ТАДЖИКСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

КУРБОНЗОДА САИДА МУХАМАД

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ СРЕДСТВАМИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ

5.8.7- Методология и технология профессионального образования (педагогические науки)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук

Научный руководитель:
Кодиров Бахтиёр Розикович - доктор педагогических наук, профессор

Душанбе-2026

Содержание

Список сокращений	4
Введение.....	5-21
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ.....	22
1.1. Особенности профессиональной подготовки будущих врачей на основе анализа отечественного и зарубежного опыта.....	22-45
1.2 Ведущая идея и основные факторы, влияющие на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.....	46-61
1.3. Особенности использования интерактивных методов обучения в учебном процессе медицинского вуза.....	61-79
Выводы по первой главе.....	79-81
ГЛАВА 2. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ.....	82
2.1. Классификация и характеристика интерактивных методов развития коммуникативной компетентности будущих врачей.....	82-100
2.2. Возможности интерактивных методов обучения в развитии коммуникативной компетентности будущих врачей.....	101-122
2.3. Модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.....	122-140
Выводы по второй главе.....	140-142
ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ СРЕДСТВАМИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ	

ОБУЧЕНИЯ.....	143
3.1 Технология реализации модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.....	143-165
3.2.Характеристика педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.....	165-180
3.3.Оценка результативности моделей формирования коммуникативных компетенций у будущих врачей с помощью интерактивных методов обучения.....	181-202
Выводы по третьей главе.....	203-205
Заключение.....	206-209
Литература.....	210-227
Приложения.....	228-237

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

СМИ– средства массовой информации.

ОПС– образовательные программные средства.

ИВОИ– институциональные виртуальные образовательные инструменты.

ТСО – технические средства обучения.

КГ– контрольная группа.

ЭГ– экспериментальная группа.

НИРС– научно-исследовательская работа студентов.

ДР– дипломная работа.

ЭУМК– электронный учебно-методический комплекс.

ВПУЗ —высшее профессиональное учебное заведения.

ИС – информационная система.

НИС– научно-исследовательские семинары.

ИТ- информационные технологии.

ИКТ– информационно-коммуникационные технологии.

ОИТ – образовательные информационные технологии.

НИТ– новые информационные технологии.

ПОР– профессионально-образовательные различия.

СНО– студенческое научное общество.

РТ– Республика Таджикистан.

ПОС– профессиональное образовательное сообщество.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Для государства, ориентированного на развитие и демократические ценности, особенно важно, чтобы люди умели адаптироваться к быстро меняющимся и сложным условиям жизни, а также находили возможности для самореализации. В наши дни каждый человек несёт гораздо больше ответственности за свою судьбу - как в социальном плане, так и в профессиональном и личностном. Молодёжный период сегодня проходит в условиях, которые можно назвать особенно противоречивыми и сложными, что связано с множеством факторов.

Педагогика и медицина тесно связаны между собой и взаимно влияют друг на друга. Эти две сферы можно рассматривать в едином контексте, поскольку они обе играют важную роль в укреплении здоровья и общем благополучии детей, а также в организации образовательного процесса в медицинских учреждениях.

В современных условиях педагогика играет ключевую методологическую роль в области медицинского образования. Она предоставляет медицине теоретические и практические основания, включая подходы к педагогической антропологии, которые активно применяются при подготовке будущих врачей. Используя собственный инструментарий - методики, технологии и средства обучения - педагогика, находясь на стыке гуманитарных и клинических дисциплин, способствует развитию у студентов-медиков навыков эффективной коммуникации. Это, в свою очередь, формирует их профессиональный и социальный облик, включая элементы коммуникативного имиджа врача.

Формирование представления о здоровье как многомерной категории занимает центральное место в обучении медицинских специалистов. Будущий врач должен учитывать не только физическое состояние пациента, но и его психологическое состояние, эмоции, личные особенности и потребности. В связи с этим преподаватели применяют обучающие

стратегии, ориентированные на развитие у студентов целостного восприятия здоровья. Среди таких подходов - проблемное, развивающее и контекстное обучение, деловые игры и другие интерактивные методики. Их преимущество заключается в практической направленности, адаптации к уже существующему опыту обучающихся и соответствию логике профессионального мышления врача.

