

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

На правах рукописи



ТУРОВА ИРИНА ВАЛЕРЬЕВНА

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ
КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

Специальность 5.3.4. – Педагогическая психология, психодиагностика цифровых
образовательных сред (психологические науки)

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор
Логина Ирина Олеговна

Красноярск 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ.....	16
1.1. Психолого-образовательные проблемы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях медицинского вуза	16
1.2. Коммуникативная компетентность будущих врачей: теоретико-методологический анализ подходов к содержанию понятия и принципы формирования.....	32
1.3. Теоретическая модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	52
1.4. Выводы по 1 главе.....	65
ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СФОРМИРОВАННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ .	67
2.1. Организация и методы исследования	67
2.2. Особенности дефицитов коммуникативной компетентности выпускников основных профессиональных образовательных программ медицинского университета	90
2.3. Особенности сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей	107
2.4. Выводы по 2 главе.....	118
ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ.....	120
3.1. Содержание и способы реализации комплекса психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	120
3.2. Специфика результативности и эффективности процесса формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	130

3.3. Проявление коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях реального лечебного взаимодействия	144
3.4. Выводы по 3 главе	155
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	158
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	162
СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА	187
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	189
Приложение А. Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам (Communication Skills Attitude Scale, CSAS)	189
Приложение Б. Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	191
Приложение В. Чек-лист для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	193
Приложение Г. Анкета «Изучение трудностей в коммуникации врач-пациент»	199
Приложение Д. Тематический план программы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	202
Приложение Е. Экспертный лист оценки программы «Коммуникативная компетентность в медицине»	203
Приложение Ж. Экспертный лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	205

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Современное здравоохранение в Российской Федерации переживает период активных преобразований, в фокусе которых — повышение качества медицинской помощи и ориентация на потребности пациента (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. N 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», Национальный проект «Здравоохранение» утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24 декабря 2018 г. N 16, Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»). Особое внимание стало уделяться не только клинической эффективности, но и качеству взаимодействия врача с пациентом, тем самым наступил переход от традиционной патерналистской модели взаимодействия между врачом и пациентом к более гуманистически ориентированной — пациент-центрированной модели. (Т.В. Капустина, М.Ф. Курагина, Н.Г. Жирнова, О.В. Макарова, Т.В. Малютина). В данной модели пациент рассматривается не как пассивный объект медицинского вмешательства, а как активный участник лечебно-диагностического процесса, принимающий решения, взаимодействующий с врачом на основе доверия, взаимного уважения и сотрудничества. Всё это приводит к тому, что к врачу стали предъявляться новые профессиональные требования, предполагающие не только высокую клиническую компетентность, но и владение широким спектром коммуникативных навыков.

Умение строить конструктивный диалог с пациентом, адаптировать информацию к уровню его понимания, учитывать эмоциональные и когнитивные особенности собеседника, проявлять эмпатию и разрешать конфликтные ситуации — все эти аспекты сегодня рассматриваются как ключевые компоненты коммуникативной компетентности врача (Л.Н. Васильева, Е.Ю. Васильева,

С.В. Монакова, Т.В. Константинова, Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер). Эффективное общение становится важнейшим фактором повышения качества медицинской помощи, укрепления приверженности к лечению, снижения уровня профессионального выгорания и повышения удовлетворенности пациентов (П.С. Рябухина, Н.Д. Творогова, С.В. Трушкина).

Международные стандарты медицинского образования (в том числе WFME (World Federation for Medical Education), ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), CanMEDS) акцентируют внимание на необходимости формирования у будущих врачей коммуникативной компетентности наряду с клиническими знаниями и навыками. Тем не менее, в структуре высшего медицинского образования в России данному направлению уделяется недостаточное внимание. Анализ учебных планов и образовательных программ свидетельствует о том, что формирование коммуникативной компетентности зачастую носит эпизодический и несистемный характер.

Анализ современной научной литературы и практики подготовки студентов медицинских вузов позволяет выявить ряд противоречий, лежащих в основе рассматриваемой проблемы:

- между объективной потребностью системы здравоохранения в специалистах, обладающих развитой коммуникативной компетентностью, и недостаточной ориентацией системы высшего медицинского образования на реализацию данной задачи;
- между необходимостью комплексного теоретико-методологического обеспечения формирования коммуникативной компетентности будущих врачей и фрагментарностью существующих подходов;
- между академическим характером теоретической подготовки и требованиями клинической практики, предполагающей эффективную коммуникацию с пациентами, их родственниками и коллегами.

Таким образом, актуальность настоящего исследования определяется рядом факторов: переходом к пациент-ориентированной модели здравоохранения, возрастанием требований к профессиональной подготовке в области

коммуникации врачей, а также дефицитом научно обоснованных программ, направленных на эффективное формирование коммуникативной компетентности в системе высшего медицинского образования.

Исходя из вышесказанного, встает задача поиска и внедрения психолого-педагогических условий, способствующих эффективному формированию коммуникативной компетентности будущих врачей, а также разработки научно обоснованной программы, интегрированной в систему высшего медицинского образования.

Цель исследования: разработать, теоретически обосновать и экспериментально проверить комплекс психолого-педагогических условий, способствующих формированию коммуникативной компетентности будущих врачей.

Объект исследования: коммуникативная компетентность будущих врачей.

Предмет исследования: комплекс психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Гипотеза исследования:

Эффективное формирование коммуникативной компетентности будущих врачей как комплексного образования, включающего когнитивный, поведенческий, эмоциональный, мотивационный, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты, возможно при реализации специально разработанной программы, основанной на системно-антропологическом подходе с учётом комплекса психолого-педагогических условий, направленных на развитие ключевых компонентов коммуникации в контексте профессиональной подготовки будущего врача.

Задачи исследования:

1. Проанализировать современные подходы к исследованию проблемы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в отечественной и зарубежной литературе.

2. Разработать теоретическую модель коммуникативной компетентности будущих врачей, основанную на системно-антропологическом подходе.

3. Подобрать диагностический инструментарий для оценки уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей, а также разработать чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей.

4. Выявить дефициты в области коммуникации в диаде «врач-пациент» у выпускников основных образовательных программ медицинского университета и оценить уровень сформированности коммуникативной компетентности студентов-будущих врачей старших курсов медицинского вуза.

5. Разработать содержание и способы реализации комплекса психолого-педагогических условий, направленных на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей.

6. Реализовать и экспериментально проверить результативность и эффективность предложенного комплекса психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Теоретико-методологические основания исследования. В качестве методологической основы исследования являются следующие подходы:

– системно-антропологический подход – позволяет сделать акцент на личность будущего врача и говорить о коммуникативной компетентности как о динамической структуре. В рамках данного подхода коммуникативная компетентность рассматривается как результат личностного и смыслового развития, сопряженного с внутренней мотивацией, рефлексией и субъективацией опыта. Применение этого подхода позволило включить в структуру программы формирования элементы, направленные на развитие осознанности, эмпатии, ценностных ориентаций и способности к смыслообразованию в профессиональном взаимодействии (В.Е. Ключко, Э.В. Галажинский, О.М. Краснорядцева, О.В. Лукьянов, И.О. Логинова);

– системный подход – предполагает рассмотрение коммуникативной компетентности будущих врачей как сложной, многоуровневой системы, включающей когнитивные, поведенческие, эмоциональные, мотивационные, рефлексивные и ценностно-смысловые компоненты. Этот подход позволяет исследовать как внутренние компоненты системы, так и их взаимодействие с

внешней средой, что позволяет определить условия, необходимые для целенаправленного формирования (В.Г. Афанасьев, В.П. Беспалько, Э.Г. Юдин и др.);

– деятельностный подход – позволяет рассматривать формирование коммуникативной компетентности через призму профессиональной деятельности будущих врачей. Важно, чтобы обучение было тесно связано с реальной клинической практикой, что способствует более эффективному усвоению коммуникативных навыков (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Б.Г. Ананьев, Л.В. Занков, А.Г. Асмолов и др.);

– компетентностный подход – направлен на развитие специфических компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача, включая коммуникативные. Этот подход акцентирует внимание на результатах обучения и их практическом применении (А.В. Хуторской, И.А. Зимняя, Э.Ф. Зеер, Ю.Г. Татур, А.М. Митяева и др.).

Теоретическую основу исследования также составили научные подходы теории общения, где коммуникация рассматривается как многоуровневый процесс, включающий вербальные и невербальные аспекты, учитывающие культурные и социальные контексты общения (А.А. Бодалев, В.Н. Мясищев, Д.П. Гавра и др.); основные подходы к пониманию понятий «компетентность» и «компетенция» (И.А. Зимняя, А.В. Хуторской, Л.А. Петровская, Л.В. Занина, Н.П. Меньшеков, В.В. Сериков, А.П. Тряпицына, В.Д. Шадриков и др.). Исследования в области коммуникации в диаде «врач-пациент», а именно: коммуникативная компетентность врачей педиатров (Л.А. Цветкова); личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии (Л.А. Алексеева); психологические условия развития доверительного отношения пациента к врачу (С.В. Монакова); особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными (Т.В. Константинова). Также исследования в области формирования коммуникативной компетентности будущих врачей (Л.Н. Васильева, М.Ф. Анкваб и др.).

Данное исследование опирается на идеи Калгари–Кембриджской модели медицинского консультирования (Дж. Сильверман, Дж. Курц, Дж. Дрейпер), SPIKES-модель (Baile et al.), предназначенной для обучения врачей конструктивному взаимодействию в ситуациях сообщения плохих новостей. Также в исследовании используется модель SEGUE, представляющая собой алгоритм коммуникации на этапе амбулаторного приема (G. Makoul).

Методы исследования. Для проверки гипотезы и решения поставленных задач использовались дополняющие друг друга методы исследования:

1. Системный теоретико-методологический и сравнительно-сопоставительный анализ научной литературы; определение методологических основ исследования; анализ нормативно-правовых документов, диссертационных исследований.

2. Методы сбора эмпирических данных: методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева); методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский); Пертская шкала эмпатии; диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева); методика определения индивидуальной меры рефлексивности (А.В. Карпов); шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам (Communication Skills Attitude Scale, CSAS). Также для исследования были разработаны авторские диагностические процедуры: анкета «Изучение трудностей в коммуникации врач-пациент» для ординаторов первого года обучения, чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности, чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей.

3. Методы качественной и количественной обработки полученных данных включали в себя статистическую интерпретацию и обоснование достоверности выявленных изменений, зафиксированных в ходе экспериментального исследования. Обработка результатов осуществлялась с применением методов математической статистики, реализованных с помощью программы IBM SPSS Statistics (версия 22), что обеспечило высокую точность анализа и надёжность выводов. Применялись следующие методы математической статистики:

коэффициент Альфа-Кронбаха (оценка надежности шкал), метод чувствительности и специфичности для подтверждения надежности диагностики, методы описательной статистики (среднее, медиана, стандартное отклонение, минимальные и максимальные значения), корреляционный анализ Спирмена (изучение взаимосвязей), критерий знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок, U-критерий Манна–Уитни (сравнение групп), факторный анализ методом главных компонент и кластерный анализ методом k-средних (структурирование данных), контент-анализ для открытых вопросов анкеты. Кроме количественного анализа проводился качественный анализ данных, который включал интерпретацию профилей изменений в структуре коммуникативной компетентности, выявление тенденций и акцентных сдвигов в результатах. Сравнительный анализ медианных значений, стандартных отклонений и направленности прироста по шкалам позволил более глубоко интерпретировать эффективность внедрённой программы.

Этапы исследования. Исследование психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей проводилось с 2021 по 2025 год и состояло из следующих этапов:

I этап (2021 – 2022 гг.) – поисково-аналитический, изучением современного состояния проблемы и анализом научно-методической литературы, определение методологических основ исследования.

II этап (2022 – 2024 гг.) – опытно-экспериментальный, проведение констатирующего, формирующего и контрольного этапов эксперимента.

III этап (2024 – 2025 гг.) – обобщающий, систематизация, обобщение и определение логики изложения материала, уточнение теоретических и практических выводов, оформление полученных результатов.

Характеристика выборки исследования. В исследовании приняли участие: ординаторы 1-го года обучения — 136 человек; студенты 5-го курса — 144 человека, равномерно распределённые по специальностям: 72 студента по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»; 72 студента по специальности 31.05.02 «Педиатрия», все они обучались в Красноярском государственном медицинском

университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ (КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого). В формирующем эксперименте приняли участие 72 студента КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, из них 36 студентов по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», 36 студентов по специальности 31.05.02 «Педиатрия», 72 студента этого же вуза (36 студентов по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», 36 студентов по специальности 31.05.02 «Педиатрия») по таким же специальностям были привлечены в качестве контрольной группы.

Обоснованность и достоверность научных результатов и выводов исследования обеспечивались:

- системным и комплексным анализом теоретико-методологических подходов к проблеме формирования коммуникативной компетентности в медико-психологическом и педагогическом контексте;
- опорой на современные научные концепции общения, системно-антропологического и компетентностного подходов, а также модели медицинского консультирования (включая Калгари-Кембриджскую модель);
- использованием валидных, апробированных и стандартизированных психодиагностических методик, соответствующих предмету, цели и задачам исследования;
- соблюдением требований к проведению формирующего эксперимента, включая наличие контрольной группы, повторную диагностику и строгую процедурную сопоставимость;
- корректным применением методов качественной и количественной обработки данных, включая непараметрические критерии (Вилкоксона и Манна–Уитни);
- репрезентативностью выборки (в исследовании приняли участие 144 студента старших курсов медицинского вуза), что обеспечило всесторонний анализ результатов;

— соответствием полученных данных как эмпирическим наблюдениям, так и теоретическим предпосылкам, что усиливает внутреннюю согласованность и валидность сформулированных выводов.

Научная новизна исследования состоит в том, что разработаны диагностические методики для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей, а также обосновано применение системно-антропологического подхода как адекватного методологического ориентира в изучении данной проблематики. Данный подход позволил рассматривать формирование коммуникативной компетентности как многоуровневый процесс, включающий разные аспекты профессионального становления личности будущего врача. Определен комплекс психолого-педагогических условий, способствующих эффективному формированию коммуникативной компетентности будущих врачей. Обоснована роль компонентов коммуникативной компетентности, демонстрирующих разную чувствительность к формирующему воздействию, что позволяет более точно планировать образовательные и коррекционные мероприятия в подготовке будущих врачей.

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении и развитии научных представлений о структуре и содержании коммуникативной компетентности будущих врачей как комплексного образования, включающего когнитивный, поведенческий, эмоциональный, мотивационный, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты; разработана теоретическая модель коммуникативной компетентности будущих врачей, основанная на системно-антропологическом подходе. Теоретически обоснован и эмпирически проверен на результативность и эффективность предложенный комплекс психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Практическая значимость исследования

— определен психодиагностический комплекс для выявления уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей;

- разработан, апробирован и внедрён в образовательную практику вуза комплекс психолого-педагогических условий, обеспечивающих формирование коммуникативной компетентности будущих врачей;
- эмпирически проверена результативность и эффективность комплекса психолого-педагогических условий, способствующих эффективному формированию коммуникативной компетентности будущих врачей, в том числе в условиях реального лечебного взаимодействия с пациентом.

Полученные результаты могут быть использованы в учебной и внеучебной работе медицинских вузов, при организации тренингов, симуляционных курсов, программ повышения квалификации. Также предложенные диагностические и методические материалы могут применяться для оценки уровня сформированности коммуникативной компетентности студентов и адаптации образовательных маршрутов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Коммуникативная компетентность будущего врача представляет собой многокомпонентное динамическое образование, которое включает в себя совокупность когнитивного, эмоционального, мотивационного, поведенческого, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов, обеспечивающих способность к эффективному и профессиональному взаимодействию с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса.
2. Отсутствие в медицинских вузах унифицированной программы формирования коммуникативной компетентности, а также недостаточная конкретизация образовательных результатов, отраженных в профессиональных стандартах и образовательных стандартах высшего образования, приводит к выраженным дефицитам у студентов старших курсов и выпускников медицинских вузов в области межличностного взаимодействия с пациентами и их родственниками.
3. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей эффективно при соблюдении комплекса психолого-педагогических условий, обеспечивающих системность, практико-ориентированность (ролевые игры,

«Case-study», «Стандартизированный пациент»), рефлексивность (рефлексивный дневник курса) и ценностную направленность обучения.

Апробация и внедрение результатов. Результаты научного исследования представлены на следующих конференциях и научных мероприятиях: VIII Сибирский психологический форум «Мир человека в фокусе психологических метапрактик» (Томск, 2022 г.); IX Международная научно-практическая конференция «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (Красноярск, 2022 г.); XIX International Conference «Days of applied psychology: Transformative Processes in Society, Environment, Organization, and Mental Health Practice» (Niš, Serbia, 2023 г.); X Международная научно-практическая конференция «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (Красноярск, 2024 г.); II Международная научно-практическая конференция «Психологическое здоровье и развитие личности в современном мире (в условиях трансграничного пространства России и Китая)» (Благовещенск, 2024 г.); III Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психология и педагогика: современные прикладные и фундаментальные исследования. Цифровые технологии в психологии» (Пятигорск, 2024 г.); IX Сибирский психологический форум «Психология человека в транзитивном мире: вызовы времени и ресурсы жизнеосуществления» (Томск, 2024 г.); XI Международная научно-практическая конференция «Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал» (Красноярск, 2024 г.); III Международная научно-практическая конференция «Психологическое здоровье и развитие личности в современном мире», посвященной 50-летию ФГБОУ ВО «Амурский государственный университет» (Благовещенск, 2025 г.); Международная научно-практическая конференция «Медицинская (клиническая) психология: наука и практика», посвященная 90-летию Курского государственного медицинского университета, приуроченная к Году защитника Отечества, 25-летию кафедры общей и клинической психологии (Курск, 2025); Международная научная конференция «Ценностная самоидентификация будущего профессионала в цифровой образовательной среде» (Кемерово, 2025); VIII Международная научно-

практическая конференция «Герценовские чтения: психологические исследования в образовании», посвященной столетию психологической подготовки в Герценовском университете (Санкт-Петербург, 2025 г.).

Результаты исследования были внедрены в процесс обучения студентов Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, что подтверждается соответствующим актом внедрения.

Публикации. Всего по теме диссертации опубликовано 15 работ, из них: 4 статьи в журналах, рекомендованных ВАК; 11 статей – в материалах конференций.

Соответствие паспорту научной специальности. Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 5.3.4. «Педагогическая психология, диагностика цифровых образовательных сред» по следующим пунктам: 1. Психология обучающегося как субъекта образовательной среды на разных ступенях образования (дошкольного, школьного, вузовского, послевузовского, переподготовки), его личностное развитие. 2. Профессиональное становление и развитие личности в разные периоды ее жизнедеятельности. Психологические проблемы педагогической деятельности. Профессиональное педагогическое сознание и самосознание.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, двух теоретических глав, одной эмпирической главы, заключения, списка литературы (194 наименования, в том числе 25 источников на иностранных языках), списка иллюстративного материала и приложений. Объем основного текста диссертации составляет 186 страниц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Психолого-образовательные проблемы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях медицинского вуза

Современная система медицинского образования всё больше ориентируется на компетентностный подход, что делает компетенции важным показателем успешности обучения и открывает возможности для диалога между вузами и работодателями. В профессиональной сфере врача одной из ключевых компетентностей является коммуникативная, которая обеспечивает эффективное взаимодействие с пациентами [43; 46, С. 70-71; 83, С. 20-25; 95, С. 108-121; 163, С. 273-294]. Эта компетентность приобретает особое значение в свете требований современных профессиональных стандартов [85, С. 115-121; 107, С. 44–79].

Проанализировав профессиональные стандарты «Врач-педиатр участковый» [110], «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» [111] были выявлены трудовые функции, отвечающие за выстраивание отношений между пациентом и врачом. К таким функциям относятся:

- Проведение обследования пациента с целью установления диагноза. В рамках этой трудовой функции врачам необходимо собрать жалобы, анамнез жизни и заболевания пациента, проанализировать полученную информацию и обосновать при необходимости проведения лабораторных и инструментальных обследований, а также необходимость направления пациента на консультацию к другим врачам-специалистам. На этапе сбора жалоб и анамнеза необходимо установить доверительные отношения с пациентом, чтобы он мог максимально раскрыться, не боясь критики или осуждения со стороны лечащего врача.

- Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности. Для того чтобы лечение было эффективно, важно, чтобы пациент соблюдал

рекомендации врача, поэтому необходимо как можно доступнее объяснить этапы лечения и прием лекарств.

– Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительской работы среди населения. В рамках этой трудовой функции врачам необходимо владеть техниками убеждения и уметь расположить к себе пациента. Также врач должен уметь проконсультировать пациента по интересующим его вопросам. Владеть и использовать методы первичной и вторичной профилактики.

Как видно из профессионального стандарта недостаточно только уметь проводить физикальное обследование пациента, также необходимо собрать дополнительную информацию о его жизни и имеющихся хронических заболеваниях, выяснить основные жалобы, с которыми пришел пациент, ответить на вопросы.

Многочисленные исследования показывают, что от эффективного использования навыков общения выигрывают как пациент, так и врач. У пациентов отмечалась общая удовлетворённость процессом лечения, доверие к лечащему врачу и исполнение рекомендаций [9, С. 890-896; 10, С. 20-34; 16, С. 46-58; 19, С. 24-25; 117, С. 201-206; 174, Р. 1505-1519; 184, Р. 697-700]. Ещё одним положительным моментом в эффективной коммуникации отмечалось уменьшение тревожности у пациентов и депрессивного состояния [188, Р. 735-744; 191, Р. 724-728; 193, Р. 1877-1884; 194].

Сегодня Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования является базовым нормативным документом, определяющим требования к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки будущих врачей. Он создает основы для необходимого качества обучения, определения единого образовательного пространства на всей территории России. В качестве результатов освоения программы специалитета выступают универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции, которые должны быть сформированы у студента к концу срока обучения.

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (далее – ФГОС ВО) не только регулирует содержание и уровень подготовки будущих врачей, но также играет важную роль в обеспечении их всестороннего профессионального развития. Этот стандарт определяет ключевые компетенции, которые необходимы выпускникам для успешной работы в условиях современного здравоохранения.

Помимо обязательных профессиональных знаний и умений, ФГОС ВО подчеркивает важность формирования у студентов универсальных компетенций, таких как способность к критическому мышлению, эффективной коммуникации, междисциплинарному взаимодействию и самостоятельному обучению. Это гарантирует, что выпускники смогут адаптироваться к быстро меняющимся условиям медицинской практики и будут готовы к постоянному совершенствованию своих навыков.

Также большое внимание уделяется развитию этических и правовых компетенций, что особенно важно для профессии врача, где решения, касающиеся здоровья и жизни пациентов, требуют не только высоких профессиональных знаний, но и соблюдения норм морали и закона. В этом контексте коммуникация с пациентами и их родственниками становится важнейшим элементом профессиональной деятельности, требующим деликатности, уважения и понимания.

Таким образом, ФГОС ВО не только стандартизирует образовательные программы, но и способствует созданию врачей нового поколения — профессионалов, готовых к ответственному, компетентному и этически выверенному выполнению своих обязанностей.

Анализ ФГОС ВО по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело» [143] и 31.05.02 «Педиатрия» [144] позволил выделить следующие компетенции, которые должны освоить студенты для осуществления эффективной коммуникации с пациентом и его родственниками:

- Коммуникация: УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия;
- Межкультурное взаимодействие: УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия;
- Этические и правовые основы профессиональной деятельности: ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.

Однако, несмотря на важность этих компетенций, они остаются слишком обобщёнными и не дают полного понимания, как именно должна быть сформирована коммуникативная компетентность будущих врачей.

Для формирования высококвалифицированных врачей с необходимыми профессиональными и личностными качествами важнейшую роль играют как нормативные требования, закреплённые в ФГОС ВО, так и практические подходы к развитию конкретных компетенций, таких как коммуникативная компетенция. ФГОС ВО задаёт общий вектор подготовки будущих специалистов, определяя базовые компетенции, которые врачи должны освоить, включая навыки общения. Однако для полноценного формирования этих навыков недостаточно опираться только на общие стандарты — необходимо учитывать специфику профессиональной деятельности и интегрировать различные методы и подходы, предложенные исследователями [139, С. 71-79].

Подходы таких авторов, как Л.Н. Васильева, А.А. Скородумов, Б.В. Морозов и Л.К. Бурцева, акцентируют внимание на важности многоуровневой структуры коммуникативной компетентности, её теоретической и практической составляющей, а также на необходимости адаптации этих навыков к особенностям медицинской профессии. Взаимодействие между пациентом и врачом требует специфических методов, которые могут быть учтены в образовательных программах для будущих медиков, создавая прочную основу для успешной профессиональной деятельности.

Так, Л.Н. Васильева подчеркивает, что врачебная деятельность относится к типу «субъект-субъектного» взаимодействия, где особую роль играет межличностное общение с пациентами и их родственниками. В контексте коммуникативной компетентности она определяет её как многоуровневое интегральное качество личности, включающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, которые способствуют установлению, поддержанию и развитию эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебного процесса [28, С. 205-207].

А.А. Скородумов и Б.В. Морозов акцентируют внимание на специфике медицинской работы, выделяя семь важных компонентов, необходимых для эффективного взаимодействия врача с пациентами:

1. Понимание себя и пациентов — важно осознавать свои личностные качества и понимать, как они могут способствовать или препятствовать успешному общению, с возможностью корректировать стиль взаимодействия.
2. Техники установления контакта — для успешного взаимодействия с пациентом врач должен использовать простые, но важные действия: представиться, установить зрительный контакт, обратиться по имени-отчеству, что особенно важно при первом визите.
3. Вербальные и невербальные техники — активное слушание и использование невербальных сигналов способствуют улучшению общения.
4. Уверенное поведение — врач должен демонстрировать уверенность, избегая агрессивного или пассивно-агрессивного поведения (например, покровительственного тона, сарказма), так как пациенты больше доверяют уверенным врачам.
5. Навыки аргументации — необходимо уметь обосновывать свои решения и рекомендации, что помогает пациенту лучше понять суть лечения и важность дополнительных обследований.
6. Стратегии разрешения конфликтов — знание различных стилей поведения в конфликтных ситуациях и владение техниками урегулирования напряженности помогают минимизировать конфликты с пациентами.

7. Психическая саморегуляция — способность управлять своим эмоциональным состоянием помогает врачу избегать эмоционального выгорания и поддерживать профессиональную устойчивость [128, С. 58-62].

Л.К. Бурцева рассматривает коммуникативную компетентность как неотъемлемую часть профессиональной компетентности врача. Врач, обладающий этой компетенцией:

- Выступает активным субъектом общения, способен находить общий язык с пациентами и коллегами, отстаивать свою профессиональную позицию.
- Знает закономерности восприятия человека, воспринимает пациента как личность, умеет слушать и слышать, а также адекватно реагировать на запросы и эмоции пациента.
- Умеет убеждать, предотвращать конфликты, регулировать своё эмоциональное состояние и создавать условия для самовыражения пациента.
- Владение вербальными и невербальными средствами коммуникации также помогает врачу налаживать эффективное взаимодействие и избегать конфликтов [18, С. 51-55].

Дополнительную значимость коммуникативной компетентности в клинической практике подчёркивают исследования, рассматривающие её через призму сложных профессиональных ситуаций, межкультурного общения и правового поля [101, С. 399-413; 145, С. 193-198]. Так, дефициты навыков конструктивного общения в конфликтных ситуациях зачастую усугубляют ситуацию и снижают уровень доверия пациента к врачу [50, С. 382-386; 108, С. 16–25]. Готовность будущих врачей к профессиональной коммуникации в нестандартных, экстремальных и стрессовых условиях — таких как угроза жизни пациента, чрезвычайные ситуации или конфликтные взаимодействия — представляет собой неотъемлемую часть профессиональной подготовки. Формирование коммуникативной компетентности в этих условиях требует не только устойчивых и отработанных навыков общения, но и высокой стрессоустойчивости, способности к мобилизации эмоционально-волевой сферы, а

также быстрого и этически выверенного принятия решений в условиях неопределённости и давления [89, С. 48-55].

На проблему коммуникативных барьеров как психологических феноменов указывают исследования, в которых было выявлено, что отсутствие сформированных навыков рефлексивного и эмпатийного слушания у врача часто приводит к непониманию со стороны пациента, снижая эффективность лечения [105, С. 13-18; 138, С. 9; 178; 187, Р. 389-392].

Анализ исследований, посвящённых формированию коммуникативной компетентности в различных медицинских специальностях, демонстрирует, что требования к коммуникативным навыкам могут значительно варьироваться в зависимости от клинической области, что усиливает потребность в адаптивных и специализированных образовательных стратегиях [96, С. 285-287; 125, С. 560–563; 151, С. 37–42].

Например, в работе М.С. Павловой подчёркивается важность адаптированных форм коммуникации для врача-рентгенолога, деятельность которого в большей степени опосредована и требует точности в передаче информации как коллегам, так и пациентам [104, С. 94-95]. Это подчёркивает, что даже в диагностических направлениях, где личное взаимодействие с пациентом минимизировано, коммуникативная компетентность остаётся актуальной.

Необходимость системного развития коммуникативной компетентности подчёркивается и в работах, касающихся непрерывного медицинского образования [129, С. 132-135; 179, Р. 1-6]. Современные исследования показывают, что даже на завершающем этапе подготовки, в клинической ординатуре, сохраняются значимые дефициты в сформированности коммуникативной компетентности [109; 137, С. 261-263; 160, С. 153-157; 190].

Также анализ исследований показал, что клиническая практика предполагает необходимость не только выстраивать доброжелательные отношения с пациентом, но и собирать всю необходимую информацию для постановки диагноза. Всё это должно происходить в краткий промежуток времени, за который врач должен ещё объяснить пациенту дальнейшие действия, связанные с лечением или

диагностическими процедурами [1, С. 260-266; 5, С. 7-14; 6, С. 7-17; 38, С. 68-73; 39, С. 94-100; 155, С. 49-68].

Специфика врачебной деятельности не позволяет напрямую использовать методы из других сфер, таких как менеджмент или продажи. Необходимы специализированные инструменты, которые будут адаптированы именно для медицинской практики, позволяя врачу быстро и эффективно коммуницировать, сохраняя при этом качество оказания медицинской помощи.

Кроме того, врач сталкивается с необходимостью выстраивать коммуникацию не только с пациентами, но и с коллегами и администрацией [9, С. 890-896; 35, С. 183-184]. Важным аспектом становится умение взаимодействовать с людьми разных возрастов, пациентами с ограниченными коммуникативными возможностями (например, нарушения слуха) и людьми с психическими расстройствами. Это требует от врача гибкости в выборе подхода к каждому пациенту и использования различных методов общения [4, С. 93-97; 14, С. 110-111].

Как показал анализ литературы в России на сегодняшний день отсутствует общепринятая модель медицинского консультирования, поэтому преподаватели в медицинских вузах вынуждены использовать самые разные методы обучения и оценки коммуникативной компетентности [44, С. 61–62; 48, С. 24–26].

В исследовании Е.Ю. Васильевой и М.И. Томиловой акцентируется внимание на роли самооценки и рефлексии в формировании коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов. Авторы проанализировали эффективность элективного курса «Коммуникативные навыки», реализуемого на 6 курсе обучения в Северном государственном медицинском университете. Методологической основой курса выступала Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования, акцентирующая внимание на этапах установления контакта, сбора информации, структурирования консультации, создания отношений с пациентом, объяснения и совместного планирования, а также завершения приёма. Результаты показали статистически значимое улучшение всех 7 групп коммуникативных навыков у выпускников после прохождения курса ($p < 0,05$) [22, С. 149-155].

А.И. Миралеева рассматривает эмпатию как ключевую составляющую коммуникативной компетентности врача, подчеркивая её влияние на качество медицинской помощи и клиническое мышление. Для развития эмпатии в рамках дисциплины «Коммуникативные навыки» автор прибегает к зарубежному опыту и использует алгоритм NURSE (Name, Understand, Respect, Support, Explore), включающий пошаговую вербальную реакцию на эмоциональное состояние пациента: Name — назвать чувство, эмоцию; Understand — выразить понимание; Respect — нормализовать; Support — поддержать; Explore — задать открытые вопросы, чтобы лучше понять эмоцию. Исследование подтвердило, что развитие эмпатии возможно в процессе обучения и требует активных практико-ориентированных методов, таких как ролевые игры и анализ клинических кейсов [99, С. 518-523].

Одним из перспективных направлений формирования коммуникативной компетентности будущих врачей является симуляционное обучение, в том числе с применением цифровых технологий [42, С. 152-158; 181; 189]. В исследовании Г.С. Кемеловой и А.С. Сапаровой была показана высокая эффективность использования симуляционных сессий с участием стандартизированных пациентов, а также виртуальных платформ (OpenLabyrinth, BodyInteract, AcademiX3D), что способствовало значительному улучшению коммуникативных навыков студентов медицинских вузов. Студенты отмечали, что такие занятия приближают их к реальным клиническим ситуациям, помогают формировать алгоритмы действий и повышают уверенность в профессиональном взаимодействии [66, С. 291-292].

Особое внимание в современных подходах к обучению будущих врачей уделяется развитию коммуникативных навыков с использованием цифровых и визуальных средств [61, С. 242-263]. Так, И.А. Королева и др. описывают применение интерактивной инфографики «Опрос пациента» как эффективного приёма обучения студентов-медиков. Представленный инструмент помогает систематизировать и визуализировать алгоритм сбора анамнеза, облегчает освоение специальных медицинских терминов и грамматических конструкций, а

также способствует формированию речевой и профессиональной коммуникативной компетенции у студентов, особенно иностранных. Инфографика делится на тематические блоки, охватывающие все этапы взаимодействия врача с пациентом: от сбора паспортных данных до описания симптомов заболевания. Использование ролевых игр и визуальных сценариев позволяет студентам отрабатывать ключевые фразы и реакции в диалоге «врач-пациент», что способствует не только лучшему усвоению материала, но и формированию уверенности в коммуникации на клинической практике [78, С. 78-85].

Другие исследователи предлагают усилить практическую направленность обучения через внедрение симуляционных тренингов, ролевых игр, анализа клинических кейсов, а также использование метода «стандартизированного пациента». Авторы подчеркивают необходимость системного подхода к формированию коммуникативной компетентности, который включает интеграцию теоретических знаний, практических умений и личностных качеств студента [15, С. 109-115; 17, С. 69-73; 65, С. 74-77; 69, С. 50-56; 97, С. 212-214; 106, С. 102-116; 119, С. 268-271; 122, С. 63-68; 175].

Еще одним из направлений исследований в области коммуникативной компетентности является связь с деонтологией. В работе Ю.С. Филатовой, О.Ю. Одинцовой и А.С. Кашапова рассматривается роль деонтологической компетентности как важнейшего компонента профессионального общения врача с пациентом. Авторы подчёркивают, что формирование профессионально-нравственных идеалов, коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта должно происходить уже в период обучения в медицинском вузе.

В исследовании принимали участие студенты и ординаторы, и результаты показали наличие статистически значимых связей между компонентами деонтологической компетентности, профессиональными коммуникативными навыками и эмоциональным интеллектом.

Выводы исследования подчеркивают необходимость внедрения программ развития коммуникативных навыков и эмоционального интеллекта в практику психологического сопровождения студентов-медиков. Это способствует

повышению уровня готовности будущих врачей к решению этически сложных профессиональных ситуаций и формирует гуманистически ориентированную модель взаимодействия «врач-пациент» [147, С. 93-98; 150, С. 59-64; 162, С. 691-695].

В условиях отсутствия единой системы формирования коммуникативной компетентности, в ряде медицинских вузов предпринимаются шаги по внедрению дополнительных дисциплин, специально направленных на развитие этой компетенции, таких как «Коммуникация в медицине», «Коммуникативные навыки», «Профессиональная коммуникация» и аналогичные курсы [3, С.80-82; 11, С. 113-115; 29, С. 75-80]. Однако в силу организационных и кадровых ограничений не все вузы могут позволить себе введение отдельной дисциплины. В таких случаях формирование коммуникативной компетентности осуществляется через содержание других учебных курсов, например, «Психология и педагогика», «Медицинская психология», «Биоэтика», «Русский язык и культура речи» и др., которые, по мнению ряда исследователей, также могут способствовать развитию необходимых коммуникативных навыков у будущих врачей [36, С. 158-164; 58, С. 29-42; 62, С. 75-88; 120, С. 60-67; 135, С. 298-301; 153, С. 25-30]. Так, например, в своей работе Е.Г. Липатова особое значение в формировании профессиональной коммуникативной культуре отводит дисциплине «Иностранный язык», которая, по мнению автора, обладает мощным гуманитарным и коммуникативным потенциалом. В рамках данной дисциплины был разработан и внедрён интерактивный модуль, направленный на формирование у студентов навыков профессионального общения в ключевых клинических ситуациях. Экспериментальные данные, полученные в ходе внедрения модуля, подтвердили его эффективность: у студентов, обучавшихся по обновленной программе, отмечен значительный рост уровня коммуникативной культуры, уверенности в взаимодействии с пациентами и интерес к структуре врачебной консультации. Это позволило автору сделать вывод о целесообразности сквозного формирования на протяжении всего периода обучения, с особым вниманием к гуманитарным дисциплинам [87, С. 47-58].

Особое внимание в научной литературе уделяется вопросу этапности формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Многие авторы подчеркивают, что развитие профессиональных коммуникативных навыков должно осуществляться непрерывно в течение всего периода обучения в медицинском вузе, начиная с освоения гуманитарных дисциплин и завершая прикладной клинической подготовкой [92, С. 68-74; 100, С. 212-215; 136, С. 16-27].

Продолжая идеи про этапность формирования, некоторые авторы также подчеркивают, что в ординатуре необходимо продолжать формирование коммуникативной компетентности. Большинство ординаторов признают важность коммуникативной компетентности наряду с клиническим мышлением и практическими навыками. Однако отмечают, что в вузе не созданы условия, способствующие полноценному формированию коммуникативных навыков [2, С. 85-90; 158, С. 66].

Интересным направлением исследований является подготовка преподавателей к обучению студентов коммуникативным навыкам. А.В. Энерт указывает на необходимость развития соответствующих умений у педагогов как условия эффективной трансляции коммуникативной компетентности [165, С. 89-90].

Анализ современной практики показал, что в медицинских вузах России отсутствует унифицированная система формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Каждое образовательное учреждение реализует собственный подход к формированию коммуникативной компетентности: одни вузы включают в учебный план специализированные дисциплины (например, «Пациентоориентированная коммуникация», «Коммуникативные навыки», «Основы интервьюирования пациентов» и т.п.), другие — интегрируют элементы в более общие дисциплины, такие как «Психология и педагогика», «Медицинская психология» и др. В условиях отсутствия единой системы формирования коммуникативной компетентности в медицинских вузах России целесообразным представляется обращение к международному опыту, осмысление которого

позволит создавать концептуальные положения и оценку коммуникативной компетентности с учетом специфики медицинского образования в России.

В международной практике существует ряд методологических моделей, направленных на развитие коммуникативной компетентности у будущих врачей. Эти модели основаны на клинической логике, этических принципах и психологических закономерностях взаимодействия между врачом и пациентом [142, С. 228-230]. Ниже представлены наиболее влиятельные и широко применяемые модели.

1. *Калгари–Кембриджская модель медицинского консультирования* [126]. Одна из наиболее известных и широко используемых в медицинском образовании моделей. Она описывает структурированное взаимодействие врача и пациента, объединяя биомедицинский и психологический подходы.

Основные этапы модели: начало консультации (initiating the session): создание доверия и комфортной обстановки, определение целей встречи; *сбор информации (gathering information):* активное слушание, выявление основных жалоб, анамнез, оценка эмоционального состояния; *физическое обследование пациента (a physical examination of a patient):* зависит от цели опроса; *объяснение результатов и планирование (explanation and planning):* разъяснение диагноза, обсуждение вариантов лечения, совместное принятие решений; *завершение консультации (closing the session):* подведение итогов, проверка понимания информации пациентом, обсуждение последующих шагов.

Отличительная черта данной модели – это акцент на партнерское взаимодействие и совместное принятие решений, а также внимание к вербальным и невербальным аспектам общения.

2. *SPIKES-модель*, была создана для помощи врачам в трудной коммуникации, особенно в ситуациях сообщения плохих новостей пациентам [170, Р. 302–311].

Этапы SPIKES: S – Setting up the interview: подготовка к разговору, обеспечение конфиденциальности и уместной атмосферы; *P – Assessing the patient's Perception:* выяснение уровня осведомлённости пациента о его состоянии; *I –*

Obtaining the patient's Invitation: запрос на предоставление информации (нужно ли пациенту всё знать сразу); *K – Giving Knowledge and information*: сообщение медицинской информации доступным языком; *E – Addressing the patient's Emotions*: реагирование на эмоциональные реакции пациента с сочувствием; *S – Strategy and Summary*: формирование плана дальнейших действий, укрепление чувства поддержки и надежды.

Эта модель широко применяется в онкологии и паллиативной помощи. Она сочетает эмоциональную чувствительность с чёткой структурой коммуникации.

