные» методы лечения, то есть лекарственные травы, духовное целительство. Пациенты могут отдавать предпочтение таким методам, хотя при их недостаточности или неэффективности это повлияет на состояние и на течение заболевания. В принятии связанных со здоровьем решений пациентами ключевую роль играет семья и перед важными решениями может потребоваться коллективное согласие членов семьи. Это, с одной стороны, может усилить поддержку пациента, но может и привести к конфликту профессиональных представлений врача и установок пациента с его близкими. Негативизм напрямую повлияет на приверженность и соблюдение рекомендаций.

В медицинской культуре Ирана выражены гендерные различия. Пациенты нередко настаивают на обсуждении медицинских проблем с врачом своего пола; это в меньшей степени относится к кардиологии, чем к хирургии, урологии, гинекологии. Исламские нормы скромности («хиджаб» в широком смысле) предполагают избегание контакта с незнакомыми людьми противоположного пола, но это в значительно меньшей степени относится к родственникам («намархам» – чужой, «махрам» – свой). Это относится и к палатам в стационаре, где врач предпочтительно того же пола, что и пациенты.

В современном Иране >60% выпускников-медиков составляют женщины, что олицетворяет прогресс, достигнутый в области медицины и здравоохранения, и показывает, что одним из важнейших приоритетов Ирана за последние 45 лет было внимание к жизни людей и улучшение показателей здоровья³. Отчасти поэтому в стране имеется значительное число женщин-хирургов. Для реагирования на экстренные потребности женщин, особенно, при родах, в 2018 г. были запущены специальные машины скорой помощи, в которых размещаются две женщины-медсестры [3].

Семейные ценности, традиции и религиозные убеждения формируют отношение к здоровью, заболеваниям и лечению, а также определяют роль каждого члена семьи в процессе заботы о здоровье. В принятии решений (например, об операции) и в уходе (в т.ч. после операции) ключевую роль играет семья (муж для замужней женщины, отец – для незамужней). Автономия пациента в том виде, в котором это принято в западной модели медицины и медицинского права, в Иране значительно уменьшена: близкие и родственники несут ответственность за благополучие любого члена своей семьи. Иранское общество коллектистское и семейно-ориентированное.

В принятии этически сложных решений участвуют не только врачи, но и богословы, которые основываются на шариате и фетвах. Молитва пациента и его семьи перед операцией – традиционное явление. Время Рамадана может вносить корректировки в планирование оперативных вмешательств.

Коммуникативные аспекты в значительной степени обусловлены так называемым косвенным стилем общения («таароф» – церемониальная неискренность). Это влияет на выражение боли и других симптомов, на несогласие с врачом либо, напротив, на

³ MEHR News Agency. Mina Noei. Iran's outcomes in healthcare over past 45 years. 4 February 2024. News ID 211660 URL: <https://en.mehrnews.com/news/211660/Iran-s-outcomes-in-healthcare-over-past-45-years>.

требование от врача проявления особой внимательности, чуткости. Медицинская этика в значительной мере сформирована религией. Физическое лечение должно сопровождаться духовной поддержкой и «таароф» как коммуникативная модель влияет на этот аспект тоже.

Категория информированного согласия юридически существует, но его реализация отлична от западной модели. Во-первых, патернализм выражен в большей степени и доверие авторитету врача не даёт полного объёма автономии при даче согласия. Стиль общения может затруднять обсуждение сложных проблем, осложнять прямые вопросы и выражение несогласия пациентом. Во-вторых, принято смягчать негативную информацию, транслировать плохие новости близким, семье, чтобы не пугать пациента.

Модель информированного согласия в исламской медицинской этике часто предполагает коллективное принятие решений, где семья выступает не просто в роли поддержки, а как активный субъект процесса. Это согласуется с общим принципом колlettivизма, где интересы семьи превалируют над индивидуальной автономией пациента. Такой подход требует от медицинского персонала умения вести диалог не только с пациентом, но и с его близкими родственниками.

Все эти особенности следует рассматривать вместе с демографическими и социологическими особенностями Ирана. Так, в стране специфическая демографическая пирамида, связанная с рядом политических событий второй половины XX в. Это ведёт к резкому росту количества пожилых людей в ближайшем будущем⁴. В стране значительная доля населения проживает в сельской местности. Здравоохранение Ирана включает так называемые «Дома здоровья» для сельских жителей (некий аналог фельдшерско-акушерского пункта), один на 12 тыс. жителей. В них предоставляются услуги иммунизации, контроль здоровья матери и ребёнка, лечение хронических заболеваний. В Домах здоровья принимает «бехварз», многопрофильный медицинский работник, а также акушерка и эколог. Государство обеспечивает 85% охвата медицинской помощью, оставшиеся приходятся на частный сектор⁵.