Навык общения с пациентами - важный аспект коммуникативной компетентности врача - начинает формироваться еще во время учёбы в медицинском вузе и продолжает развиваться в ходе профессиональной практики, включая взаимодействие с людьми разных возрастов, психологических типов, уровней образования и социального статуса.

В начале обучения, когда будущие врачи только начинают взаимодействовать с пациентами, они часто бессознательно копируют поведение тех преподавателей, к которым испытывают уважение. Они перенимают стиль общения с больными, особенности невербального поведения - такие как жесты, мимика, позы, манера сидеть и говорить, а также интонации и ключевые фразы из их лексикона, например, первые слова при установлении контакта и заключительные формулировки. С ростом профессионального опыта у начинающих врачей формируется более глубокое понимание значимости психологических аспектов, что способствует осознанному и целенаправленному использованию коммуникативных приёмов при взаимодействии с пациентами. С ростом стажа специалисты всё больше внимания уделяют психологическим аспектам диагностики и лечения, а также повышению коммуникативной компетентности, что во многом влияет на качество и эффективность профессионального взаимодействия.

В современном образовании происходят значительные изменения, связанные с глобализацией, научно-техническим прогрессом и развитием информационных технологий. Современное развитие таджикского национального образования требует особого внимания к формированию у

обучающихся навыков коммуникативной деятельности, особенно в условиях высокотехнологичного производства. Любая профессиональная сфера подразумевает устное или письменное взаимодействие, поэтому одной из ключевых компетенций современного специалиста становится коммуникативная компетентность, причем как на родном языке, так и, как минимум, на одном иностранном. Следовательно, для врача коммуникативные навыки являются важным условием успешной профессиональной деятельности.

Поскольку развитие коммуникативной компетентности начинается еще в школе, главной задачей педагога становится не просто передача знаний, умений и навыков, а формирование тех ключевых компетенций, которые определены государственными стандартами.

Интерактивные методы обучения направлены на развитие коммуникативной компетентности, которая включает в себя речевые, языковые, социокультурные, компенсаторные и учебно-познавательные составляющие. Чтобы эффективно стимулировать формирование коммуникативных навыков у будущих врачей, важно выбирать такие формы занятий, которые максимально этому способствуют. Известно, что в этом помогают различные виды деятельности: работа в парах, малых группах, общие дискуссии, обмен мнениями, ролевые игры и другие активные методы.

Интерактивное обучение сегодня – одно из ключевых средств повышения качества профессиональной подготовки студентов медицинских вузов. Преподавателю уже недостаточно просто владеть теоретическими знаниями по своей дисциплине и передавать их в аудитории. Современный образовательный процесс требует более гибкого и творческого подхода к организации занятий.

Коммуникативная компетентность будущего врача представляет собой комплекс навыков и умений, включающий межличностное и профессиональное взаимодействие, которые являются ключевыми для

эффективной работы в медицинской сфере и полноценного участия в социальной жизни. Профессия врача обладает рядом специфических черт. С одной стороны, она предполагает частые и интенсивные контакты с пациентами и их близкими. С другой - связана с эмоциональными нагрузками и высоким уровнем стресса. Коммуникативная компетентность в этой профессии означает не только умение правильно выстраивать отношения с пациентом на психологическом уровне, но и способность сохранять профессиональную дистанцию и роль в процессе общения.

Кроме того, врачу важно контролировать свои эмоции, поддерживать уверенность и адекватно реагировать на ситуацию. Эффективное взаимодействие требует правильного понимания состояния пациента и соответствующей реакции на его поведение.

Независимо от того, испытывает ли пациент гнев, грусть, тревогу или отчаяние, врач обязан обладать навыками установления доверительного контакта и построения конструктивных отношений, которые способствуют успешному решению медицинских задач.