3. *SEGUE Framework* – модель предназначена для оценки коммуникативных навыков студентов и врачей [185, Р. 23–34]. Название SEGUE образовано из первых букв этапов взаимодействия: *S – Set the stage* (создание контакта): установление доверия, уточнение цели визита; *E – Elicit information* (сбор информации): активное слушание, открытые вопросы; *G – Give information* (передача информации): ясное и понятное объяснение диагноза и рекомендаций; *U – Understand the patient's perspective* (понимание точки зрения пациента): выявление ожиданий, опасений, культурных особенностей; *E – End the encounter* (завершение консультации): подведение итогов, проверка понимания, договоренность о дальнейшем взаимодействии. SEGUE подходит для стандартизированной оценки коммуникации и формирования обратной связи. Эффективна в обучении студентов старших курсов.

4. *Four Habits Model* [176, Р. 79–88]. Модель выделяет четыре привычки успешного врача: *Invest in the beginning* – установить доверие с первых минут, определить ожидания; *Elicit the patient's perspective* – понять взгляды, эмоции, жизненные обстоятельства пациента; *Demonstrate empathy* – показать сочувствие и эмоциональное участие; *Invest in the end* – обеспечить ясность и завершённость консультации. Модель проста и запоминающаяся, делает акцент на эмоциональном сопровождении пациента.

5. *Relationship-Centered Care Model (RCC)* [171, Р. 3-8]. Этот подход подчеркивает, что не только врач воздействует на пациента, но и пациент влияет на врача. Взаимодействие строится на взаимном уважении, доверии и человеческом

отношении. Модель применяется в системах здравоохранения США и Канады как философия медицинской практики, где коммуникация – не техника, а часть терапевтического процесса.

Все представленные модели сходятся в понимании того, что эффективная медицинская коммуникация — это не просто передача информации, а сложный многоуровневый процесс, требующий эмпатии, структурированности и гибкости. Несмотря на различия в структуре, каждая модель фокусируется на установлении контакта, выявлении потребностей пациента, передаче информации и эмоциональной поддержке. Интеграция этих моделей в обучение позволяет системно формировать коммуникативную компетентность, повышая качество медицинской помощи и удовлетворенность пациентов.

Эти модели демонстрируют высокий потенциал для интеграции в образовательные программы и могут быть адаптированы в отечественной практике. Однако в медицинских вузах России пока отсутствует единая модель, которая бы учитывала не только клинические, но и социокультурные особенности, а также специфику профессиональной социализации будущих врачей. Это подтверждает необходимость поиска и внедрения комплексного подхода, адаптированного к условиям отечественного здравоохранения.

Как показал анализ профессиональных стандартов и федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования, компетенции, указанные в них, достаточно обобщенные и не несут конкретики. В связи с чем происходит разночтение документов и нет единой системы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Таким образом, несмотря на признание значимости коммуникативной компетентности на уровне профессиональных стандартов, механизмы её целенаправленного формирования в образовательной среде остаются неустойчивыми и фрагментарными.

Однако, стоит отметить, что данная проблема сейчас находится во внимании государства. Сегодня реализуются различные проекты, направленные на улучшение качества здравоохранения, в том числе в области взаимодействия

«врач-пациент». Так, в 2018 году в первичную специализированную аккредитацию специалистов здравоохранения в качестве пилотного проекта была введена станция «Сбор жалоб и анамнеза», которая оценивает коммуникативные компетенции врача [8, С. 102-114; 24, С. 86-90], что еще раз подчеркивает актуальность данной проблемы. В связи с этим в медицинских вузах создаются программы обучения коммуникативным навыкам и внедряются практические занятия в рамках различных клинических дисциплин. Но тем не менее проблема остается нерешенной. Этому свидетельствуют многочисленные публично освещенные конфликты и судебные иски, обилие жалоб от пациентов во всевозможные инстанции, а также большая текучка медицинских кадров.

Еще одна проблема кроется в том, что, как правило, формирование коммуникативной компетенции происходит на 1-2 курсе в рамках таких дисциплин, как «Психология и педагогика», «Биоэтика», «Латинский язык», «Деловой английский язык», «Русский язык и культура речи». Дальше студенты в рамках практики самостоятельно формируют собственную коммуникативную модель. Именно в рамках практики студент учится взаимодействовать с пациентами, решать возникшие конфликтные ситуации, отвечать на вопросы пациентов и давать рекомендации. Однако на обсуждение взаимодействия врача и пациентов отдельно время не выделяется, несмотря на трудности, которые испытывают студенты при выстраивании отношений с пациентами. Основной акцент делается на постановку диагноза и назначение дальнейшего лечения.

Обобщая всё вышесказанное, можно выделить следующие противоречия:

– Между требованиями стандартов и их реализацией в образовательных программах. С одной стороны, профессиональные стандарты и Федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования подчеркивают важность эффективной коммуникации в работе врача, включая общение с пациентами и их родственниками. С другой стороны, эти компетенции формулируются слишком обобщённо, что приводит к смещению акцента на другие профессиональные навыки и компетенции, недостаточно раскрывая коммуникативные аспекты.

– Между потребностью пациенто-центрированной коммуникации на практике и уровнем сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей. Несмотря на признанную важность коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача, программы высшего медицинского образования уделяют недостаточное внимание её формированию. Это ведёт к недостаточной сформированности коммуникативной компетентности будущих специалистов.

Эти противоречия подчеркивают важность комплексного подхода к развитию коммуникативной компетентности, ориентированного на гармоничное сочетание теоретической и практической подготовки.

1.2. Коммуникативная компетентность будущих врачей: теоретико-методологический анализ подходов к содержанию понятия и принципы формирования

Коммуникативная компетентность врача является ключевым компонентом его профессиональной деятельности и играет решающую роль в установлении эффективного взаимодействия с пациентами, коллегами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Эффективная коммуникация позволяет врачу не только точно передавать медицинскую информацию, но и создавать доверительную атмосферу, необходимую для качественной диагностики, лечения и реабилитации пациентов. В современных условиях медицинской практики, где важную роль играют междисциплинарное взаимодействие и пациент-ориентированный подход, коммуникативная компетентность становится неотъемлемой частью профессионализма врача.

Понятие коммуникативной компетентности имеет глубокие корни в педагогической и психологической науках. Впервые оно начало формироваться в середине XX века в работах американских и европейских ученых, занимающихся изучением языка, коммуникации и образования.

В педагогической науке началом разработки концепции коммуникативной компетентности можно считать работы Н. Хомского, который в 1965 году ввел понятие «лингвистической компетенции». Н. Хомский рассматривал способность индивида создавать и понимать бесконечное количество предложений в языке на основе ограниченного числа грамматических правил [152]. Однако его подход был в основном сосредоточен на структурных аспектах языка и не учитывал прагматические аспекты коммуникации.

Позднее, в 1970-х годах, D.H. Hymes предложил расширение этой концепции, введя термин «коммуникативная компетентность». Он подчеркивал важность не только знания грамматических правил, но и умения использовать их в конкретных коммуникативных ситуациях, учитывая социальные и культурные контексты [182, Р. 269-293].

В психологической науке развитие понятия коммуникативной компетентности связано с исследованиями в области социальной психологии и психолингвистики. Значительный вклад в развитие этой концепции внесли исследования в области межличностной коммуникации и теории коммуникации [31]. Эти исследования подчеркивали важность понимания невербальных аспектов общения и влияния контекста на процесс коммуникации.

Понятие коммуникативной компетентности также нашло значительное отражение и в отечественной науке. Так, начало изучения коммуникативной компетентности можно связать с работами Л.С. Выготского, который в 1930-е годы разработал теорию социального развития личности. Л.С. Выготский подчёркивал значимость общения и социального взаимодействия для когнитивного развития человека [37]. Его работы заложили основу для дальнейших исследований в области коммуникации и межличностного взаимодействия.

В 1960-1970-х годах А.Н. Леонтьев развивал понятие деятельности и общения в психологии. Он рассматривал общение как одну из форм деятельности, в которой формируются и развиваются психические процессы [86]. Его исследования способствовали пониманию того, как коммуникативные навыки формируются и развиваются в процессе деятельности и взаимодействия.

Современные исследования также включают изучение межкультурной коммуникативной компетентности, учитывая глобализацию и международные связи. Так, в своих работах И.А. Зимняя, И.А. Мазаева и М.Д. Лаптева уделяют значительное внимание понятию коммуникативной компетентности, рассматривая его с различных точек зрения [56].

Коммуникативную компетентность И.А. Зимняя определяет как интегративное качество личности, которое обеспечивает успешное осуществление речевой деятельности в различных коммуникативных ситуациях [55]. Она подчёркивает, что коммуникативная компетентность включает в себя не только знание языка и умение его использовать, но и способность к межличностному взаимодействию, умение понимать и учитывать коммуникативные намерения собеседника, а также владение стратегиями общения. По мнению И.А. Зимней, данная компетентность не является статичной и постоянно развивается в процессе социализации и обучения, а её формирование зависит от множества факторов, включая личностные качества, культурный и социальный опыт, а также образовательную среду.

Таким образом, коммуникативная компетентность является ключевым фактором успешного взаимодействия и эффективной профессиональной деятельности в различных социальных и культурных контекстах.

Основываясь на различных подходах и определениях, предложенных ведущими исследователями, было проанализировано понятие «коммуникативная компетентность врача». Так, в своем исследовании В.П. Дуброва описывает коммуникативную компетентность врача как способность строить доверительное общение с пациентом и подчеркивает, что для этого требуется формирование психологического антропоцентрического мировоззрения, высокого уровня эмпатии и профессиональной позиции, обеспечивающей личностно-центрированное медицинское взаимодействие [47, С. 62-66]. Как видно из этого определения, центральное место занимает способность строить доверительное общение с пациентом, что способствует лучшему пониманию и взаимодействию между врачом и пациентом, а также положительно влияет на процесс лечения.

В исследовании Т.В. Константиновой коммуникативная компетентность врача рассматривается как устойчивые индивидуально-своеобразные приемы и способы передачи и получения информации в процессе общения врача с пациентом, которые зависят от профессиональной специализации врача и его социально-психологических качеств [77, С. 137-141]. Из этого определения можно сделать вывод о том, что коммуникативная компетентность врача не является универсальной и одинаковой для всех. Она зависит от множества факторов, включая индивидуальные особенности врача, его профессиональную специализацию и социально-психологические качества. Коммуникативная компетентность рассматривается как гибкое и динамическое качество, которое может изменяться и адаптироваться в зависимости от контекста и специфики медицинской практики врача.

Л.Н. Васильева в своем исследовании рассматривает коммуникативную компетентность врача как многоуровневое интегративное качество личности, включающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие особенности, которые способствуют профессиональной деятельности, направленной на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса [26, С. 172-177]. Из этого определения можно сделать вывод о том, что коммуникативная компетентность врача – достаточно сложное комплексное качество, которое объединяет различные уровни личности. Также данная компетентность напрямую связана с профессиональной деятельностью врача, которая подразумевает взаимодействия не только с пациентом и его родственниками, но и с коллегами, медсестрами, административным персоналом и другими профессионалами, участвующими в процессе лечения и ухода за пациентом.

И.К. Черемушникова и И.А. Захарова определяют коммуникативную компетентность врача как наличие навыков и умений, способствующих качественной коммуникации с пациентом [157, С. 123-126]. Помимо этого, авторы подчеркивают важность профессионального имиджа врача, который играет важную роль в восприятии пациентами и их готовности доверять врачу. Имидж

включает в себя такие аспекты, как манера речи, внешний вид, поведение и общее отношение к пациентам. Врачи, обладающие позитивным профессиональным имиджем, как правило, легче устанавливают доверительные отношения с пациентами.

М.В. Фомина и С.В. Масловская описывают коммуникативную компетентность врача как способность устанавливать доверительные отношения, диагностировать социальную ситуацию, эффективно взаимодействовать с коллегами, владеть вербальными и невербальными средствами общения. По мнению авторов, психологические характеристики, такие как эмоциональная стабильность и чувствительность, также влияют на уровень коммуникативной компетентности [149, С. 4].

И.А. Крутий и Г.В. Молчанова отмечают, что коммуникативная компетентность врача включает универсальные и специальные навыки, необходимые для эффективного общения с пациентами, такие как активное слушание, позитивное перефразирование и структурированный сбор информации, которые тренируются и совершенствуются на специальных тренингах [82, С. 163-174].

Сообщение плохих новостей является одной из самых сложных задач в медицинской практике. Способность врача донести такую информацию деликатно и с учетом эмоционального состояния пациента и его родственников является важной составляющей профессионализма врача. Эффективное сообщение плохих новостей помогает минимизировать стресс и тревогу у пациентов, а также способствует лучшему пониманию ситуации и принятию необходимых решений. Поэтому А.А. Маркова и М.И. Барсукова считают важным компонентом коммуникативной компетентности врача – это способность эффективно сообщать плохие новости пациентам и их родственникам, разрабатывать и применять речевые тактики, которые минимизируют риски и обеспечивают поддержку пациента в сложных ситуациях [98, С. 136-142].

Е.А. Ремпель, Н.А. Клоктунова и А.И. Буганова подчеркивают, что коммуникативная компетентность врача также требует учета социально-

психологических особенностей и ожиданий современных пациентов, что способствует выстраиванию доверительных отношений между врачом и пациентом [112, С. 186-191]. Анализ ответов респондентов разного возраста показывает, что для удовлетворения всех потребностей пациента необходимо понимание его ценностно-мотивационных установок.

Определения понятия «коммуникативная компетентность врача» различными авторами подчеркивают важность когнитивных, эмоциональных, поведенческих и личностных аспектов, необходимых для установления эффективных и доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом. Выделяемые компоненты коммуникативной компетентности врача также будут различаться у разных авторов, тем самым подчеркивая комплексный и многогранный характер данного понятия. Все выделенные компоненты можно сгруппировать следующим образом:

- *когнитивный компонент*, к которому чаще всего относят знание различных аспектов коммуникации [131, С. 372-378; 148, С. 32-37; 156, С. 100-104];
- *эмоциональный компонент*, к которому чаще всего относят эмпатию, способность понимать и чувствовать эмоциональные состояния пациентов, а также умение сохранять спокойствие и уверенность в стрессовых ситуациях [20, С. 1; 33, С. 70-76; 103, С. 999-1002; 159, С. 643-646];
- *поведенческий (или деятельностный) компонент*, к нему чаще всего относят владения средствами общения как вербальными (слова, интонация, структура речи), так и невербальными (жесты, мимика, зрительный контакт), умение деликатно и поддерживающе сообщать плохие новости, минимизируя стресс для пациента и его родственников [34, С. 83-85; 59, С. 66-71; 94, С. 66-73; 161, С. 399-402];
- *мотивационный компонент*, который включает в себя мотивацию к общению, стремление к установлению и поддержанию межличностных контактов, готовность к сотрудничеству и взаимопомощи, а также стремление к постоянному личностному и профессиональному росту, обучению и развитию новых коммуникативных навыков [23, С. 81-90; 32, С. 77-78];

– *аксиологический (или ценностный) компонент*, включающий в себя широкий спектр ценностей, которые направляют и формируют профессиональное поведение и общение врача; к таким ценностям относят этические и моральные принципы, уважение к пациентам, профессионализм, социальную ответственность, стремление к саморазвитию, альтруизм и признание важности эффективной коммуникации [57, С. 30-34; 133; 164, С. 65-68];

– *социальный компонент*, к которому относят эффективное взаимодействие с коллегами и профессиональный имидж [30, С. 54-57; 63, С. 795-806; 134, С. 1-16];

– *психологический компонент*, к которому относят социально-психологические качества, включая личностные черты, такие как открытость, самообладание, чувствительность и стрессоустойчивость, которые влияют на общение с пациентами [121, С. 80-84].

Анализируя понятие «коммуникативная компетентность будущих врачей», можно выделить несколько ключевых аспектов, которые формируют традиционный подход к его пониманию. Коммуникативная компетентность часто трактуется как совокупность определённых навыков, направленных на эффективную передачу информации и установление контакта с пациентом. В рамках этой концепции основное внимание уделяется техническим и поведенческим аспектам: как врач передаёт информацию, как он слушает пациента, как использует вербальные и невербальные средства общения. Традиционные модели основываются на компетентностном подходе, когнитивных и поведенческих теориях, согласно которым можно чётко определить параметры успешного общения и обучать им через специальные программы.

Однако такой подход к коммуникативной компетентности врачей имеет ряд существенных ограничений. Во-первых, он предполагает, что коммуникативные навыки можно представить в виде алгоритма без учета личностных характеристик врача. Это приводит к тому, что акцент делается на механистическом овладении приёмами общения, не принимая в расчёт, как эти навыки будут изменяться в

зависимости от ситуации, личностных особенностей врача, а также конкретных условий взаимодействия с пациентами.

Во-вторых, такой взгляд предполагает статичность этих навыков. Будущие врачи проходят обучение на определённом этапе своего профессионального становления, а затем предполагается, что их коммуникативная компетентность остается неизменной. Однако в условиях современной медицины, которая динамически меняется и предъявляет всё более высокие требования к гибкости и адаптивности врачей, такой подход уже не отвечает запросам реальности. Развитие врача как профессионала включает постоянное взаимодействие с новыми вызовами, ситуациями и пациентами, требующими гибкости в общении и умения адаптировать свои коммуникативные стратегии.

Ещё одной серьёзной проблемой традиционного подхода является недостаточное внимание к процессам саморазвития врача. Коммуникативная компетентность не должна рассматриваться исключительно как набор технических умений, поскольку эффективное общение напрямую связано с личностными особенностями врача: его картиной мира, базирующейся на системе ценностей, эмпатией, способностью к рефлексии, пониманием психологических и социальных аспектов работы с пациентами. Без учёта этих глубинных процессов невозможно обеспечить эффективное взаимодействие врача с различными типами пациентов, особенно в стрессовых и конфликтных ситуациях.

Эти проблемы традиционных моделей обуславливают необходимость разработки нового, более комплексного подхода к коммуникативной компетентности, который учитывал бы личностную динамику врача на протяжении его профессионального пути, его готовность к адаптации и развитию. Такой подход должен рассматривать коммуникативную компетентность не как статичный набор умений, а как динамический процесс, интегрирующий когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности.

Системно-антропологический подход, разработанный В.Е. Ключко, предлагает более глубокое и комплексное понимание человека как саморазвивающейся и открытой системы, которая постоянно взаимодействует с

окружающей средой [73]. Применение этого подхода к рассмотрению коммуникативной компетентности будущих врачей показывает, что существующие концепции этого феномена теряют свою актуальность, поскольку не учитывают динамическую, многомерную природу личности врача, его развития и взаимодействия с пациентами и обществом в целом.

С развитием медицины и общества врач сталкивается с растущим разнообразием задач, требующих не только технической компетентности, но и психологической гибкости, способности к саморазвитию, осознанию ценностей и интеграции различных аспектов опыта. Традиционные концепции коммуникативной компетентности не отвечают современным требованиям, потому что:

1. *Они линейны и статичны.* Традиционные подходы предлагают модель компетентности как нечто, что можно однажды освоить и применять, не рассматривая развитие врача в процессе профессиональной деятельности.

2. *Не учитывают динамическую природу взаимодействия.* Врачи работают с разными людьми в различных ситуациях, и способность к гибкости в общении должна быть не просто набором навыков, а результатом постоянного саморазвития и рефлексии.

3. *Игнорируют многомерность личности.* Врач — это не только специалист, но и человек, чья профессиональная деятельность тесно связана с его ценностными установками, жизненными смыслами и отношениями с миром, что традиционные модели часто упускают.

Системно-антропологический подход предлагает более целостное и динамическое понимание коммуникативной компетентности. Согласно данному подходу, человек, включая врача, является открытой системой, которая взаимодействует с окружающим миром, перестраивается и саморазвивается на основе этих взаимодействий. Основные положения системно-антропологического подхода, которые могут решить проблемы традиционных подходов, включают:

1. *Человек как многомерная система.* Врач не существует только в рамках профессиональной роли — он личность, взаимодействующая с миром на

уровне смыслов, ценностей и эмоций. Коммуникативная компетентность в рамках системно-антропологического подхода — это не просто навыки общения, а способность осознавать и интегрировать различные измерения жизни: профессиональное, личностное, эмоциональное, когнитивное и социальное. Она развивается через жизненный опыт, обучение и взаимодействие с другими [71, С. 146-151].

2. *Коммуникативная компетентность как динамическое саморазвитие.* Системно-антропологический подход предполагает, что врач не только применяет уже существующие навыки, но и постоянно адаптируется к новым ситуациям, развивает свою способность взаимодействовать через процесс самоорганизации. Это соответствует идее, что каждый пациент и каждая ситуация уникальны, и компетентный врач должен быть готов изменять свои коммуникативные стратегии в зависимости от контекста [72, С. 333-336].

3. *Ценностно-смысловая основа коммуникации.* В системно-антропологическом подходе особое внимание уделяется тому, как врач придает смысл своей работе и взаимодействию с пациентами. Это не просто передача информации, а глубокое взаимодействие, основанное на понимании ценностей, потребностей и смыслов, как своих, так и пациента. Таким образом, коммуникативная компетентность включает способность понимать пациента как целостную личность, а не только как носителя симптомов [75, С. 9-20].

4. *Хронологическая организация жизни.* Системно-антропологический подход подчеркивает значимость времени и пространства в формировании личности. Это значит, что развитие коммуникативной компетентности врача невозможно без учета его прошлого опыта, текущей ситуации и планов на будущее. Процесс обучения должен рассматривать коммуникацию не как нечто фиксированное, а как неразрывно связанное с личностным развитием и профессиональным ростом [70, С. 148-154; 88, С. 98-103].

Системно-антропологический подход позволяет по-новому взглянуть на коммуникативную компетентность будущих врачей, рассматривая её как динамический процесс, включающий многомерные аспекты личности, которые

постоянно развиваются в ходе профессиональной деятельности. Опираясь на системно-антропологический подход, можно говорить о том, что коммуникативная компетентность — это не просто совокупность навыков, а интеграция личностного и профессионального развития, способствующая лучшему взаимодействию с пациентами, коллегами и обществом.

Компоненты коммуникативной компетентности будущих врачей согласно системно-антропологическому подходу можно выделить на основе ключевых аспектов личности, рассматриваемой как многомерная, саморазвивающаяся система. В этом подходе коммуникативная компетентность будущих врачей включает следующие основные компоненты:

1. *Когнитивный компонент* отражает способность личности врача как саморазвивающейся системы адаптироваться к постоянно меняющейся среде путём усвоения новых знаний и осмысления информации. Данный компонент включает в себя знания, необходимые для эффективного общения в медицинской практике: *профессиональные знания* — понимание правил взаимодействия, навыков адаптации медицинской информации для пациентов; *знания психологии общения* — понимание психологических особенностей пациентов, культурных и социальных факторов, влияющих на восприятие.

2. *Эмоциональный компонент*. Эмоции и смыслы играют ключевую роль в самоорганизации личности и напрямую связаны с эффективностью профессионального взаимодействия врача и пациента. Врач должен не только осознавать собственные эмоции, но и использовать их как ресурс адаптации к коммуникативной ситуации. Данный компонент включает в себя: *эмпатию* — умение распознавать и принимать эмоциональные состояния пациентов; *эмоциональную регуляцию* — способность управлять собственными эмоциями, особенно в условиях стресса; *эмоциональную отзывчивость* — готовность откликаться на эмоциональные потребности пациента, поддерживать его морально.

Следует отметить, что современное понимание эмпатии выходит за рамки простого эмоционального отклика. В системно-антропологической модели эмпатии, предложенной О.В. Лукьяновым и соавторами, эмпатия рассматривается

как динамическое основание восприятия другого, включающее последовательные фазы взаимодействия. Такая трактовка показывает, что эмпатия выступает не только проявлением чувств, но и механизмом согласования смыслов и эмоциональных состояний участников общения, обеспечивая устойчивость коммуникативной системы [90, С. 139-142].

3. *Мотивационный компонент* является движущей силой развития личности в рамках системно-антропологического подхода. Врач как самоорганизующаяся система мотивирован на взаимодействие с пациентами и на постоянное развитие своих профессиональных и личностных качеств. Данный компонент включает в себя: *профессионально-нравственные мотивы* — стремление врача выполнять свой долг и понимать ценность качественного общения для здоровья пациента; *мотивацию к сотрудничеству* — ориентация на командную работу и желание решать задачи совместными усилиями, что важно в медицинской практике.

4. *Поведенческий компонент* рассматривается как результат взаимодействия когнитивных, эмоциональных и мотивационных процессов. Врач адаптирует своё поведение в зависимости от ситуации, используя полученные знания, эмоции и ценности для выбора правильных стратегий общения. Поведенческий компонент отражает способность к практическому применению коммуникативных навыков: *навыки вербальной коммуникации* — умение передавать информацию логично и доступно для пациента, корректно использовать медицинскую терминологию; *навыки невербальной коммуникации* — умение использовать жесты, мимику и зрительный контакт для укрепления доверия; *навыки активного слушания* — способность внимательного восприятия пациента, поддержания диалога и проявления интереса.

5. *Рефлексивный компонент* — это ключевой механизм самоорганизации в системно-антропологическом подходе. Данный компонент позволяет врачу анализировать свои действия и корректировать их для эффективного взаимодействия в будущем. Врач через рефлекссию улучшает не только свои навыки, но и свою личностную структуру. В данный компонент входит: *рефлексия* — способность анализировать свои коммуникативные действия, выявлять ошибки

и учиться на них; *саморегуляция* — умение контролировать свое поведение и изменять его в зависимости от обратной связи, полученной от пациентов и коллег.

6. *Ценностно-смысловой компонент* — этот компонент является фундаментальным с точки зрения системно-антропологического подхода, поскольку ценности и смыслы формируют основу личностного развития и взаимодействия с миром. Для будущего врача это означает необходимость осознавать собственные ценности и соотносить их с профессиональной деятельностью, обеспечивая глубокое, осмысленное взаимодействие с пациентами. В данный компонент входят: *моральная ответственность* — понимание врачом своей ответственности за здоровье и жизнь пациента; *гуманизм* — уважительное отношение к личности пациента и признание его потребностей как основы доверительного взаимодействия.

Исследования М.С. Яницкого показывают, что ценностно-смысловая сфера является системообразующим фактором в развитии личности. В его структурно-динамической модели ценностные ориентации представлены как уровни — адаптивный, социализирующий и индивидуализирующий, каждый из которых задаёт характер взаимодействия человека с другими [168, С. 194-206]. Кроме того, в более поздних работах обосновывается, что именно ценностно-смысловые компоненты формируют ядро ресурсного потенциала личности, обеспечивая устойчивость, мотивацию и готовность к эффективному профессиональному общению [169, С. 21-27]. Для будущего врача это означает, что устойчивость и глубина профессионального общения напрямую зависят от его ценностных ориентаций и способности соотносить их с гуманистической миссией медицины.

Каждый компонент коммуникативной компетентности будущих врачей в системно-антропологическом подходе не существует изолированно, а взаимодействует с другими, формируя целостную систему. Личность будущего врача как саморазвивающаяся и самоорганизующаяся система постоянно адаптируется, обучается и развивает свои навыки. Это означает, что будущий врач не просто применяет существующие знания и стратегии общения, а динамически

изменяет их в зависимости от контекста, пациента и ситуации, опираясь на ценностно-смысловые ориентиры и глубокие личностные мотивы.

Таким образом, в рамках системно-антропологического подхода *коммуникативная компетентность будущих врачей* рассматривается как многокомпонентное и динамичное образование, обеспечивающее готовность и способность к эффективному профессиональному взаимодействию с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Структурная модель коммуникативной компетентности будущих врачей

Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей рассматривается как динамический процесс, основанный на профессиональных и личностных ценностях, а также на стремлении к осмыслению и гармонизации взаимодействия с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса.

Опираясь на определение, выделенные компоненты и их содержания, можно описать критерии и уровни, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Критерии и показатели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

Когнитивный компонент					
Критерии	Минимальный уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Продвинутый уровень
Знание психологии общения, способы адаптировать информацию, психологических и поведенческих особенностей людей в различных состояниях и ситуациях	Не владеет необходимыми профессиональными знаниями или не способен применить их в общении с пациентом; не понимает психологии общения и психологических, поведенческих особенностей людей в различных состояниях и ситуациях	Испытывает значительные трудности при объяснении медицинских терминов пациентам; не умеет учитывать психологические особенности пациентов	Владеет базовыми знаниями, однако испытывает сложности с адаптацией информации под разные категории пациентов и не всегда учитывает психоэмоциональное состояние пациента	Адекватно передает информацию, умеет адаптировать сложные медицинские термины для пациента, применяет знания психологии общения	Легко адаптирует любую информацию для различных типов пациентов, эффективно применяет знания психологии общения
Эмоциональный компонент					
Критерии	Минимальный уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Продвинутый уровень
Способность проявлять эмпатию, управлять эмоциями и поддерживать пациента	Не проявляет эмпатию, не способен распознавать или учитывать эмоциональные состояния пациента, не управляет своими эмоциями	Эмпатия проявляется эпизодически, может неправильно реагировать на эмоции пациента или не контролировать свои эмоции в стрессовых ситуациях	Способен проявлять эмпатию, но она не всегда устойчива; эмоциональная регуляция возможна, но поддается стрессу	Демонстрирует устойчивую эмпатию, способен управлять своими эмоциями и поддерживать пациента даже в сложных эмоциональных	Уверенно управляет своими эмоциями в любых стрессовых ситуациях, глубоко понимает эмоциональные состояния пациента, проявляет эмпатию постоянно и эффективно

Продолжение таблицы 1

Мотивационный компонент					
Критерии	Минимальный уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Продвинутый уровень
Стремление к выполнению профессиональных обязанностей, мотивация к сотрудничеству и саморазвитию	Практически отсутствует мотивация к профессиональному взаимодействию, не заинтересован в улучшении коммуникации	Испытывает трудности в мотивации к сотрудничеству, выполняет обязательства без особого стремления к качественному взаимодействию с пациентами и коллегами	Мотивирован к профессиональному взаимодействию, но инициатива часто отсутствует; требуется внешнее подталкивание к саморазвитию	Демонстрирует активное стремление к улучшению коммуникации и профессиональному сотрудничеству, активно работает над саморазвитием	Проявляет высокую внутреннюю мотивацию, активно инициирует профессиональные взаимодействия и сотрудничество, ориентирован на постоянное совершенствование
Поведенческий компонент					
Критерии	Минимальный уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Продвинутый уровень
Владение вербальными и невербальными навыками общения, навыки активного слушания, навыками структурирования консультации	Не умеет четко передавать информацию, допускает ошибки в вербальном и невербальном общении, не проявляет активного слушания	Может передавать информацию, но делает это нечетко, неструктурировано; невербальные сигналы не соответствуют ситуации, активное слушание минимально	В целом способен верно передать информацию, но испытывает трудности с логичностью и доступностью; невербальные навыки неустойчивы, активное слушание частично присутствует	Хорошо использует вербальные и невербальные навыки, демонстрирует активное слушание, корректно передает информацию и поддерживает контакт с пациентом	Уверенно владеет вербальными и невербальными средствами общения, демонстрирует отличное активное слушание, четко и доступно передает информацию, эффективно адаптируясь к пациенту

Окончание таблицы 1

Рефлексивный компонент					
Критерии	Минимальный уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Продвинутый уровень
Способность к самоанализу и коррекции поведения на основе обратной связи	Не осознает свои ошибки в общении, не способен к рефлексии или саморегуляции	Частично осознает ошибки, но не всегда способен скорректировать своё поведение на основе обратной связи	Понимает свои ошибки, но может не всегда адекватно реагировать на обратную связь; рефлексия и саморегуляция развиты слабо	Активно анализирует свои действия, готов принимать критику и исправлять ошибки на основе полученной обратной связи	Уверенно анализирует своё поведение, успешно применяет рефлексия и корректирует действия для постоянного улучшения коммуникативных навыков
Ценностно-смысловой компонент					
Критерии	Минимальный уровень	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень	Продвинутый уровень
Осознание моральной ответственности, гуманное отношение к пациентам	Не осознает моральной ответственности, не проявляет уважения к пациентам, игнорирует гуманистические ценности	Осознает моральную ответственность, но не всегда действует в соответствии с ней; проявление гуманизма носит эпизодический характер	Осознает моральную ответственность и действует в её рамках, однако иногда проявляет недостаточное уважение к пациентам или не всегда учитывает их потребности	Осознает и принимает свою моральную ответственность, проявляет уважительное отношение к пациентам и демонстрирует гуманизм в общении	Глубоко осознает свою моральную ответственность, постоянно демонстрирует гуманное и уважительное отношение к пациентам, действует в соответствии с высшими профессиональными и этическими стандартами

Выделенные критерии позволили выделить пять уровней сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей:

1. Минимальный уровень (компетенция практически отсутствует)

На этом уровне у студента практически отсутствует сформированная коммуникативная компетентность. Он испытывает значительные трудности в общении, не проявляет эмпатии и не способен эффективно взаимодействовать с пациентами и коллегами. Когнитивный компонент: не владеет базовыми терминами и знаниями в области психологии общения. Эмоциональный компонент: не распознает эмоции пациентов и не управляет своими эмоциями. Мотивационный компонент: отсутствует мотивация к профессиональному общению, сотрудничеству и саморазвитию. Поведенческий компонент: невербальные и вербальные навыки отсутствуют или слабо развиты, информация передается неструктурированно. Рефлексивный компонент: нет осознания ошибок в общении, неспособность к рефлексии. Ценностно-смысловой компонент: не осознает своей моральной ответственности перед пациентами, отсутствует гуманистический подход.

2. Низкий уровень (начальные проявления компетенции, однако наблюдаются значительные проблемы в применении навыков)

На этом уровне студент демонстрирует начальные проявления коммуникативных навыков, но они недостаточны для эффективного взаимодействия. Сохраняются значительные трудности с применением компетенций, особенно в сложных или стрессовых ситуациях. Когнитивный компонент: имеет базовые знания, но не умеет адаптировать информацию под пациентов. Эмоциональный компонент: способен к эмпатии, но не может её стабильно проявлять, эмоциональная регуляция неустойчива. Мотивационный компонент: проявляет слабую мотивацию к сотрудничеству, иногда действует из обязательства, а не внутреннего желания. Поведенческий компонент: информация передается с затруднениями, невербальные сигналы неустойчивы. Рефлексивный компонент: осознает ошибки, но редко корректирует поведение. Ценностно-

смысловой компонент: понимает моральную ответственность, но не всегда действует в соответствии с ней.

3. Средний уровень (базовые навыки сформированы, но требуют доработки; недостаточная устойчивость в стрессовых ситуациях)

Студент демонстрирует базовые навыки коммуникации, однако они требуют доработки. Навыки развиты, но могут не проявляться в сложных ситуациях или при высоком стрессе. Требуется работа над устойчивостью. Когнитивный компонент: имеет необходимые знания, но не всегда может адаптировать их к разным пациентам. Эмоциональный компонент: способен к эмпатии, но подвержен стрессу, что снижает качество эмоционального взаимодействия. Мотивационный компонент: мотивация присутствует, но проявляется нестабильно, зависит от ситуации. Поведенческий компонент: способен применять коммуникативные навыки, но не всегда уверенно, особенно в невербальном общении. Рефлексивный компонент: анализирует свои действия, но корректировка поведения носит фрагментарный характер. Ценностно-смысловой компонент: осознает значимость ценностей, но не всегда применяет их в сложных ситуациях.

4. Высокий уровень (сформированы ключевые компетенции, студент демонстрирует устойчивость в общении и в целом применяет навыки эффективно)

Студент демонстрирует развитые коммуникативные компетенции, умеет эффективно взаимодействовать с пациентами и коллегами. Большинство навыков сформированы, и студент проявляет их стабильно, даже в сложных ситуациях. Когнитивный компонент: уверенно владеет знаниями и умеет адаптировать их под разные ситуации. Эмоциональный компонент: умеет распознавать и учитывать эмоциональные состояния пациентов, управляет своими эмоциями. Мотивационный компонент: имеет мотивацию к профессиональному развитию и сотрудничеству, активно взаимодействует с коллегами. Поведенческий компонент: уверенно использует вербальные и невербальные средства общения, демонстрирует навыки активного слушания. Рефлексивный компонент: анализирует своё поведение, принимает обратную связь и успешно корректирует

действия. Ценностно-смысловой компонент: применяет профессиональные и этические ценности, демонстрирует моральную ответственность в общении с пациентами.

5. Продвинутый уровень (компетенции развиты на высоком уровне, студент демонстрирует уверенное владение навыками в различных ситуациях и способен эффективно адаптироваться)

Студент демонстрирует высокоразвитую коммуникативную компетентность. Уверенно и гибко применяет навыки в различных ситуациях, легко адаптируется к изменяющимся условиям. Навыки используются на интуитивном уровне. Когнитивный компонент: владеет глубокими знаниями и легко адаптирует информацию к любому пациенту. Эмоциональный компонент: постоянно проявляет эмпатию, эффективно управляет своими эмоциями в любых ситуациях. Мотивационный компонент: высокая внутренняя мотивация к постоянному развитию и взаимодействию, нацеленность на профессиональные результаты. Поведенческий компонент: уверенно использует как вербальные, так и невербальные навыки, легко адаптируется к новым ситуациям. Рефлексивный компонент: глубокая рефлексия, быстрая и эффективная саморегуляция на основе обратной связи. Ценностно-смысловой компонент: высокая моральная ответственность, ориентированность на гуманизм и уважение в каждом взаимодействии.

Таким образом, коммуникативная компетентность будущих врачей является многомерным понятием, которое включает когнитивный, эмоциональный, мотивационный, поведенческий, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты. Она играет ключевую роль в профессиональной деятельности врача, способствуя качественному взаимодействию с пациентами и коллегами.

Анализ различных подходов к понятию «коммуникативная компетентность» показал его динамическую природу, тесно связанную с саморазвитием личности. Системно-антропологический подход, рассматривающий личность как саморазвивающуюся систему, наиболее полно отражает современные требования к будущим врачам.

Традиционные подходы к пониманию коммуникативной компетентности имеют ограничения, так как они часто рассматривают её как набор статичных навыков. В современных условиях требуется более гибкий и многомерный подход, учитывающий личностные особенности врача, его опыт и эмоциональные аспекты взаимодействия.

Опираясь на системно-антропологический подход, коммуникативную компетентность будущих врачей можно рассматривать как динамическую систему, включающую когнитивный, эмоциональный, мотивационный, поведенческий, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты, которые находятся во взаимосвязи и обеспечивают способность будущего врача к профессионально-значимому и этически выверенному взаимодействию с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса в условиях постоянно меняющейся социальной и клинической среды.

1.3. Теоретическая модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

Анализ современных исследований показывает, что проблема формирования коммуникативной компетентности будущих врачей продолжает оставаться актуальной как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Ряд авторов подчёркивают необходимость повышения качества коммуникативной подготовки студентов медицинских вузов, акцентируя внимание на разрыве между потребностями клинической практики и содержанием образовательных программ [192]. Так, Т.В. Герасимова и Т.Н. Скабелкина указывают на фрагментарный характер подготовки, отсутствие системности и недостаточное внимание к развитию профессионально значимых коммуникативных навыков в учебных планах медицинских вузов [40].

Ряд исследований посвящён структуре и содержанию самой коммуникативной компетентности, рассматривают её как сложное, многокомпонентное образование, требующее целенаправленного педагогического

сопровождения в ходе обучения и интеграции коммуникативных навыков в учебный процесс через активные формы [49, С. 227-231; 93, С. 334-337; 113, С. 285-290; 166, С. 61-67]. С позиции практико-ориентированной подготовки подчеркивается необходимость включения технологии клинического общения как неотъемлемого компонента профессионального становления врача [51]. Также в некоторых исследованиях подчеркивается необходимость ранней диагностики уровня коммуникативной компетентности студентов для построения индивидуальной траектории развития [80, С. 265-272; 186]. В этом контексте подход О.М. Краснорядцевой показывает, что психолого-образовательное сопровождение является необходимым условием преобразования личностного потенциала и ресурсов образовательной среды в средства самосозидания и формирования социально-значимых компетенций будущего специалиста [81, С. 165-168].

Отдельного внимания заслуживает исследование образа пациента как фактора, влияющего на развитие коммуникативной компетентности. Н.В. Самойленко и Е.В. Дьяченко рассматривают этот феномен как часть когнитивной и ценностной структуры образа мира студентов, формируемого в ходе профессионального обучения [118, С. 122-138].

Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей требует комплексного подхода, который охватывает не только профессиональные знания и навыки, но и личностные характеристики обучающегося. На сегодняшний день в педагогике и психологии выделяется несколько ключевых методологических подходов, которые могут служить теоретической основой для моделирования процесса формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Каждый из них делает акцент на определённых аспектах подготовки, а в совокупности они позволяют выстроить целостную, многокомпонентную теоретическую модель процесса формирования.

Впервые в исследовании формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в качестве методологической основы применяется системно-антропологический подход. Это направление теоретического анализа позволяет

значительно расширить традиционные рамки, принятые в классических психолого-педагогических моделях, и дополнить их глубинным пониманием внутренних процессов самоорганизации и личностного развития будущих врачей.