Иранскими авторами Sharif-Nia H, et al. (2025) была проведена валидация персидской версии Опросника сердечного дистресса CDI [4]. Ими выявлены два фактора: экзистенциально-эмоциональный дистресс, неопределенность и неадаптивное копинг-поведение. Показаны также половые различия – оценка по шкале у женщин была 32,15, у мужчин 29,02 ($p=0,001$). Подобное исследование связывает культурные особенности общества и психосоциальные факторы сердечно-сосудистой патологии. Авторы Tabesh F, et al. (2025) проанализировали особенности потребления цельнозерновых и рафинированных продуктов в популяции Ирана во взаимосвязи с ишемической болезнью сердца. Показано, что цельнозерновые продукты снижают риск развития этого заболевания на 46% в верхнем квартile потребления ($p<0,001$), а рафинированные увеличивают риск на 43% ($p=0,013$) [5].

Работа Mirshahi A, et al. (2025) посвящена паллиативной помощи при сердечной недостаточности – интеграции модели ENABLE, указаны следующие аспекты. Культурная адаптация должна учитывать религиозные убеждения (судьба, воля Бога), обсуждение смерти табуировано. Исследование состояло в проведении качественных интервью с пациентами, их семьями и с врачами [6]. В работе Khosravi M, et al. (2025) показан ряд культурных особенностей оказания помощи: иранские пациенты предпочитают патерналистскую модель (решения принимаются врачами/семьёй); приоритетные элементы помощи – доступность, качество услуг, обучение, своевременность; культурно-специфичные модели ухода повышают приверженность лечению [7]. Madhaviani, et al.

⁴ Reza Amini, Stan Rusk Ingman, Robab Sahaf. Aging in iran: past, present and future. The Journal of Aging in Emerging Economies. URL: <https://www.researchgate.net/publication/235258119>.

⁵ Ali Mohammad Mosadeghrad, Parisa Rahimi-Tabar. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi Journal of Medical Sciences.2019;26(9):10-28. URL: <https://www.researchgate.net/publication/339586150>.

(2024) изучали барьеры физической активности в иранской популяции. Показано: интраперсональные барьеры – нехватка времени (31,4%), плохое здоровье (30,4%), увлечённость гаджетами (10%); гендерные различия – женщины чаще указывают на отсутствие безопасных пространств для физической активности ($p<0,001$) [8].

Обсуждение

Перечисленные особенности, с первого взгляда, могут не выглядеть критически важными для практики здравоохранения, так как принципиально диагностика и лечение патологических состояний не зависят от культуры и коммуникативных аспектов. Но с точки зрения биосоциальных факторов риска и так называемых NCD – неинфекционных заболеваний, культура имеет ведущее значение как в патогенезе, так и в профилактике.

Пациент–выходец из страны, имеющей подобную яркую культурную специфику, по-иному станет коммуницировать с медицинскими работниками. Их некомпетентность в данных вопросах в итоге может привести как к недооценке и неправильному толкованию клинических аспектов ситуации, так и к конфликтам. Врач–выходец из другой культуры, хотя и интегрированный в систему здравоохранения, может не в полной мере понимать проявления своих пациентов – местных уроженцев, а равно их близких, законных представителей. Кроме того, врач-иностраниц, не прошедший аккультурации, может проявлять дискоммуникативные модели поведения.

Отдельным аспектом – имеющим прямое отношение к кардиологии – следует назвать психосоматическую составляющую и мотивационно-интенциональную, то есть связанную с поведенческими факторами риска, приверженностью рекомендациям, изменению образа жизни.

Доверие есть сложный коммуникативный феномен, связанный с невербальным каналом взаимодействия. Доверие зависит от множества неявных компонентов. Его крайняя противоположность – ксенофобия, связана с переживанием человеком другого как опасного. О доверии здесь не может быть и речи. Но доверие тесно связано с вопросами, которыми занята кардиология, если говорить о ней как о клинической, а не сугубо биомедицинской практике.

Духовность – ещё один существенный феномен в отношениях врача и пациента. Он активно исследуется, но пока остаётся малопонятным, а потому недооценён. Под духовностью в медицинском смысле понимают не религию, но определённое психологическое состояние человека, его психосоматические процессы [9]. Проблема в том, что религиозность может оказывать негативное влияние на духовность, очерчивая догматические границы того, что не имеет границ, поскольку является просто переживанием, состоянием психики. Но одновременно религия является фактором совладания с экзистенциальными вопросами, которыми полна медицина. Иная культура врача и пациента, в этом аспекте особенно, может сказываться на принятии решений, на готовности переносить трудности и страдания, на мотивацию изменить образ жизни и конструктивно справляться с ситуацией заболевания.

Наконец, культурные отличия могут влиять на усвоение знаний, на формирование готовности специалиста к практической деятельности, на доверие пациента к методам лечения.