Степень научной разработанности проблемы. Особенности медицинской деятельности хорошо выразил врач и философ Карл Ясперс, который считал, что основой врачевания служат два компонента: с одной стороны - естественнонаучные знания и их практическое применение, с другой - этические принципы человечности. В результате чрезмерной специализации, как отмечают Б. Любан-Плоцца и другие исследователи, возникла так называемая «немая» медицина.

Современные ученые уделяют большое внимание проблеме компетентности в медицинском образовании. Среди них - Алексеева Л. Л., Алимов А., Анкваб М. Ф., Артюхина А. И., Богданова Л. В. и другие. В своих работах они выделяют ключевые компетенции, которые должны формироваться в процессе обучения: учебную, общекультурную, социальную, информационную, гражданскую и здоровье сберегающую.

Научные представления об общении складывались, формировались и развивались на протяжении длительного исторического периода (Сократ, Аристотель, Платон, Абуабдуллох Рудаки, Абуали ибн Сино, Абулькасым Фирдоуси, Ал-Фараби, Т. Гоббс, Б. Спиноза, П. Гольбах, И. Кант, Г. Гегель, Ж. Пиаже, Р. Стернберг, Ч. Спирмен, Л. Терстоун, Дж. Гилфорд, Х.Гарднер, Л.С. Выготский, СЛ. Рубинштейн и др.). Несмотря на огромное количество исследований, посвящённых этой теме, вопросы общения остаются предметом оживлённых дискуссий, в которых обсуждаются основные понятия, теории и методы их практического применения. Эти споры подчёркивают, как теоретическую, так и практическую значимость, и сложность рассматриваемой проблемы.

Современная педагогика располагает обширным опытом изучения проблем общения. В трудах таких исследователей, как Денисов И.Н., Колягин В.В. и Мусохранова М.Б., подробно раскрываются сущность и процесс формирования, а также функционирование культуры межнационального общения в различных сферах общественной жизни.

Вопрос формирования профессиональной коммуникативной компетентности многократно рассматривался в исследованиях, посвящённых социальным, психологическим и лингвистическим аспектам данного явления (Кудрявая Н.В., Уколова Е.М. Молчанов А.С., Кунжигитова Г.Б., Жанибекова Э.Ж. и др.).

Однако, несмотря на значительный накопленный теоретический материал, как показывает анализ существующих концепций и практик высшего педагогического образования, далеко не все вопросы, касающиеся развития профессиональной коммуникативной компетентности, получили достаточную проработку. В частности, остаются актуальными задачи, связанные с моделированием профессионально ориентированной речевой деятельности, а также с учётом региональных факторов, влияющих на процесс формирования данной компетенции.

В нашей республике происходят заметные изменения в системе высшего образования. Начался активный диалог по вопросам, связанными с существующими проблемами в образовательной сфере. Ведущие педагоги страны, такие как Каримова И.Х., Кодиров Б.Р., Негматов С.Э., Сафаров Б.Б., Ходжиматова Г.М., и другие, уделяют внимание различным аспектам развития коммуникативной деятельности будущих врачей.

Тем не менее, несмотря на множество исследований, посвящённых общению, вопрос развития коммуникативных навыков у студентов-медиков остаётся недостаточно изученным, особенно в контексте формирования коммуникативной компетентности с помощью интерактивных методов обучения.

Исследования, проведённые в этой области, показали, что в студенческом возрасте продолжается развитие психики человека, происходит сложное переосмысление и перестройка психических функций, входящих в состав интеллекта, а также изменяется общая структура личности в связи с присоединением к новым, более обширным и разнообразным социальным группам.

Учитывая это, становится особенно важной подготовка будущих врачей к развитию коммуникативных навыков, так как именно врач играет ключевую роль в процессе лечения.

Объективной основой для данного исследования послужили **противоречия** между уровнем научных разработок в области формирования коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения и недостаточной разработанностью этой темы в высших медицинских учебных заведениях Республики Таджикистан. Существующие теоретические подходы к формированию коммуникативной компетентности специалистов не получили должного отражения в механизмах их внедрения в образовательный процесс медицинских вузов страны.