Вместе с тем, для построения целостной модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей необходимо учесть и классические психолого-педагогические подходы, уже зарекомендовавшие себя в образовательной практике. Наиболее значимыми среди них являются системный, деятельностный и компетентностный подходы.

Системный подход рассматривает профессиональное развитие как многоуровневый процесс, в рамках которого коммуникативная компетентность является одной из важных составляющих. В основе системного подхода лежит идея о том, что любой объект (в данном случае — личность будущего врача) можно рассматривать как сложную, целостную систему, состоящую из взаимосвязанных компонентов [130, С. 53-68]. Применительно к коммуникативной компетентности это означает, что навыки общения будущих врачей формируются в результате взаимодействия когнитивного, эмоционального, поведенческого, мотивационного, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов, которые объединяются в единую систему.

В психологии системный подход рассматривает человека как сложную систему, где индивид, личность и субъект деятельности связаны между собой. Это позволяет глубже анализировать психические процессы и их связь с внешней средой [67, С. 17-24]. Работы как западных, так и советских психологов, таких как W. Kintsch, С.Л. Рубинштейн и В.Н. Мясищев, показывают важность целостного анализа личности, её когнитивных и аффективных компонентов [102; 115; 183, Р. 23].

В педагогике системный подход помогает интегрировать различные аспекты образовательного процесса в единую систему, обеспечивая взаимосвязанность всех компонентов, от целей до методов обучения [60, С. 13-23]. Это особенно важно для подготовки будущих врачей, где необходимо учитывать как теоретические знания, так и практические навыки.

Одним из главных преимуществ системного подхода является его способность объединять разнородные задачи, учитывая взаимодействие всех факторов. В.Г. Афанасьев подчёркивает значимость взаимосвязи компонентов системы с внешней средой, что особенно важно при обучении будущих врачей [7]. В работах В.П. Беспалько подчёркивается необходимость интеграции теории и практики, а также учета внешней среды при формировании компетенций [13].

Системный подход также акцентирует внимание на необходимости учитывать как внутренние, так и внешние факторы, влияющие на формирование компетентности. Это особенно важно в медицинской практике, где внешняя среда — взаимодействие с пациентами, коллегами и ситуациями неопределенности — играет важную роль в развитии навыков. Данный подход позволяет интегрировать теоретические и практические элементы обучения в единую образовательную модель, что способствует целостному пониманию роли коммуникации в профессиональной деятельности врача.

Деятельностный подход предполагает, что знания и навыки лучше усваиваются в процессе реальной деятельности, тесно связанной с будущей профессией. Поэтому при формировании коммуникативной компетентности будущих врачей важно, чтобы обучение было интегрировано с реальной клинической практикой. Это способствует более эффективному усвоению навыков общения, так как позволяет студентам применять теоретические знания в профессиональных ситуациях. Исследования С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева и Л.В. Занкова подтверждают, что процесс обучения должен быть тесно связан с деятельностью, позволяющей формировать личностные и профессиональные компетенции.

С.Л. Рубинштейн акцентировал внимание на взаимосвязи между действиями, операциями и движениями в структуре деятельности. Он утверждал, что каждое действие направлено на достижение цели и определяется мотивами, как осознанными, так и неосознанными [114]. В подготовке будущих врачей это понимание помогает исследовать, как разные мотивы (например, желание помочь пациенту, профессиональные обязательства, этические нормы) влияют на их

коммуникативные стратегии и поведение. Врачам важно устанавливать доверие, мотивировать пациента на лечение и эффективно объяснять диагноз. Анализ того, как врачи решают такие задачи в условиях давления и неопределённости, помогает разработать эффективные методы обучения.

А.Н. Леонтьев утверждал, что личность формируется через активную деятельность, а процесс обучения должен быть интегрирован с решением реальных профессиональных задач [86]. Для будущих врачей это означает, что их коммуникативная компетентность развивается не только через теоретические знания, но и через взаимодействие с пациентами и коллегами на практике. Формирование этих навыков требует погружения в профессиональную среду и решение конкретных клинических ситуаций.

Л.В. Занков предложил систему обучения, ориентированную на развитие познавательной активности и самостоятельности обучающихся. В контексте коммуникативной компетентности это означает, что обучение должно направлять студентов на развитие способности к самостоятельному решению профессиональных задач, таких как эффективное взаимодействие с пациентами и коллегами [52]. Это требует развития у студентов инициативы и ответственности за принятие решений в медицинской практике, что является ключевым аспектом формирования компетентных врачей.

Этот подход также акцентирует внимание на том, что мотивация студентов формируется через осознание важности своей деятельности и её влияния на результаты лечения. Для будущих врачей это означает, что эффективное взаимодействие с пациентами может стать одной из ключевых мотиваций для профессионального роста. Процесс обучения должен включать отработку практических сценариев (например, через метод «Case-study» и взаимодействие со «Стандартизированным пациентом»), что позволит студентам выработать устойчивые коммуникативные стратегии.

Компетентностный подход акцентирует внимание на конкретных результатах обучения, выраженных в форме компетенций. А.В. Хуторской является одним из ведущих исследователей компетентностного подхода и

утверждает, что ключевым аспектом этого подхода является ориентация на конечный результат — сформированную компетенцию, которая должна быть проверяемой и оцениваемой [154]. В контексте формирования коммуникативной компетентности будущих врачей это означает, что необходимо не только обучать теории, но и оценивать способность студентов применять полученные знания на практике.

И.А. Зимняя подчеркивает важность комплексного подхода к развитию компетенций, включая коммуникативные. Она утверждает, что подготовка специалистов должна включать в себя не только обучение навыкам, но и формирование ценностных ориентиров, которые помогут им эффективно применять свои знания в профессиональной деятельности [55].

Э.Ф. Зеер исследует компетентностный подход в контексте профессионального образования, акцентируя внимание на необходимости интеграции теории и практики [53]. Опираясь на данный подход, в формирование коммуникативной компетентности будущих врачей говорит о необходимости формировать не только через академическое обучение, но и через практическую деятельность, включая стажировки и симуляционные тренинги.

Ю.Г. Татур акцентирует внимание на важности междисциплинарного подхода в развитии компетенций [132]. Опираясь на данное утверждение, при формировании коммуникативной компетентности будущих врачей необходимо учитывать не только медицинские знания, но и социальные, психологические и этические аспекты.

Системно-антропологический подход, разработанный В.Е. Ключко, впервые адаптирован в настоящем исследовании для анализа и конструирования процесса формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. В отличие от классических подходов, он рассматривает личность обучающегося не как «принимающего знания», а как саморазвивающуюся, рефлексивную и ценностно-ориентированную систему. Согласно системно-антропологическому подходу, человек — это многомерная, саморазвивающаяся система, которая постоянно взаимодействует с окружающей средой [74, С. 10-23; 91, С. 18-23]. Для будущих

врачей это означает, что их коммуникативная компетентность формируется не только через усвоение навыков, но и через взаимодействие с пациентами, коллегами и контекстом медицинской практики. Данный подход помогает учитывать ценностно-смысловые ориентации и внутреннюю мотивацию студентов, что делает их профессиональное развитие более гибким и динамичным.

Системно-антропологический подход позволяет взглянуть на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей через призму личностного становления, где ключевыми механизмами выступают рефлексия, внутренняя мотивация, ценностные смыслы и способность к адаптации в сложных коммуникативных ситуациях. Коммуникативная компетентность в таком контексте — это не только набор навыков, но и выражение профессиональной идентичности будущего врача. Они не просто осваивают определенные коммуникативные стратегии, но и адаптируют их под конкретные ситуации, осознавая внутренние процессы, такие как эмоции, мотивация и ценности. Это способствует более глубокому пониманию роли врача как не только профессионала, но и личности, способной к гибкому взаимодействию и саморазвитию.

Для разработки теоретической модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей необходимо учитывать теоретико-методологические основы, которые определяют целостность и логику образовательного процесса. Применение различных подходов (системно-антропологического, системного, деятельностного и компетентностного) позволяет сформировать структурированное видение, интегрирующее как теоретические знания, так и практические навыки.

Каждый из подходов задаёт свою перспективу в формировании коммуникативной компетентности:

— *Системно-антропологический подход* добавляет глубину, позволяя рассматривать личностное развитие студентов через призму самоорганизации, рефлексии и ценностных ориентиров, подчёркивает значимость ценностно-

смысловой направленности и способности будущего врача адаптироваться к различным коммуникативным ситуациям.

– *Системный подход* обеспечивает целостное восприятие коммуникативной компетентности будущих врачей как единой системы, где все компоненты (когнитивный, эмоциональный, мотивационный, поведенческий, рефлексивный и ценностно-смысловой) взаимосвязаны.

– *Деятельностный подход* акцентирует внимание на практическом характере подготовки будущих врачей, подчёркивая необходимость обучения через выполнение профессиональных действий.

– *Компетентностный подход* ориентирован на формирование конкретных результатов обучения, выраженных в освоении ключевых компетенций, включая коммуникативные.

На основе этих подходов выделены ключевые принципы формирования, которые направляют содержание и методы обучения. Для их практической реализации сформулированы психолого-педагогические условия, способствующие успешному развитию коммуникативной компетентности будущих врачей. Эти аспекты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Подходы, принципы и психолого-педагогические условия формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

№	Подход	Принципы формирования	Психолого-педагогические условия
1.	Системный подход	Принцип системности: все элементы обучения (цели, содержание, формы, методы, средства) взаимосвязаны и направлены на достижение единого результата — сформированности коммуникативной компетентности.	Построение курса как целостной системы, в которой все элементы взаимосвязаны и дополняют друг друга
2.	Деятельностный подход	Принцип обучения через действия: знания и навыки формируются через практическую деятельность, приближенную к реальным профессиональным условиям.	Использование активных методов обучения, таких как ролевые игры, моделирование клинических ситуаций, технология «Case-study», технология «стандартизированный пациент», тренинги, позволяющие отработать коммуникативные навыки в условиях, максимально приближенных к реальной медицинской практике.

Окончание таблицы 2

№	Подход	Принципы формирования	Психолого-педагогические условия
3.	Компетентностный подход	Принцип обучения через опыт: успешное усвоение знаний достигается через интеграцию жизненного и профессионального опыта студентов с новыми знаниями.	Интеграция профессионального и личного опыта студентов в образовательный процесс через анализ кейсов, работу в малых группах, обсуждение трудных ситуаций из практики.
4.	Системно-антропологический подход	Принцип рефлексивного обучения: акцент на осознании студентами своих действий, эмоций, мотивации, ошибок и успехов для их дальнейшего саморазвития и совершенствования профессиональной деятельности.	Использование рефлексивного дневника курса: фиксирование изменений в навыках, самооценка и анализ собственной деятельности.
		Принцип ценностно-смысловой направленности: формирование профессиональных и личностных ценностей, таких как гуманизм, эмпатия, профессиональная этика.	Включение в обучение этически значимых коммуникативных ситуаций, связанных с доверием, эмпатией, уважением к пациенту, сообщением плохих новостей, принятием решений и соблюдением этических норм.

Представленные подходы задают концептуальные рамки для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Выделенные принципы базируются на теоретических положениях каждого подхода и отражают ключевые направления образовательного процесса. Психолого-педагогические условия обеспечивают практическую реализацию принципов через конкретные методы и технологии обучения.

Каждый из подходов вносит вклад в целостное понимание образовательного процесса, а принципы формирования и психолого-педагогические условия их реализации обеспечивают структурированность и последовательность процесса подготовки.

Принцип системности позволяет связать все этапы формирования компетентности в единую структуру, обеспечивая согласованность теоретического и практического обучения. Принцип рефлексивного обучения стимулирует студентов к осмыслению своего опыта и постоянному самосовершенствованию. Обучение через действия и профессиональный опыт усиливает практическую

направленность образовательного процесса, а акцент на ценностно-смысловую направленность и рефлексивного обучения помогает формировать профессиональную этику и гуманистический подход в общении с пациентами.

Психолого-педагогические условия, такие как интеграция профессионального и личного опыта студентов в образовательный процесс, использование активных методов обучения, таких как ролевые игры, моделирование клинических ситуаций, технология «Case-study», технология «Стандартизированный пациент», тренинги, обеспечивают практическую направленность процесса обучения. Использование рефлексивного дневника курса позволит каждому студенту отслеживать свой личный прогресс.

Включение в обучение этически значимых коммуникативных ситуаций позволит студентам осмыслить нравственные аспекты врачебной профессии, развивать эмпатию, способность к этическому выбору и гуманистическую направленность общения, а также формировать устойчивую ценностную позицию, необходимую для эффективного взаимодействия с пациентами в сложных клинических ситуациях.

В теоретической модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей выделены пять взаимосвязанных блоков (диагностический, теоретический, ситуативного обучения, отработки профессиональных навыков, рефлексивный), реализация которых представляет собой этапы процесса формирования данной компетентности.

Диагностический блок представляет собой оценку исходного уровня коммуникативной компетентности будущих врачей. Данный блок позволяет определить сильные и слабые стороны, что необходимо для разработки индивидуальных образовательных траекторий. Это помогает адаптировать обучение к потребностям каждого студента и более эффективно направлять их развитие.

Теоретический блок включает изучение теоретических основ коммуникации, таких как техники активного слушания, вербальные и невербальные средства коммуникации, деловое общение, поведение людей в разных эмоциональных

состояниях, стратегии разрешения конфликтов и др. Практическая часть этого блока заключается в формировании определенных коммуникативных навыков с помощью тренинговых упражнений. Этот блок закладывает фундаментальные знания о теории коммуникации и помогает будущим врачам понять важность эффективного общения в медицинской практике. Знание теории необходимо для осознания принципов и правил, которые лежат в основе профессионального взаимодействия с пациентами.

Блок ситуативного обучения предполагает закрепление теоретических знаний в рамках решения кейсов и участия в ролевых играх, что позволит будущим врачам научиться применять теорию на практике. Кейсы могут моделировать различные сценарии, требующие анализа взаимодействия с пациентом, их родственниками и коллегами. Это позволяет рассмотреть разные коммуникативные стратегии и научиться выбирать оптимальные. В рамках кейсов также может быть предложено разработать план лечения и объяснить его пациенту. Это способствует развитию навыков ясного и понятного объяснения медицинской информации, что важно для установления доверительных отношений с пациентами и обеспечения их соблюдения рекомендованных медицинских предписаний. Решение кейсов, особенно тех, которые включают эмоционально насыщенные ситуации, помогает студентам развивать эмпатию. Это позволит будущим врачам лучше понимать чувства и переживания пациентов, что важно для создания благоприятной атмосферы доверия и поддержки. Также предоставление кейсов для работы в команде будет способствовать развитию навыков профессиональной коммуникации, аргументации своих действий и объяснения их коллегам. Умение эффективно общаться с коллегами важно для координации усилий и обеспечения высокого качества ухода за пациентами.

Блок отработки профессиональных навыков включает систематическую и целенаправленную работу над конкретными коммуникативными навыками, такими как ведение медицинского интервью, объяснение диагноза и плана лечения, активное слушание, работа со сложными пациентами (конфликтными, выражающих пассивную агрессию, «Гугл-пациентами» и др.). Здесь активно

используется технология «Стандартизированный пациент». Отработка навыков позволяет студентам многократно повторять и улучшать свои коммуникативные умения, что способствует их автоматизации. Это особенно важно для создания уверенности и уменьшения стрессовых ситуаций при взаимодействии с пациентами.

Рефлексивный блок включает анализ и оценку собственного опыта и результатов обучения. Будущие врачи участвуют в групповых обсуждениях, получают обратную связь от преподавателей и занимаются самоанализом. Данный блок помогает будущим врачам критически оценивать свои коммуникативные навыки и осознавать области, требующие улучшения. Рефлексия способствует развитию профессионального мышления и способности к саморазвитию, что необходимо для постоянного совершенствования в медицинской практике.

Каждый из этих блоков обеспечивает всестороннее и последовательное формирование коммуникативной компетентности будущих врачей для успешной реализации в практике (Рисунок 2).

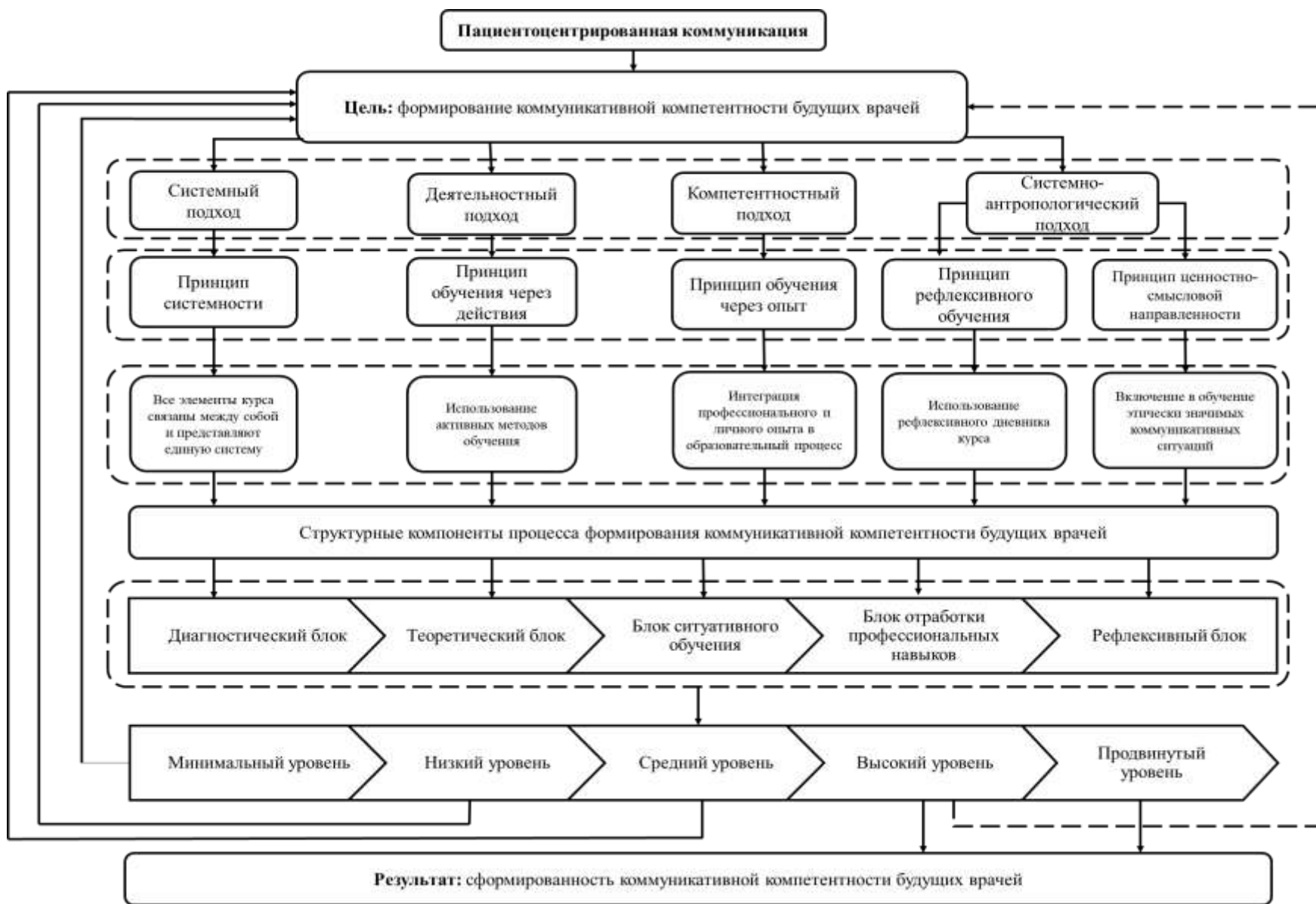


Рисунок 2 – Модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

Таким образом, выделенные подходы, принципы и психолого-педагогические условия подчеркивают необходимость интеграции теоретических основ и практических методов, а также создания благоприятной образовательной среды для формирования ключевых компонентов коммуникативной компетентности будущих врачей. Включение системно-антропологического подхода в теоретико-методологическую основу исследования является новым направлением, расширяющим возможности анализа и проектирования образовательных программ. Он позволяет разработать модель, в которой коммуникация рассматривается не только как профессиональное действие, но и как гуманистически окрашенное взаимодействие, отражающее внутренние ценности личности врача. Эти аспекты составляют основу для построения целостной модели, способной эффективно удовлетворять современные требования медицинского образования.

Выводы по 1 главе

Подводя итог изучению современного состояния проблемы и теоретического анализа научной литературы, сформулированы следующие выводы:

1. Анализ профессиональных стандартов «Врач-педиатр участковый», «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» и Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по специальностям 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.01 «Лечебное дело» показал, что в них выделяются коммуникативные компетенции, но они остаются слишком обобщенными и не дают полного понимания, как именно должна быть сформирована коммуникативная компетентность будущих врачей. Также медицинские вузы уделяют недостаточно внимания формированию коммуникативной компетентности будущих врачей. Это приводит к трудностям у молодых специалистов в установлении эффективного взаимодействия с пациентами.

2. Коммуникативная компетентность будущих врачей является интегративным качеством личности, которое включает в себя совокупность

когнитивного, эмоционального, мотивационного, поведенческого, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов, обеспечивающие способность к эффективному и профессиональному взаимодействию с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса. Она представляет собой динамический процесс самоорганизации и саморазвития, который основывается на ценностях и смыслах, формирующих профессиональную идентичность будущего врача, и проявляется в способности к гибкому и эмпатичному общению, адаптированному к различным медицинским и социальным ситуациям.

3. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей рассматривается как динамический процесс, основанный на профессиональных и личностных ценностях, а также на стремлении к осмыслению и гармонизации взаимодействия с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса. Теоретическая модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей базируется на различных методологических подходах: системно-антропологический, системный, деятельностный, компетентностный. Выделены основные принципы формирования (принцип системности; принцип обучения через действия; принцип обучения через опыт; принцип рефлексивного обучения; принцип ценностно-смысловой направленности) и психолого-педагогические условия, такие как: построение курса как целостной системы, в которой все элементы взаимосвязаны и дополняют друг друга; использование активных методов обучения (ролевые игры, моделирование клинических ситуаций, технология «Case-study», технология «Стандартизированный пациент», тренинги); интеграция профессионального и личного опыта студентов в образовательный процесс; использование рефлексивного дневника курса; включение в обучение этически значимых коммуникативных ситуаций, связанных с доверием, эмпатией, уважением к пациенту, сообщением плохих новостей, принятием решений и соблюдением этических норм. Всё это обеспечивает целостный подход к формированию коммуникативной компетентности будущих врачей.

ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СФОРМИРОВАННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

2.1. Организация и методы исследования

Эмпирическое исследование формирования коммуникативной компетентности будущих врачей было проведено на базе ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации в период с сентября 2022 года по декабрь 2024 года.

В исследовании приняли участие ординаторы 1-го года обучения и студенты 5-го курса по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия». Общая численность выборки составила 280 человек, что обеспечивает репрезентативность исследования и позволяет проводить полноценную статистическую обработку данных.

Состав выборки:

- Ординаторы 1-го года обучения — 136 человек, из них 105 женщин и 31 мужчина, средний возраст составил 25,5 лет.
- Студенты 5-го курса — 144 человека, равномерно распределённые по специальностям: 72 студента по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»; 72 студента по специальности 31.05.02 «Педиатрия». Среди студентов 5-го курса — 112 женщин и 31 мужчина, средний возраст составил 22,7 года.

Такое распределение участников позволило провести комплексное исследование с учетом пола, возраста и профессиональной специализации, а также обеспечить валидность и надёжность полученных данных.

Отбор участников осуществлялся по принципу добровольного участия с предварительным информированием об условиях исследования и получением письменного согласия. Конфиденциальность персональных данных и анонимность

результатов были полностью соблюдены в соответствии с нормами этики психологического исследования.

Исследование проводилось в три этапа:

Первый этап – поисково-аналитический связан с изучением современного состояния проблемы и анализом научно-методической литературы по проблеме формирования коммуникативной компетентности будущих врачей; определением проблемного поля исследования, конкретизацией понятийно-категориального аппарата; определением цели и задач исследования, а также подбором и разработкой диагностического инструментария.

Второй этап – опытно-экспериментальный, который состоял из проведения констатирующего, формирующего и контрольного этапов эксперимента. *Констатирующий этап* предполагал диагностику текущего уровня коммуникативной компетентности будущих врачей и определения проблемных зон. *Формирующий этап* предполагал создание психолого-педагогических условий для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. *Контрольный этап* эксперимента предполагал анализ эффективности психолого-педагогических условий, сравнение результатов до и после внедрения с использованием статистических методов, таких как: коэффициент Альфа-Кронбаха (оценка надежности шкал), методы описательной статистики (среднее, медиана, стандартное отклонение, минимальные и максимальные значения), корреляционный анализ Спирмена (изучение взаимосвязей), U-критерий Манна–Уитни (сравнение групп), факторный анализ методом главных компонент и кластерный анализ (структурирование данных), а также контент-анализ открытых ответов. Обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics (версия 22).

Третий этап – обобщающий, который предполагал систематизацию, обобщение и определение логики изложения материала, уточнение теоретических и практических выводов, оформление полученных результатов.

Этические нормы психологического исследования были строго соблюдены: все участники исследования были проинформированы о цели и задачах

исследования, обеспечена их анонимность и право прекратить участие в исследовании на любом этапе без объяснения причин.

Следующим шагом опытно-экспериментальной работы была подборка диагностического инструментария. На сегодняшний день не существует комплексной диагностики оценки сформированности уровня коммуникативной компетентности будущих врачей, поэтому на каждый компонент данной компетентности диагностическая методика подбиралась отдельно. Исходя из этого, были подобраны следующие методики:

1. Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача». Данная методика позволяет провести комплексную оценку коммуникативной компетентности по четырем основным блокам: коммуникативные идеалы (КИ), профессиональные коммуникативные идеалы (ПИ), коммуникативные умения (КУ), профессиональные коммуникативные умения (ПУ) [167, С. 92-117].

2. Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) позволяет оценить коммуникативный потенциал личности [54].

3. Пертская шкала эмпатии. Данная шкала представляет собой адаптированный на русский язык опросник, предназначенный для оценки способности респондентов распознавать и переживать эмоции других людей [84, С. 43–65]. Оригинальная версия шкалы была опубликована Brett et al. и содержит данные о психометрической надёжности и валидности [172, Р. 1140–1156].

4. Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева). Данная методика направлена на изучение коммуникативных ориентаций личности в процессе взаимодействия с партнёрами по формальному общению [45, С.92-94].

5. Методика определения индивидуальной меры рефлексивности. Методика предназначена для оценки уровня рефлексивности личности, способности к осмыслению своей деятельности, поведения и межличностных взаимодействий. Рефлексивность в данном контексте охватывает умение анализировать прошлое, оценивать настоящее и прогнозировать будущее, а также понимать и учитывать чувства и реакции других людей [64, С. 45-57].

Одним из показателей ценностно-смыслового компонента является стремление к совершенствованию своих навыков, поэтому для оценки готовности воспринимать обучение коммуникативным навыкам как важный и ценный аспект профессиональной подготовки была использована шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам (Communication Skills Attitude Scale, CSAS), разработанная для оценки отношения студентов-медиков к обучению коммуникативным навыкам (Приложение А) [173].

Как уже отмечалось выше, комплексная диагностика коммуникативной компетентности будущих врачей остается одной из наиболее сложной и дискуссионной задачей в медицинском образовании. Несмотря на то, что данную компетентность признали ключевой в построении терапевтических отношений в диаде «врач-пациент», научное сообщество до сих пор не пришло к единому мнению относительно её структуры, критериев и методов оценки. Многолетние исследования, отраженные в работах отечественных и зарубежных авторов, показывают, что проблема начинается ещё на этапе определения понятия. Так, например, Л.Н. Васильева [25, С. 165-169] и Н.К. Горшунова [41, С. 36-37] в своих исследованиях коммуникативную компетентность трактуют как интегративное качество личности, объединяющее когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты, тогда как О.Н. Климова, Н.А. Русина, С.М. Косенко [68, С. 9] и С.В. Трушкина [138, С. 9] в своих исследованиях говорят о том, что это набор конкретных навыков таких, как активное слушание, эмпатия и управление конфликтами. Это разнообразие подходов затрудняет создание универсальной диагностической модели, что, в свою очередь, приводит к фрагментарности образовательных программ и неоднозначности результатов оценки.

Помимо этого, ситуацию затрудняет то, что структура коммуникативной компетентности врача варьируется в зависимости от специализации врача. Например, в исследовании Л.Н. Васильевой [27, С. 16] и Н.Т. Селезневой, А.В. Ланденок [123, С. 80-93] показывают, что педиатры, работающие в триаде «врач – родитель – ребенок», демонстрируют более высокий уровень эмпатии и навыков объяснения информации, тогда как хирурги чаще ориентированы на оперативность

и четкость инструкций. Данный пример показывает, что диагностические методы должны учитывать специфику профессиональной деятельности врача, а большинство методов, которые используются для оценки коммуникативной компетентности, этого не делают.

Попытки внедрения международных моделей, таких как Калгари-Кембриджская модель медицинского консультирования, сталкиваются с культурными и организационными барьерами [127, С. 178-180]. В российской практике редко применяется поэтапная оценка консультации (начало консультации, сбор информации, совместное планирование и т.д.), что снижает эффективность таких методик [21, С. 100-104]. Кроме того, традиционные методы, такие как анализ видеозаписей [177, Р. 1011-1023] или самоанализ студентов, часто критикуются за субъективность. Также исследование А. Guo и Р. Wang показало значительный разрыв между самооценкой врачей и восприятием пациентами: врачи склонны переоценивать свои коммуникативные навыки, особенно в аспекте эмпатии и открытости [180, Р. 1674-1680]. Это подтверждает, что существующие подходы не способны обеспечить обратную связь, адекватно отражающую реальное взаимодействие в диаде «врач – пациент».

Таким образом, диагностика коммуникативной компетентности будущих врачей сегодня напоминает попытку собрать мозаику в единое целое. Разрозненные критерии, противоречивые модели и методы создают «слепые зоны» в подготовке будущих врачей к здоровой коммуникации с пациентами, родственниками и коллегами. Разрешение этих противоречий требует не только новых инструментов оценки, но и пересмотра подходов к пониманию коммуникативной компетентности будущих врачей и их подготовки, где диагностика станет не конечной точкой, а частью непрерывного процесса развития врача.

Так, одним из этапов исследования стала разработка и апробация диагностического приема оценки коммуникативной компетентности будущих врачей. Были выделены следующие компоненты: когнитивный, поведенческий, эмоциональный, мотивационный, рефлексивный и ценностно-смысловой.

Многие авторы также выделяют когнитивный компонент коммуникативной компетентности, но оценивают его через практические умения или личностные качества. Так, например, в исследовании особенностей когнитивного компонента коммуникативной компетентности разных врачебных специальностей были использованы отдельные шкалы пяти методик: «Уровень общительности» В.Ф. Ряховского, Пятифакторный личностный опросник МакРае-Коста, «Диагностика уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко, «Исследование самоотношения» С.Р. Пантелеева, «Диагностика оценки самоконтроля в общении» М. Снайдера [76, С. 42-46]. На наш взгляд, такой подход к оценке когнитивного компонента коммуникативной компетентности не отражает объективной картины уровня сформированности. Поэтому был разработан чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей (Приложение Б). Разработанный чек-лист охватывает широкий спектр ключевых аспектов профессионального общения: от знаний о когнитивных искажениях, техниках активного слушания и вербальных/невербальных средствах коммуникации до понимания особенностей поведения людей в различных эмоциональных состояниях и стратегий выхода из конфликтных ситуаций. Особое внимание уделено специфике общения с пациентами, имеющими различные нарушения, а также вопросам эффективного донесения сложной информации, например, с помощью протокола сообщения плохих новостей «SPIKES» или технологии «Идеи, опасения, ожидания» (ICE). Таким образом, диагностика учитывает, как общие коммуникативные принципы, так и специфические аспекты медицинского общения.

Для оценки внутренней согласованности вопросов был проведён анализ надёжности с использованием коэффициента Альфа-Кронбаха. В анализ были включены 16 пунктов, оцененных 144 респондентами. Результаты показали высокий уровень надёжности шкалы: Альфа-Кронбаха = 0,93, что свидетельствует о хорошей внутренней согласованности всех вопросов.

Далее для комплексной оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в логике теоретической модели был разработан чек-лист [141, С. 83–108].

Это позволило рассматривать личность будущего врача как целостную многоуровневую структуру и комплексно оценивать коммуникативную компетентность, анализируя не только знания и поведенческие аспекты, но и мотивацию, ценности, эмоциональную сферу, что позволяет глубже понять уровень готовности будущего врача к профессиональному общению.

Чек-лист для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей включает в себя 28 критериев, сгруппированных по шести компонентам (когнитивный, поведенческий, эмоциональный, мотивационный, рефлексивный, ценностно-смысловой компоненты). Каждый критерий оценивался по 4-балльной шкале (Приложение В).

Оценка коммуникативной компетентности будущих врачей производилась с помощью разработанного чек-листа в симуляционных условиях путем наблюдения за взаимодействием будущего врача и стандартизированного пациента. Чек-лист охватывает ключевые аспекты, необходимые для профессионального взаимодействия врача с пациентами и их родственниками, помогает определить уровень сформированности компетентности, выявить слабые стороны и наметить пути их коррекции.

Для оценки надежности разработанного чек-листа результаты были соотнесены с результатами валидных методик, описанных выше, и рассчитаны показатели чувствительности, специфичности, что позволило оценить его диагностическую ценность. Каждая выбранная диагностическая процедура оценивает определенный компонент в чек-листе. Как были распределены показатели в выбранных методиках и как соотнесены с компонентами коммуникативной компетентности, представлено в Таблице 3.

Таблица 3 – Методики оценки компонентов коммуникативной компетентности будущих врачей

Когнитивный компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
1	Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности Знание о когнитивных искажениях Знание о вербальных и невербальных средствах коммуникации Знание технологии делового общения Знание стратегий выхода из конфликтных ситуаций Знание технологии «Идеи, опасения, ожидания (ICE)» Знание техник убеждения Знание протокола сообщения плохих новостей «SPIKES» Знание техник снятия эмоционального напряжения	Знание психологии общения и способы адаптировать информацию
	Знание разных типов вопросов	Знание типов вопросов и тактик их применения (открытые, закрытые, уточняющие)
	Знание техник активного (рефлексивного) слушания	Знание техник, способствующих запоминанию и пониманию информации пациентами (повторение, перефразирование, уточнение)
	Знание об особенностях поведения людей в разных эмоциональных состояниях Знание тактик взаимодействия с людьми с разными эмоциональными состояниями Знание о психологических особенностях людей Знание о психологических особенностях людей с различными нарушениями (глухие, немые, психическими отклонениями и др.) Знание возрастных особенностей людей Знание о познавательно-психических особенностях как факторах влияния на восприятие информации	Знание психологических и поведенческих особенностей людей в различных состояниях и ситуациях
Поведенческий компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
2	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные умения	Приветствие
		Забота о комфорте пациента
		Зрительный контакт
		Самопрезентация
		Идентификация пациента
		Поза врача при взаимодействии с пациентом
		Избегание письма/чтения
	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	Вопросы для получения информации Предоставление информации пациенту

Продолжение таблицы 3

Поведенческий компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
	Особенности посланий в общении	Предоставление возможности задавать вопросы
		Объяснения плана лечения и плана на случай непредвиденных ситуаций
	Умение строить межличностные границы	Установление повестки консультации
		Структурирования консультации
Эмоциональный компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
3	Пертская шкала эмпатии (П. Ларионов и М.В. Яковлева) Аффективная эмпатия для негативных эмоций Аффективная эмпатия для позитивных эмоций Общая аффективная эмпатия Общая эмпатия	Эмоциональная включенность в активное слушание Чувствительность к состоянию пациента
	Когнитивная эмпатия для негативных эмоций Когнитивная эмпатия для позитивных эмоций Общая когнитивная эмпатия	Оценка и реагирование на вербальные и невербальные сигналы Эмоциональное поощрение пациента Поощрение вовлеченности пациента в принятии решений
Мотивационный компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
4	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	Мотивирован на выполнение профессиональных обязанностей в парадигме сотрудничества с пациентом
	Ориентация на достижение компромисса	Мотивирован на получения точной информации от пациента
	Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	Мотивирован на развернутую беседу
Рефлексивный компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
5	Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономаревой Рефлексия настоящей деятельности Рефлексия общения и взаимодействия с другими людьми Степень рефлексивности	Способен к коррекции поведения на основе обратной связи от пациента
	Ретроспективная рефлексия деятельности Рассмотрение будущей деятельности Степень рефлексивности	Способен к коррекции поведения на основе обратной связи от супервизора

Окончание таблицы 3

Ценностно-смысловой компонент		
№	Методика/шкалы	Критерии в чек-листе
6	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные ценности	Демонстрирует осознание моральной ответственности, гуманное отношение к пациентам

Оценка диагностической ценности чек-листа позволила определить его пригодность как инструмента для выявления уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей. *Диагностическая ценность методики* определяется через показатели чувствительности и специфичности, которые являются ключевыми критериями её эффективности в исследовательской и практической деятельности.

Чувствительность — это способность методики правильно выявлять наличие определённого психологического признака или характеристики (в данном случае — сформированного компонента коммуникативной компетентности), то есть доля истинно положительных результатов среди всех действительно обладающих данным компонентом. Высокая чувствительность указывает на то, что методика практически не пропускает случаи наличия признака.

Специфичность — это способность методики корректно определять отсутствие признака, то есть доля истинно отрицательных результатов среди тех, у кого компонент коммуникативной компетентности действительно не сформирован. Высокая специфичность свидетельствует о низкой вероятности ложноположительных результатов и точности инструмента в дифференциации обследуемых.

Таким образом, показатели чувствительности и специфичности в психологическом исследовании позволяют судить о том, насколько точно инструмент (в данном случае — чек-лист) способен выявлять целевые характеристики, исключая как недооценку, так и переоценку уровней сформированности компетентности.

Анализ когнитивного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей показал высокую диагностическую ценность с чувствительностью 96% и специфичностью 95%. Это свидетельствует о его высокой надёжности в определении как наличия, так и отсутствия сформированного когнитивного компонента коммуникативной компетентности у будущих врачей. (Таблица 4).

Таблица 4 – Оценка диагностической ценности когнитивного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей

Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	Когнитивный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся когнитивным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=97 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся когнитивным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=4 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся когнитивным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=2 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся когнитивным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=41 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 97/(97+4) = 96\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 41/(2+41) = 95\%$		

Исследование поведенческого компонента включало анализ профессиональных коммуникативных умений, умения понимать собеседника, строить межличностные границы и передавать сообщения в общении.

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Профессиональные коммуникативные умения» диагностики Н.В. Яковлевой «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» показал высокую чувствительность (97%), что подтверждает её способность выявлять всех студентов с развитым поведенческим компонентом. Однако специфичность оказалась ниже (81%). Это может быть связано с завышенной самооценкой

студентов или необходимо пересмотреть критерии оценивания чек-листа (Таблица 5).

Таблица 5 – Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с профессиональными коммуникативными умениями

Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н. В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные умения	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом и набравшие нужное количество баллов N=98 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=3 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=8 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=35 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 98/(98+3) = 97\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 35/(8+35) = 81\%$		

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Умение понимать собеседника» методики В.Н. Недашковский «Диагностика особенностей общения» показал достаточно высокую чувствительность (89%), что говорит о хорошей способности чек-листа выявлять студентов с сформированным поведенческим компонентом. Специфичность составила 81%, что свидетельствует о наличии умеренного количества ложно положительных результатов. Наличие ложно отрицательных случаев (12 студентов) может быть обусловлено недостаточной точностью установленных пороговых значений или влиянием ситуативных факторов (Таблица 6).

Таблица 6 – Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с умением понимать собеседника

Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом и набравшие нужное количество баллов N=100 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=12 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=6 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=26 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 100/(100 + 12) = 89\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 26/(6+26) = 81\%$		

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Умение строить межличностные границы» по той же методике показал высокую специфичность (98%), что говорит о её способности точно исключать студентов с несформированным компонентом коммуникативной компетентности. Чувствительность составила 81%, что указывает на наличие ложно отрицательных случаев (2 студента). Это может быть связано с субъективностью оценивания или недостаточной точностью пороговых значений (Таблица 7).

Таблица 7 – Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с умением строить межличностные границы

Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение строить межличностные границы	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом и набравшие нужное количество баллов N=98 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=2 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=8 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=36 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 98/(98+2) = 98\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 36/(8+36) = 81\%$		

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Особенности посланий в общении» по методике «Диагностика особенностей общения» показал высокую специфичность (93%), что свидетельствует о её способности точно исключать студентов с несформированным поведенческим компонентом коммуникативной компетентности. Чувствительность составила 83%, что указывает на наличие ложно отрицательных случаев (7 студентов), говорит о том, что некоторые студенты могли набрать баллы случайно, не обладая реальным навыком (Таблица 8).