Ограничения исследования. Отсутствие свободного владения авторами языком фарси потребовало использовать онлайн-ресурсы для перевода текстов, что могло косвенно сказаться на понимании некоторых материалов.

Заключение

Учёт культурных особенностей иностранных пациентов и медицинских работников не является лишь академическим интересом – он имеет прямое значение для повышения качества, безопасности и эффективности медицинской помощи. На основе проведённого анализа можно сформулировать следующие прикладные рекомендации.

Интеграция межкультурной компетентности в образовательные программы. Медицинские вузы, особенно в условиях реализации стратегий вроде «Приоритет-2030», должны включать в учебные планы модули по межкультурной коммуникации, ориентированные на работу с мигрантами из стран с выраженной религиозной и социальной спецификой. Обучение должно выходить за рамки языковой подготовки и включать понимание ценностей, моделей принятия решений и коммуникативных норм.

Реформирование учебных планов. Включение обязательных модулей по межкультурной коммуникации и медицинской антропологии в программы подготовки как российских, так и иностранных студентов. Обучение должно фокусироваться на практических навыках взаимодействия с пациентами из коллективистских культур и понимании их системы ценностей.

Создание инструментов поддержки для врачей-мигрантов. Врачи, прибывающие из других стран, нуждаются в программах аккультурации, направленных не только на освоение профессиональных стандартов РФ, но и на понимание культурных ожиданий российских пациентов. Такие программы способствуют снижению дискоммуникативных моделей и повышают эффективность взаимодействия в клинической среде.

Развитие междисциплинарных команд. В сложных клинических случаях, например, в паллиативной кардиологии, целесообразно привлечение не только врачей, но и специалистов по межкультурной коммуникации, медицинских психологов и, при необходимости, представителей духовенства для обеспечения целостного подхода к пациенту.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Taratukhin EO, Kudinova MA, Shnaider YaE, Shaydyuk OYu. The components of clinical interaction ethics. Russian Journal of Cardiology. 2022;27(9):5203. (In Russ.) Таратухин Е.О., Кудинова М.А., Шнайдер Я.Э., Шайдюк О.Ю. Составляющие этического взаимодействия в клинической работе. Российский кардиологический журнал. 2022;27(9):5203. doi:10.15829/1560-4071-2022-5203.
2. Omovvat Z, Elahi N, Sayadi N, Ghanbari S. The Persian validation of the Coronary Disease Education Questionnaire short version for education of patients undergoing cardiac rehabilitation. ARYA Atherosclerosis journal. 2022;18(2):1-7. doi:10.48305/arya.v18i0.2183.
3. Shakeri K, Jafari M, Khankeh H, Seyedin H. History and Structure of the Fourth Leading Emergency Medical Service in the World; a Review Article. Arch Acad Emerg Med. 2019;7(1):e17.
4. Sharif-Nia H, Maro~~c~~co J, Jackson AC, et al. Evaluation of the psychometric properties of the cardiac distress inventory in Iranian patients with heart disease. Sci Rep. 2025;15(1):17011. doi:10.1038/s41598-025-02092-x.
5. Tabesh F, Maleki F, Nouri F, et al. Association of whole and refined grains food consumption with coronary artery disease in a multi-center, case-control study of Iranian adults: Iran Premature Coronary Artery Disease (IPAD). Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2025;35(7):103866. doi:10.1016/j.numecd.2025.103866.
6. Mirshahi A, Khanikapour-Kencha A, Bakitas M, et al. Cultural adaptation of ENABLE (Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends) an early palliative care model for Iranian patients with heart failure and their caregivers: a qualitative study protocol. Arch Public Health. 2025;83(1):17. doi:10.1186/s13690-025-01505-7.

7. Khosravi M, Shojaei P, Kavosi Z, et al. Patient-Centered Care in Chronic Diseases Among Iranian Patients: The Acceptability of Paternalism as a Distinctive Feature. *J Eval Clin Pract.* 2025;31(3):e70073. doi:10.1111/jep.70073.
8. Mahdaviani B, Soleimani Z, Selk-Ghaffari M, et al. Barriers to physical activity in the Iranian population: findings from the STEPwise surveillance 2021. *BMC Public Health.* 2024;24(1):2610. doi:10.1186/s12889-024-20134-3.
9. Rodionova YuV, Chasovskikh GA, Taratukhin EO. Role of spirituality and religiosity in clinical practice: problem conceptualization. *Russian Journal of Cardiology.* 2020;25(9):4041. (In Russ.) Родионова Ю.В., Часовских Г.А., Таратухин Е.О. Фактор духовности и религиозности в клинической работе: концептуализация проблемы. *Российский кардиологический журнал.* 2020;25(9):4041. doi: 10.15829/1560-4071-2020-4041.