Таблица 8 – Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с особенностями послания в общении

Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Особенности посланий в общении	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом и набравшие нужное количество баллов N=100 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=7 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=6 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся поведенческим компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=31 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП} / (\text{ИП} + \text{ЛО}) = 100 / (100 + 7) = 93\%$ Специфичность = $\text{ИО} / (\text{ЛП} + \text{ИО}) = 31 / (6 + 31) = 83\%$		

Далее был проверен эмоциональный компонент коммуникативной компетентности будущих врачей. Результаты по чек-листу данного компонента сопоставлялись с результатами Пертской шкалы эмпатии. Анализ данных показал чувствительность 100% и специфичность 97%. Это означает, что данный компонент чек-листа достаточно точно выявляет студентов со сформированным компонентом (Таблица 9).

Таблица 9 – Оценка диагностической ценности эмоционального компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей

Пертская шкала эмпатии Общая эмпатия	Эмоциональный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся эмоциональным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=99 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся эмоциональным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=0 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся эмоциональным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=1 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся эмоциональным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=44 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 99/(99+0) = 100\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 44/(1+44) = 97\%$		

Таким образом, эмоциональный компонент в разработанном чек-листе продемонстрировал хорошую надежность.

Для оценки чувствительности и специфичности мотивационного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей за эталоны ответов были взяты такие критерии как ориентация на принятие партнера; ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера; ориентация на достижение компромисса и уровень общей гармоничности коммуникативных ориентаций. Анализ результатов по мотивационному компоненту и критерию «Ориентация на принятие партнера» по методике И.Д. Ладанова, В.А. Уразева «Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях» показал высокую диагностическую ценность мотивационного компонента, с чувствительностью 88% и специфичностью 86%. Это свидетельствует о хорошей надёжности инструмента как в выявлении сформированного мотивационного компонента, так и в исключении его отсутствия (Таблица 10).

Таблица 10 – Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении ориентации на принятии партнера

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=83 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=11 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=7 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=43 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 83/(83 + 11) = 88\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 43/(7+43) = 86\%$		

Анализ полученных результатов мотивационного компонента и критерия «Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера» показал высокую чувствительность (89%), что означает ошибки пропуска действительно сформированного компонента встречаются редко. Высокая специфичность (93%) указывает на минимальные случаи ошибочной идентификации неразвитого мотивационного компонента как сформированного. Небольшое количество ложно отрицательных (10 случаев) и ложно положительных (3 случая) случаев допустимо и не снижает общей диагностической надёжности метода. Можно говорить о высокой диагностической ценности для оценки мотивационного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей (Таблица 11).

Таблица 11 – Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с ориентацией на адекватность восприятия и понимание партнера

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=87 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=10 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=3 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=44 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП} / (\text{ИП} + \text{ЛО}) = 87 / (87 + 10) = 89\%$ Специфичность = $\text{ИО} / (\text{ЛП} + \text{ИО}) = 44 / (3 + 44) = 93\%$		

Анализ полученных результатов мотивационного компонента и критерия «Ориентация на достижение компромисса» показал высокую чувствительность (98%), что указывает на точность определения у студентов сформированности данного компонента. Высокая специфичность (81%) означает, что чек-лист в большинстве случаев правильно определяет несформированность данного компонента, но есть небольшая вероятность ложно положительных результатов (12 случаев) (Таблица 12).

Таблица 12 – Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с ориентацией на достижения компромисса

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на достижение компромисса	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=78 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=1 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=12 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=53 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 78/(78+1) = 98\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 53/(12+53) = 81\%$		

Анализ мотивационного компонента и критерия «Уровень общей гармоничности коммуникативных ориентаций» показал высокую чувствительность (100%), а хорошая специфичность (80%) подтверждает, что чек-лист почти безошибочно исключает студентов без сформированного компонента (Таблица 13).

Таблица 13 – Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с уровнем общей гармоничности коммуникативных ориентаций

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Уровень общей гармоничности коммуникативных ориентаций	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=77 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=0 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=13 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся мотивационным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=54 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 77/(77+0) = 100\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 54/(13+54) = 80\%$		

В качестве эталонов ответов для рефлексивного компонента использовалась методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова, В.В. Пономаревой. В результате анализа чувствительность получилась 100%, что указывает на эффективное выявление студентов со сформированным рефлексивным компонентом. Специфичность 84% говорит о том, что чек-лист точно исключает студентов без выраженной рефлексивности, однако было выявлено несколько ложно положительных случаев (Таблица 14).

Таблица 14 – Оценка диагностической ценности рефлексивного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей

Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономоревой Общий уровень рефлексивности	Рефлексивный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся рефлексивным компонентом и набравшие нужное количество баллов N=79 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся рефлексивным компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=0 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся рефлексивным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=10 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся рефлексивным компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=55 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 79/(79+0) = 100\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 55/(10+55) = 84\%$		

Для оценки чувствительности и специфичности ценностно-смыслового компонента использовалась методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлевой), критерий «Профессиональные коммуникативные ценности». В результате анализа было получено, что чувствительность составила 91%, что говорит о почти безошибочном определении сформированности данного компонента.

Высокая специфичность (90%) указывает, что чек-лист надежно исключает студентов, у которых этот компонент не сформирован (Таблица 15).

Таблица 15 – Оценка диагностической ценности ценностно-смыслового компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей

Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н. В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные ценности	Ценностно-смысловой компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся ценностно-смысловым компонентом и набравшие нужное количество баллов N=114 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся ценностно-смысловым компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N=10 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с не сформировавшимся ценностно-смысловым компонентом, но набравшие нужное количество баллов N=2 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с не сформировавшимся ценностно-смысловым компонентом и не набравшие нужное количество баллов N=18 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП}+\text{ЛО}) = 114/(114+10) = 91\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП}+\text{ИО}) = 18/(2+18) = 90\%$		

Таким образом, в ходе исследования была проведена комплексная оценка коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием разработанного чек-листа и различных диагностических методик, оценивающих каждый компонент коммуникативной компетентности в отдельности. Определение чувствительности и специфичности инструмента позволило оценить его диагностическую ценность и практическую применимость в медицинском образовании.

Чувствительность отражает способность диагностического инструмента точно выявлять лиц с наличием исследуемого признака, то есть избегать ложно отрицательных случаев. В статистике высокой чувствительностью считаются показатели выше 80%, при этом значения от 90% и выше демонстрируют отличную

способность теста выявлять реальных носителей признака. В свою очередь специфичность характеризует способность теста правильно исключать лиц, не обладающих исследуемым признаком, то есть избегать ложно положительных результатов. В статистике значения специфичности выше 80% считаются хорошими, а показатели от 90% и выше указывают на высокую точность метода в определении отсутствия признака [116, С. 48–55].

По результатам проведенного анализа чувствительность по всем компонентам коммуникативной компетентности будущих врачей продемонстрировала высокие и стабильные значения. Это говорит о том, что полученные показатели чувствительности подтверждают, что разработанный чек-лист эффективно выявляет студентов, у которых сформировалась коммуникативная компетентность, и может быть надежным инструментом для диагностики.

Также результаты исследования продемонстрировали высокую специфичность чек-листа по всем компонентам. В большинстве случаев специфичность превышает 90%, что демонстрирует высокую точность чек-листа в исключении студентов с недостаточным уровнем сформированности коммуникативной компетентности.

Таким образом, организация эмпирического исследования коммуникативной компетентности будущих врачей была основана на многоступенчатом подходе, включающем подбор, разработку и использование комплекса диагностических инструментов. Применённые методики и разработанный чек-лист позволили всесторонне охватить ключевые компоненты коммуникативной компетентности: когнитивный, эмоциональный, мотивационный, поведенческий, рефлексивный и ценностно-смысловой. Каждый из компонентов был оценён с помощью валидированных инструментов, что обеспечило объективность и надёжность полученных данных.

Особенности дефицитов коммуникативной компетентности выпускников основных профессиональных образовательных программ медицинского университета

С целью выявления и анализа существующих проблем в области формирования коммуникативной компетентности будущих врачей на констатирующем этапе эксперимента была проведена комплексная диагностика, включающая в себя:

1. Анкетирование ординаторов 1-го года обучения, направленное на выявление дефицитов в области коммуникации с пациентами у выпускников медицинского университета. Для этого было проведено анкетирование, результаты которого позволили определить наиболее проблемные аспекты взаимодействия молодых врачей с пациентами и выявить основные затруднения, возникающие в процессе профессионального общения.

2. Диагностику студентов 5 курса медицинского вуза, обучающихся по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия», и был направлен на определение уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей. Далее был произведен анализ полученных результатов, включающий в себя обработку и интерпретацию данных с целью выявления закономерностей и ключевых проблем в формировании коммуникативной компетентности будущих врачей.

Рассмотрим каждый этап более подробно.

В начале опытно-экспериментальной работы был проведен опрос ординаторов 1-го года обучения для выявления дефицитов в области коммуникативной компетентности молодых специалистов. Для этого была разработана анкета, которая включала в себя три блока. Первый блок анкеты был направлен на сбор общих данных (пол, возраст, опыт работы в здравоохранении, занимаемая должность). Второй блок анкеты был направлен на выявление трудностей, с которыми чаще всего встречаются ординаторы при общении с пациентами. Третий блок анкеты был направлен на оценку коммуникативных

навыков ординаторов по следующим критериям: установление контакта с пациентом; сбор информации; передача информации; сообщение предварительного диагноза; формирование приверженности к лечению; завершение консультации (Приложение Г).

Результаты анкеты позволили определить наиболее проблемные аспекты взаимодействия молодых врачей с пациентами и выявить основные затруднения, возникающие в процессе профессионального общения [140, С. 807-822].

По результатам первого блока анкеты были получены следующие данные: всего приняло участие 136 человек, средний возраст респондентов был 25,5 лет, в основном участие приняли женщины (77% от числа опрошенных). Опыт работы в системе здравоохранения варьируется от 1 года до 10 лет. Специальности, по которым работают ординаторы отражены в Таблице 16.

Таблица 16 – Специальность ординаторов

Специальность	Количество человек	Специальность	Количество человек
Врач-ординатор	41	Врач-стажер	2
Медицинская сестра	18	Анестезиолог-реаниматолог	3
Терапевт	16	Ассистент	1
Стоматолог	10	Детский стоматолог	1
Медицинский брат	8	Рентгенолаборант	1
Педиатр	8	Провизор	1
Врач приемного отделения	5	Лаборант	1
Врач медицинской профилактики	3	Врач неотложной медицинской помощи	2
Невролог-эпилептолог	2	Эндокринолог	1
Акушер-гинеколог	2	Врач ЛФК	1
Кардиолог	2	Дерматолог	1
Врач стоматолог-ортопед	2	Радиотерапевт	1
Врач-статистик	2	Косметолог	1

Далее были исключены 2 человека, которые являются врачами-статистиками, так как их деятельность заключается в работе с документами, и они минимально контактируют с пациентами. Результаты, описанные ниже, представляют собой анализ ответов 134 респондентов.

Второй блок анкеты был направлен на выявление трудностей, с которыми чаще всего встречаются ординаторы при общении с пациентами. Большинство

респондентов, а именно 76%, отметили, что трудности возникают при взаимодействии с агрессивными пациентами. Это говорит о том, что более половины респондентов испытывают стресс и дискомфорт в ситуациях, когда пациент проявляет агрессию. Этот тип пациентов требует от врача не только профессиональных медицинских знаний, но и навыков управления конфликтами и стрессоустойчивости.

На втором месте по сложности взаимодействия находятся пациенты, которые активно ищут медицинскую информацию в интернете и самостоятельно ставят себе диагнозы, таких пациентов называют «Гугл-пациенты». Сложности в коммуникации с такими пациентами отметили 56% респондентов. Это указывает на то, что значительное количество ординаторов сталкиваются с вызовом, который требует умения корректно и терпеливо объяснять пациентам разницу между профессиональной медицинской оценкой и информацией, найденной в интернете.

Третьей по частоте проблемой взаимодействия врача и пациента являются разговорчивые пациенты, с которыми трудно работать 22% опрошенных. Эти пациенты могут отвлекать от основной темы, занимать много времени и усложнять процесс сбора необходимой информации. Здесь требуется умение управлять беседой и направлять разговор в нужное русло.

Наименьшее количество трудностей во взаимодействии ординаторы испытывают при общении с застенчивыми пациентами, что составляет всего 4% респондентов. Хотя такие пациенты могут затруднять процесс получения полной информации из-за своей замкнутости, они не создают значительных проблем для большинства ординаторов. Также некоторые ординаторы указали свой вариант, с какими пациентами им взаимодействовать труднее всего. Так, 3% от числа опрошенных отметили, что не знают, как себя вести с пациентами в алкогольном или ином опьянении (Рисунок 3).

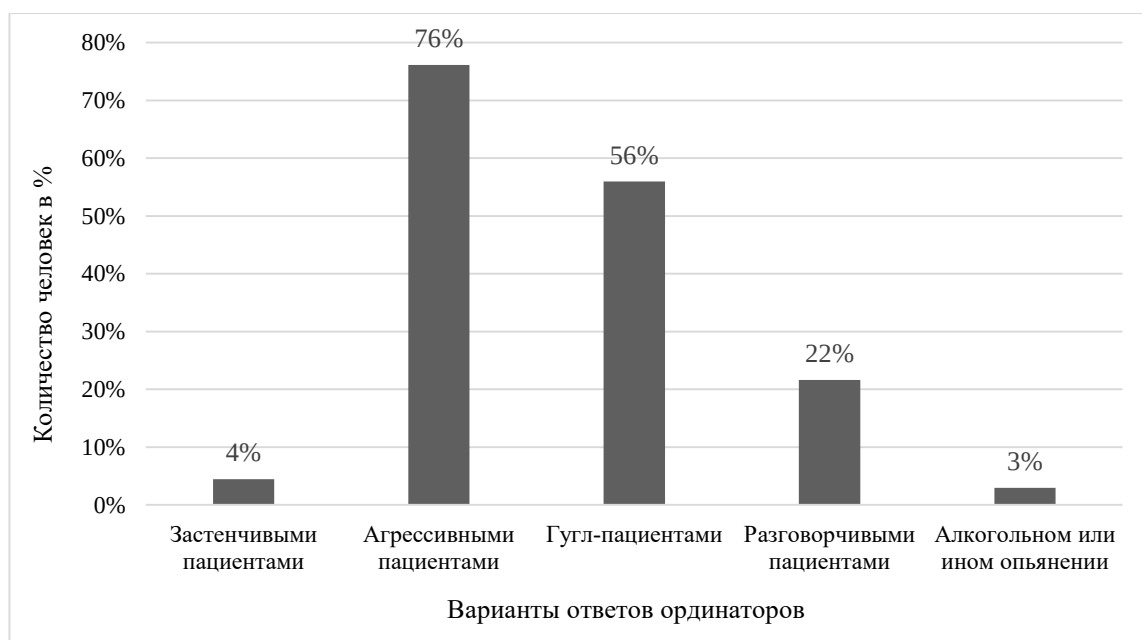


Рисунок 3 – Ответы респондентов на вопрос «С какими пациентами Вам работать труднее всего?»

В целом, результаты показывают, что ординаторам часто приходится применять не только медицинские знания, но и коммуникативные навыки для эффективного взаимодействия с различными типами пациентов. Это подчеркивает важность подготовки будущих врачей в области психологии общения и конфликтологии.

На вопрос «Какие дефициты Вы испытываете в коммуникации с пациентами?» 72% респондентов отметили, что наибольший дефицит в навыках коммуникации проявляется при взаимодействии с конфликтными пациентами. Такой процент указывает на необходимость обучения будущих врачей техникам управления конфликтами и стрессовыми ситуациями. Не знают, как себя вести при пассивной агрессии со стороны пациента, 50% опрошенных. Пассивно-агрессивное поведение может быть трудным для распознавания и управления, что подчеркивает необходимость специальной подготовки в этой области, чтобы будущие врачи могли эффективно взаимодействовать с такими пациентами. Надо отметить, что данные полученные из предыдущего вопроса, еще раз подтвердили, что значимой проблемой в коммуникации между врачом и пациентом являются конфликтные

ситуации, которые как раз могут возникать из-за агрессивных и конфликтных пациентов.

Следующей трудностью, с которой сталкиваются ординаторы в своей профессиональной деятельности, – это сообщение плохих новостей. Так 20% опрошенных отметили, что испытывают профессиональные дефициты в этой области. Этот аспект требует развития навыков эмпатии, такта и умения вести сложные разговоры, что является важной частью медицинской практики.

С разговорчивыми пациентами сложно взаимодействовать оказалось 10% опрошенных. Как было уже отмечено выше, с разговорчивыми пациентами важно уметь управлять временем консультации и направлять ход беседы. Некоторые ординаторы добавили, что им трудно взаимодействовать с иностранными пациентами, которые не владеют русским языком (3% от числа опрошенных). Трудности во формировании приверженности к лечению ни один из респондентов не отметил (Рисунок 4).

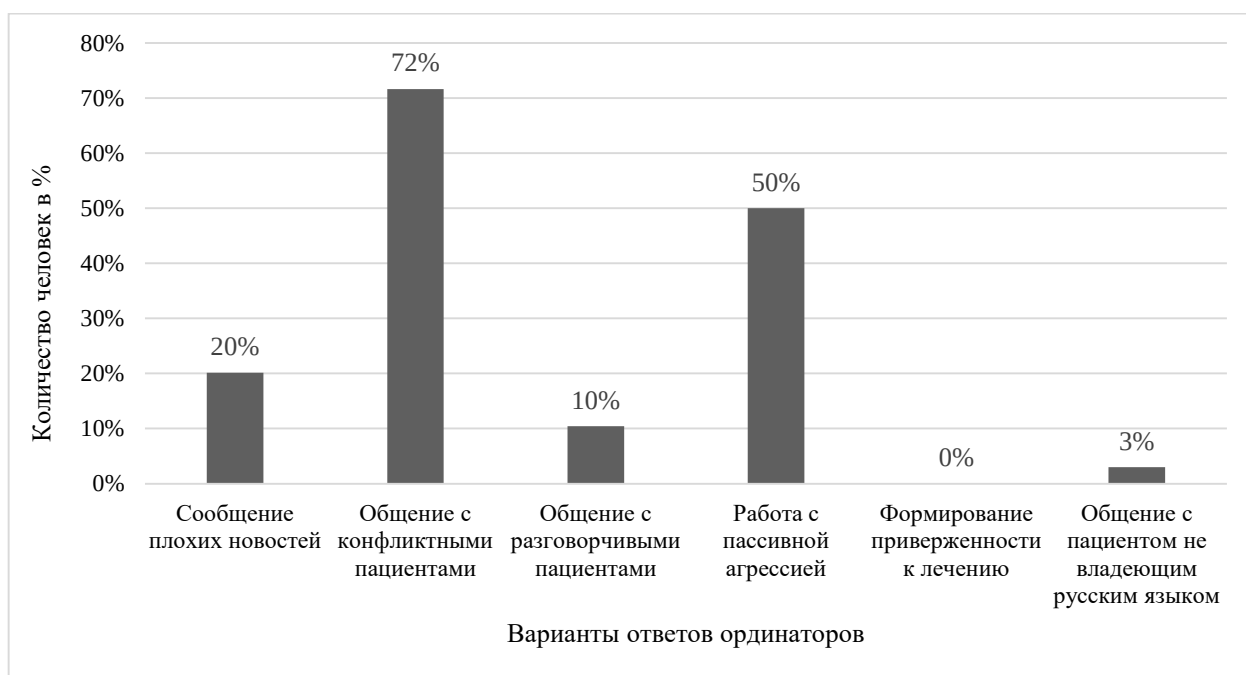


Рисунок 4 – Ответы респондентов на вопрос «Какие дефициты Вы испытываете в коммуникации с пациентами?»

В целом, результаты по данному вопросу указывают на несколько ключевых областей, требующих усиленного внимания в процессе подготовки будущих врачей. Необходимо развивать у них навыки управления конфликтами, распознавания и реагирования на пассивную агрессию, сообщения плохих новостей, а также техники эффективного общения и мотивации пациентов. Это поможет им более успешно взаимодействовать с пациентами и улучшать качество медицинского обслуживания.

Анализ данных по вопросу о ситуациях, с которыми чаще всего сталкиваются ординаторы в своей профессиональной деятельности, показывает следующие тенденции:

- 54% опрошенных ответило, что иногда приходится работать с пациентами, которые что-то требуют или говорят, как нужно их лечить, 34% встречали таких пациентов редко, 4% отметили, что всегда работают с такими пациентами – эти данные указывают на то, что значительное большинство врачей иногда сталкиваются с пациентами, которые приходят на прием с готовыми ожиданиями или указаниями по лечению, что может усложнять взаимодействие и требовать дополнительных усилий для разъяснения профессиональной позиции врача;

- 40% иногда встречают пациентов, которые в тайне принимают дженерики или не принимают назначение, 33% встречали таких пациентов редко и 25% отметили, что никогда не сталкивались с такими пациентами – эти данные показывают, что почти половина опрошенных врачей периодически сталкиваются с проблемой несоблюдения пациентами назначенного лечения, что может снижать эффективность терапевтических мероприятий и требовать дополнительных мер по улучшению приверженности пациентов;

- взаимодействие с агрессивными пациентами также является значительной проблемой для 35% ординаторов (они иногда встречают таких пациентов), тогда как чуть больше половины опрошенных (57%) встречает таких пациентов редко. Лишь небольшая часть ординаторов (8%) не сталкивалась с агрессивным поведением (Рисунок 5).



Рисунок 5 – Ответы респондентов на вопрос «С какими ситуациями чаще всего Вы сталкиваетесь?»

Для работы с пациентами, которые что-то требуют или говорят, как нужно их лечить будущим врачам необходимо развивать такие навыки, как ведение переговоров и разъяснения, чтобы эффективно управлять ожиданиями пациентов и объяснять профессиональные рекомендации. Для работы с пациентами, которые не соблюдают рекомендации лечащего врача или в тайне принимают дженерики важно развивать стратегии повышения приверженности к лечению, такие как мотивационные беседы. Для работы с агрессивными пациентами будущему врачу необходимо развивать техники управления конфликтами и стрессом.

Третий блок анкеты был направлен на оценку коммуникативных навыков ординаторов по следующим критериям: установление контакта с пациентом; сбор информации; передача информации; сообщение предварительного диагноза; формирование приверженности к лечению; завершение консультации. Полученные результаты отражены в Таблице 17.

Таблица 17 – Ответы респондентов на третий блок анкеты

Вопросы анкеты	Количество человек			
Установление контакта	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Здороваетесь с пациентом	130 (97%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)
Представляетесь, если пациент пришел к Вам впервые	99 (74%)	18 (13%)	5 (4%)	12 (9%)
Забываетесь о комфорте пациента (предлагаете разместить вещи, чтобы они не мешали пациенту)	108 (81%)	16 (12%)	6 (4%)	4 (3%)
Используете слова, которые показывают заботу на протяжении всей консультации (например, как Вы сейчас себя чувствуете? Стало ли лучше после назначения?)	119 (89%)	9 (7%)	4 (3%)	2 (1,5%)
Устанавливаете зрительный контакт	109 (81%)	22 (16%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)
Используете открытые позы во время приема	85 (63%)	43 (32%)	4 (3%)	2 (1,5%)
Идентифицируете эмоциональные реакции пациента	84 (63%)	46 (34%)	2 (1,5%)	2 (1,5%)
Сбор информации	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Согласовываете повестку дня или причину визита пациента	100 (75%)	21 (16%)	7 (5%)	6 (4%)
Начинаете консультацию с открытого вопроса (например, что привело Вас ко мне?)	113 (84%)	9 (7%)	6 (4%)	6 (4%)
Уточняете, есть ли еще жалобы (например, что-то еще беспокоит?)	122 (91%)	8 (6%)	2 (1%)	2 (1%)
Используете техники активного слушания (повторение, перефразирование, интерпретация и др.)	85 (63%)	37 (28%)	10 (7%)	2 (1%)
При необходимости уточняете детали с более конкретными вопросами или вопросами закрытого типа («да/нет»)	91 (68%)	36 (27%)	5 (4%)	2 (1%)
Обобщаете и даете возможность пациенту исправить или добавить информацию	96 (72%)	31 (23%)	5 (4%)	2 (1%)
Уточняете какие жизненные события могли повлиять на состояния пациента	95 (71%)	30 (22%)	7 (5%)	2 (1%)
Выясняете какие опасения и ожидания у пациента по отношению к своему здоровью	66 (49%)	45 (34%)	20 (15%)	3 (2%)
Передача информации	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Оцениваете понимание проблемы пациента и желание получить дополнительную информацию о заболевании (состоянии)	89 (66%)	39 (29%)	4 (3%)	2 (1%)
Объясняя, используете слова понятные пациенту	119 (89%)	11 (8%)	2 (1%)	2 (1%)
Объясняя, используете дополнительные визуальные средства (модели, иллюстрации, схемы)	56 (42%)	41 (31%)	29 (22%)	8 (6%)
Объясняете какие шаги необходимо предпринять для улучшения состояния и зачем это нужно	116 (87%)	12 (9%)	4 (3%)	2 (1%)
Объясняете вклад других врачей в постановку диагноза и назначения лечения	82 (61%)	40 (30%)	8 (6%)	4 (3%)
Объясняете серьезность состояния пациента	113 (84%)	15 (11%)	4 (3%)	2 (1%)

Окончание таблицы 17

Сообщение предварительного диагноза	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Говорите, что это возрастное и с этим ничего нельзя сделать	30 (22%)	47 (35%)	27 (20%)	30 (22%)
Сообщаете пациенту информацию о впервые выявленном заболевании, его сути, прогнозе, возможных вариантах развития событий	107 (80%)	18 (13%)	2 (1%)	7 (5%)
Сообщаете предварительный диагноз интересуетесь, что пациент знает о нем	51 (38%)	49 (37%)	16 (12%)	18 (13%)
Предупреждаете пациента о том, что собираетесь сообщить ему «плохие новости» (К сожалению, но я должен сообщить Вам ...)	65 (49%)	18 (13%)	20 (15%)	31 (23%)
Используете такие фразы как «Мы не знаем, что с Вами делать», «Никому еще не удавалось это вылечить», «Мы больше ничего не можем сделать для Вас»	12 (9%)	0 (0%)	27 (20%)	95 (71%)
Формирование приверженности к лечению	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Проверяете понимание пациента о необходимости лечения	108 (81%)	18 (13%)	6 (4%)	2 (1%)
Проверяете опасения пациента по поводу лечения	63 (47%)	61 (46%)	8 (6%)	2 (1%)
Проверяете понимание пациента необходимости дополнительного обследования и обращения к другим специалистам	93 (69%)	33 (25%)	6 (4%)	2 (1%)
Завершение консультации	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Уточняете есть ли у пациента еще вопросы, опасения или другие проблемы	107 (80%)	19 (14%)	6 (4%)	2 (1%)
Подводите итоги и разъясняете следующие шаги (куда пациента идет дальше, когда будет Ваша следующая встреча и т.п.)	113 (84%)	13 (10%)	5 (4%)	3 (2%)
Благодарите за визит пациента, что он ответственно относится к своему здоровью	67 (50%)	31 (23%)	17 (13%)	19 (14%)
Прощаетесь с пациентом	129 (96%)	2 (1%)	0 (0%)	3 (2%)

Далее для структурирования оцениваемых коммуникативных навыков ординаторов был проведен факторный анализ методом главных компонент (РСА). Из общего массива данных анкеты были исключены шкалы, не соответствующие необходимым условиям для применения метода факторного анализа.

В результате отбора в факторный анализ были включены 20 шкал, обладающих наибольшей содержательной однородностью и пригодностью для статистического обобщения. Все выбранные шкалы представляли собой квазиметрические переменные, что делает их подходящими для анализа скрытых латентных факторов.

Эти 20 шкал охватывают ключевые аспекты коммуникативного поведения врача: активное слушание, уточнение жалоб, использование понятных объяснений, структурирование приёма, эмоциональную поддержку пациента и др. (Таблица 18).

Таблица 18 – Распределение шкал по факторам

№	Шкала	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
1	Используете слова, которые показывают заботу на протяжении всей консультации (например, как Вы сейчас себя чувствуете? Стало ли лучше после назначения?)	0,76*	0,21	0,14
2	Идентифицируете эмоциональные реакции пациента	0,72*	0,18	0,20
3	Благодарите за визит пациента, что он ответственно относится к своему здоровью	0,69*	0,25	0,19
4	Прощаетесь с пациентом	0,64*	0,28	0,17
5	Устанавливаете зрительный контакт	0,67*	0,22	0,15
6	Используете техники активного слушания (повторение, перефразирование, интерпретация и др.)	0,60*	0,57*	0,19
7	Подводите итоги и разъясняете следующие шаги (куда пациент идёт дальше, когда будет встреча и т.п.)	0,28	0,75*	0,22
8	Согласовываете повестку дня или причину визита пациента	0,22	0,73*	0,27
9	Уточняете, есть ли еще жалобы (например, что-то еще беспокоит?)	0,24	0,71*	0,29
10	Обобщаете и даёте возможность пациенту исправить или добавить информацию	0,21	0,68*	0,25
11	Объясняя, используете слова, понятные пациенту	0,18	0,31	0,74*
12	Объясняя, используете дополнительные визуальные средства (модели, иллюстрации, схемы)	0,15	0,28	0,71*
13	Оцениваете понимание проблемы пациента и желание получить дополнительную информацию	0,17	0,26	0,70*
14	Сообщаете пациенту информацию о впервые выявленном заболевании, его сути, прогнозе, возможных вариантах развития событий	0,28	0,39	0,63*
15	Объясняете вклад других врачей в постановку диагноза и назначения лечения	0,19	0,24	0,65*
16	Уточняете какие жизненные события могли повлиять на состояние пациента	0,62*	0,35	0,24
17	Начинаете консультацию с открытого вопроса (например, что привело Вас ко мне?)	0,52*	0,54*	0,20
18	При необходимости уточняете детали с более конкретными вопросами или вопросами закрытого типа («да/нет»)	0,53*	0,34	0,20

Окончание таблицы 18

№	Шкала	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
19	Предупреждаете пациента о том, что собираетесь сообщить ему «плохие новости» («К сожалению, но я должен сообщить Вам ...»)	0,58*	0,28	0,21
20	Используете такие фразы как «Мы не знаем, что с Вами делать», «Никому еще не удавалось это вылечить», «Мы больше ничего не можем сделать для Вас»	0,60*	0,27	0,18
Примечание: *значения нагрузок $\geq 0,5$				

В результате анализа было выделено три устойчивых фактора, которые в совокупности объясняют 65,2% общей дисперсии (Таблица 19).

Таблица 19 – Факторы коммуникативных навыков и их интерпретация

№	Название фактора	Ключевые шкалы	Интерпретация
1	Эмоциональная вовлечённость	Слова заботы Эмоциональные реакции пациента Благодарность за визит Зрительный контакт Прощание	Отражает способность к эмоциональной вовлечённости, эмпатии и поддержке пациента
2	Структурирование консультации	Подведение итогов Согласование повестки Уточнение жалоб Обобщение информации	Отражает способность структурировать консультацию и навык управления содержанием консультации
3	Информирование и разъяснение	Объяснение доступным языком Использование визуальных материалов Проверка понимания	Отражает способность эффективно объяснять медицинскую информацию

Полученные результаты позволяют рассматривать коммуникативную компетентность как многокомпонентную конструкцию. Данные подтверждают существование трёх взаимосвязанных, но различающихся аспектов, каждый из которых требует развития и поддержки в рамках образовательных программ.

Такой подход позволяет не просто оценивать навыки по отдельности, но и проектировать модули обучения, ориентированные на развитие конкретных блоков коммуникативных навыков.

На основании оценок по всем шкалам был проведён кластерный анализ методом k-средних с целью выделения групп респондентов, демонстрирующих схожие профили коммуникативной компетентности (Таблица 20).

Таблица 20 – Результаты кластерного анализа (к-средних)

№	Навык / Шкала	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
1	Здоровается с пациентом	3,96*	3,95	3,89**
2	Представляется	3,89	3,93*	3,67**
3	Заботится о комфорте пациента	3,95*	3,58	2,87**
4	Использует слова заботы	3,83*	3,48	2,72**
5	Зрительный контакт	3,91*	3,50	2,85**
6	Открытые позы	3,68*	3,22	2,56**
7	Эмоциональные реакции пациента	3,79*	3,33	2,48**
8	Согласование повестки	3,85*	3,53	2,79**
9	Открытый вопрос в начале	3,86*	3,55	2,83**
10	Уточняет жалобы	3,84*	3,51	2,79**
11	Активное слушание	3,88*	3,53	2,68**
12	Уточнение деталей	3,87*	3,58	2,85**
13	Обобщение и уточнение	3,90*	3,58	2,81**
14	Жизненные события	3,62*	3,39	2,63**
15	Опасения и ожидания пациента	3,72*	3,46	2,61**
16	Проверка понимания диагноза	3,76*	3,40	2,61**
17	Объясняет понятными словами	3,92*	3,58	2,86**
18	Использует визуальные средства	2,73*	2,31	1,62**
19	Объясняет шаги и зачем	3,89*	3,56	2,87**
20	Объясняет вклад других врачей	3,57*	3,33	2,54**
21	Говорит: «это возрастное и ничего не поделаешь»	1,12**	1,26	1,40*
22	Информирует о заболевании, прогнозе	3,87*	3,51	2,79**
23	Предварительный диагноз + спрашивает, что знает пациент	3,77*	3,51	2,70**
24	Предупреждает о плохих новостях	2,72*	2,40	1,93**
25	Фразы: «мы не знаем, что делать», «больше ничего не можем»	1,03**	1,17	1,418*
26	Проверка понимания необходимости лечения	3,76*	3,40	2,61**
27	Проверка опасений пациента	3,68*	3,35	2,54**
28	Проверка понимания необходимости обследований и других врачей	3,70*	3,34	2,61**
29	Вопросы/опасения пациента	3,78*	3,48	2,72**
30	Подведение итогов и следующие шаги	3,90*	3,51	2,77**
31	Благодарность и поощрение ответственности	3,82*	3,47	2,73**
32	Прощание	3,91*	3,50	2,80**

Примечания: * – отмечены наивысшие средние значения показателей по каждому коммуникативному навыку среди трёх кластеров, что указывает на лучшее владение соответствующими умениями. ** – обозначены наименьшие средние значения, отражающие выраженные дефициты в данных навыках (разница между средним значением $\geq 0,5$). Эти различия служат чувствительными индикаторами уровня коммуникативной компетентности между кластерами: Кластер 1 характеризуется наиболее высоким уровнем развития навыков, тогда как в Кластере 3 наблюдаются значительные затруднения в большинстве аспектов взаимодействия с пациентом.

По результатам кластерного анализа методом k-средних были выделены три группы респондентов, отличающиеся по уровню сформированности коммуникативных навыков.

Первый кластер ($N = 101$) составляют ординаторы с наиболее развитыми коммуникативными навыками: приветствие, использование открытых вопросов, уточнение жалоб, объяснение диагноза и завершающие элементы приёма встречаются в большинстве случаев.

Второй кластер ($N = 29$) характеризуется умеренным уровнем развития коммуникативных навыков: респонденты демонстрируют отдельные элементы эмпатического общения и структурности, однако значительное число техник используется непоследовательно или эпизодически.

Третий кластер ($N = 4$) включает ординаторов с минимальным уровнем коммуникативных навыков: в данной группе практически отсутствует приветствие, прощание, элементы эмпатии и структурирования приёма, а также наблюдается высокий уровень агрессии со стороны пациентов.

Таким образом, основная часть выборки демонстрирует высокий уровень коммуникативной готовности, однако около четверти нуждаются в развитии ключевых навыков, а 3% — в прицельной поддержке и обучении.

Для более детального анализа различий между выявленными кластерами был использован критерий Краскела–Уоллиса (H-критерий) как непараметрическая альтернатива однофакторному дисперсионному анализу (ANOVA). Данный метод применяется в случае, когда данные не соответствуют требованиям нормальности распределения или равенства дисперсий, а переменная измеряется по порядковой или квазиметрической шкале.

Критерий Краскела–Уоллиса позволяет оценить, различаются ли медианы исследуемой переменной в нескольких независимых выборках. В рамках настоящего исследования он был использован для оценки различий между кластерами по ряду коммуникативных навыков, выявленных в результате факторного анализа. Статистическая значимость различий интерпретировалась на уровне $p < 0,05$.

Из 32 анализируемых параметров было выделено 10 шкал с наиболее выраженными и статистически значимыми различиями между кластерами ($p < 0,05$). Эти шкалы отражают базовые и продвинутое коммуникативные навыки, такие как использование слов заботы, активное слушание, выявление эмоциональных реакций пациента и структурирование консультации.

Представленные данные в Таблице 21 включают средние значения по каждой шкале в трёх кластерах, степень разброса (разница между максимальным и минимальным значением), а также уровень статистической значимости различий, что позволяет интерпретировать полученные результаты как устойчивые и значимые.

Таблица 21 – Различия между кластерами по ключевым коммуникативным навыкам и результаты Краскела - Уоллиса (N = 134)

№	Навык / Шкала	Кл. 1	Кл.2	Кл.3	Разброс значений (max - min)	Статистическая значимость Краскела - Уоллиса (p)
1	Использует слова заботы	3,83 [1; 2,75]	3,48 [3; 4]	2,72 [4; 4]	1,11	<0,001
2	Эмоциональные реакции пациента	3,79 [1; 2,75]	3,33 [3; 4]	2,48 [3; 4]	1,31	<0,001
3	Согласование повестки	3,85 [1; 1,75]	3,53 [3; 4]	2,79 [4; 4]	1,06	<0,001
4	Активное слушание	3,88 [1; 2]	3,53 [3; 4]	2,68 [3,5; 4]	1,20	<0,001
5	Подведение итогов и следующие шаги	3,90 [1; 2]	3,51 [3,5; 4]	2,77 [4; 4]	1,13	<0,001
6	Объясняет понятными словами	3,92 [1; 2]	3,58 [4; 4]	2,86 [4; 4]	1,06	<0,001
7	Зрительный контакт	3,91 [1,25; 4]	3,50 [3; 4]	2,85 [4; 4]	1,06	<0,001
8	Уточняет жалобы	3,84 [1; 2]	3,51 [4; 4]	2,79 [4; 4]	1,05	<0,001
9	Прощание	3,91 [1; 2,5]	3,50 [-]	2,80 [4; 4]	1,11	<0,001
10	Благодарность и поощрение ответственности пациента	3,82 [1; 1,75]	3,47 [1; 3]	2,73 [3; 4]	1,09	<0,001

Результаты анализа показывают, что наиболее выраженные различия между кластерами касаются навыков, связанных с эмпатией, структурированием приёма и развёрнутой обратной связью.

Наивысшие средние значения практически по всем шкалам демонстрирует кластер 1, что может свидетельствовать о сформированной коммуникативной компетентности и внутренней готовности к взаимодействию с пациентами. В частности, представители этой группы чаще:

- используют эмпатические высказывания и слова заботы;
- формируют структуру приёма, начиная с открытых вопросов и подводя итоги;
- демонстрируют невербальные сигналы внимания (зрительный контакт, открытые позы);
- вовлекают пациента в совместное обсуждение и понимание проблемы.

Кластер 2 также показывает достаточно высокие значения по большинству шкал, однако уступает кластеру 1 в выразительности и последовательности реализации навыков. Это может быть связано с промежуточным уровнем сформированности коммуникативной компетентности.

Кластер 2 демонстрирует наиболее низкие средние значения по всем шкалам, что может указывать на коммуникативные дефициты и недостаточный уровень взаимодействия с пациентом. Наибольший разброс наблюдается по шкале «Эмоциональные реакции пациента» (1,31), что говорит о значительном различии в умении распознавать и учитывать эмоциональные состояния пациентов между респондентами разных кластеров.

Таким образом, именно навыки эмоциональной вовлечённости и структурирование консультации представляют собой ключевые зоны для целенаправленного развития. Полученные результаты могут быть использованы для создания индивидуализированных траекторий обучения и программ супервизии, направленных на развитие этих умений.

В конце анкеты респондентам предлагалось ответить на открытый вопрос «Какие темы Вы бы добавили в учебный процесс для формирования

коммуникативной компетентности будущих врачей?». Для анализа ответов респондентов был выбран контент-анализ.

Целью анализа было выявление повторяющихся тем, предложений и скрытых смыслов, отражающих ожидания и потребности ординаторов для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Алгоритм анализа включал следующие этапы:

- Первичное ознакомление с массивом текстовых данных (N = 134).
- Очистка данных от пропусков, нейтральных и формальных фраз (например: «никаких», «всё устраивает», «затрудняюсь ответить»).
- Формирование категориальной матрицы по смысловым единицам (Таблица 22).
- Независимая кодировка данных двумя экспертами — с последующим сопоставлением и обсуждением расхождений.

Таблица 22 – Категориальная матрица по смысловым единицам

№	Категория	Подкатегория	Описание	Примеры ответов респондентов
1	Агрессия и конфликтность пациентов	Вербальная, пассивная, физическая	Навыки общения с агрессивными, конфликтными, недовольными, враждебно настроенными пациентами	«Как вести себя с агрессивными пациентами», «Тактика взаимодействия», «Агрессия пациентов», «Пассивная агрессия»
2	Сложные пациенты	«Гугл-пациенты», скептики	Пациенты, которые не доверяют врачу, опираются на интернет или «авторитетное» мнение	«Пациенты, читающие интернет», «инфоцыганство», «отстаивание мнения врача»
3	Работа с родственниками пациента	Агрессивные, конфликтные, сопровождающие	Коммуникация с родственниками, включая родителей детей	«Общение с конфликтными родственниками», «пациент с сопровождающим», «мамы маленьких пациентов»
4	Стрессоустойчивость врача	Саморегуляция, эмоциональное выгорание	Способы защиты психики врача, восстановление после общения	«Как не оказаться в психиатрии», «оптимистический настрой», «психологическая помощь врачу»

Окончание таблицы 22

№	Категория	Подкатегория	Описание	Примеры ответов респондентов
5	Специфика коммуникации с особыми группами	Дети, пожилые, психически больные, паллиативные	Адаптация подходов к разным категориям пациентов	«Психические заболевания», «пациенты с паллиативным статусом», «пожилые пациенты»
6	Установление личных границ	Личные и профессиональные границы	Проблема самоидентификации, самоуважения, защита границ	«Как выставить личные границы», «пациент с поведением «вы мне должны»»
7	Культура и техника речи	Язык, стиль, структура	Речевая культура, формулировки, влияние речи на контакт	«Культура речи», «знание социального общения», «формирование навыков коммуникации»
8	Педагогические навыки врача	Объяснение, обучение пациента	Роль врача как просветителя, наставника, помощника	«Становление врача как педагога», «методы улучшения восприятия информации»
9	Отработка навыков коммуникации	Сценарии, ролевые игры	Запрос на практику и кейсы	«Практика реальных ситуаций», «практический компонент»
10	Отсутствие предложений	-	Респонденты не считают нужным что-либо добавлять	«Никаких», «всё хорошо», «нечего добавить», «-»

Категориальная матрица включала 10 обобщённых смысловых блоков, в том числе: работа с агрессивными и конфликтными пациентами, коммуникация с родственниками и «Гугл-пациентами», профилактика профессионального выгорания врача и др.

Для обеспечения объективности анализа была проведена независимая кодировка текстов двумя экспертами в области медицинской и педагогической коммуникации. После этапа двойной кодировки были сопоставлены результаты категоризации, выявлены и устранены расхождения.

В результате проведённого контент-анализа открытых ответов респондентов на вопрос «Какие темы Вы бы добавили в учебный процесс для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей?» были выделены ключевые содержательные направления, отражающие потребности и интересы обучающихся.

На основе анализа смысловых единиц и частотности упоминаний была сформирована категориальная матрица, включающая 10 основных тем, среди которых наиболее значимыми оказались: коммуникация с агрессивными и конфликтными пациентами; работа с пациентами, скептически относящимися к профессиональной компетентности врача («Гугл-пациенты»); взаимодействие с родственниками пациентов, включая родителей несовершеннолетних; стрессоустойчивость и эмоциональная регуляция врача.

Особо стоит отметить, что более трети всех содержательных ответов касались аспектов агрессии, конфликтов и сложных коммуникационных ситуаций, что подчёркивает актуальность развития у обучающихся стратегий вербальной и поведенческой самозащиты в профессиональном общении.

Для проверки надёжности категоризации был проведён межэкспертный анализ: два независимых эксперта провели кодировку реплик респондентов.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости включения в курс таких тем, как поведение врача в ситуации агрессии, коммуникативные тактики при эмоционально напряжённом взаимодействии, а также работа с пациентами, имеющими искажённые или альтернативные представления о медицинской помощи.

Особенности сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей

Второй этап констатирующего эксперимента включал в себя диагностику студентов 5 курса медицинского вуза, обучающихся по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия», и был направлен на определение уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей.

В исследовании приняло участие 144 человека, равномерно распределённые по специальностям: 72 студента по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»; 72 студента по специальности 31.05.02 «Педиатрия». Среди студентов 5-го курса — 112 женщин и 31 мужчина, средний возраст составил 22,7 года. Среди участников

исследования были студенты, имеющие опыт работы в медицинских учреждениях. Анализ данных показал следующие результаты: 29% (42 чел.) респондентов имеют стаж менее 1 года; 0,7% (1 чел.) имеет стаж менее 2-х лет; 40% (58 чел.) имеют стаж менее 3-х лет; 0,7% (1 чел.) имеют стаж менее 4-х лет; 1,4% (2 чел.) имеют стаж работы более 5 лет; 28% (40 чел.) респондентов не имели опыта профессиональной деятельности на момент проведения исследования (Рисунок 6). Число работающих студентов среди женщин составило 71% (80 чел.), среди мужчин 70% (22 чел.).



Рисунок 6 – Опыт работы респондентов в медицинских учреждениях

Таким образом, основная часть респондентов находится на начальном этапе профессионального становления или вовсе не имеет опыта практической деятельности. Этот факт определяет специфику их коммуникативной компетентности, что будет учитываться при дальнейшей интерпретации полученных данных.

Также анализ данных показал, что большинство респондентов занимают должности младшего медицинского персонала: должность медицинской сестры занимают 56% (80 чел.), а медицинского брата 15% (22 чел.). Незначительное количество респондентов составляют массажисты (1 чел.) и ассистенты (1 чел.) — по 0,7% соответственно. При этом 28% (40 чел.) участников исследования на

момент проведения диагностики не имели официального места работы в медицинской сфере (Рисунок 7).



Рисунок 7 – Занимаемые должности в медицинских учреждениях

Как видно из анализа, большинство студентов уже имеют опыт работы в медицинских учреждениях в качестве младшего медицинского персонала, что нужно учитывать при дальнейшей интерпретации данных.

Для установления взаимосвязей между компонентами коммуникативной компетентности был использован корреляционный анализ, результаты которого представлены ниже (Таблица 23).

Таблица 23 – Коэффициенты корреляции между компонентами коммуникативной компетентностью и другими шкалами

№	Показатели	Коэффициент корреляции	p
1	Мотивационный компонент – Пертская шкала эмпатии	0,921	<0,01
2	Эмоциональный компонент – Когнитивный компонент (чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности)	0,870	<0,01
3	Эмоциональный компонент – Пертская шкала эмпатии	0,866	<0,01
4	Когнитивный компонент (чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности) – Пертская шкала эмпатии	0,886	<0,01

Окончание таблицы 23

№	Показатели	Коэффициент корреляции	p
5	Ориентация на принятие партнёра – Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	0,761	<0,01
6	Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера – Ориентация на достижение компромисса	0,827	<0,01
7	Когнитивный компонент – Эмоциональный компонент	0,820	<0,01
8	Поведенческий компонент – Особенности посланий в общении	0,796	<0,01
9	Мотивационный компонент – Когнитивный компонент (чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности)	0,815	<0,01
10	Когнитивный компонент – Пертская шкала эмпатии	0,762	<0,01
11	Ценностно-смысловой компонент – Эмоциональный компонент	0,774	<0,01
12	Поведенческий компонент – Умение строить межличностные границы	0,755	<0,01
13	Поведенческий компонент – Профессиональные коммуникативные умения	0,680	<0,01
14	Положительное отношение (CSAS) – Отрицательное отношение (CSAS)	– 0,720	<0,01
15	Отрицательное отношение (CSAS) – Когнитивный компонент (чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности)	– 0,285	<0,01
16	Отрицательное отношение (CSAS) – Эмоциональный компонент	– 0,304	<0,01
17	Положительное отношение (CSAS) – Мотивационный компонент	– 0,227	<0,01

Анализ взаимосвязей между показателями коммуникативной компетентности и шкалами различных диагностических методик, проведённый с использованием коэффициента корреляции Спирмена, позволил выявить ряд статистически значимых закономерностей. Полученные данные свидетельствуют о высокой степени структурной связанности элементов коммуникативной компетентности будущих врачей.

Наиболее выраженные связи были обнаружены между мотивационным компонентом и Пертской шкалой эмпатии ($r = 0,921$, $p < 0,01$), а также между эмоциональным компонентом и когнитивным компонентом по чек-листу оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности ($r = 0,870$, $p < 0,01$). Это указывает на ключевую роль эмоционально-мотивационных ресурсов в развитии коммуникативных навыков и формировании профессиональной эмпатии.

Высокая положительная корреляция между шкалами ориентации на принятие партнёра и ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера ($r = 0,761$), а также ориентацией на достижение компромисса ($r = 0,827$) подтверждает согласованность в межличностных установках респондентов.

Значимыми также оказались связи между когнитивным и эмоциональным компонентами по чек-листу оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (например, когнитивный компонент – эмоциональный компонент, $r = 0,820$), что указывает на межфункциональную интеграцию процессов понимания, интерпретации и эмоционального реагирования в профессиональной коммуникации.

Наблюдается отрицательная взаимосвязь между положительным и отрицательным отношением к обучению коммуникативным навыкам ($r = -0,720$, $p < 0,01$), что логично отражает противоположность данных установок и свидетельствует о высокой дискриминантной валидности шкал CSAS.

Средней силы отрицательные связи между отрицательным отношением к обучению коммуникативным навыкам и эмоционально-мотивационными характеристиками (например, мотивационный компонент – $r = -0,227$; эмоциональный – $r = -0,304$) свидетельствуют о том, что негативная установка по отношению к обучению коммуникативным навыкам может быть связана со снижением эмоциональной вовлеченности и мотивации.

Таким образом, корреляционный анализ подтвердил, что коммуникативная компетентность будущих врачей представляет собой сложное интегративное образование, в котором когнитивный, эмоциональный, мотивационный, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты тесно взаимосвязаны. Эти результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода к диагностике и формированию коммуникативной компетентности в рамках медицинского образования.

После проведения корреляционного анализа и установления взаимосвязей между изучаемыми переменными следующим этапом исследования стала проверка исходной однородности контрольной и экспериментальной групп. Для

интерпретации полученных данных использовались методы сравнительного анализа медианных значений и статистической значимости различий между контрольной и экспериментальной группами с применением U-критерия Манна–Уитни.

Анализ медианных значений по всем компонентам коммуникативной компетентности показал следующие результаты:

1. Когнитивный компонент.

По результатам чек-листа оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (когнитивный компонент) и чек-листа оценки когнитивного компонента данной компетентности, медианные значения в контрольной и экспериментальной группах были сопоставимы (например, 9 против 8 и 100 против 86), при этом значения p (0,319 и 0,188) не указывают на наличие статистически значимых различий. Это говорит о схожем уровне сформированности знаний и представлений о коммуникативных стратегиях у студентов обеих групп.

2. Поведенческий компонент.

Оценка поведенческого аспекта, включающего профессиональные умения и особенности общения, также не выявила значимых различий. Все показатели по методикам Н. В. Яковлевой (Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача: профессиональные коммуникативные умения) и В.Н. Недашковского (Диагностика особенностей общения: умение понимать собеседника; особенности посланий в общении; умение строить межличностные границы) находились вблизи по медианным значениям и имели значения p значительно выше критического уровня (в диапазоне от 0,318 до 0,967).

3. Эмоциональный компонент.

Результаты, полученные по чек-листу оценки коммуникативной компетентности будущих врачей и Пертской шкале эмпатии, продемонстрировали близкие медианные значения: 12 и 13; 68 и 60 соответственно. Статистический анализ ($p = 0,418$ и $0,124$) подтвердил отсутствие значимых различий, что может свидетельствовать о сходных уровнях эмпатийности и эмоционального включения студентов в процессе общения.

4. Мотивационный компонент.

Оценка мотивационной составляющей, включающей ориентацию на партнёра, компромисс и понимание в межличностном взаимодействии, также показала статистическую сопоставимость групп (все значения $p > 0,05$). Таким образом, можно сделать вывод об одинаковом уровне мотивационной готовности к эффективному профессиональному общению.

5. Рефлексивный компонент.

Результаты по методике определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономаревой и чек-листу оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (рефлексивный компонент) медианные значения различались минимально (например, 125 против 123; 4 против 5), а уровень значимости ($p = 0,236$ и $0,890$) снова подтвердил отсутствие существенных различий.

6. Ценностно-смысловой компонент.

Сходство значений в контрольной и экспериментальной группах (например, медиана 2 в обеих группах) и высокое значение p ($0,195$ и $0,952$) указывают на единые ценностные ориентиры в профессиональном общении у респондентов.

7. Отношение к обучению коммуникативным навыкам.

Исключением стали шкалы CSAS, по которым были зафиксированы статистически значимые различия ($p = 0,000$). Участники контрольной группы продемонстрировали более положительное отношение к обучению коммуникативным навыкам (медиана 61,5 против 51,5) и менее выраженное отрицательное отношение (38,5 против 33). Это может указывать на влияние контекста обучения или восприятия значимости развития коммуникативных компетенций.

Полученные результаты отражены в таблице 24.

Таблица 24 – Показатели описательной статистики по результатам диагностики коммуникативной компетентности будущих врачей

№	Компоненты коммуникативной компетентности	Название диагностики	Медиана (Med) КГ	Медиана (Med) ЭГ	Значение р	Решение
1	Когнитивный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (когнитивный компонент)	9 [7; 10]	8 [7; 10]	0,319	Нулевая гипотеза принимается
		Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	100 [58,5; 128]	86 [50,5; 108]	0,188	Нулевая гипотеза принимается
2	Поведенческий компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (поведенческий компонент)	29,5 [26; 35,25]	30 [25; 36,75]	0,703	Нулевая гипотеза принимается
		Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н. В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные умения	0,98 [0,89; 1,07]	0,94 [0,75; 1,08]	0,318	Нулевая гипотеза принимается
		Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	10 [9; 12]	11 [8; 13,75]	0,418	Нулевая гипотеза принимается
		Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Особенности посланий в общении	10 [9; 12]	11 [7,25; 13,75]	0,359	Нулевая гипотеза принимается
		Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение строить межличностные границы	6 [4; 7]	6 [4; 7]	0,437	Нулевая гипотеза принимается
3	Эмоциональный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (эмоциональный компонент)	12 [9; 15,75]	13 [8; 14]	0,418	Нулевая гипотеза принимается
		Пертская шкала эмпатии (П. Ларионов и М.В. Яковлева)	68 [42,25; 75]	60 [42; 72]	0,124	Нулевая гипотеза принимается

Продолжение таблицы 24

№	Компоненты коммуникативной компетентности	Название диагностики	Медиана (Med) КГ	Медиана (Med) ЭГ	Значение р	Решение
4	Мотивационный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (мотивационный компонент)	9 [6; 11]	8 [5; 10]	0,538	Нулевая гипотеза принимается
		Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	10 [8; 11]	9 [8; 11]	0,204	Нулевая гипотеза принимается
		Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на достижение компромисса	9 [8; 10]	9 [7; 10]	0,967	Нулевая гипотеза принимается
		Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	10 [8; 11]	9 [7; 11]	0,719	Нулевая гипотеза принимается
5	Рефлексивный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (рефлексивный компонент)	4 [2; 6]	5 [2; 6]	0,236	Нулевая гипотеза принимается
		Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономаревой	125 [106; 134]	123 [106; 133]	0,890	Нулевая гипотеза принимается
6	Ценностно-смысловой компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (ценностно-смысловой компонент)	2 [2; 3]	2 [2; 3]	0,195	Нулевая гипотеза принимается
		Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные ценности	1,04 [0,94; 1,16]	1,04 [0,93; 1,26]	0,952	Нулевая гипотеза принимается

Окончание таблицы 24

№	Компоненты коммуникативной компетентности	Название диагностики	Медиана (Med) КГ	Медиана (Med) ЭГ	Значение р	Решение
7		Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: положительное отношение	61,5 [53; 65]	51,5 [43,25; 59]	0,000*	Нулевая гипотеза отклоняется
		Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: отрицательное отношение	38,5 [29,25; 52,75]	33 [26,25; 40]	0,000*	Нулевая гипотеза отклоняется
Примечание: в таблице приведены медианные значения (Med) по контрольной группе (КГ) и экспериментальной группе (ЭГ). Проверка гипотез о равенстве распределений между контрольной и экспериментальной группами осуществлялась с использованием U-критерия Манна–Уитни. *Нулевая гипотеза заключалась в предположении отсутствия статистически значимых различий между группами. Критический уровень значимости принят за $p \leq 0,05$. Поскольку во всех случаях $p > 0,05$, нулевая гипотеза не отвергается, что свидетельствует о статистической сопоставимости выборок.						

Таким образом, были проанализированы основные параметры распределения результатов по всем методикам. В целом, показатели варьируются в широких пределах, что отражает неоднородность выборки по уровню развития различных компонентов коммуникативной компетентности. Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о наличии как выраженных сильных сторон, так и зон потенциального роста среди участников исследования. Эти результаты подтверждают необходимость дальнейшего целенаправленного формирования и совершенствования коммуникативной компетентности в процессе медицинского образования.

Проверка исходной однородности контрольной и экспериментальной групп с помощью U-критерия Манна–Уитни показала, что из 19 сформулированных нулевых гипотез, в 17 случаях нулевая гипотеза была принята, что означает отсутствие статистически значимых различий между группами по большинству диагностируемых показателей. Это подтверждает их изначальную сопоставимость и однородность по уровню сформированности когнитивного, поведенческого, эмоционального, мотивационного, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов коммуникативной компетентности.

Исключение составляют два показателя, по которым были выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$): CSAS: положительное отношение ($p = 0,000$); CSAS: отрицательное отношение ($p = 0,000$).

Это говорит о том, что по отношению к обучению коммуникативным навыкам между группами имеются значимые различия. Участники одной из групп продемонстрировали более выраженное позитивное отношение и меньшую выраженность негативных установок по отношению к обучению коммуникативным навыкам, что может быть следствием их более высокой мотивации. Эти результаты отражают индивидуальные особенности мотивации и не влияют на объективные параметры сформированности коммуникативной компетентности. Поэтому, поскольку по всем остальным шкалам статистически значимых различий не выявлено, группы в целом можно считать сопоставимыми

для целей формирующего эксперимента с оговоркой о предварительном различии в установках к обучению коммуникативным навыкам.

Выводы по 2 главе

Анализ содержания и результатов, представленных во второй главе, позволяет сформулировать ряд существенных выводов, касающихся как методологической организации исследования, так и особенностей проявления дефицитов коммуникативной компетентности будущих врачей.

Организация эмпирического исследования опиралась на системный, многоступенчатый подход и была направлена на комплексную оценку коммуникативной компетентности будущих врачей. Общая численность выборки составила 280 человек, что обеспечило репрезентативность и позволило учитывать возрастные, половые и профессиональные различия. Для оценки компонентов коммуникативной компетентности будущих врачей были отобраны и разработаны валидные методики диагностики когнитивного, поведенческого, эмоционального, мотивационного, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов. Особую роль занимала разработка чек-листа оценки коммуникативной компетентности будущих врачей, продемонстрировавшего высокую чувствительность и специфичность, что свидетельствует о высокой практической применимости разработанной модели для оценки и развития данной компетентности.

Анализ дефицитов коммуникативной компетентности ординаторов 1-го года обучения выявил, что основными проблемными зонами являются взаимодействие с агрессивными пациентами, «Гугл-пациентами» и пациентами, нарушающими структуру консультации. Проведённый факторный анализ позволил выделить три ключевых блока коммуникативных навыков: эмоциональная вовлечённость, структурирование консультации и информирование пациента, что подтвердило многокомпонентную природу коммуникативной компетентности. Кластерный анализ продемонстрировал наличие трёх групп ординаторов по уровню сформированности коммуникативных навыков: от высоко компетентных до

нуждающихся в серьёзной поддержке. Также контент-анализ открытых ответов участников выявил потребность в усилении образовательных модулей по развитию навыков управления конфликтами, работы с трудными пациентами, стрессоустойчивости и установлению профессиональных границ. Это подчёркивает необходимость целенаправленной подготовки будущих врачей к реальным коммуникативным вызовам клинической практики.

Констатирующий этап эксперимента показал разноуровневую сформированность компонентов коммуникативной компетентности будущих врачей. Установлены значимые корреляционные связи между когнитивным, мотивационным и эмоциональным компонентом данной компетентности. Проверка по критерию Манна–Уитни в целом подтвердила однородность контрольной и экспериментальной групп, однако были выявлены статистически значимые различия по шкале положительного ($p = 0,000$) и отрицательного отношения ($p = 0,000$) к обучению коммуникативным навыкам (методика CSAS). Но поскольку различия касаются лишь субъективного отношения к обучению и не затрагивают компоненты коммуникативной компетентности, обе группы в целом можно считать условно однородными. Это позволит корректно интерпретировать результаты формирующего этапа эксперимента, учитывая указанные различия в мотивационной сфере как возможный исходный фактор.

ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

Содержание и способы реализации комплекса психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

Проблема формирования коммуникативной компетентности будущих врачей на сегодняшний день обсуждается многими исследователями. Так, например, К.Р. Федорук и М.А. Мельникова в своих исследованиях подчеркивают, что формирование данной компетентности у будущих педиатров является важной задачей, поскольку в их профессиональной деятельности необходимо эффективно выстраивать коммуникацию не только с пациентами разного возраста, но и с их родственниками [146, С. 148-153]. Учитывая, что дети зачастую не могут полноценно выразить свои жалобы и эмоции, а их близкие испытывают повышенное беспокойство, врач должен обладать эмпатией, навыками активного слушания и адаптации информации под уровень восприятия каждого собеседника.

Другие исследователи отмечают, что коммуникативная компетентность является одной из базовых характеристик профессиональной компетентности специалистов медицинского профиля и поэтому процесс обучения в медицинских вузах должен способствовать ее формированию у будущих врачей [12, С. 79-82]. Формирование коммуникативной компетентности может происходить на клинических кафедрах, и одним из эффективных способов может быть сбор анамнеза у пациента.

Н.Г. Королева, З.В. Лопатин и др. для формирования коммуникативных навыков в медицинском вузе использовали виртуального пациента, который носит пропедевтическую функцию в подготовке будущего врача к встрече с реальным пациентом. Авторы разработали рабочую программу дисциплины «Коммуникативные навыки врача» для специальности 31.05.01 «Лечебное дело» и интегрировали виртуальных пациентов, которые сопровождают комплексы

обучающих мероприятий для самостоятельной и аудиторной работы студентов, а также систему оценивания. Комплекс обучающих мероприятий был разработан на основе метода «blueprinting» и включал онлайн-лекции, самостоятельную работу студентов по подготовке презентаций в малых группах, работу с виртуальным пациентом, ролевые игры, дискуссии, рефлексивные эссе [79, С. 8-18].

Как уже было отмечено ранее, на сегодняшний день не существует единого подхода к формированию коммуникативной компетентности будущих врачей в рамках медицинских вузов, однако все исследователи данной проблемы говорят о том, что такой подход необходим.

Учитывая актуальность данной проблемы и разнообразие подходов к ее решению, была разработана программа, которая предполагает комплексный подход к формированию коммуникативной компетентности будущих врачей.

Программа была разработана с учетом системного, деятельностного, компетентностного и системно-антропологического подходов. Опираясь на эти подходы, были сформулированы принципы, обеспечивающие эффективное развитие навыков профессионального общения у будущих врачей медицинских вузов.

1. Принцип системности

Коммуникативная компетентность формируется как комплексный навык, требующий интеграции теоретических знаний, практических умений и личностных качеств. Системный подход обеспечивает взаимосвязь всех элементов программы:

- Теоретические блоки (например, изучение Калгари-Кембриджской модели) подкрепляются практическими упражнениями (ролевые игры, работа со «стандартизированными пациентами»).
- Рефлексивные задания (дневник, групповые обсуждения) позволяют закрепить полученный опыт и выявить зоны роста.
- Ценностно-смысловой компонент интегрирован в кейсы и симуляции, что формирует целостное профессиональное мировоззрение.

2. Принцип обучения через действия

Активное вовлечение студентов в моделирование реальных ситуаций соответствует деятельностному подходу и позволяет:

- Отрабатывать навыки в безопасной среде, минимизируя риски ошибок в реальной практике.
- Развивать адаптивность: студенты учатся применять теорию в разнообразных клинических сценариях (например, общение с агрессивным пациентом, сообщение плохих новостей и др.).
- Формировать мышечную память: многократное повторение действий (активное слушание, управление невербаликой) закрепляет их на уровне автоматизма.

3. Принцип обучения через опыт

Интеграция личного и профессионального опыта студентов повышает мотивацию и релевантность обучения, например:

- Анализ собственных ошибок в ролевых играх помогает осознать слабые места.
- Работа с кейсами, основанными на реальных клинических ситуациях, связывает теорию с практикой.
- Групповые дискуссии позволяют обмениваться опытом и находить нестандартные решения (например, компромисс с «Гугл-пациентом»).

4. Принцип рефлексивного обучения

Рефлексия — ключевой инструмент профессионального роста. В программе это реализуется через:

- Рефлексивный дневник: студенты фиксируют эмоции, успехи и трудности, что развивает способность к самоанализу.
- Групповую обратную связь: обсуждение действий в ролевых играх помогает увидеть «слабые места» и скорректировать поведение.
- Индивидуальные планы развития: на основе рефлексии студенты формулируют конкретные шаги для улучшения навыков (например, тренировка уточняющих вопросов).

5. Принцип ценностно-смысловой направленности

Медицина — это не только наука, но и искусство взаимодействия с людьми. В программе это реализуется через:

- Гуманизм и эмпатию: анализ этических дилемм (например, сообщение диагноза терминальному пациенту) и отработку эмпатичных реакций.
- Профессиональную этику: использование технологии «Стандартизированный пациент» моделирует ситуации, где важно соблюдение границ (уважение личного пространства, конфиденциальность).
- Ответственность: совместное планирование лечения с пациентом формирует понимание партнерской модели взаимодействия.

Программа реализуется с учетом следующих *психолого-педагогических условий*, способствующих эффективному формированию коммуникативной компетентности:

- Построение курса как целостной системы, в которой все элементы взаимосвязаны и дополняют друг друга.
- Использование активных методов обучения, таких как ролевые игры, моделирование клинических ситуаций, технология «Case-study», технология «стандартизированный пациент», тренинги, позволяющие отработать коммуникативные навыки в условиях, максимально приближенных к реальной медицинской практике.
- Интеграция профессионального и личного опыта студентов в образовательный процесс через анализ кейсов, работу в малых группах, обсуждение трудных ситуаций из практики.
- Использование рефлексивного дневника курса: фиксирование изменений в навыках, самооценка и анализ собственной деятельности.
- Включение в обучение этически значимых коммуникативных ситуаций, связанных с доверием, эмпатией, уважением к пациенту, сообщением плохих новостей, принятием решений и соблюдением этических норм.

Каждый подход задает вектор для реализации принципов через конкретные психолого-педагогические условия:

- Системность обеспечивает целостность программы.

- Деятельностная направленность делает обучение практико-ориентированным.
- Акцент на опыт и индивидуализацию повышает релевантность обучения.
- Рефлексия и ценностный компонент формируют осознанного и этичного специалиста.

Таким образом, программа не только развивает навыки, но и формирует личность будущего врача, способного к критическому мышлению, эмпатии и профессиональной ответственности.

Программа рассчитана на 72 часа и включает 8 встреч по 6 часов. В дополнение к очным занятиям предусмотрена самостоятельная работа (24 часа) с рефлексивным дневником.

Цель программы: формирование коммуникативной компетентности будущих врачей, включающей умение эффективно взаимодействовать с пациентами, коллегами и медицинским персоналом, адаптироваться к сложным коммуникативным ситуациям и строить профессиональное общение на основе этики, эмпатии и партнерства.

Задачи программы:

- Развитие базовых коммуникативных навыков (вербальных и невербальных).
- Освоение техник активного слушания и эффективного взаимодействия с пациентами.
- Формирование эмпатии, стрессоустойчивости и навыков конструктивного общения в сложных ситуациях.
- Обучение работе с конфликтами и возражениями пациентов.
- Развитие самопрезентации и уверенного поведения.

Формат и структура занятий

Программа состоит из 8 модулей, каждый из которых включает 5 ключевых блоков:

Диагностический блок – тестирование, самодиагностика, вводные упражнения.

Теоретический блок – изучение научных основ, моделей медицинской коммуникации, стратегий эффективного взаимодействия.

Блок ситуативного обучения – разбор кейсов, анализ видеозаписей, моделирование профессиональных ситуаций.

Блок отработки профессиональных навыков – практические упражнения, работа с «стандартизированными пациентами», тренировка взаимодействия с разными типами пациентов.

Рефлексивный блок – самоанализ, групповое обсуждение, фиксация сложностей и достижений.

При формировании коммуникативной компетентности будущих врачей особое значение приобретает не только развитие умений общения, но и интернализация ценностей медицинской профессии. Исследования показывают, что использование тренинговых форм обучения способствует преобразованию знаний в лично значимые ориентиры и формированию устойчивого образа «Я – профессионал» [124, С. 181-185]. Поэтому именно тренинг стал основной формой реализации программы формирования коммуникативной компетентности, так как он обеспечивает активное включение обучающихся в моделирование профессионально значимых ситуаций, позволяет отрабатывать навыки межличностного взаимодействия, получать обратную связь и осмысливать собственный опыт в условиях групповой динамики. Тренинговый формат способствует интеграции когнитивного, эмоционального, поведенческого и других компонентов компетентности, создавая условия для формирования целостной системы профессионального общения.

Основные модули программы

Программа включает 8 тематических встреч:

Основы медицинской коммуникации – изучение принципов взаимодействия врача и пациента, анализ Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования.

Имидж и самопрезентация в профессиональной деятельности врача – развитие уверенности в общении, управление невербальным поведением.

Психологические особенности общения врача с пациентом – изучение техник активного слушания, основных этапов процесса сбора информации и диагностики через интервьюирование, методов объяснения диагноза и лечения, доступных для понимания пациента, принципов совместного планирования лечения с учетом потребностей пациента.

Психологические особенности общения с особыми группами пациентов (дети, пожилые, пациенты с ОВЗ) – изучение основных принципов адаптации коммуникации под потребности каждой группы, методов преодоления барьеров в общении (языковых, когнитивных, сенсорных), техник снижения тревоги у детей и пожилых.

Психологические особенности общения с разными типами пациентов (агрессивными, конфликтными, тревожными, «Гугл-пациентами») – освоение стратегий управления сложными ситуациями.

Психологические особенности общения с умирающими пациентами и их родственниками (сообщение плохих новостей) – освоение модели SPIKES, поддержка пациента и его родственников.

Управление эмоциональными состояниями – развитие навыков саморегуляции, профилактика выгорания.

Кейс-марафон: искусство профессионального общения – закрепление и интеграция знаний и навыков, полученных в серии тренингов, через практическую работу с кейсами и ситуационными задачами, позволяющими применить техники эффективного общения в медицинской практике (Приложение Д).

Методы и технологии обучения

В программе используется сочетание традиционных и инновационных методов обучения:

Анализ клинических кейсов – разбор реальных и смоделированных ситуаций врачебной практики.

Метод «стандартизированного пациента» – отработка коммуникативных стратегий с подготовленными актерами, играющими роль пациентов.

Рольевые игры и моделирование – воссоздание ситуаций общения с пациентами и коллегами.

Анализ видео – разбор записей реальных консультаций, выявление удачных и проблемных стратегий.

Групповые обсуждения и обратная связь – обмен мнениями, рефлексия, выявление успешных практик.

Таким образом, разработанная программа формирования коммуникативной компетентности будущих врачей представляет собой целостную систему, основанную на ключевых принципах обучения, таких как: системности, обучения через действия и опыт, рефлексивного обучения и ценностно-смысловой направленности. Опора на данные принципы позволяет обеспечить комплексное развитие всех компонентов коммуникативной компетентности, что особенно важно для профессиональной деятельности врачей.

Реализация современных психолого-педагогических условий, таких как: построение курса как целостной системы, в которой все элементы взаимосвязаны и дополняют друг друга; использование активных методов обучения (ролевые игры, моделирование клинических ситуаций, технология «Case-study», технология «Стандартизированный пациент», тренинги); интеграция профессионального и личного опыта студентов в образовательный процесс; использование рефлексивного дневника курса; включение в обучение этически значимых коммуникативных ситуаций, связанных с доверием, эмпатией, уважением к пациенту, сообщением плохих новостей, принятием решений и соблюдением этических норм, способствует более эффективному формированию коммуникативной компетентности, необходимой для работы с пациентами, их родственниками и коллегами.

Таким образом, программа направлена не только на развитие отдельных навыков общения, но и на формирование целостной профессиональной идентичности будущих врачей, что позволит им успешно адаптироваться к

различным клиническим ситуациям и выстраивать эффективное взаимодействие в медицинской практике.

Для оценки качества разработанной программы была проведена независимая экспертная оценка. В качестве экспертов были привлечены врачи-практики, обладающие опытом клинической и образовательной деятельности в области медицинской коммуникации.

Критерии отбора экспертов включали:

- наличие высшего медицинского образования и действующего клинического стажа не менее 7 лет;
- работа в учреждениях с высокими стандартами взаимодействия с пациентами — преимущественно в частных многопрофильных медицинских центрах, где коммуникация является значимым фактором качества оказания услуг;
- проходили дополнительное обучение или курсы повышения квалификации по развитию коммуникативных навыков, в том числе по таким темам, как «медицинское консультирование», «эмпатия и работа с трудными пациентами», «технологии активного слушания» и др.;
- участие в образовательных проектах, семинарах или тренингах, направленных на развитие профессиональной коммуникации;
- выраженное понимание роли коммуникативной компетентности в обеспечении качества медицинской помощи, профилактике конфликтов и формировании доверия пациента к врачу.

Выбор экспертов основывался не только на формальных признаках, но и на мотивации к участию в проектах, направленных на повышение качества медицинского образования, а также готовности к рефлексии и критической оценке. В итоге в экспертной оценке программы приняли участие шесть специалистов, соответствующих заявленным критериям.

Каждому эксперту был предоставлен экспертный лист оценки программы, включающий восемь ключевых критериев: актуальность содержания, логика и структура программы, использование интерактивных методов, реализация психолого-педагогических условий, качество диагностики, проработка сложных

ситуаций и гибкость внедрения в другие образовательные форматы (Приложение Е). По итогам анализа экспертных листов были сформулированы следующие обобщённые выводы:

1. Высокая степень практикоориентированности содержания.

Эксперты подчеркнули, что структура программы и предлагаемые методы обучения ориентированы на формирование у студентов навыков, необходимых в повседневной клинической практике. Использование кейсов, ролевых игр, тренингов и технологии «стандартизированный пациент» позволяет воссоздать реальные ситуации взаимодействия с пациентами, включая сложные и эмоционально насыщенные случаи, что существенно повышает подготовленность будущих врачей к профессиональной деятельности.

2. Логическая последовательность модульного построения.

Программа представлена как система взаимосвязанных модулей, каждый из которых включает диагностический, теоретический, ситуативного обучения, рефлексивный и практический блоки. Такая структура, по мнению экспертов, обеспечивает поэтапное и планомерное развитие коммуникативной компетентности — от освоения базовых навыков до их интеграции в комплексное профессиональное поведение.

3. Акцент на этическое и ценностное содержание профессионального общения.

Особое внимание в программе уделяется проработке этически значимых ситуаций: сообщение плохих новостей, работа с умирающими пациентами, взаимодействие с особыми группами пациентов (пожилыми, детьми, лицами с ограниченными возможностями). Эксперты отметили, что подобные аспекты редко получают должное внимание в стандартных учебных курсах, но критически важны для подготовки эмпатичных и ответственных специалистов.

4. Целостность и взаимосвязь компонентов программы.

Все разделы и модули программы объединены общей логикой и методологией — обучение строится на принципах системности, интеграции опыта, рефлексивности и ценностного подхода. Это, по мнению экспертов, способствует

не только усвоению конкретных навыков, но и формированию устойчивой профессиональной идентичности будущего врача как коммуникатора и партнёра пациента.

5. Соответствие современным вызовам медицины и здравоохранения.

Эксперты указали на высокую актуальность программы в контексте увеличивающейся коммуникативной нагрузки на врачей. В условиях стресса, дефицита времени, правовой уязвимости и роста требований со стороны пациентов, компетентное взаимодействие становится неотъемлемым элементом профессионализма врача. Программа отвечает на эти вызовы за счёт акцента на управление конфликтами, эмоциональную регуляцию, участие пациента в принятии решений.

6. Адаптивность и масштабируемость программы.

По мнению экспертов, структура и методика курса позволяют адаптировать его к различным форматам и уровням профессионального образования: начиная со старших курсов медицинского вуза и заканчивая программами для врачей-интернов и специалистов в рамках дополнительного профессионального образования. Это делает программу универсальным инструментом для системного формирования коммуникативной компетентности.

Все эксперты дали программе высокие баллы — от 29 до 32 из 32 возможных, — что, согласно шкале интерпретации, свидетельствует о её полном соответствии современным требованиям медицинского образования и возможности служить моделью для других образовательных учреждений.

Специфика результативности и эффективности процесса формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

На формирующем этапе эксперимента в исследовании приняло участие 72 студента 5 курса, из которых 36 обучались по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», и 36 — по специальности 31.05.02 «Педиатрия». Аналогичным образом была сформирована и контрольная группа, сопоставимая по количеству и структуре.

Экспериментальная группа в течение 8 недель проходила разработанную программу, направленную на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей. Программа включала в себя тренинговые занятия, разбор кейсов, ролевые игры, работу со стандартизированным пациентом.

По завершении программы участники экспериментальной группы повторно прошли психодиагностическое обследование с использованием того же набора методик, что и на констатирующем этапе. Это позволило оценить динамику изменений в структуре коммуникативной компетентности и определить эффективность проведённой программы.

Для количественной оценки изменений, произошедших в результате реализации формирующей программы, была проведена обработка данных с использованием методов описательной статистики. Анализ включал сравнение средних значений, медиан, стандартных отклонений до и после проведения эксперимента. Это позволило определить общее направление и выраженность изменений в уровнях сформированности компонентов коммуникативной компетентности участников экспериментальной группы.

Проведённый анализ результатов до и после формирующего этапа эксперимента в экспериментальной группе показывает устойчивую положительную динамику по большинству диагностируемых показателей, что указывает на эффективность реализованной программы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Когнитивный компонент демонстрирует значительный прирост: медианные значения увеличились с 8 до 12 баллов, а по чек-листу оценки когнитивного компонента – с 86 до 110 баллов. Это свидетельствует о существенном расширении знаний, связанных с профессиональным взаимодействием.

Поведенческий компонент также улучшился: медианные значения по одноимённой шкале возросли на 7,50 балла, а дополнительные диагностические шкалы (профессиональные коммуникативные умения) подтвердили этот рост. Улучшения зафиксированы в показателях «умения понимать собеседника», «умения строить межличностные границы» и «особенности посланий в общении»,

что отражает рост коммуникативной гибкости и практических навыков взаимодействия.

Эмоциональный компонент продемонстрировал устойчивый рост: прирост составил в 1 балл, а показатели по Пертской шкале эмпатии выросли на 7 баллов. Это указывает на усиление эмоциональной вовлеченности и эмпатических способностей, критически важных для медицинской практики.

Мотивационный компонент также усилился. Медианное значение повысилось на 3,50 балла, что указывает на рост внутренней заинтересованности в профессиональном общении. Особенно важным является прирост в ориентации на принятие партнёра, достижение компромисса и адекватное восприятие партнёра – все показатели увеличились на 3, что свидетельствует об изменении межличностной установки студентов на более конструктивную и партнёрскую.

Рефлексивный компонент значительно усилился, особенно по шкале «Индивидуальная мера рефлексивности», где среднее значение увеличилось на 22 балла. Это говорит о формировании способности к самонаблюдению, критической оценке и рефлексии собственной коммуникативной деятельности.

Ценностно-смысловой компонент также продемонстрировал позитивные изменения (с 2 до 3), что может быть интерпретировано как усиление внутренней мотивации и осознания ценности профессионального общения. Небольшое снижение наблюдается в показателе профессиональных коммуникативных ценностей ($-0,03$), что требует дополнительного анализа.

По шкале отношения к обучению коммуникативным навыкам (CSAS) зафиксирован рост положительного отношения к обучению навыкам коммуникации (+2,50) и снижение отрицательного отношения (-3), что подтверждает повышение осознанности и готовности к профессиональному развитию в области коммуникации.

Далее для оценки статистической значимости изменений, произошедших в экспериментальной группе в результате реализации формирующей программы, был использован критерий Вилкоксона для связанных выборок. Данный непараметрический метод применяется для сопоставления данных, полученных от

одной и той же выборки до и после воздействия, и позволяет определить, являются ли выявленные различия статистически значимыми. В контексте настоящего исследования критерий Вилкоксона позволил объективно оценить эффективность программы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Полученные результаты анализа представлены в таблице ниже (Таблица 25).

Таблица 25 – Результаты описательной статистики в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента

№	Компоненты коммуникативной компетентности	Название диагностики	Med ДО	Med ПОСЛЕ	Δ	Значение р	Решение
1	Когнитивный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (когнитивный компонент)	8 [7; 10]	12 [11; 14]	+4	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	86 [50; 108]	110 [76; 141]	+24	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
2	Поведенческий компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (поведенческий компонент)	30 [25; 36,75]	37,50 [31; 43]	+7,50	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н. В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные умения	0,94 [0,75; 1,08]	0,97 [0,87; 1,05]	+0,03	0,825*	Нулевая гипотеза принимается
		Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	11 [8; 13,75]	13,50 [12; 16]	+2,50	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Особенности посланий в общении	11 [7,25; 13,75]	13 [10; 17]	+2	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение строить межличностные границы	6 [4; 7]	7 [6; 9,75]	+1	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
3	Эмоциональный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (эмоциональный компонент)	13 [8; 14]	14 [10,25; 20]	+1	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Пертская шкала эмпатии (П. Ларионов и М.В. Яковлева)	60 [42; 72]	67 [55,25; 87]	+7	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется

Продолжение таблицы 25

4	Мотивационный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (мотивационный компонент)	8 [6; 11]	11,50 [10; 14,75]	+3,50	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	9 [8; 11]	12 [10; 15]	+3	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на достижение компромисса	9 [7; 10]	12 [9; 14]	+3	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
4	Мотивационный компонент	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	9 [7; 11]	12 [10; 14,75]	+3	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
5	Рефлексивный компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (рефлексивный компонент)	5 [2; 6]	6 [4; 7]	+1	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономаревой	123 [106; 133]	145 [110; 167]	+22	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
6	Ценностно-смысловой компонент	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (ценностно-смысловой компонент)	2 [2; 3]	3 [2; 4]	+1	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н. В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные ценности	1,04 [0,93; 1,26]	1,01 [0,93; 1,19]	-0,03	0,015	Нулевая гипотеза отклоняется

Окончание таблицы 25

7		Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: положительное отношение	51,50 [43,25; 59]	54 [47; 65]	+2,50	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
		Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: отрицательное отношение	33 [26,25; 40]	30 [24; 36,75]	–3	0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
Примечание: в таблице приведены медианные значения (Med) для каждой использованной диагностической методики и соответствующих компонентов, Δ — прирост / разность между показателями до и после формирующего эксперимента; значения уровня значимости (p) по критерию знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок, рассчитанные для оценки статистически значимых различий между результатами до и после формирующего эксперимента в экспериментальной группе. *Нулевая гипотеза отклоняется при $p \leq 0,05$, что свидетельствует о наличии значимых изменений.							

Результаты анализа показали, что во всех шкалах и компонентах, кроме одной, были выявлены статистически значимые отличия ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии программы на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей.

Исключение составила шкала «Профессиональные коммуникативные умения», где статистически значимых различий не зафиксировано ($p = 0,825$). Данный показатель представляет собой соотношение между профессионализацией коммуникативных умений (ПУ) и общими коммуникативными умениями (КУ). Несмотря на то, что профессионализация коммуникативных умений (ПУ) и общие коммуникативные умения (КУ) по результатам критерия Вилкоксона показали статистически значимые изменения ($p < 0,05$), показатель профессиональных коммуникативных умений (ПКУ) не продемонстрировал достоверной динамики ($p = 0,825$). Подобное расхождение может быть обусловлено тем, что при расчёте отношения двух одновременно увеличивающихся показателей (числителя и знаменателя) итоговое значение может оставаться стабильным, особенно при близких темпах прироста. Кроме того, интегральные коэффициенты такого рода обладают меньшей чувствительностью к краткосрочным изменениям и могут сглаживать эффект от формирующих воздействий. Таким образом, отсутствие значимой динамики по данной шкале не свидетельствует о неэффективности программы, а скорее подчеркивает необходимость интерпретации компонентов данного показателя отдельно, что и демонстрирует значимое улучшение по каждому из них (Таблица 26).

Таблица 26 – Результаты критерия Вилкоксона для экспериментальной группы до и после формирующего эксперимента по шкалам «Профессионализация коммуникативных умений» и «Общие коммуникативные умения»

№	Название шкалы / компонента	Значение р	Решение
1	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессионализация коммуникативных умений (ПУ)	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
2	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Общие коммуникативные умения (КУ)	<0,001	Нулевая гипотеза отклоняется
Примечание: В таблице представлены значения уровня значимости (р) по критерию знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок, рассчитанные для оценки статистически значимых различий между результатами до и после формирующего эксперимента в экспериментальной группе. Нулевая гипотеза отклоняется при $p \leq 0,05$, что свидетельствует о наличии значимых изменений.			

Представленный статистический анализ полученных данных с использованием критерия знаковых рангов Вилкоксона подтвердил эффективность реализованной программы формирования коммуникативной компетентности: практически по всем ключевым параметрам зафиксированы статистически значимые положительные изменения в экспериментальной группе.

Контрольная группа включала 72 студента 5 курса, равномерно распределённых по направлениям подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия». В отличие от участников экспериментальной группы, студенты контрольной группы не проходили программу формирования коммуникативной компетентности и не подвергались никаким формирующим воздействиям со стороны исследователя. Диагностическое обследование проводилось дважды: на констатирующем и на контрольном этапах, с использованием идентичного набора валидных диагностических методик.

Целью анализа результатов, полученных в контрольной группе, является определение естественной динамики изучаемых показателей в условиях отсутствия специализированного обучающего воздействия. Это позволяет объективно оценить вклад реализованной программы в развитие компонентов коммуникативной

компетентности будущих врачей и служит основой для сравнения с данными экспериментальной группы.

Для проверки статистической значимости различий между результатами до и после формирующего этапа эксперимента в контрольной группе был использован критерий знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок. Данный непараметрический метод позволяет выявить, происходили ли существенные изменения по медианным значениям показателей в одной и той же выборке при повторных измерениях.

Анализ показал, что по подавляющему большинству шкал и компонентов коммуникативной компетентности нулевая гипотеза не была отклонена ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии статистически значимых изменений в контрольной группе. Это ожидаемо, поскольку участники данной группы не проходили целенаправленного воздействия в рамках программы формирования коммуникативной компетентности.

Исключением стал лишь один показатель — «Отрицательное отношение к обучению коммуникативным навыкам» (шкала CSAS), где нулевая гипотеза была отклонена ($p = 0,000$). Несмотря на отсутствие целенаправленного воздействия, данное изменение может быть обусловлено рядом факторов: возрастанием личной мотивации студентов к профессиональному развитию или усилением влияния клинической практики. Такой сдвиг указывает на высокую чувствительность этого показателя к внутренним и внешним условиям профессионального становления будущего врача. Однако, учитывая отсутствие системных изменений по остальным шкалам, этот результат, скорее всего, имеет вспомогательный характер (Таблица 27).

Таблица 27 – Результаты критерия Вилкоксона для контрольной группы констатирующего и контрольного этапов эксперимента

№	Название шкалы / компонента	Значение p	Решение
1	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (когнитивный компонент)	0,853	Нулевая гипотеза принимается
2	Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	0,612	Нулевая гипотеза принимается
3	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (поведенческий компонент)	0,555	Нулевая гипотеза принимается
4	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные умения	0,089	Нулевая гипотеза принимается
5	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	0,776	Нулевая гипотеза принимается
6	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Особенности посланий в общении	0,444	Нулевая гипотеза принимается
7	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение строить межличностные границы	0,166	Нулевая гипотеза принимается
8	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (эмоциональный компонент)	0,589	Нулевая гипотеза принимается
9	Пертская шкала эмпатии (П. Ларионов и М.В. Яковлева)	0,556	Нулевая гипотеза принимается
10	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (мотивационный компонент)	0,992	Нулевая гипотеза принимается
11	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	0,79	Нулевая гипотеза принимается
12	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на достижение компромисса	0,787	Нулевая гипотеза принимается
13	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	0,898	Нулевая гипотеза принимается
14	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (рефлексивный компонент)	0,317	Нулевая гипотеза принимается
15	Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономаревой	0,952	Нулевая гипотеза принимается
16	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (ценностно-смысловой компонент)	1	Нулевая гипотеза принимается

Окончание таблицы 27

17	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные ценности	0,377	Нулевая гипотеза принимается
18	Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: положительное отношение	0,337	Нулевая гипотеза принимается
19	Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: отрицательное отношение	<0,001*	Нулевая гипотеза отклоняется
Примечание: В таблице представлены значения уровня значимости (p) по критерию знаковых рангов Вилкоксона для связанных выборок, рассчитанные для оценки статистически значимых различий между результатами до и после формирующего эксперимента в экспериментальной группе. *Нулевая гипотеза отклоняется при $p \leq 0,05$, что свидетельствует о наличии значимых изменений.			

Полученные данные подтверждают, что динамика в контрольной группе не является статистически значимой, что, в свою очередь, усиливает достоверность и интерпретационную силу положительных изменений, зафиксированных в экспериментальной группе.

Для оценки эффективности реализованной программы по формированию коммуникативной компетентности будущих врачей был проведён сравнительный анализ результатов контрольной и экспериментальной групп после завершения формирующего этапа. В качестве метода математической статистики использовался U-критерий Манна–Уитни, позволяющий выявить различия между двумя независимыми выборками по уровню распределения исследуемых показателей.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между контрольной и экспериментальной группами по большинству изучаемых компонентов коммуникативной компетентности. Так, достоверные различия ($p < 0,05$) были выявлены по 16 из 19 шкал, включая когнитивный, поведенческий, мотивационный и рефлексивный компоненты, а также показатели, отражающие профессионально значимые коммуникативные умения — такие как умение понимать собеседника, строить межличностные границы, интерпретировать сообщения, уровень эмпатии и мотивационные ориентации.

Кроме того, значимые различия были обнаружены по шкале положительного и отрицательного отношения к обучению коммуникативным навыкам, что может свидетельствовать о формировании более позитивной установки у студентов экспериментальной группы по отношению к процессу профессиональной коммуникации.

Однако по ряду показателей статистически значимых различий между группами не обнаружено. В частности, не выявлено значимых различий по шкале «Профессиональные коммуникативные умения», что ранее было отмечено и в динамике внутри экспериментальной группы. Подобная устойчивость данного показателя может указывать на его сопротивляемость изменениям в рамках краткосрочных образовательных программ.

Отсутствие значимых различий по ценностно-смысловому компоненту и шкале «Профессиональные коммуникативные ценности» может свидетельствовать о том, что формирование этих аспектов требует более длительного времени и глубинной психологической проработки. Полученные результаты отражены в Таблице 28.

Таблица 28 – Результаты контрольной и экспериментальной групп с использованием U-критерия Манна–Уитни на контрольном этапе эксперимента

№	Название диагностики	Значение p	Решение
1	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (когнитивный компонент)	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
2	Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	0,041	Нулевая гипотеза отклоняется
3	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (поведенческий компонент)	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
4	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В Яковлевой) Профессиональные коммуникативные умения	0,760*	Нулевая гипотеза принимается
5	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
6	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Особенности посланий в общении	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется

Окончание таблицы 28

7	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение строить межличностные границы	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
8	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (эмоциональный компонент)	0,008	Нулевая гипотеза отклоняется
9	Пертская шкала эмпатии (П. Ларионов и М.В. Яковлева)	0,046	Нулевая гипотеза отклоняется
10	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (мотивационный компонент)	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
11	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
12	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на достижение компромисса	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
13	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
14	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (рефлексивный компонент)	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
15	Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономаревой	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется
16	Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей (ценностно-смысловой компонент)	0,117*	Нулевая гипотеза принимается.
17	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлевой) Профессиональные коммуникативные ценности	0,630*	Нулевая гипотеза принимается.
18	Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: положительное отношение	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется.
19	Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам CSAS: отрицательное отношение	0,000	Нулевая гипотеза отклоняется.
Примечание: проверка гипотез о достоверности различий между контрольной и экспериментальной группами осуществлялась с использованием U-критерия Манна–Уитни. Нулевая гипотеза заключалась в предположении отсутствия статистически значимых различий между группами. При значении $p < 0,05$ нулевая гипотеза отклоняется, что свидетельствует о статистически значимых различиях между группами. *Значения $p \geq 0,05$ указывают на отсутствие значимых различий.			

Таким образом, сравнительный анализ подтверждает высокую результативность разработанной программы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Обнаруженные различия в пользу экспериментальной группы позволяют заключить, что предложенные психолого-

педагогические условия и средства способствовали значимому развитию коммуникативных навыков, профессиональных умений и личностных характеристик, обеспечивающих эффективность межличностного и профессионального взаимодействия будущих врачей.

3.3. Проявление коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях реального лечебного взаимодействия

Для объективной оценки уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей, выявленного на этапе формирующего эксперимента, был применён метод экспертного наблюдения. В отличие от тестирования и анкетирования, этот метод позволил оценить не декларируемые установки, а фактическое коммуникативное поведение студентов в условиях реальной врачебной практики. Такой подход дал возможность проверить, насколько устойчиво и гибко сформированная компетентность проявляется при взаимодействии с пациентами вне рамок учебного занятия, а в условиях реальной практики. Это также позволило провести оценку эффективности реализованной программы по формированию коммуникативной компетентности.

Экспертное наблюдение проводилось в рамках клинической практики студентов — в условиях амбулаторного и стационарного звена. Для процедуры была сформирована выборка из 12 студентов экспериментальной группы, завершивших обучение по программе формирования коммуникативной компетентности. Отбор осуществлялся методом генерации случайных чисел с учётом равного представительства мужчин и женщин, что позволило учесть потенциальные различия в стилях общения и адаптационных стратегиях.

Процедура наблюдения осуществлялась в формате открытого наблюдения: студенты были информированы о присутствии эксперта, но не знали, какие именно аспекты их поведения подлежат оценке. Такой формат позволил снизить влияние эффекта Хоторна — то есть минимизировать вероятность демонстративного, «правильного» поведения, не отражающего реальные коммуникативные привычки.

Наблюдение осуществляли шесть экспертов, принимавших участие в оценке программы формирования; каждый эксперт наблюдал за двумя студентами. Оценка велась по индивидуальным экспертным листам, включавшим 14 структурированных критериев с поведенческими индикаторами (Приложение Ж).

Критерии охватывали все этапы врачебного взаимодействия: от установления контакта до завершения приёма. В частности, оценивались следующие блоки:

- Начало взаимодействия (приветствие, представление, формулирование цели визита);
- Сбор информации (умение задавать открытые вопросы, активное слушание, проявление эмоционального участия);
- Структурирование общения (логика построения диалога, резюмирование, проверка понимания);
- Информационное взаимодействие (понятность объяснений, работа с ожиданиями пациента);
- Совместное планирование (обсуждение решений, вовлечение пациента в процесс);
- Завершение общения (выводы, прощание, создание завершённости контакта).

Оценка проводилась по 4-балльной шкале — от отсутствия/негативного проявления (1 балл) до уверенного и гибкого владения навыком (4 балла). Совокупный балл позволял классифицировать уровень коммуникативной компетентности по четырём категориям: низкий, средний, высокий и продвинутый. Чтобы обеспечить надёжность полученных данных, эксперты заполняли листы независимо друг от друга, без предварительного обсуждения.

После получения результатов экспертной оценки была проведена процедура сопоставления с данными, полученными до и после формирующего этапа эксперимента в рамках диагностики коммуникативной компетентности с использованием авторского чек-листа оценки коммуникативной компетентности будущих врачей. Это позволило оценить степень соответствия наблюдаемых

поведенческих проявлений уровню сформированности, зафиксированному посредством разработанного инструмента оценки.

Анализ результатов продемонстрировал значительную положительную динамику (Рисунок 8).

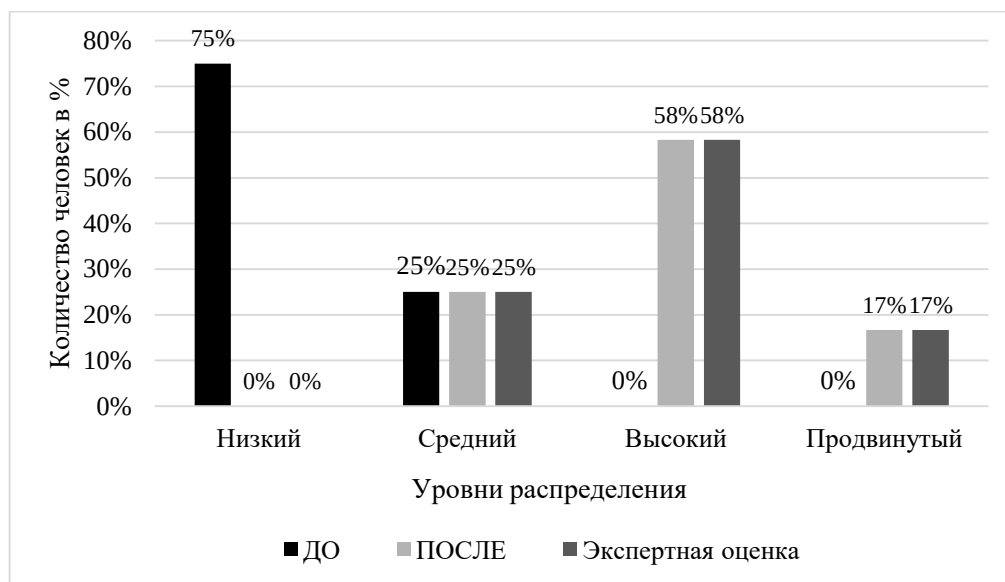


Рисунок 8 – Распределение студентов по уровням сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей до и после формирующего эксперимента и согласно экспертным заключениям

До начала формирующего эксперимента у 75% студентов наблюдался низкий уровень коммуникативной компетентности, при этом высокий и продвинутый уровни не фиксировались вовсе. После реализации программы ситуация существенно изменилась: доля студентов с низким уровнем снизилась до 0%, тогда как высокий уровень был достигнут у 58% обучающихся, а продвинутый уровень — у 17%. Оставшиеся 25% студентов показали средний уровень сформированности компетентности.

Важно отметить, что результаты экспертного наблюдения подтвердили данные по авторскому чек-листу после завершения программы. Распределение по уровням в экспертной оценке полностью совпало с оценкой по чек-листу: 25% — средний уровень, 58% — высокий, 17% — продвинутый, и ни один студент не продемонстрировал низкий уровень коммуникативной компетентности. Это

свидетельствует о высокой степени валидности полученных результатов и позволяет говорить о положительном эффекте реализованной программы формирования коммуникативной компетентности.

Среди поведенческих индикаторов, зафиксированных в ходе наблюдения, отражающих высокий уровень сформированности компетентности, были следующие:

- структурированность врачебного интервью, чёткое следование этапам взаимодействия;
- умение устанавливать доверительный контакт и адаптироваться к эмоциональному состоянию пациента;
- владение техникой активного слушания, включая невербальные сигналы вовлечённости;
- использование ключевых элементов эффективной консультации — переходов, резюмирования, вопросов на проверку понимания;
- эмпатичное и уважительное завершение взаимодействия, содействующее формированию положительного опыта у пациента.

Дополнительный аналитический материал для интерпретации полученных результатов предоставили комментарии экспертов, зафиксированные в соответствующем разделе оценочного листа. Эти замечания позволили глубже осмыслить характер коммуникативного взаимодействия студентов с пациентами, выявить различия в стилях общения, а также отметить особенности, связанные с полом наблюдаемых.

Так, несмотря на отсутствие статистически значимых различий в общем уровне сформированности коммуникативной компетентности между юношами и девушками, эксперты подчёркивали различия в коммуникативных стратегиях. Юноши чаще демонстрировали структурированный и логичный стиль общения, фокусируясь на передаче медицинской информации и соблюдении последовательности. Девушки, напротив, проявляли более выраженную эмпатию, активнее использовали невербальные средства поддержки и стремились к созданию психологически комфортной атмосферы.

Для наглядного представления этих различий ниже представлены обобщающие данные (Таблица 29)

Таблица 29 – Гендерные особенности проявления коммуникативной компетентности будущих врачей (по данным экспертных наблюдений)

№	Аспект коммуникативного поведения	Типичные проявления у юношей	Типичные проявления у девушек
1	Стиль взаимодействия	Логичный, структурированный, сосредоточенный на фактах	Эмпатийный, поддерживающий, ориентированный на контакт
2	Вербальные стратегии	Чёткие формулировки, минимизация эмоций	Использование мягкой лексики, эмоциональное сопровождение
3	Невербальное поведение	Ограниченное количество невербальных сигналов поддержки	Активное использование зрительного контакта, кивков, мимики
4	Реакция на тревогу/неуверенность пациента	Пояснения и разъяснения в профессиональной логике	Эмоциональная поддержка, мягкое ободрение
5	Совместное планирование лечения	Предложение готовых решений с кратким обоснованием	Обсуждение возможных вариантов, активное вовлечение пациента
6	Позиционирование себя в роли врача	С акцентом на профессиональную экспертность	С акцентом на партнёрские отношения и заботу
Примечание: различия, представленные в таблице, не интерпретируются как преимущества одной стратегии над другой. Они отражают вариативность коммуникативных моделей, каждая из которых может быть эффективной в зависимости от контекста взаимодействия, особенностей пациента и клинической ситуации. Подобное разнообразие свидетельствует о гибкости формируемых умений и адаптивности студентов в условиях реальной врачебной практики.			

Отдельно отмечались случаи, когда студенты эффективно справлялись с эмоционально насыщенными или затруднёнными ситуациями: например, с тревожными пациентами или в случаях непонимания с их стороны. Эксперты положительно оценили стремление студентов не только донести информацию, но и убедиться в её понимании пациентом, применяя вопросы на проверку усвоения, резюмирование сказанного и обратную связь.

Несмотря на общее высокое качество взаимодействия, в отдельных комментариях указывались области для дальнейшего развития. В частности, это

касается более активного включения пациента в совместное планирование лечения и уточнения его ожиданий от взаимодействия. Эти аспекты, как подчёркивали эксперты, особенно важны для формирования модели партнёрского взаимодействия в современной медицине.

Для более глубокого понимания восприятия студентами содержания и результатов программы формирования коммуникативной компетентности, а также получения обратной связи, тем же 12 участникам было предложено заполнить рефлексивный отчёт по специально разработанной структуре, включающей три смысловых блока:

1. Ценностные установки во взаимодействии с пациентом.
2. Самооценка изменений коммуникативной компетентности.
3. Формирование профессиональной идентичности будущего врача.

Каждый из блоков предполагал размышления в двух аспектах:

- в контексте участия в программе формирования;
- в контексте применения коммуникативной компетентности в реальной врачебной практике.

Рефлексивный отчёт был оформлен в виде письменного задания, не подлежащего академической оценке. Участникам было предложено ответить в свободной форме, следуя предложенной структуре, с возможностью приводить личные примеры, эмоциональные реакции, затруднения и наблюдения.

Сбор отчётов проводился в письменной форме после завершения клинического этапа практики. Все участники были проинформированы о целях сбора данных и согласились на использование их ответов в исследовательских целях при условии анонимности.

Полученные материалы были использованы для качественного анализа с целью:

- выявления глубины и направленности профессионально-личностных изменений;
- оценки степени интеграции сформированной компетентности в профессиональное поведение;

- определения элементов программы, оказавших наибольшее влияние.

Анализ рефлексивных отчётов осуществлялся с использованием качественного анализа, опирающегося на предварительно сформулированные категории, соответствующие содержательным компонентам коммуникативной компетентности и целям реализованной программы.

В ходе анализа текстов выделялись семантические единицы (фразы, суждения, примеры), относящиеся к каждому критерию. Для повышения надёжности интерпретации данные кодировались по следующим признакам:

- наличие/отсутствие высказывания по критерию;
- степень выраженности (слабо / умеренно / ярко выражено);
- включение конкретных примеров из практики;
- эмоциональная и оценочная окрашенность (нейтральная / позитивная / критическая).

Цитаты студентов использовались как иллюстрации смысловых категорий, а также как материал для обобщения типичных паттернов и выявления индивидуальных различий в восприятии и применении компетентности.

Результаты анализа позволили:

- подтвердить наличие личностно-профессиональной динамики;
- выявить аспекты программы, наиболее значимо повлиявшие на студентов;
- уточнить, в какой степени сформированная коммуникативная компетентность реализуется в условиях реальной практики.

Обобщённые данные представлены в таблице 30.

Таблица 30 – Анализ рефлексивных отчетов по критериям

№	Критерий анализа	Юноши (n=6)		Девушки (n=6)	
		Рефлексия участия в программе формирования	Применение коммуникативной компетентности в реальной практике	Рефлексия участия в программе формирования	Применение коммуникативной компетентности в реальной практике
1	Ценностные установки во взаимодействии с пациентом	«Понял, что важно не просто давать информацию, но и быть убедительным, говорить понятно и по делу». Акцент на содержательность, чёткость, информативность.	«Я объяснил пациенту ход лечения — ему стало спокойнее, он начал задавать вопросы». Реализуют установку через разъяснения, контроль информации, но реже отмечают эмоциональную поддержку.	«Научилась замечать эмоции пациента — не только слышать, но и видеть». Отмечают важность психологического контакта и доверия.	«Понимала, что пациент боится — старалась говорить мягко, быть рядом, поддержать». Активно используют эмпатийные приёмы. Подчёркивают роль эмоционального комфорта.
2	Самооценка изменений	«Стало проще говорить по делу, меньше волнуюсь». Подчёркивают рост уверенности и чёткости речи.	«Всё стало более автоматически: чёткое приветствие, структура, логика — не путаюсь». В основном отмечают техническую сторону изменений.	«Раньше боялась начать разговор, сейчас могу спокойно начать и вести диалог». Подчёркивают повышение внутренней уверенности, раскованность.	«Видела, как пациент расслабился, когда я улыбнулась и просто выслушала его». Отмечают эмоциональную вовлечённость и изменение отношения.
3	Формирование профессиональной идентичности	«Чувствую себя уже не просто студентом, а врачом, который может чётко выстроить разговор». Идентифицируют себя с ролью эксперта, владеющего информацией и процессом.	«Было ощущение, что я веду приём — не как задание, а как реальную работу». Подчёркивают контроль ситуации, ответственность.	«Поняла, что могу быть не только врачом, но и человеком, которому доверяют». Связывают профессию с заботой, присутствием, поддержкой.	«После разговора с пациенткой я почувствовала, что могу действительно помогать, не только лечить, но и успокаивать». Проявляют партнёрскую и эмпатийную идентичность.

Результаты анализа рефлексивных отчётов подтверждают данные экспертных наблюдений, представленные ранее. Юноши и девушки демонстрируют разные модели коммуникативного поведения, отражающие различные акценты в восприятии врачебного общения:

– У юношей прослеживается ориентация на структурированное, информативное и контролируемое взаимодействие, акцент на уверенности, логике и чёткости как признаках профессионализма.

– У девушек более ярко выражена эмпатийная и гуманистическая направленность, стремление к созданию доверительного и эмоционально безопасного взаимодействия с пациентом.

Также анализ рефлексивных отчётов позволил выявить ряд важных закономерностей в том, как сами студенты осмысливают изменения, произошедшие с ними в ходе программы, и как они интерпретируют свой опыт общения с пациентами в клинической практике. Ниже представлены ключевые характеристики:

1. Осознание значимости коммуникативной стороны врачебной деятельности.

Практически все участники подчёркивают, что до участия в программе роль общения с пациентом воспринималась как второстепенная по отношению к клиническому мышлению и знанию диагноза. После программы у большинства студентов произошёл сдвиг *ценностных акцентов* — они стали видеть в общении с пациентом не только средство передачи информации, но и ресурс для установления доверия, повышения приверженности лечения и успешного врачебного вмешательства.

2. Изменение личной уверенности и коммуникативной гибкости.

Многие студенты отмечают, что в результате прохождения программы у них снизился уровень тревожности при контакте с пациентами, они стали более спокойными, организованными и последовательными в коммуникации. Упомянуты такие изменения, как: умение структурировать приём; уверенность

при начале взаимодействия; способность преодолевать барьеры, особенно при возникновении непредвиденных эмоциональных реакций со стороны пациента.

3. Формирование осознанных коммуникативных стратегий.

В отчётах студентов регулярно встречаются ссылки на конкретные техники и инструменты, освоенные в рамках программы (активное слушание, проверка понимания, резюмирование и т.п.). При этом наблюдается переход от спонтанного общения к более осознанному и целенаправленному, что свидетельствует об интериоризации компетентности.

4. Индивидуальные различия в стилях взаимодействия.

Как и в экспертной оценке, в рефлексивных отчётах чётко прослеживаются различия в коммуникативных установках юношей и девушек: юноши чаще описывают чёткие алгоритмы поведения, акцентируют внимание на контроле беседы, логике изложения и эффективности взаимодействия; девушки чаще описывают эмоциональные состояния пациента, собственные чувства и стремление создать атмосферу поддержки и принятия.

5. Рост профессиональной рефлексии.

Во многих отчётах видна способность студентов осмысленно анализировать собственные действия, оценивать их последствия и соотносить с профессиональной ролью. Появляются высказывания, связанные с чувством ответственности, с осознанием собственной роли не только как исполнителя медицинских манипуляций, но и как носителя гуманистической позиции.

6. Внутренняя мотивация к дальнейшему развитию.

Ряд студентов прямо указывают на желание продолжать развивать коммуникативную компетентность, отмечают интерес к психологии общения, готовность посещать тренинги, практиковаться в сложных ситуациях. Это свидетельствует о формировании устойчивой мотивации для профессионального роста и саморазвития.

Таким образом, результаты экспертного наблюдения, проведённого в условиях реального клинического взаимодействия, подтвердили эффективность реализованной программы формирования коммуникативной компетентности

будущих врачей. Высокая степень совпадения экспертных оценок с результатами диагностики, выполненной с использованием чек-листа оценки коммуникативной компетентности, свидетельствует о методологической надёжности и валидности используемых подходов.

Проявления коммуникативной компетентности студентов отличались не только высоким уровнем сформированности основных компонентов, но и гибкостью, проявлявшейся в умении адаптироваться к различным типам пациентов и клиническим ситуациям. Экспертные комментарии позволили выделить общие сильные стороны — структурированность диалога, эмпатичность, владение техниками активного слушания, — а также индивидуальные особенности, включая гендерно обусловленные стили взаимодействия. Это подчёркивает многомерность коммуникативной компетентности как личностно-профессионального явления.

Дополнительные подтверждения эффективности программы были получены на основе анализа рефлексивных отчётов студентов, в которых участники осмыслили собственный опыт прохождения обучения и взаимодействия с пациентами. Отчёты продемонстрировали не только осознание значимости врачебного общения и развитие конкретных навыков, но и выраженную профессиональную и личностную трансформацию. Студенты отмечали рост уверенности, снижение тревожности при взаимодействии с пациентами, повышение мотивации и формирование гуманистической установки на партнёрство с пациентом.

Результаты исследования позволяют утверждать, что коммуникативная компетентность была сформирована не как совокупность разрозненных техник, а как интегральное образование, включающее когнитивный, поведенческий, эмоциональный, рефлексивный, мотивационный и ценностно-смысловой компоненты. С позиции системно-антропологического подхода это свидетельствует о глубокой интеграции коммуникативной компетентности в структуру профессионального «Я» будущего врача и подтверждает эффективность разработанной программы как механизма формирования устойчивой личностно-профессиональной характеристики.

Выводы по 3 главе

В ходе третьей главы диссертационного исследования была представлена разработанная программа формирования коммуникативной компетентности будущих врачей, обоснованы её теоретико-методологические основания, описан процесс реализации формирующего эксперимента, а также проведён анализ его результатов. Особое внимание было уделено сравнению данных экспериментальной и контрольной групп, что позволило объективно оценить эффективность предложенной программы. Полученные данные легли в основу следующих выводов:

1. На основе анализа теоретических источников и потребностей современной медицинской практики была разработана психолого-педагогическая программа формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Программа опирается на системно-антропологический, системный, деятельностный, компетентностный подходы и реализуется через ряд взаимосвязанных принципов: системности, обучения через действия и опыт, рефлексивности и ценностно-смысловой направленности. Использование таких технологий, как работа со стандартизированными пациентами, кейс-метод, рефлексивный дневник и ситуационные тренинги, позволило обеспечить целостное развитие когнитивного, поведенческого, эмоционального, мотивационного, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза. Также была организована независимая экспертная оценка программы, которая показала полное соответствие современным требованиям медицинского образования и возможности служить моделью для других образовательных учреждений.

2. Результаты формирующего этапа эксперимента показали статистически значимые положительные изменения практически по всем ключевым шкалам и компонентам коммуникативной компетентности в экспериментальной группе. Положительные изменения были зафиксированы как по средним значениям, так и по медианным оценкам. Наиболее выраженная динамика наблюдалась по

когнитивному, поведенческому, мотивационному и рефлексивному компонентам, а также по уровню эмпатии и отношению к обучению коммуникативным навыкам. Исключение составил показатель «Профессиональные коммуникативные умения», который не показал статистически значимых изменений в силу особенностей расчёта как отношения двух увеличивающихся величин. Это подчеркивает необходимость интерпретации его составляющих отдельно, где наблюдалась положительная динамика. Результаты контрольной группы показали отсутствие значимых изменений по большинству изучаемых показателей, что свидетельствует о стабильности коммуникативной компетентности при отсутствии специального обучающего воздействия. Исключением стал лишь один показатель — снижение отрицательного отношения к обучению коммуникативным навыкам, которое может быть связано с общим профессиональным развитием студентов. Сравнительный анализ результатов экспериментальной и контрольной групп с применением U-критерия Манна–Уитни подтвердил эффективность программы: значимые различия между группами были выявлены по большинству шкал, что демонстрирует результативность предложенных психолого-педагогических условий и обоснованность реализованной методики.

3. Дополнительное подтверждение эффективности программы было получено в ходе экспертной оценки поведения студентов в условиях реального врачебного взаимодействия, а также на основе анализа рефлексивных отчётов участников. Экспертные наблюдения зафиксировали высокий уровень сформированности коммуникативной компетентности у студентов, её адаптивность и многомерность, включая гендерные особенности в стиле взаимодействия с пациентом. Рефлексивные отчёты подтвердили не только прирост конкретных навыков, но и глубокую профессиональную трансформацию: осознание значимости коммуникации, рост уверенности, формирование ценностной установки на партнёрство и стремление к дальнейшему развитию. Эти данные позволяют утверждать, что программа способствовала не формальному освоению отдельных техник, а формированию целостной коммуникативной

компетентности как устойчивой составляющей профессионального «Я» будущего врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного диссертационного исследования по изучению психолого-педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в соответствии с поставленными задачами и выдвинутой гипотезой сформулированы следующие выводы:

1. Конкретизировано понятие «коммуникативная компетентность будущих врачей» как интегративное качество личности, формирующееся в процессе профессионального становления и включающее когнитивный, эмоциональный, мотивационный, поведенческий, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты, обеспечивающие способность будущего врача к эффективному, этически обоснованному и адаптивному взаимодействию с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса в условиях профессиональной неопределённости. Такое понимание опирается на идеи системно-антропологического подхода, что позволяет выйти за рамки традиционного понимания коммуникативной компетентности и подчеркнуть её роль как неотъемлемой части личностно-профессионального развития врача.

2. Для эффективного формирования коммуникативной компетентности будущих врачей необходимо соблюдение комплекса психолого-педагогических условий, среди которых ключевыми являются: построение курса как целостной системы, в которой все элементы взаимосвязаны и дополняют друг друга; использование активных методов обучения (ролевые игры, моделирование клинических ситуаций, технология «Case-study», технология «Стандартизированный пациент», тренинги); интеграция профессионального и личного опыта в образовательный процесс; использование рефлексивного дневника курса; включение в обучение этически значимых коммуникативных ситуаций, связанных с доверием, эмпатией, уважением к пациенту, сообщением плохих новостей, принятием решений и соблюдением этических норм. Интеграция системно-антропологического подхода с системным, деятельностным и компетентностным подходами обеспечила построение комплексной теоретической

модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей, отражающей многомерную природу и позволяющей выстроить структурированный процесс её формирования в образовательной среде медицинского вуза.

3. Анализ ФГОС ВО по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» и профессиональных стандартов «Врач-педиатр участковый», «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» показал, что требования к коммуникативным компетенциям сформулированы обобщённо, без конкретизации содержательных и процессуальных аспектов их формирования. В результате возникает несогласованность между ожиданиями профессионального сообщества и реальной подготовкой выпускников медицинских вузов. Также анализ практик формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в медицинских вузах, выявил отсутствие унифицированных программ и системной модели её формирования. Подобная ситуация обуславливает фрагментарность подготовки и дефициты в области взаимодействия с пациентами, что подтверждается результатами анкетирования выпускников медицинского университета по основным образовательным программам (31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.03 «Стоматология»). Основные дефициты наблюдаются в ситуациях, требующих высокой степени эмпатии, толерантности, стрессоустойчивости и этической ответственности. Особые трудности возникают при коммуникации с трудными пациентами, в конфликтных ситуациях и в условиях эмоционального напряжения.

4. Несмотря на растущий интерес к развитию коммуникативной компетентности в медицинском образовании, в отечественной практике всё ещё ощущается дефицит валидированных методик оценки уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей, охватывающих ключевые компоненты данного конструкта. Разработанный в рамках исследования чек-лист позволяет объективно оценивать уровень сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей. Проверка его диагностической ценности продемонстрировала высокие показатели чувствительности и специфичности, что

свидетельствует о надёжности инструмента и его потенциале как диагностического средства в образовательной практике. Чек-лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей может быть использован как инструмент текущего контроля и итоговой оценки в рамках подготовки будущих врачей, а также при проектировании индивидуальных траекторий профессионального развития студентов и ординаторов.

5. Реализация программы в рамках формирующего эксперимента показала ее эффективность. По результатам сравнительного анализа (до и после участия в программе) в экспериментальной группе наблюдался устойчивый рост показателей по большинству диагностируемых компонентов. Статистически значимые различия выявлены по когнитивному, поведенческому, мотивационному, эмоциональному, рефлексивному и ценностно-смысловому компонентам. Это подтверждено анализом с использованием критерия Вилкоксона для связанных выборок. Кроме того, U-критерий Манна–Уитни показал достоверные различия между экспериментальной и контрольной группами после завершения программы, что также свидетельствует о результативности разработанного психолого-педагогического воздействия.

6. Реализация комплекса психолого-педагогических условий продемонстрировала высокую эффективность, способствуя успешному освоению коммуникативных навыков и личностному включению студентов в образовательный процесс. Одновременно была зафиксирована динамика формирования этически ориентированной позиции, выражающейся в готовности к эмпатичному и осознанному взаимодействию с пациентами, что нашло подтверждение в экспертных оценках. Данные рефлексивных отчётов продемонстрировали, что сформированная в процессе обучения коммуникативная компетентность была не только осознана студентами, но и интегрирована в структуру их профессионального самоопределения. Студенты отмечали повышение уверенности, снижение тревожности в общении с пациентами, развитие способности к саморефлексии, а также осознание важности гуманистического подхода в врачебной практике. Таким образом, реализованные

условия обеспечили не только освоение техники общения, но и становление внутренней профессиональной позиции, ориентированной на ценности партнёрства, уважения и заботы.

Таким образом, полученные результаты подтверждают гипотезу исследования. Разработка и внедрение подобных программ может рассматриваться как необходимый шаг в модернизации медицинского образования с целью повышения качества взаимодействия в системе «врач–пациент».

Перспективой дальнейших исследований в данной области являются:

– Углублённое изучение эмерджентной природы коммуникативной компетентности будущих врачей. Понимание данной компетентности как эмерджентного качества личности позволяет рассматривать её не как сумму отдельных компонентов (знаний, навыков, установок), а как целостную систему, в которой на основе взаимодействия когнитивного, эмоционального, мотивационного, поведенческого, рефлексивного и ценностно-смыслового уровней возникает новое интегративное образование.

– Дальнейшая разработка и апробация диагностических инструментов, позволяющих оценивать коммуникативную компетентность студентов медицинских вузов, интернов и ординаторов, включая инструменты самооценки и экспертной оценки.

– Интеграция разработанной программы формирования коммуникативной компетентности в учебные планы разных этапов подготовки (специалитет, ординатура) и её адаптация под конкретные клинические направления (например, хирургия, психиатрия, педиатрия), с учетом специфики коммуникации в каждой из областей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаева, А.С., Бусурина, Л.Ю. Особенности коммуникативной сферы врачей-ординаторов различных специальностей / А.С. Абдуллаева, Л.Ю. Бусурина, А.С. Султанова // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2023. – Т.12. – № 1. – С. 260-266.
2. Азарова, О.А., Панкова, С.Н. Межличностные отношения «врач – пациент» на этапе постдипломного образования / О.А. Азарова, С.Н. Панкова, Л.И. Лепехина, О.А. Лепехина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2020. – Т. 23, № 4. – С. 85-90.
3. Амлаев, К., Кошель, В. Обучение студентов эффективной коммуникации / К. Амлаев, В. Кошель, А. Ходжаян // Врач. – 2017. – №4. – С.80-82.
4. Асриян, О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача [Электронный ресурс] / О.Б. Асриян // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – №4 (61). – С.93-97. – URL: <https://doi.org/10.17238/PmJ1609-1175.2016.4.93-97> (дата обращения: 12.05.2024).
5. Астанина, С.Ю. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект) / С.Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, № 1. – С. 7-14.
6. Астанина, С.Ю. Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования / С.Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель, О.М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 7-17.
7. Афанасьев, В.Г. Системность и общество / В.Г. Афанасьев. - Изд. 2-е. - Москва: URSS: ЛЕНАНД. 2018. – 367 с.
8. Бадретдинова, А.И. Эффективность и правильность применения коммуникативных навыков в постановке диагноза стандартизированному

пациенту: результаты пилотного проекта на базе Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН / А.И. Бадретдинова, А.С. Клименко, Л.Г. Ахуба, А.О. Остаев, Ж.Г. Тигай // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11, № 2. – С. 102–114.

9. Бакунц, С.А. Коммуникации врачей и медицинских сестер: работа в команде / С.А. Бакунц // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 890-896.

10. Бакунц, С.А. Формирование профессиональных коммуникативных компетенций у врачей-ординаторов медицинского университета / С.А. Бакунц, И.Б. Шикина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 4. – С. 20-34.

11. Барсукова, М.И. Коммуникативная подготовка будущих врачей (на материале речевого поведения врачей акушеров-гинекологов) / М.И. Барсукова, Н.А. Клоктунова, А.В. Романовская, С.В. Слесарев, Д.И. Шевелёва // Мир науки, культуры, образования. – 2020. – № 4 (83). – С. 113-115.

12. Белобородов, В.А. Формирование коммуникативной компетентности у студентов-медиков / В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская, А.В. Маньков // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2022. – № 11. – С. 79-82.

13. Беспалько, В.П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения / В.П. Беспалько. – М.: Педагогика, 1995. – 337 с.

14. Божбанбаева, Н.С. Коммуникативные навыки в педиатрии / Н.С. Божбанбаева, Г.Ж. Байгазиева, Г.М. Абдуллаева, Т.Ш. Мустафазаде, С.А. Есенова, А.А. Бейсекова // Вестник КазНМУ. – 2012. – № 2. – С. 110-111.

15. Бугаева, И.О., Клоктунова, Н.А. Способы формирования коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов: педагогический опыт / И.О. Бугаева, Н.А. Клоктунова, Е.А. Ремпель, С.В. Федюков, С.В. Слесарев // Казанский педагогический журнал. – 2021. – №3. – С. 109-115.

16. Бузина, Т.С. Теоретический анализ роли психологических факторов приверженности к лечению больных гипертонической болезнью [Электронный ресурс] / Т.С. Бузина, А.С. Абдуллаева // Личность в меняющемся мире: здоровье,

адаптация, развитие. – 2024. – Т. 12, № 1 (44). – С. 46–58. – URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=592> (дата обращения: 03.05.2024).

17. Булатов, С.А. Современный вузовский симуляционно-тренинговый центр – проблема организации освоения практических умений врача с учетом личностно ориентированного подхода в обучении / С.А. Булатов // Оренбургский медицинский вестник. – 2018. – Т. VI, № 4(24). – С. 69-73.

18. Бурцева, Л.К. Коммуникативная компетентность в структуре общей профессиональной компетентности / Л.К. Бурцева // Совет ректоров. – 2010. – № 3. – С. 51-55.

19. Бычкова, А.С. Влияние обучения врачей коммуникативной компетентности на качество взаимодействия с пациентами / А.С. Бычкова // Национальная Ассоциация Ученых. – 2022. – № 78. – С. 24-25.

20. Василенко, Т.Д. Взаимосвязь эмоционально-личностных особенностей студентов медицинского ВУЗа с коммуникативной компетентностью будущего врача [Электронный ресурс] / Т.Д. Василенко, Н.В. Смирнов, В.И. Дмитренко // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 1. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.01.2025).

21. Васильева, Е.Ю. К вопросу оценки коммуникативной компетентности в российском медицинском образовании / Е.Ю. Васильева // Alma Mater (Вестник высшей школы). – 2022. – № 7. – С. 100–104.

22. Васильева, Е.Ю. Коммуникативные навыки: самооценка и рефлексия выпускников медицинского вуза / Е.Ю. Васильева, М.И. Томилова // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2020. – Т. 14, № 4. – С. 149–155.

23. Васильева, Е.Ю. Оценка коммуникативной компетентности у ординаторов / Е.Ю. Васильева, М.И. Томилова // Образование и саморазвитие. – 2019. – Т. 14, № 4. – С. 81-90.

24. Васильева, Е.Ю. Оценка навыков общения с пациентами в процессе первичной специализированной аккредитации: реалии и возможности / Е.Ю. Васильева, Т.В. Кузьминская // Профилактическая медицина. – 2022. – Т. 25, № 2. – С. 86–90.

25. Васильева, Л.Н. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача / Л.Н. Васильева // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 165–169.
26. Васильева, Л.Н. Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей / Л.Н. Васильева // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2009. – Т. 15, № 5. – С. 172–177.
27. Васильева, Л.Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей / Л.Н. Васильева // Медицинская психология в России. – 2013. – № 5(22). – С. 16.
28. Васильева, Л.Н. О программе формирования коммуникативной компетентности врача / Л.Н. Васильева // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. – № 2 (24). – С. 205-207.
29. Васильева, Л.Н. Теоретические основы формирования коммуникативной компетентности врача / Л.Н. Васильева // Наука и инновации – современные концепции: сб. науч. ст. по итогам работы Международного научного форума (Москва, 17 мая 2019 года). – Т. 2. – М.: Инфинити, 2019. – С. 75–80.
30. Васильева, Т.Н. Профессиональная коммуникативная компетентность и карьера врача железнодорожной больницы / Т.Н. Васильева, И.В. Федотова // Вятский медицинский вестник. – 2020. – № 4(68). – С. 54-57.
31. Вацлавик, П. Прагматика человеческих коммуникаций: изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия / П. Вацлавик, Д. Бивии, Д. Джексон; пер. с англ. А. Суворовой. – М.: Апрель-Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. – 320 с.
32. Винокурова, Ю.А. Возможности совершенствования коммуникативной компетенции обучающихся медицинского вуза / Ю.А. Винокурова // Наука и культура России. – 2024. – Т. 1. – С. 77–78.
33. Волкова, Е.А. Эмпатия как один из факторов успешной врачебной деятельности / Е.А. Волкова, Ю.М. Ежова, Н.В. Варшавер // Психология и

педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2016. – № 48. – С. 70–76.

34. Воробьева, О.И. Основы эффективности медицинской коммуникации / О.И. Воробьева // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2016. – Т. 18, № 7. – С. 83–85.

35. Воронина, Т.Д. Оценка коммуникативных навыков в медицине в Сибирском государственном медицинском университете / Я.В. Шикунова, В.А. Желев, И.Ю. Якимович, М.А. Егунова, Л.Г. Смышляева, Е.А. Старовойтова, С.В. Барановская, Т.Д. Воронина // Виртуальные технологии в медицине. – 2024. – № 3(41). – С. 183–184.

36. Всеволодова, А.Х. Содержательные аспекты профессионально-ориентированной иноязычной коммуникативной компетенции будущего врача как цели обучения английскому языку в медицинском вузе / А.Х. Всеволодова // Современные наукоемкие технологии. – 2021. – № 5. – С. 158–164.

37. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М.: АСТ, 2024. – 576 с.

38. Гагарина, Е.Ю. Коммуникативная компетентность врача в условиях онлайн-консультирования / Е.Ю. Гагарина, Ю.А. Сторожева // Вестник Российского нового университета. Серия «Человек в современном мире». – 2020. – № 4. – С. 68–73.

39. Гаспарян, Л.А. Роль коммуникативной компетенции в управлении временем врачебной консультации / Л.А. Гаспарян // Современное педагогическое образование. – 2019. – № 1. – С. 94–100.

40. Герасимова, Т.В. К вопросу о качестве коммуникативной подготовки будущих врачей (теоретический аспект) [Электронный ресурс] / Т.В. Герасимова, Т.Н. Скабелкина // Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. – 2020. – № 09 (50). – URL: <https://scipress.ru/pedagogy/articles/k-voprosu-o-kachestve-kommunikativnoj-podgotovki-budushhikh-vrachej-teoreticheskij-aspekt.html> (дата обращения: 29.09.2020).

41. Горшунова, Н.К. Формирование коммуникативной компетентности современного врача / Н.К. Горшунова, Н.В. Медведев // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 3. – С. 36–37.
42. Гуревич, Ю.Ю. Развитие коммуникативных навыков и эмпатии в условиях симуляционного обучения стоматологов / Ю.Ю. Гуревич, И.Н. Чечина // Современный ученый. – 2024. – № 7. – С. 152–158.
43. Давидов, Д.Р. Проблемы коммуникации врача и пациента [Электронный ресурс] / Д.Р. Давидов, А.С. Москвичева, Л.Б. Шубина, И.Б. Шикина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69, № 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1479/30/lang,ru/> (дата обращения: 22.01.2024).
44. Давыдова, Н.С. Федеральный пилот: оценка навыков общения при первичной аккредитации специалиста 2018: результаты, итоги / Н.С. Давыдова, Е.В. Дьяченко, Н.В. Самойленко, Л.Б. Шубина, А. Серкина, Н. Боттаев // Виртуальные технологии в медицине. – 2018. – № 2. – С. 61–62.
45. Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – С. 92–94.
46. Дроздова, И.А. Развитие и формирование коммуникативной компетентности врача как показатель качества современного медицинского образования / И.А. Дроздова, И.А. Дайнеко // The Newman in Foreign Policy. – 2016. – № 34(78). – С. 70–71.
47. Дуброва, В.П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом / В.П. Дуброва // Психологическая наука и образование. – 2000. – Т. 5, № 3. – С. 62–66.
48. Дьяченко, Е.В. Актуальность внедрения практико-ориентированного обучения общению с пациентами в медицинском вузе / Е.В. Дьяченко // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 24–26.

49. Ежова, Ю.М. К проблеме коммуникативной компетентности студентов-медиков / Ю.М. Ежова, Н.В. Варшавер, Е.А. Волкова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2012. – № 10. – С. 227–231.
50. Жданова, А.В. Коммуникативная компетентность у врачей в конфликтной ситуации профессиональной деятельности с пациентами / А.В. Жданова // Бюллетень науки и практики. – 2021. – Т. 7, № 1. – С. 382–386.
51. Жура, В.В. Технология обучения клиническому общению студентов медицинских вузов / В.В. Жура // Artium Magister. – 2023. – Т. 23, № 3. – С. 10–16.
52. Занков, Л.В. Избранные педагогические труды / Л.В. Занков; АПН СССР. – М.: Педагогика, 1990. – 418 с.
53. Зеер, Э.Ф. Компетентностный подход в образовании / Э.Ф. Зеер // Образование и наука. – 2005. – № 3 (33). – С. 31.
54. Зими́на, Н.А. Психологическая диагностика коммуникативного потенциала личности / Н.А. Зими́на; Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет. – Нижний Новгород: НГАСУ, 2015. – 42 с.
55. Зимняя, И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентного подхода в образовании / И.А. Зимняя. – М.: Исслед. центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. – 42 с.
56. Зимняя, И.А. Коммуникативная компетентность, речевая деятельность, вербальное общение / И.А. Зимняя, И.А. Мазаева, М.Д. Лаптева; под ред. И.А. Зимней. – М.: Аспект Пресс, 2020. – 400 с.
57. Зорин, К.В. Психология и педагогика сотрудничества врача и пациента инфекционного профиля / К.В. Зорин // Непрерывное медицинское образование. – 2016. – № 3. – С. 30–34.
58. Ивашкина, М.Г. Развитие коммуникативной компетенции ординатора в процессе изучения курса «Педагогика» / М.Г. Ивашкина, А.Е. Тарасова // Методология и технология непрерывного профессионального образования. – 2021. – № 3(7). – С. 29–42.

59. Казаева, А.В. Культура сообщения плохих новостей в практическом здравоохранении: концепция формирования / А.В. Казаева, М.В. Носкова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2016. – № 4(15). – С. 66–71.
60. Камалеева, А.Р. Системный подход в педагогике / А.Р. Камалеева // Научно-педагогическое обозрение. – 2015. – № 3. – С. 13–23.
61. Камалова, Л.А. Механизмы общения студентов-медиков с пациентами в телездравоохранении в условиях пандемии COVID-19 / Л.А. Камалова, Р.Ф. Гайфуллина, М.Ж. Умбетова, И.В. Новгородцева // Образование и саморазвитие. – 2022. – Т. 17, № 3. – С. 242–263.
62. Каменева, В.А. Психолингвистические аспекты медицинской коммуникации / В.А. Каменева, И.С. Морозова // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. – 2023. – Т. 21, № 2. – С. 75–88.
63. Капустина, Т.В. Пациентоориентированность в контексте корпоративной культуры медицинской организации / Т.В. Капустина, О.В. Горшкова, Р.В. Кадыров, Л.В. Транковская, А.Г. Худченко // СибСкрипт. – 2024. – Т. 26, № 5. – С. 795–806.
64. Карпов, А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А.В. Карпов // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 5. – С. 45–57.
65. Кембель, Д.В. Метод конкретных ситуаций как форма активного социально-психологического обучения студентов специальности «лечебное дело» / Д.В. Кембель, Е.И. Стоянова, Ю.В. Живаева // Лечебное дело. – 2020. – № 4. – С. 74–77.
66. Кемелова, Г.С. Симуляционное обучение и цифровая трансформация: путь к улучшению коммуникативных навыков студентов / Г.С. Кемелова, А.С. Сапарова // Виртуальные технологии в медицине. – 2024. – № 3(41). – С. 291–292.

67. Ким, А.М. Системный подход и психологические исследования в условиях пандемии / А.М. Ким, Н.Н. Хон, Л.О. Баймолдина, З.К. Айдоссова // Журнал психологии и социологии. – 2021. – Т. 76, № 1. – С. 17–24.

68. Климова, О.Н. Проявление качеств личности, значимых для профессионализации врача на разных этапах его становления [Электронный ресурс] / О.Н. Климова, Н.А. Русина, С.М. Косенко // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 3(32). – С. 9. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 12.05.2024).

69. Клоктунова, Н.А. Формирование коммуникативных навыков врача в процессе обучения в медицинском вузе / Н.А. Клоктунова, М.И. Барсукова, Е.А. Ремпель и др. // Гуманитарные науки и образование. – 2018. – Т. 9, № 3(35). – С. 50–56.

70. Ключко, В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности: введение в транспективный анализ / В. Е. Ключко; Томский гос. ун-т, Фак. психологии, Каф. общей и педагогической психологии. – Томск: Национальный исследовательский Томский гос. ун-т, 2005. – 174 с.

71. Ключко, В.Е. Индивидуально-психологические характеристики двух типов хронотопической организации жизненного мира человека / В.Е. Ключко, О.М. Краснорядцева, Н.В. Хван // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2015. – № 3-3(63). – С. 148–154.

72. Ключко, В.Е. Инновационный потенциал личности: системно-антропологический контекст / В.Е. Ключко, Э.В. Галажинский // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 325. – С. 146–151.

73. Ключко, В.Е. Личностная идентичность и проблема устойчивости человека в меняющемся мире: системно-антропологический ракурс / В.Е. Ключко, О.В. Лукьянов // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 324. – С. 333–336.

74. Ключко, В.Е. Системная антропологическая психология и образовательная практика / В.Е. Ключко // Психология обучения. – 2008. – № 8. – С. 10–23.

75. Ключко, В.Е. Системная антропологическая психология: понятийный аппарат / В.Е. Ключко, Э.В. Галажинский, О.М. Краснорядцева, О.В. Лукьянов // Сибирский психологический журнал. – 2015. – № 56. – С. 9–20.

76. Комкова, Е.И. Особенности когнитивного компонента коммуникативной компетентности у студентов разных врачебных специальностей / Е.И. Комкова, Ю.В. Михайлюк // Вышэйшая школа: навукова-метадычны і публіцыстычны часопіс. – 2016. – № 5(115). – С. 42–46.

77. Константинова, Т.В. Особенности коммуникативного взаимодействия с больным в зависимости от специализации врача / Т.В. Константинова // Известие ПГПУ: общественные науки. – 2006. – № 2. – С. 137–141.

78. Королева, И.А. Интерактивная карта «Опрос пациента» как прием обучения студентов-медиков / И.А. Королева, Н.В. Ефремова, Н.И. Слащева, Л.А. Федотова // Вестник Майкопского государственного технологического университета. – 2023. – Т. 15, № 2. – С. 78–85.

79. Королева, Н.Г. Формирование коммуникативной компетенции врача с использованием виртуальных пациентов / Н.Г. Королева, З.В. Лопатин, А.В. Воздвиженская, К.Ю. Королев // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 8–18.

80. Короленко, А.М. Исследование коммуникативной компетентности студентов-медиков / А.М. Короленко // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2009. – № 116. – С. 265–272.

81. Краснорядцева, О. М. Психолого-образовательное сопровождение подготовки специалиста / О. М. Краснорядцева // Вестник Томского государственного университета. – 2007. – № 305. – С. 165-168 – № 1(21). – С. 21-27.

82. Крутий, И.А. Коммуникативные навыки врачей. Тренинг и аттестация / И.А. Крутий, Г.В. Молчанова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 163–174.

83. Курагина, М.Ф. Коммуникативная компетентность врача как основа пациентоориентированности / М.Ф. Курагина, Н.Г. Жирнова // Виртуальные технологии в медицине. – 2022. – № 1(31). – С. 20-25.

84. Ларионов П., Прис Д. Оценка алекситимии: психометрические свойства русскоязычной версии Пертского опросника алекситимии [Электронный ресурс] / П. Ларионов, Д. Прис, О. Хохлова, М.В. Яковлева // Клиническая и специальная психология. 2023. Том 12. № 1. С. 43–65. – URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2023_n1/Larionow_et_al (дата обращения: 22.11.2024).

85. Ледванова, Т.Ю. Формирование коммуникативной компетентности врача / Т. Ю. Ледванова, А. В. Коломейчук // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 2. – С. 115-121.

86. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность: учебное пособие / А.Н. Леонтьев. – 2-е изд., стереотипное. – М.: Смысл: Академия, 2005. – 352 с.

87. Липатова, Е.Г. Формирование профессиональной коммуникативной культуры будущего врача в рамках компетентностного подхода / Е.Г. Липатова // Вопросы методики преподавания в вузе. – 2020. – Т. 9, № 32. – С. 47–58.

88. Логинова, И.О. Хронотопические характеристики жизненного самоосуществления человека / И.О. Логинова // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 7-2(19). – С. 98–103.

89. Логинова, И.О., Турова, И.В. Коммуникативная компетентность будущих врачей: готовность к реализации в экстремальных условиях / И.О. Логинова, И.В. Турова, И.В. Титков // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. – 2023. – № 3(24). – С. 48–55.

90. Лукьянов, О. В. Построение современной системно-антропологической модели эмпатии / О. В. Лукьянов, И. В. Федоров // Антропологическая психология в XXI веке: проблемы и перспективы: сборник

материалов V Сибирского психологического форума, Томск, 03–05 октября 2013 года / Научный редактор В. Залевский, редакционная коллегия: Э.В. Галажинский; С.А. Богомаз; В.И. Кабрин; Н.В. Козлова; В.Е. Ключко; Ю.В. Сметанова; Томский государственный университет, Администрация Томской области, Администрация г. Томска, Российский фонд фундаментальных исследований, Томское отделение российского психологического общества. – Томск: Национальный исследовательский Томский государственный университет, 2013. – С. 139-142.

91. Лукьянов, О.В. Тенденции понимания личностной идентичности в системно-антропологическом ракурсе / О.В. Лукьянов // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 34. – С. 18–23.

92. Мадалиева, С.Х. Анализ анкетирования формирования коммуникативных навыков у студентов проекта FOR21 ЭРАСМУС+ / С.Х. Мадалиева, Ф.А. Багиярова, К.Т. Кашаганова // Медицина и экология. – 2023. – № 2(107). – С. 68–74.

93. Мадалиева, С.Х. К вопросу об организации развития коммуникативной компетентности у студентов медиков [Электронный ресурс] / С.Х. Мадалиева, С.Т. Ерназарова, А.Ж. Кудайбергенова // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 2-2. – С. 334–337. – URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=9585> (дата обращения: 11.01.2025).

94. Мадалиева, С.Х. Формирование и развитие коммуникативной компетентности врача [Электронный ресурс] / С.Х. Мадалиева, М.А. Асимов, С.Т. Ерназарова // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2016. – № 2. – С. 66–73. – URL: <https://science-pedagogy.ru/ru/article/view?id=1485> (дата обращения: 11.01.2025).

95. Макарова, О.В. Анализ эффективности пациентоцентричных коммуникативных навыков врача / О.В. Макарова // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 108–121.

96. Малютина, Т.В. Модели взаимоотношений «врач–пациент» в практике акушера-гинеколога / Т.В. Малютина, О.Ю. Цыганкова // Проблемы современного педагогического образования. – 2020. – № 67-3. – С. 285–287.

97. Мананникова, Т.В. Методика «Стандартизированный пациент» как средство формирования коммуникативно-педагогической культуры у будущих врачей-педиатров в медицинском вузе / Т.В. Мананникова, М.А. Федорова // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2020. – № 3(88). – С. 212–214.

98. Маркова, А.А. Тактика сообщения плохих новостей в профессиональном общении врача и пациента / А.А. Маркова, М.И. Барсукова // Архивъ внутренней медицины. – 2022. – № 12(2). – С. 136–142.

99. Миралеева, А.И. Обучение эмпатии как инструмент повышения профессиональной компетентности будущих врачей / А.И. Миралеева // Актуальные проблемы науки и образования: материалы Международного форума, Екатеринбург, 12–13 декабря 2022 года. Ч. 1. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2023. – С. 518–523.

100. Михайлова, О.Д. Значение практики по получению первичных профессиональных умений и навыков в формировании профессиональной направленности студентов медицинского вуза / О.Д. Михайлова, Н.А. Хохлачева, Я.М. Вахрушев // Актуальные вопросы современного медицинского образования: материалы II Международной научно-практической конференции, Ижевск, 16–17 декабря 2021 года. – Ижевск: Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России, 2021. – С. 212–215.

101. Муртазина, Г. И. Исследование коммуникативной компетентности в межкультурном взаимодействии врача и пациента / Г. И. Муртазина, Л. Л. Ковылина, Я. Г. Залевская, Л. О. Проботюк, В. Б. Кондратьева // Педагогический журнал. – 2022. – Т. 12, № 2А. – С. 399–413.

102. Мясищев, В. Н. Психология отношений. – М.: Модэк, 2011. – 400 с.

103. Османов, Э. М. Коммуникативная компетентность как фактор формирования терапевтического союза врача и больного / Э. М. Османов, О. Л. Фабрикантов, М. И. Старов [и др.] // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2014. – Т. 19, № 3. – С. 999–1002.

104. Павлова, М. С. К вопросу о коммуникативных навыках врача-рентгенолога / М.С. Павлова // Медицина и экология. – 2011. – № 2. – С. 94–95.

105. Пидшморга, Ю. В. Психологические основы коммуникативных барьеров в профессиональном общении врача и пациента / Ю. В. Пидшморга, А. А. Капиева // Обществознание и социальная психология. – 2023. – №2–3(46). – С. 13–18.

106. Пинчук, Т. В. Интерактивные методы обучения в высшем медицинском образовании (аналитический обзор) / Т. В. Пинчук, Н. В. Орлова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11, №3. – С. 102–116.

107. Подкладова, Т. Д. Современные контексты развития высшего медицинского образования: пациент-ориентированность в понимании будущего врача / Т. Д. Подкладова, Л. Г. Смышляева, А. О. Огороков, И. И. Сошенко // Образование и наука. – 2023. – Т. 25, № 9. – С. 44–79.

108. Помыткина, Т. Ю. Влияние социального и профессионального опыта врача на самооценку коммуникативных навыков / Т. Ю. Помыткина, О. А. Жученко // Вестник Омского университета. Серия «Психология». – 2024. – № 4. – С. 16–25.

109. Попов, В. В. Коммуникативная компетентность клинических ординаторов в рамках врачебной консультации [Электронный ресурс] / В. В. Попов, И. А. Новикова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 6(59). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.11.2024).

110. Профессиональный стандарт «Врач педиатр-участковый» [Электронный ресурс]: Приказ Минтруда России от 27 марта 2017 г. № 306н. – URL: <https://ec-dpo.ru/docs/pdf/professional-standard/ps-vrach-pediatr-uchastkovyuu.pdf> (дата обращения: 18.07.2022).

111. Профессиональный стандарт «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» [Электронный ресурс]: Приказ Минтруда России от 21 марта 2017 г. № 293н. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/420395834> (дата обращения: 18.07.2022).

112. Ремпель, Е. А. Учет социально-психологических особенностей современного пациента и его ожиданий как необходимая составляющая

коммуникативной подготовки будущего врача / Е. А. Ремпель, Н. А. Клоктунова, А. И. Буганова // Мир науки, культуры, образования. – 2024. – № 1(104). – С. 186–191.

113. Рощевская, Е. В. Гендерные особенности выраженности коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза / Е.В. Рощевская // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2012. – № 28. – С. 285–290.

114. Рубинштейн, С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. – СПб.: Питер, 2003. – 512 с.

115. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. / С.Л. Рубинштейн – СПб.: Питер, 2000. – 712 с.

116. Румянцев, П. О. Статистические методы анализа в клинической практике. Часть I. Одномерный статистический анализ / П. О. Румянцев, У. В. Саенко, У. В. Румянцева // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т. 55, № 5. – С. 48–55.

117. Рябухина, П. С. Коммуникативная компетентность и комплаенс в стоматологической практике / П. С. Рябухина, Д. Е. Шайкин, Н. С. Тимченко // Scientist. – 2023. – № 2(24). – С. 201–206.

118. Самойленко, Н. В. Образ пациента как составляющая образа мира студентов при обучении в медицинском вузе / Н. В. Самойленко, Е. В. Дьяченко // Психолого-педагогические исследования. – 2020. – Т. 12, № 1. – С. 122–138.

119. Самойленко, Н. В. Симуляционная образовательная технология «стандартизированный пациент» для обучения навыкам клинического общения в медицинском вузе / Н. В. Самойленко, Е. В. Дьяченко // Акмеология профессионального образования: материалы 15-й Междунар. науч.-практ. конф., Екатеринбург, 13–14 марта 2019 г. – Екатеринбург : РГППУ, 2019. – С. 268–271.

120. Сарапулова, А. В. Коммуникативные навыки студентов медицинского вуза: опыт наблюдения на кафедре поликлинической терапии / А. В. Сарапулова, О. В. Теплякова // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2016. – № 1(23). – С. 60–67.

121. Сахарова, А. Е. Коммуникативные личностные свойства врачей различных специальностей / А.Е. Сахарова // Практическая медицина. – 2009. – № 6. – С. 80–84.

122. Сахно, Л. В. Обучение коммуникативным навыкам студентов медицинских вузов — мода или назревшая необходимость? (Обзор литературы и опыт преподавания) / Л. В. Сахно, В. И. Орел, И. В. Колтунцева [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – № 24(4). – С. 63–68.

123. Селезнева, Н. Т. Особенности коммуникативной компетентности врачей хирургического и терапевтического профилей / Н. Т. Селезнева, А. В. Ланденюк // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2021. – Т. 55, № 1. – С. 80–93.

124. Серый, А. В. Тренинговое обучение в вузе как условие интернализации смысла будущей профессии / А. В. Серый // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 26. – С. 181-185.

125. Сидорова, Н. В. Значение коммуникативных компетенций при подготовке врача общей практики / Н. В. Сидорова, Г. Н. Шеметова, Г. В. Губанова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – № 13(3). – С. 560–563.

126. Сильверман, Дж. Навыки общения с пациентами / Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер ; науч. консультант перевода с англ. А. А. Сонькин. – Москва: Гарант, 2018. – 303 с.

127. Симкова, К. С. Коммуникативные навыки врачей: обзор литературы / К. С. Симкова, О. А. Харькова // Инновационная наука. – 2020. – № 11. – С. 178–180.

128. Скородумов, А. А. Формирование коммуникативной компетенции у будущих врачей с учетом специфики профессиональной деятельности / А. А. Скородумов, Б. В. Морозов // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2018. – № 1. – С. 58–62.

129. Солтан, М. М. Развитие коммуникативных навыков как обязательный элемент профессиональной подготовки врача / М. М. Солтан, Т. С. Борисова // Инструменты повышения качества непрерывного профессионального

образования: материалы Международной научно-методической конференции (Минск, 28–29 мая 2013 г.) / под ред. Б. М. Хрусталева, В. Л. Соломахо. – Минск: БНТУ, 2013. – С. 132–135.

130. Спивак, В. А. Универсальная компетенция № 1: системное и критическое мышление специалиста и лидера / В. А. Спивак // Лидерство и менеджмент. – 2021. – Т. 8, № 1. – С. 53–68.

131. Сулейманова, С. Ю. Определение уровня сформированности коммуникативной компетентности у врачей ПМСП [Электронный ресурс] / С. Ю. Сулейманова, С. Х. Мадалиева, С. Т. Ерназарова, А. К. Медешева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4-2. – С. 372–378. – URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11475> (дата обращения: 11.01.2025).

132. Татур, Ю. Г. Компетентностный подход в описании результатов и проектировании стандартов высшего профессионального образования: материалы ко второму заседанию методологического семинара. Авторская версия. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. – 18 с.

133. Творогова, Н. Д. Коммуникативная составляющая профессиональной деятельности медицинского работника. Часть 1 [Электронный ресурс] / Н. Д. Творогова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2020. – Т. 12, № 6(65). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.01.2025).

134. Творогова, Н. Д. Коммуникативная составляющая профессиональной деятельности медицинского работника. Часть 2 [Электронный ресурс] / Н. Д. Творогова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2021. – Т. 13, № 4. – С. 1–16. – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2021_4_69/nomer10.php (дата обращения: 11.01.2025).

135. Теплякова, О. В. Обучение коммуникативным навыкам при преподавании дисциплины «поликлиническая терапия» / О. В. Теплякова // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета.

Серия № 1. Психологические и педагогические науки. – 2014. – № 2-2. – С. 298–301.

136. Тимченко, Н. С. Этапность формирования коммуникативной компетенции обучающихся медицинского вуза / Н. С. Тимченко, Ю. Ю. Кочетова, А. Ю. Бендрикова // Межкультурная коммуникация в образовании и медицине. – 2022. – № 2. – С. 16–27.

137. Томилова, М. И. Представления ординаторов о коммуникативных навыках врача / М. И. Томилова, О. А. Харьковская // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2021. – Т. 10, № 1(34). – С. 261–263.

138. Трушкина, С. В. Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача / С. В. Трушкина // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 9.

139. Турова, И. В. Коммуникативная компетенция будущих врачей: отражение в профессиональных стандартах и федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования / И. В. Турова // Психология обучения. – 2022. – № 2. – С. 71–79.

140. Турова, И. В. Особенности коммуникативной компетентности будущих врачей / И. В. Турова // СибСкрипт. – 2024. – Т. 26, № 5. – С. 807–822.

141. Турова, И. В. Системно-антропологический подход к диагностике коммуникативной компетентности будущих врачей / И. В. Турова, И. О. Логинова // Сибирский психологический журнал. – 2025. – № 96. – С. 83–108. DOI: 10.17223/17267080/96/5.

142. Турова, И.В. Формирование терапевтического взаимодействия: образовательный потенциал международных моделей врачебной коммуникации / И. В. Турова // Медицинская (клиническая) психология: наука и практика: Сборник статей по материалам международной научно-практической конференции, посвященной 90-летию КГМУ, приуроченной к Году защитника Отечества и 25-летию кафедры общей и клинической психологии, Курск, 30 мая 2025 года. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2025. – С. 228-230.

143. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело [Электронный ресурс]: утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988. – URL: <https://base.garant.ru/74566342/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения: 18.07.2022).

144. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 31.05.02 Педиатрия [Электронный ресурс]: утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 965. – URL: <https://base.garant.ru/74561322/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (дата обращения: 18.07.2022).

145. Федорова, М. Ю. Коммуникативная компетентность врача: формирование и реализация в трудовых правоотношениях / М. Ю. Федорова // Медицинское право: Материалы III Международного форума по медицинскому праву, Екатеринбург, 06–07 апреля 2023 года. – Екатеринбург: Уральский государственный юридический университет им. В.Ф. Яковлева, 2023. – С. 193-198.

146. Федорук, К. Р. Проблема формирования коммуникативной компетентности будущих педиатров / К. Р. Федорук, М. А. Мельникова // Вестник Приднестровского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2022. – № 1(70). – С. 148-153.

147. Филатова, Ю.С. Формирование деонтологической компетенции у обучающихся в медицинском университете / Ю. С. Филатова, О. Ю. Одинцова, А. С. Кашапов // Психологическая служба университета: проблемы и перспективы развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 24–25 апреля 2024 года. – Москва: ФГБУ «Российская академия образования», 2024. – С. 93-98.

148. Филатова, Ю.С. Формирование профессиональных коммуникативных умений врача на разных этапах профессионализации / Ю. С. Филатова, И. А. Золотова // Актуальные вопросы медицинской науки. – 2024. – № 1(2). – С. 32-37.

149. Фомина, М. В. Исследование коммуникативных умений студентов медицинского вуза [Электронный ресурс] / М. В. Фомина, С. В. Масловская // Вестник Мининского университета. – 2019. – Т. 7, № 4. – С. 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-kommunikativnyh-umeniy-studentov-meditsinskogo-vuza> (дата обращения: 01.05.2024).
150. Хаятов, Р. Б. Психологические аспекты формирования коммуникативной компетентности у выпускников медицинских вузов / Р. Б. Хаятов, С. А. Шамзикулова // Виртуальные технологии в медицине. – 2023. – № 1(35). – С. 59–64.
151. Ходус, С.В. Коммуникативные навыки в работе врача анестезиолога-реаниматолога / С. В. Ходус, А. А. Стукалов, К. В. Пустовит [и др.] // Амурский медицинский журнал. – 2023. – Т. 11, № 2(35). – С. 37–42.
152. Хомский, Н. Аспекты теории синтаксиса / пер. с англ., ред. В. А. Звегинцева. – М.: Изд-во Московского университета, 1972. – 261 с.
153. Худик, В.А. Особенности преподавания курса «Педагогика» для врачей-ординаторов медицинского вуза / В. А. Худик // Вестник Санкт-Петербургского научно-исследовательского института педагогики и психологии высшего образования. – 2024. – № 4(12). – С. 25–30.
154. Хуторской, А.В. Компетентностный подход в обучении: научно-методическое пособие. – М.: Эйдос; Институт образования человека, 2013. – 73 с.
155. Цветкова, А.Б. Коммуникативные составляющие комплаенса в практике медицинского персонала / А. Б. Цветкова, В. А. Евстафьев // Коммуникология. – 2018. – Т. 6, № 5. – С. 49–68.
156. Церковский, А.Л. О подготовке к коммуникативной деятельности студентов ВГМУ / А. Л. Церковский, Е. А. Скорикова, О. И. Гапова [и др.] // Вестник фармации. – 2020. – № 4(90). – С. 100–104.
157. Черемушникова, И.К. Роль медицинского вуза в формировании коммуникативных навыков будущего специалиста / И. К. Черемушникова, И. А. Захарова // Лечебное дело. – 2011. – № 2. – С. 123–126.

158. Чиждова, М.Б. Коммуникативная компетентность врача и её формирование в представлениях ординаторов: к постановке проблемы / М.Б. Чиждова // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2. – С. 66.

159. Чулкова, В.А. Коммуникативные навыки в работе врача-онколога / В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60, № 5. – С. 643–646.

160. Шаповалова, М.А. Особенности коммуникативной компетентности клинических ординаторов специальностей «Терапия» и «Хирургия» / М.А. Шаповалова, А.С. Абдуллаева, С.С. Абдуллаев // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2023. – Т. 12, № 3(44). – С. 153–157.

161. Шевцова, Ю.В. Роль коммуникативной компетенции врача в организации эффективного взаимодействия с пациентом и в разрешении и предотвращении конфликтных ситуаций / Ю. В. Шевцова, С.В. Плотнова, Е.Ю. Козловская // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9, № 1(30). – С. 399–402.

162. Шеметова, Г.Н. Готовность студентов старших курсов медицинского университета к эффективной коммуникации с пациентом / Г.Н. Шеметова, Н.В. Сидорова, Г.В. Губанова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2018. – Т. 14, № 4. – С. 691–695.

163. Ширинян, М.В. Коммуникативная компетенция в профессиональной деятельности врача / М. В. Ширинян, С.В. Шустова // Язык и культура. – 2020. – № 50. – С. 273–294.

164. Шнайдер, Я.Э. Коммуникативная компетентность врача-кардиолога: этико-психологический анализ / Я. Э. Шнайдер, Е. К. Павлова, Е. В. Селезнёв [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2021. – № 26(9). – С. 65–68.

165. Энерт, А.В. Развитие навыков общения врача с пациентом у преподавателей медицинских вузов как условие эффективного формирования профессиональной коммуникативной компетентности студентов / А. В. Энерт // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2023. – Т. 14, № 3(51). – С. 89–90.

166. Юсеф, Ю.В. Интерактивные методы обучения в процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей / Ю.В. Юсеф // Вестник Донецкого педагогического института. – 2018. – № 2. – С. 61–67.

167. Яковлева, Н.В. Методология и методы исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта / Н. В. Яковлева, В. В. Яковлев. – Рязань: РязГМУ, 2014. – С. 92–117.

168. Яницкий, М. С. Система ценностных ориентаций личности и социальных общностей: структурно-динамическая модель и ее применение в психологических исследованиях и психологической практике / М.С. Яницкий // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2020. – Т. 22, № 1(81). – С. 194-206. – DOI 10.21603/2078-8975-2020-22-1-194-206.

169. Яницкий, М.С. Ценностно-смысловые компоненты ресурсного потенциала личности / М. С. Яницкий, А.В. Серый // Личность: ресурсы и потенциал. – 2024. С. 21-27.

170. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A., Kudelka A.P. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer // The Oncologist. – 2000. – Vol. 5, № 4. – P. 302–311. – DOI: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

171. Beach M.C., Inui T. Relationship-centered care: a constructive reframing // Journal of General Internal Medicine. – 2006. – Vol. 21, Suppl. 1. – P. 3–8. – DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x.

172. Brett J.D., Becerra R., Maybery M.T., Preece D.A. The psychometric assessment of empathy: development and validation of the Perth Empathy Scale // Assessment. – 2023. – Vol. 30, № 4. – P. 1140–1156. – DOI: 10.1177/10731911221086987.

173. Busch A.K., Rockenbach K., Schmutzer G., Brähler E. Do medical students like communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale) // GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. – 2015. – Vol. 32, № 1. – Doc11. – DOI: 10.3205/zma000953.

174. Clever S.L., Jin L., Levinson W., Meltzer D.O. Does doctor–patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable // *Health Services Research*. – 2008. – Vol. 43, № 5 Pt 1. – P. 1505–1519. – DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x.

175. Dayasiri K., Krishnapradeep S., Caldera D., Wijayasinghe H., Mudiyanse R. Effectiveness of a Calgary-Cambridge model-based communication skills training for paediatric trainees in Sri Lanka: a nationwide pre-post intervention study using observed practices // *Patient Education and Counseling*. – 2025. – Vol. 133. – Article 108635. – DOI: 10.1016/j.pec.2025.108635.

176. Frankel R.M., Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the Four Habits Model // *The Permanente Journal*. – 1999. – Vol. 3, № 3. – P. 79–88.

177. Gillotti C., Thompson T., McNeilis K. Communicative competence in the delivery of bad news // *Social Science & Medicine*. – 2002. – Vol. 54, № 7. – P. 1011–1023. – DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00073-9.

178. Goosse M., Bragard I., Peeters L., Willems S. Comparison of two simulation tools to develop empathic communication skills in nursing students breaking bad news: a randomized controlled study // *Clinical Simulation in Nursing*. – 2024. – Vol. 87. – Article 101493. – DOI: 10.1016/j.ecns.2023.101493.

179. Groene O.R., Ehrhardt M., Bergelt C. Attitude and communication skills of German medical students // *BMC Research Notes*. – 2022. – Vol. 15, № 1. – Article 11. – DOI: 10.1186/s13104-021-05901-4.

180. Guo A., Wang P. The current state of doctors' communication skills in mainland China from the perspective of doctors' self-evaluation and patients' evaluation: a cross-sectional study // *Patient Education and Counseling*. – 2021. – Vol. 104, № 7. – P. 1674–1680. – DOI: 10.1016/j.pec.2020.12.015.

181. Hoek K.B., van Velzen M., Sarton E.Y. Patient-embodied virtual reality as a learning tool for therapeutic communication skills among anaesthesiologists: a phenomenological study // *Patient Education and Counseling*. – 2023. – Vol. 114. – Article 107789. – DOI: 10.1016/j.pec.2023.107789.

182. Hymes D.H. On communicative competence // In: Pride J.B., Holmes J. (eds.) *Sociolinguistics: Selected Readings*. – Harmondsworth: Penguin, 1972. – P. 269–293.
183. Kintsch W. *Comprehension: a paradigm for cognition*. – Cambridge: Cambridge University Press, 1998. – 461 p.
184. Maguire P., Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them // *BMJ*. – 2002. – Vol. 325, № 7366. – P. 697–700. – DOI: 10.1136/bmj.325.7366.697.
185. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills // *Patient Education and Counseling*. – 2001. – Vol. 45, № 1. – P. 23–34. – DOI: 10.1016/S0738-3991(01)00136-7.
186. Mercan N., Mersin S. Evaluating the therapeutic communication skills of nursing students in the clinical setting: the experiences of students, patients and patients' relatives // *Heliyon*. – 2025. – Vol. 11, № 1. – Article e41677. – DOI: 10.1016/j.heliyon.2025.e41677.
187. Morris D.L. Communication barriers for nursing students: communication apprehension, emotional intelligence and perceived communication competence // *Teaching and Learning in Nursing*. – 2023. – Vol. 18, № 3. – P. 389–392. – DOI: 10.1016/j.teln.2023.03.015.
188. Parle M., Jones B., Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients // *Psychological Medicine*. – 1996. – Vol. 26, № 4. – P. 735–744. – DOI: 10.1017/S003329170003765X.
189. Paulus T.M., Grubbs H., Rice-Moran R., Lester J.N. How student healthcare providers in a communication skills course respond to standardized patient resistance // *Social Science & Medicine*. – 2023. – Vol. 337. – Article 116309. – DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116309.
190. Pepe R.J., Burns W.A., Dutton J.L., Nithikasem S., Cai J., Maloney Patel N. Utilizing the DiSC assessment in surgical residency leadership training to address communication skill acquisition: a Kern six-step approach to curriculum development // *Journal of Surgical Education*. – 2025. – Vol. 82, № 3. – Article 103413. – DOI: 10.1016/j.jsurg.2024.103413.

191. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work // *The Lancet*. – 1995. – Vol. 347, № 9003. – P. 724–728. – DOI: 10.1016/S0140-6736(96)90077-X.

192. Rasenberg E., Brand G., van Weel-Baumgarten E. Integrating medical and practical skills in communication skills training: do students feel it supports them with transfer from classroom to practice? // *PEC Innovation*. – 2023. – Vol. 2. – Article 100158. – DOI: 10.1016/j.pecinn.2023.100158.

193. Roter D.L., Hall J.A., Kern D.E., Barker L.R., Cole K.A., Roca R.P. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial // *Archives of Internal Medicine*. – 1995. – Vol. 155, № 17. – P. 1877–1884. – DOI: 10.1001/archinte.1995.00430170071008.

194. Timmermann C., Prinds C., Hvidt E.A., Hvidt N.C., Lau M.E., Ammentorp J. Stimulating existential communication – first steps towards enhancing health professionals' reflective skills through blended learning // *PEC Innovation*. – 2023. – Vol. 2. – Article 100121. – DOI: 10.1016/j.pecinn.2023.100121.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

№	Название	Страница
Рисунок 1	Структурная модель коммуникативной компетентности будущих врачей	45
Таблица 1	Критерии и показатели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	46
Таблица 2	Подходы, принципы и психолого-педагогические условия формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	59
Рисунок 2	Модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей	64
Таблица 3	Методики оценки компонентов коммуникативной компетентности будущих врачей	74
Таблица 4	Оценка диагностической ценности когнитивного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	77
Таблица 5	Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с профессиональными коммуникативными умениями	78
Таблица 6	Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с умением понимать собеседника	79
Таблица 7	Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с умением строить межличностные границы	80
Таблица 8	Оценка диагностической ценности поведенческого компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с особенностями послания в общении	81
Таблица 9	Оценка диагностической ценности эмоционального компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	82
Таблица 10	Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении ориентации на принятии партнера	83
Таблица 11	Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с ориентацией на адекватность восприятия и понимание партнера	84
Таблица 12	Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с ориентацией на достижения компромисса	85
Таблица 13	Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с уровнем общей гармоничности коммуникативных ориентаций	86
Таблица 14	Оценка диагностической ценности рефлексивного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	87
Таблица 15	Оценка диагностической ценности ценностно-смыслового компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	88
Таблица 16	Специальность ординаторов	91
Рисунок 3	Ответы респондентов на вопрос «С какими пациентами Вам работать труднее всего?»	93

Рисунок 4	Ответы респондентов на вопрос «Какие дефициты Вы испытываете в коммуникации с пациентами?»	94
Рисунок 5	Ответы респондентов на вопрос «С какими ситуациями чаще всего Вы сталкиваетесь?»	96
Таблица 17	Ответы респондентов на третий блок анкеты	97
Таблица 18	Распределение шкал по факторам	99
Таблица 19	Факторы коммуникативных навыков и их интерпретация	100
Таблица 20	Результаты кластерного анализа (k-средних)	101
Таблица 21	Различия между кластерами по ключевым коммуникативным навыкам и результаты Краскела - Уоллиса (N = 134)	103
Таблица 22	Категориальная матрица по смысловым единицам	105
Рисунок 6	Опыт работы респондентов в медицинских учреждениях	108
Рисунок 7	Занимаемые должности в медицинских учреждениях	109
Таблица 23	Коэффициенты корреляции между компонентами коммуникативной компетентностью и другими шкалами	109
Таблица 24	Показатели описательной статистики по результатам диагностики коммуникативной компетентности будущих врачей	114
Таблица 25	Результаты описательной статистики в экспериментальной группе до и после формирующего эксперимента	134
Таблица 26	Результаты критерия Вилкоксона для экспериментальной группы до и после формирующего эксперимента по шкалам «Профессионализация коммуникативных умений» и «Общие коммуникативные умения»	138
Таблица 27	Результаты критерия Вилкоксона для контрольной группы констатирующего и контрольного этапов эксперимента	140
Таблица 28	Результаты контрольной и экспериментальной групп с использованием U-критерия Манна–Уитни на контрольном этапе эксперимента	142
Рисунок 8	Распределение студентов по уровням сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей до и после формирующего эксперимента и согласно экспертным заключениям	146
Таблица 29	Гендерные особенности проявления коммуникативной компетентности будущих врачей (по данным экспертных наблюдений)	148
Таблица 30	Анализ рефлексивных отчетов по критериям	151

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам (Communication

Шкала отношения к обучению коммуникативным навыкам (Communication Skills Attitude Scale, CSAS) разработана для оценки отношения студентов-медиков к обучению коммуникативным навыкам. Она состоит из 26 утверждений, разделенных на две подшкалы: положительное отношение (PAS) и отрицательное отношение (NAS).

Инструкция: Пожалуйста, прочитайте следующие утверждения об обучении коммуникативным навыкам. Укажите, согласны вы или не согласны с каждым из них, выбрав соответствующий вариант ответа:

- 1 — Полностью не согласен
- 2 — Не согласен
- 3 — Нейтрально
- 4 — Согласен
- 5 — Полностью согласен

№	Утверждения	1	2	3	4	5
1	Чтобы быть хорошим врачом, я должен обладать хорошими коммуникативными навыками.					
2	Я не вижу смысла в обучении коммуникативным навыкам.					
3	Никто не провалит медицинский экзамен из-за плохих коммуникативных навыков.					
4	Развитие моих коммуникативных навыков так же важно, как и развитие моих медицинских знаний.					
5	Обучение коммуникативным навыкам помогло или поможет мне уважать пациентов.					
6	У меня нет времени на обучение коммуникативным навыкам.					
7	Обучение коммуникативным навыкам интересно.					
8	Мне лень посещать занятия по коммуникативным навыкам.					
9	Обучение коммуникативным навыкам помогло или поможет мне работать в команде.					
10	Обучение коммуникативным навыкам улучшило или улучшит мою способность общаться с пациентами.					
11	Преподавание коммуникативных навыков излагает очевидное, а затем усложняет его.					
12	Обучение коммуникативным навыкам — это весело.					
13	Обучение коммуникативным навыкам слишком простое.					
14	Обучение коммуникативным навыкам помогло или поможет мне уважать моих коллег.					
15	Мне трудно доверять информации о коммуникативных навыках, предоставляемой не клиническими преподавателями.					
16	Обучение коммуникативным навыкам помогло или поможет мне осознать права пациентов на конфиденциальность и информированное согласие.					

17	Преподавание коммуникативных навыков имело бы лучшую репутацию, если бы оно звучало более научно.					
18	При поступлении в медицинский вуз я считал, что обучение коммуникативным навыкам — отличная идея.					
19	Мне не нужны хорошие коммуникативные навыки, чтобы быть врачом.					
20	Мне трудно признать, что у меня есть проблемы с коммуникативными навыками.					
21	Я считаю, что обучение коммуникативным навыкам очень полезно в медицинском образовании.					
22	Моя способность сдавать экзамены поможет мне пройти медицинское обучение, а не моя способность общаться.					
23	Обучение коммуникативным навыкам применимо к изучению медицины.					
24	Мне трудно серьезно относиться к обучению коммуникативным навыкам.					
25	Обучение коммуникативным навыкам важно, потому что моя способность общаться — это навык на всю жизнь.					
26	Обучение коммуникативным навыкам следует оставить студентам-психологам, а не студентам-медикам.					

Обработка результатов:

Положительная подшкала (PAS): включает утверждения 1, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 21, 23, 25.

Отрицательная подшкала (NAS): включает утверждения 2, 3, 6, 8, 11, 13, 15, 17, 19, 20, 22, 24, 26.

Для каждой подшкалы суммируются баллы по соответствующим утверждениям. Более высокие баллы по PAS указывают на положительное отношение к обучению коммуникативным навыкам, тогда как более высокие баллы по NAS свидетельствуют об отрицательном отношении.

Приложение Б

Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности

Цель диагностики: оценка уровня когнитивного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей.

Данная диагностика направлена на оценку когнитивного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей. Оценка осуществляется на основе чек-листа, содержащего 16 утверждений, охватывающих ключевые аспекты профессионального и психологического общения. Каждое утверждение оценивается по *10-балльной шкале*, где:

1–3 балла: Минимальные знания или полное отсутствие знаний по данному аспекту.

4–6 баллов: Базовые знания, но есть сложности в применении или неполное понимание материала.

7–8 баллов: Хорошие знания, уверенное применение в большинстве ситуаций, однако возможны небольшие ошибки.

9–10 баллов: Полное и уверенное владение знаниями, способность эффективно применять их в любых ситуациях.

Инструкция:

Этот чек-лист предназначен для оценки уровня когнитивного компонента коммуникативной компетентности. Он помогает выявить знания и навыки в области профессионального общения, включая психологические аспекты коммуникации.

Ознакомьтесь с 16 утверждениями в чек-листе. Каждое из них отражает определённый аспект коммуникативной компетентности.

Оцените степень своего согласия с каждым утверждением по 10-балльной шкале:

1–3 балла: минимальные знания или полное отсутствие знаний.

4–6 баллов: базовые знания с трудностями в применении.

7–8 баллов: хорошие знания с небольшими ошибками в применении.

9–10 баллов: полное и уверенное владение знаниями.

Для каждого утверждения выберите соответствующий балл и отметьте его. *Например, если вы уверены в знании техник активного слушания, вы можете поставить 9 или 10 баллов.*

Показатели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Показатели
Не знаю различные типы вопросов											Знаю разные типы вопросов
Не знаю о когнитивных искажениях											Знаю о когнитивных искажениях
Не знаю техники активного (рефлексивного) слушания											Знаю техники активного (рефлексивного) слушания
Не знаю о вербальных и невербальных средствах коммуникации											Знаю о вербальных и невербальных средствах коммуникации
Не знаю технологии делового общения											Знаю технологии делового общения
Не знаю об особенностях поведения людей в разных эмоциональных состояниях											Знаю об особенностях поведения людей в разных эмоциональных состояниях
Не знаю тактики взаимодействия с людьми с разными эмоциональными состояниями											Знаю тактики взаимодействия с людьми с разными эмоциональными состояниями
Не знаю о психологических особенностях людей											Знаю о психологических особенностях людей

Не знаю о психологических особенностях людей с различными нарушениями (глухие, немые, психическими отклонениями и др.)											Знаю о психологических особенностях людей с различными нарушениями (глухие, немые, психическими отклонениями и др.)
Не знаю возрастные особенности людей											Знаю возрастные особенности людей
Не знаю о познавательно-психических особенностях как факторах влияния на восприятие информации											Знаю о познавательно-психических особенностях как факторах влияния на восприятие информации
Не знаю стратегии выхода из конфликтных ситуаций											Знаю стратегии выхода из конфликтных ситуаций
Не знаю технологию «Идеи, опасения, ожидания (ICE)»											Знаю технологию «Идеи, опасения, ожидания (ICE)»
Не знаю техники убеждения											Знаю техники убеждения
Не знаю протокол сообщения плохих новостей «SPIKES»											Знаю протокол сообщения плохих новостей «SPIKES»
Не знаю техники снятия эмоционального напряжения											Знаю техники снятия эмоционального напряжения

Дальше необходимо сложить все полученные баллы и посчитать среднее арифметическое.

Результаты:

1. Минимальный уровень (1–3 балла):

Характеристика: обладает минимальными или фрагментарными знаниями по большинству пунктов. Проблемы с пониманием ключевых аспектов коммуникации, включая основы психологии общения и адаптацию медицинской информации.

2. Низкий уровень (4–5 баллов):

Характеристика: знания находятся на начальной стадии. Некоторые аспекты освоены, но наблюдаются сложности в осмыслении и применении материала.

3. Средний уровень (6–7 баллов):

Характеристика: обладает базовыми знаниями. Способен применять их в ограниченном числе ситуаций, однако в сложных и нестандартных условиях возникают трудности.

4. Высокий уровень (8–9 баллов):

Характеристика: знания хорошо структурированы. Способен уверенно применять их в большинстве ситуаций. Иногда допускаются незначительные ошибки, требующие внимания.

4. Продвинутый уровень (10 баллов):

Характеристика: демонстрирует полное и уверенное владение всеми аспектами когнитивного компонента. Способен адаптировать свои знания к самым сложным и нестандартным ситуациям, при этом делая это гибко и эффективно.

Приложение В

Чек-лист для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей

Критерии	1	2	3	4
Когнитивный компонент				
Знание психологии общения и способы адаптировать информацию	Не демонстрирует знание психологии общения, не учитывает психологические особенности пациентов	Владеет базовыми знаниями, однако испытывает трудности при учете психоэмоционального состояния пациента	Демонстрирует владения знаниями в области психологии общения, использует эти знания на практике	Демонстрирует уверенное владение знаниями в области психологии общения и эффективно применяет знания на практике
Знание типов вопросов и тактик их применения (открытые, закрытые, уточняющие).	Знает основные типы вопросов, но применяет их с ошибками или в неподходящих ситуациях.	Знает различные типы вопросов (открытые, закрытые, уточняющие) и применяет их в большинстве случаев, но допускает недостаточную гибкость в их использовании.	Уверенно различает типы вопросов, знает их назначение и эффективно применяет в зависимости от ситуации; демонстрирует осознание значимости каждого типа вопросов для общения.	Уверенно различает все типы вопросов, легко адаптирует их к различным ситуациям и пациентам; умело строит диалог, сочетая вопросы для получения полной информации, построения доверия и уточнения деталей.
Знание техник, способствующих запоминанию и пониманию информации пациентами (повторение, перефразирование, уточнение)	Имеет общее представление о техниках (например, перефразирование), но не понимает, как их применять на практике или их значение для коммуникации.	Осведомлен о навыках (повторение, перефразирование, уточнение), знает их функции, но применяет их выборочно или с недостаточной точностью.	Хорошо знает основные техники, способствующие запоминанию и пониманию, понимает их функции и умеет корректно объяснить их применение в профессиональной коммуникации.	Уверенно знает и глубоко понимает все техники, способствующие запоминанию и пониманию, может обосновать их значимость и гибко применять в различных коммуникативных ситуациях.
Знание психологических и поведенческих особенностей людей в различных состояниях и ситуациях	Имеет ограниченные знания о психологических особенностях людей, их эмоциональных состояниях и возрастных особенностях. Не осведомлен о тактиках взаимодействия с людьми с психическими или физическими нарушениями; допускает ошибки, игнорируя особенности, влияющие на восприятие информации	Имеет базовое представление о психологических и возрастных особенностях людей, однако знания недостаточно глубокие для их эффективного использования. Знаком с отдельными тактиками взаимодействия, но испытывает трудности в адаптации подхода к людям с эмоциональными или физическими особенностями.	Владеет основными знаниями о психологических и поведенческих особенностях людей, учитывает эмоциональные состояния и возрастные особенности при взаимодействии. Знает ключевые тактики взаимодействия с людьми с различными нарушениями, но применяет их с недостаточной гибкостью и уверенностью	Уверенно владеет знаниями о психологических, эмоциональных и возрастных особенностях людей; эффективно применяет тактики взаимодействия с учетом индивидуальных характеристик, включая людей с психическими и физическими особенностями. Учитывает факторы, влияющие на восприятие информации, и адаптирует подход для разных групп пациентов.

Поведенческий компонент				
Приветствие	Приветствие отсутствует или выполнено формально, без выраженной доброжелательности. Нет зрительного контакта или невербального сопровождения	Приветствие вежливое, но нейтральное. Зрительный контакт не установлен, интонация без выраженной заинтересованности	Приветствие доброжелательное, зрительный контакт установлен кратковременно. Тон дружелюбный	Приветствие доброжелательное и адаптированное к ситуации. Устойчивый зрительный контакт, корректная интонация, демонстрация заинтересованности и уважения к пациенту
Забота о комфорте пациента	Не учитывает физический и эмоциональный комфорт пациента. Игнорирует жалобы пациента на неудобства. Не обращает внимания на невербальные сигналы дискомфорта (например, скованность, жесты). Не предлагает изменить условия для удобства пациента (например, изменить положение, обеспечить конфиденциальность, положить вещи).	Проявляет минимальную заботу о комфорте пациента, но делает это непоследовательно или формально. Учет удобства пациента может быть поверхностным. Принимает меры только после явного выражения дискомфорта со стороны пациента.	Демонстрирует внимание к комфорту пациента, но не всегда активно или своевременно. Забота о физическом и эмоциональном комфорте пациента проявляется, но без особой вовлеченности, формально. Реагирует на явные признаки дискомфорта, но не замечает более тонких сигналов.	Демонстрирует заботу о комфорте пациента, включая внимание к деталям (пригласил пройти, показал куда присесть, куда положить вещи). Забота проявляется как на физическом, так и на эмоциональном уровне, создавая для пациента доброжелательную среду (организует конфиденциальное пространство, поддерживает эмоциональное равновесие пациента, учитывает индивидуальные особенности пациента).
Зрительный контакт	Зрительный контакт отсутствует	Попытки установить зрительный контакт были, но врач развернулся в монитор или начал смотреть в карту пациента	Зрительный контакт был минимальный	Зрительный контакт установлен
Самопрезентация	Никак не представился	Только представился или только объяснил роль	Представился не полностью и объяснил свою роль	Представился и объяснил свою роль
Идентификация пациента	Не спросил у пациента ФИО и возраст	Спросил только возраст или только ФИО	Спросил ФИО пациента и его возраст	Спросил ФИО пациента, его возраст и как в дальнейшем к нему можно обращаться
Поза врача при взаимодействии с пациентом	Демонстрирует отстраненность или безразличие и предпочитает закрытые позы	Поза носит нейтральный характер, но иногда может демонстрировать признаки закрытости (например, скрещенные руки или наклон в сторону от пациента). Не всегда корректирует положение тела в зависимости от ситуации	Поза открытая и дружелюбная, чаще всего направлена к пациенту. Старается поддерживать визуальный контакт и избегает закрытых жестов, но не всегда уделяет внимание тому, как его положение тела воспринимается пациентом	Поза выражает открытость, уважение и вовлеченность. Наклоняется к пациенту, чтобы подчеркнуть интерес, сохраняет открытые жесты и прямую, но расслабленную осанку. Контролирует свое положение, адаптируя его к текущей

				ситуации и эмоциональному состоянию пациента
Избегание письма/чтения	Чрезмерное чтение или запись заметок без объяснения	Запись заметок без объяснения	Иногда пояснение необходимости записи заметок	Объяснение необходимости использования заметок
Вопросы для получения информации	Начал с закрытого вопроса, например, «Снова болит желудок?»	Молча кивнул головой, дав понять, что слушает	Начал с открытого вопроса «На что жалуетесь?»	Начал с открытого вопроса «Что привело Вас ко мне?», «Что хотите обсудить со мной сегодня?», др.
Установление повестки консультации	Нет проверки других проблем и повестка дня не установлена	Проверяет, но игнорирует другие проблемы	Проверяет, но повестка дня не установлена/ обсуждается только мысли врача	Проверяет другие проблемы, устанавливает четкую повестку дня с пациентом
Предоставление информации пациенту	Предоставленная информация неуместная и неполная. Не интересуется чтобы хотел узнать пациент о своем заболевании.	Ограниченное предоставление информации, не всегда понятная.	Достаточное предоставление информации, в основном понятная. Интересуется, чтобы пациент хотел узнать о своем заболевании.	Полное и ясное предоставление информации, учитывающее потребности пациента. Спросил, с какой информацией пациент уже знаком о своем заболевании, и чтобы хотел узнать еще.
Предоставление возможности задавать вопросы	Не предоставил пациенту возможность задать интересующие вопросы. Игнорирует попытки пациента уточнить информацию или завершает консультацию без обратной связи	Предоставил возможность задать вопросы, но делает это формально, без акцента на важности обратной связи. Реакция на вопросы поверхностная, без детального разъяснения.	Предоставил пациенту возможность задавать вопросы, выслушивает их с интересом, но ответы иногда неполные или не адаптированы к уровню понимания пациента.	Предоставил пациенту возможность задавать вопросы по мере их появления, а не только в конце разъяснения. Использовал открытые формулировки («Есть ли у вас какие-то вопросы или опасения?»). Ответы развернутые, ясные, адаптированы к пациенту.
Объяснения плана лечения	План лечения не объяснил или объяснил кратко, формально, без уточнения деталей. Отсутствует проверка понимания пациентом.	План лечения объяснил поверхностно, без акцента на важности этапов. Использует сложную медицинскую терминологию, не адаптированную к уровню пациента.	План лечения объяснял в основном доступно и структурировано. Большинство этапов разъяснены, но отсутствует проверка понимания или уточнение готовности пациента следовать плану.	План лечения объяснил четко, структурировано, с использованием понятного языка. Особое внимание уделил важным деталям и этапам. Проверил, понял ли пациент информацию, и при необходимости использовал пояснение, примеры или визуальные материалы. Учитывал индивидуальные особенности пациента.

Структурирования консультации	Не обеспечивает никакой структуры консультации	Ограниченное обеспечение структуры консультации	Достаточное обеспечение структуры консультации	Четко структурированная консультация
Эмоциональный компонент				
Эмоциональная включенность в активное слушание	Эпизодически реагирует на эмоциональные сигналы собеседника, но делает это формально или поверхностно, что не способствует созданию доверительной атмосферы	Способен распознавать эмоциональные состояния собеседника и реагировать на них, но эмоциональная включенность может быть недостаточно устойчивой или выраженной	Демонстрирует стабильную эмоциональную включенность, активно воспринимает эмоциональные сигналы собеседника и использует их для поддержки общения и укрепления доверия.	Глубоко эмоционально вовлечен, уверенно интерпретирует эмоциональные сигналы, демонстрирует искренний интерес и сопереживание, что создает комфортную и поддерживающую атмосферу для собеседника.
Оценка и реагирование на вербальные и невербальные сигналы	Нет реакции на очевидные вербальные/невербальные сигналы	Минимальная реакция на вербальные/невербальные сигналы (несмотря на их наличие).	Реагирует на вербальные и невербальные сигналы, но иногда пропускает их.	Чутко реагирует на вербальные и невербальные сигналы
Эмоциональное поощрение пациента	Эпизодически использует эмоциональные поощрения (например, отдельные слова одобрения), но делает это неуместно, формально или недостаточно для поддержания пациента.	Использует слова и невербальные сигналы для эмоционального поощрения пациента, но они могут быть ограниченными, однообразными или недостаточно адаптированными к ситуации.	Стабильно и уместно применяет эмоциональные поощрения, такие как вербальная поддержка («Вы справляетесь очень хорошо») и невербальные сигналы (улыбка, кивок), способствующие комфортному взаимодействию	Эффективно и тонко применяет эмоциональное поощрение, адаптируя слова и поведение под конкретную ситуацию и эмоциональное состояние пациента, создавая доверительную и поддерживающую атмосферу.
Чувствительность к состоянию пациента	Не проявляет интереса к эмоциональному или физическому состоянию пациента, игнорирует очевидные признаки дискомфорта или страха. Уровень взаимодействия формален, ориентирован только на выполнение медицинских задач.	Распознаёт основные признаки эмоционального или физического состояния пациента, однако реакции могут быть недостаточно точными или поздними. Реагирует на физический дискомфорт пациента только при прямом указании пациента.	Активно замечает и правильно интерпретирует состояние пациента, адекватно реагирует, проявляя заботу и понимание через слова или невербальные сигналы.	Тонко распознаёт даже скрытые эмоциональные или физические сигналы пациента, своевременно и деликатно адаптирует своё общение, демонстрируя глубокое понимание и эмпатию.
Поощрение вовлеченности пациента в принятии решений	Не предоставляет пациенту информации о возможных вариантах лечения или обследования; полностью игнорирует мнение пациента при принятии решений.	Предоставляет ограниченную информацию о вариантах лечения или обследования, но не обсуждает её с пациентом; мнение пациента учитывается формально или с опозданием.	Объясняет основные варианты лечения или обследования, обсуждает их с пациентом, но не всегда активно стимулирует его высказывать свои предпочтения или опасения.	Строит процесс принятия решений как равноправное сотрудничество, обеспечивает полное информирование пациента, учитывает его мнение, ценности и предпочтения,

				вовлекает пациента в каждом этапе принятия решения
Мотивационный компонент				
Мотивирован на выполнение профессиональных обязанностей в логике принятия и сотрудничества с пациентом	Испытывает трудности в мотивации к сотрудничеству, выполняет обязательства без особого стремления к качественному взаимодействию с пациентом	Мотивирован к профессиональному взаимодействию, но инициатива часто отсутствует	Демонстрирует активное стремление к улучшению коммуникации с пациентом и профессиональному сотрудничеству	Проявляет высокую внутреннюю мотивацию, активно инициирует профессиональные взаимодействия и сотрудничество с пациентом
Мотивирован на выстраивание диалога с пациентом для получения точной информации, учитывая его интересы и возможности	Отсутствует стремление выстраивать диалог с пациентом. Врач игнорирует интересы и возможности пациента, задаёт вопросы формально, не заботясь о полноте информации	Показывает ограниченную мотивацию к диалогу. Вопросы задаются преимущественно по шаблону, без учёта индивидуальных особенностей пациента, интересы пациента игнорируются.	Демонстрирует желание выстраивать диалог с пациентом, но делает это недостаточно активно. Учёт интересов и возможностей пациента носит выборочный характер.	Заинтересован в полноценном диалоге с пациентом, старается учитывать его интересы и возможности, задаёт разнообразные вопросы для уточнения информации.
Мотивирован на развернутую беседу	Задаёт серию вопросов подряд	Задаёт два-три последовательных вопроса, объединённых одной темой	Задаёт несколько связанных вопросов, но делает небольшие паузы между ними, чтобы дать пациенту время обдумать ответ	Задаёт вопросы последовательно, делая паузу между ними и давая возможность ответить пациенту
Рефлексивный компонент				
Способен к коррекции поведения на основе обратной связи от пациента	Не воспринимает обратную связь от пациента; отрицает необходимость изменений в своем поведении; продолжает действовать по заранее установленному шаблону, не реагируя на жалобы или замечания пациента.	Частично воспринимает обратную связь, но реагирует на неё с опозданием или формально; корректировка поведения минимальна и незначительно влияет на качество взаимодействия.	Осознает обратную связь от пациента, способен внести изменения в поведение, однако делает это выборочно и не всегда адекватно ситуации.	Внимательно воспринимает обратную связь от пациента, эффективно адаптирует поведение в соответствии с комментариями, демонстрируя уважение к мнению пациента и стремление улучшить взаимодействие.
Способен к коррекции поведения на основе обратной связи от супервизора	Игнорирует обратную связь от супервизора или воспринимает её враждебно. Не предпринимает попыток изменять своё поведение, отрицает необходимость корректировки.	Реагирует на обратную связь формально: соглашается с замечаниями, но не вносит существенных изменений в поведение. Часто повторяет те же ошибки, демонстрируя недостаточное осознание полученных рекомендаций.	Принимает обратную связь, осознаёт необходимость изменений, делает попытки корректировать своё поведение. Однако изменения могут быть частичными или краткосрочными, требуется постоянный контроль со стороны супервизора.	Внимательно относится к обратной связи, активно обсуждает замечания с супервизором. Вносит коррективы в своё поведение, демонстрируя улучшения в соответствии с рекомендациями. Способен самостоятельно анализировать свои ошибки и учитывать их в будущем.

Ценностно-смысловой компонент				
Демонстрирует осознание моральной ответственности, гуманное отношение к пациентам	Демонстрирует безразличие или пренебрежительное отношение к пациентам; игнорирует их потребности и эмоции, не проявляет уважения.	Демонстрирует уважительное и гуманное отношение, но иногда не учитывает индивидуальные потребности пациентов.	Проявляет гуманизм, учитывает личные потребности и интересы при взаимодействии с пациентом.	Демонстрирует гуманное и уважительное отношение к пациенту, действует в соответствии с профессиональными и этическими стандартами

Минимальный уровень (28–48 баллов)

Описание: Навыки и знания практически отсутствуют или находятся на крайне низком уровне. Студент демонстрирует значительные затруднения в общении с пациентами. Требуется интенсивное развитие по всем компонентам.

Низкий уровень (49–68 баллов)

Описание: Знания и навыки находятся на начальном уровне. Студент показывает частичное владение компонентами, но имеются значительные пробелы.

Средний уровень (69–88 баллов)

Описание: Удовлетворительное владение навыками. Коммуникативные способности достаточно развиты, но есть зоны, требующие доработки.

Высокий уровень (89–100 баллов)

Описание: Уверенное владение навыками. Студент демонстрирует грамотное взаимодействие с пациентами и коллегами, хотя в отдельных случаях могут проявляться небольшие недочеты.

Продвинутый уровень (101–112 баллов)

Описание: Навыки и знания полностью соответствуют требованиям. Демонстрируется высокий профессионализм в общении, гибкость и эмпатия в любых ситуациях.

Приложение Г

Анкета «Изучение трудностей в коммуникации врач-пациент»

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого проводит исследования с целью повышения коммуникативной компетентности будущих врачей. Поэтому мы обращаемся к Вам с просьбой ответить на вопросы данной анкеты. Для ее правильного заполнения достаточно поставить знак напротив варианта ответа, который наиболее соответствует Вашему мнению. При ответах на вопросы с множественными вариантами, Вы можете выбирать одно или несколько утверждений, с которыми согласны. Необходимо ответить на все вопросы. Ваше мнение очень важно для нас. Ответы будут изучаться только в обобщенном виде, но правильность итоговых выводов целиком зависит от искренности каждого Вашего ответа. При обработке полученных данных гарантируется анонимность Ваших ответов.

Спасибо за участие в опросе!

1. Ваш пол
 - ☐ Мужской
 - ☐ Женский
2. Возраст _____
3. Учреждение, в котором Вы работаете _____
4. Занимаемая должность _____
5. Опыт работы в сфере здравоохранения
 - ☐ До 5 лет
 - ☐ 5-10 лет
 - ☐ Свыше 10 лет
6. Опыт работы в занимаемой должности
 - ☐ До 5 лет
 - ☐ 5-10 лет
 - ☐ Свыше 10 лет
7. С какими пациента Вам работать труднее всего:
 - ☐ Застенчивыми
 - ☐ Агрессивными
 - ☐ «Знающими» пациентами (я прочитал в интернете...)
 - ☐ Разговорчивыми пациентами
 - ☐ Другое _____
8. Какие дефициты Вы испытываете в области общения с пациентами:
 - ☐ Сообщение плохих новостей
 - ☐ Общение с конфликтными пациентами
 - ☐ Общение с разговорчивыми пациентами
 - ☐ Работа с пассивной агрессией
 - ☐ Другое _____
9. Отметьте как часто Вы встречаетесь с ситуациями, которые описаны ниже

Взаимодействие с пациентом	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Пациент втайне от Вас использует дженерики или не принимает назначение				
Пациенты ведут себя агрессивно в общении с Вами				
Пациенты что-то требуют или говорят, как нужно лечить				
Другое (укажите)				

10. Отметьте, что из перечисленного ниже Вы используете в своей профессиональной деятельности и как часто

Установление контакта	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Здороваетесь с пациентом				
Представляетесь, если пациент пришел к Вам впервые				
Заботитесь о комфорте пациента (предлагаете разместить вещи, чтобы они не мешали пациенту)				
Используете слова, которые показывают заботу на протяжении всей консультации (например, как Вы сейчас себя чувствуете? Стало ли лучше после назначения?)				
Устанавливаете зрительный контакт				
Используете открытые позы во время приема				
Идентифицируете эмоциональные реакции пациента				
Другое (укажите)				

Сбор информации	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Согласовываете повестку дня или причину визита пациента				
Начинаете консультацию с открытого вопроса (например, что привело Вас ко мне?)				
Уточняете, есть ли еще жалобы (например, что-то еще беспокоит?)				
Используете техники активного слушания (повторение, перефразирование, интерпретация и др.)				
При необходимости уточняете детали с более конкретными вопросами или вопросами закрытого типа («да/нет»)				
Обобщаете и даете возможность пациенту исправить или добавить информацию				
Уточняете какие жизненные события могли повлиять на состояния пациента				
Выясняете какие опасения и ожидания у пациента по отношению к своему здоровью				
Другое (укажите)				

Передача информации	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Оцениваете понимание проблемы пациента и желание получить дополнительную информацию о заболевании (состоянии)				
Объясняя, используете слова понятные пациенту				
Объясняя, используете дополнительные визуальные средства (модели, иллюстрации, схемы)				

Объясняете какие шаги необходимо предпринять для улучшения состояния и зачем это нужно				
Объясняете вклад других врачей в постановку диагноза и назначения лечения				
Объясняете серьезность состояния пациента				
Другое (укажите)				

Сообщение предварительного диагноза	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Говорите, что это возрастное и с этим ничего нельзя сделать				
Сообщаете пациенту информацию о впервые выявленном заболевании, его сути, прогнозе, возможных вариантах развития событий				
Сообщаете предварительный диагноз интересуетесь, что пациент знает о нем				
Предупреждаете пациента о том, что собираетесь сообщить ему «плохие новости» (К сожалению, но я должен сообщить Вам ...)				
Используете такие фразы как «Мы не знаем, что с Вами делать», «Никому еще не удавалось это вылечить», «Мы больше ничего не можем сделать для Вас»				
Другое (укажите)				

Формирование приверженности к лечению	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Проверяете понимание пациента о необходимости лечения				
Проверяете опасения пациента по поводу лечения				
Проверяете понимание пациента необходимости дополнительного обследования и обращения к другим специалистам				
Другое (укажите)				

Завершение консультации	Всегда	Иногда	Редко	Никогда
Уточняете есть ли у пациента еще вопросы, опасения или другие проблемы				
Подводите итоги и разъясняете следующие шаги (куда пациента идет дальше, когда будет Ваша следующая встреча и т.п.)				
Благодарите за визит пациента, что он ответственно относится к своему здоровью				
Прощаетесь с пациентом				
Другое (укажите)				

11. Какие бы темы (или тему) Вы добавили в курс «Формирование коммуникативных навыков врача»

Приложение Д

Тематический план программы формирования коммуникативной компетентности будущих врачей

№	Наименование учебного модуля	Всего академических часов	В том числе		
			Лекции	СР	ПЗ
			всего		всего
1.	Основы медицинской коммуникации	9	–	3	6
2.	Имидж и самопрезентация в профессиональной деятельности врача	9	–	3	6
3.	Психологические особенности общения врача с пациентом	9	–	3	6
4.	Психологические особенности общения с особыми группами пациентов (дети, пожилые, пациенты с ОВЗ)	9	–	3	6
5.	Психологические особенности общения с разными типами пациентов (агрессивными, конфликтными, тревожными, «Гугл-пациентами»)	9	–	3	6
6.	Психологические особенности общения с умирающими пациентами и их родственниками (сообщение плохих новостей)	9	–	3	6
7.	Управление эмоциональными состояниями	9	–	3	6
8.	Кейс-марафон: искусство профессионального общения	9	–	3	6
ИТОГО		72	–	24	48

Приложение Е

Экспертный лист оценки программы «Коммуникативная компетентность в медицине»

ФИО эксперта _____

Дата экспертизы: _____

№	Критерии	Баллы			
		1	2	3	4
1	Актуальность и профессиональная направленность (ориентация на потребности медицины, пациентов, системы здравоохранения)				
2	Цель, задачи, ожидаемые результаты сформулированы чётко и соответствуют тематике				
3	Логика и структура программы: поэтапность, модульность, усложнение, связь блоков				
4	Методическое обеспечение: применение кейсов, ролевых игр, технологии «Стандартизированный пациент» и др.				
5	Психолого-педагогическая целесообразность: ориентация на развитие эмпатии, стрессоустойчивости, рефлексии				
6	Диагностика и оценка прогресса: наличие входного/выходного контроля, самоанализа, рефлексивных заданий				
7	Проработка сложных коммуникативных ситуаций (трудные пациенты, плохие новости, дети, ОВЗ)				
8	Гибкость и масштабируемость программы: возможность адаптации к ДПО, интернатуре, другим вузам				

Итоговый балл: _____ / 32

Выводы и рекомендации эксперта

- ☐ Программа рекомендуется к реализации
- ☐ Программа рекомендуется с доработкой по отдельным позициям
- ☐ Программа не рекомендуется без существенных доработок

Рекомендации:

подпись

расшифровка

Шкала оценки (для каждого критерия):

1 балл — критерий выражен слабо, имеются серьёзные недочёты

- 2 балла — частично реализован, требует существенной доработки
- 3 балла — реализован на хорошем уровне, возможны уточнения
- 4 балла — реализован полностью и качественно, соответствует современным требованиям

Интерпретация:

29–32 балла – программа полностью соответствует современным требованиям, может служить моделью для других учреждений.

25–28 балла – программа качественная, требует лишь незначительных уточнений или дополнений.

20–24 – программа реализует основные требования, но нуждается в доработке отдельных блоков.

16–19 – программа требует существенной переработки и методического усиления.

≤15 баллов – программа не соответствует ключевым требованиям и нуждается в полном пересмотре.

Приложение Ж

Экспертный лист оценки коммуникативной компетентности будущих врачей

ФИО эксперта _____

Этап взаимодействия	№	Критерий	Поведенческие индикаторы	Баллы			
				1	2	3	4
Начало взаимодействия	1	Приветствие и представление	Здоровается, представляется, устанавливает зрительный контакт, обращается по имени				
	2	Создание доверительных отношений	Тон вежливый, доброжелательный, демонстрирует уважение к пациенту, заботиться о комфорте				
	3	Уточнение целей визита	Объясняет причину визита, даёт пациенту высказаться, определяет повестку дня				
Сбор информации	4	Типы вопросов	Использует открытые, уточняющие и закрытые вопросы; адаптирует под состояние пациента				
	5	Активное слушание и невербальные сигналы	Поддержка невербальным поведением, кивки, паузы, уточняющие перефразирования				
	6	Эмоциональная включенность	Замечает и реагирует на эмоциональные сигналы пациента, проявляет эмпатию				
Структурирование общения	7	Логика и структура общения	Использует переходы («теперь обсудим...», «давайте подведем итог»), структурирует разговор				
	8	Резюме и проверка понимания	Кратко резюмирует сказанное, задаёт вопросы на понимание				
Информационное взаимодействие	9	Объяснение информации	Применяет доступный язык, избегает излишней терминологии, учитывает особенности пациента				
	10	Уточнение ожиданий	Спрашивает, что пациент знает/хочет знать, на что надеется				
Планирование и принятие решений	11	Совместное обсуждение плана лечения	Объясняет варианты, интересуется мнением пациента, уточняет готовность следовать плану				
	12	Поощрение участия пациента	Побуждает пациента высказываться, учитывает предпочтения, объясняет шаги				
Завершение общения	13	Подведение итогов	Обобщает ключевые моменты, проверяет, всё ли понятно, сообщает о дальнейших действиях				
	14	Завершение консультации	Благодарит, прощается, подтверждает открытость к вопросам, сохраняет уважительный тон				

Комментарии: _____

ПОДПИСЬ

расшифровка

Шкала оценки (для каждого критерия):

1 балл – поведение отсутствует или выражено негативно.

2 балла – поведение проявляется, но непоследовательно.

3 балла – поведение проявляется стабильно, соответствует базовому уровню компетентности.

4 балла – поведение проявляется чётко, уверенно и гибко.

Интерпретация:

Минимальный уровень 14–24 балла

Низкий уровень 25–34 балла

Средний уровень 35–44 балла

Высокий уровень 45–51 балл

Продвинутый уровень 52–56 баллов