Кроме того, наблюдается нехватка теоретических и практических исследований по использованию интерактивных методов обучения для развития коммуникативных навыков у будущих врачей, что противоречит реальной ситуации в медицинских вузах, где по-прежнему преобладает традиционная, ориентированная на знание, образовательная парадигма.

Недостаточная проработка данной проблемы и выявленные противоречия подчеркивают **актуальность** темы исследования: формирование коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

Цель исследования - теоретико-методологическое обоснование практико-ориентированной модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

Объект исследования: учебно-в оспитательный процесс в системе высшего медицинского образования.

Предмет исследования: процесс формирования коммуникативной компетентности у будущих врачей посредством применения интерактивных методов об учения.

Гипотеза исследования: формирование профессиональной коммуникативной компетентности у студентов медицинских вузов, обучающихся в условиях регионального контекста, станет более эффективным , **если** будут:

1. Чётко определены особенности профессиональной подготовки будущих врачей, основанные на сравнительном анализе как отечественного, так и зарубежного опыта.

2. Раскрыты ведущая идея и основные факторы, влияющие на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

3. Обоснованы особенности использования интерактивных методов

обучения в учебном процессе медицинского вуза.

4. Разработана и реализована модель поэтапного формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

5. Обоснованы технология реализации модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

6. Уточнены характеристика педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

7. Обоснованы критерии, показатели, уровни сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

Задачи исследования:

1. Конкретизировать специфику профессиональной подготовки будущих врачей, что требует комплексного анализа отечественного и зарубежного опыта, учитывая современные тенденции в медицинском образовании.

2. Определить ведущую идею и основные факторы, влияющие на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

3. Обосновать особенности использования интерактивных методов обучения в учебном процессе медицинского вуза.

4. Разработать модель развития коммуникативной компетентности будущих врачей на основе применения интерактивных методов обучения.

5. Разработать педагогическую технологию, обеспечивающую реализацию модели формирования коммуникативной компетентности студентов медицинских вузов с использованием интерактивных образовательных подходов.

6. Определить и охарактеризовать педагогические условия, способствующие эффективному формированию коммуникативной

компетентности будущих медицинских специалистов посредством внедрения интерактивных методов обучения.

7. Уточнить критерии, показатели и уровни сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

8. Экспериментально проверить эффективность модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения.

Этапы, база и период исследования. Исследование проводилось в период с 2022 по 2026 годы и включало три последовательных этапа.

Эмпирической базой исследования стали негосударственное образовательное учреждение «Медико-социальный институт Таджикистана» и Таджикский национальный университет. В исследовательской работе приняли участие 245 студента и 120 преподавателей.

Первый этап (2020-2022 гг.) включал изучение психолого-педагогических и научно-методических источников, посвящённых вопросам формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинских вузов с применением интерактивных образовательных технологий. Дополнительно анализировалась философская и эстетическая литература, велся сбор, структурирование и систематизация эмпирического и теоретического материала. Также проводился анализ действующих учебных программ и пособий, что позволило оценить текущее состояние исследуемой проблемы и выявить направления для последующего научного поиска.

На втором этапе (2023-2024 гг.) осуществлялось проведение детерминированных экспериментов. Для диагностики формирования профессиональных навыков будущих врачей использовались современные компьютерные технологии.

На третьем этапе (2025 - 2026 гг.) была разработана и протестирована модель формирования коммуникативной компетентности с

помощью интерактивных методов обучения. В ходе работы были внесены необходимые корректировки в методику и технологию, систематизированы и обобщены результаты, проверена достоверность экспериментальных данных и сделаны заключения. Таким образом, исследование было успешно завершено.

Теоретико-методологическую базу настоящего исследования составили труды ведущих отечественных и зарубежных специалистов в области психологии личности, педагогики и профессионального образования. Особое значение придавалось научным концепциям, отражающим личностно-ориентированный подход в образовательной практике и аспекты психолого-педагогического сопровождения развития личности. В этом контексте были использованы положения, сформулированные в работах таких исследователей, как А.Г. Асмолов, Ш.А. Амонашвили, В.В. Беляев, С.К. Бондырева, А.А. Бодалев, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.А. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, В.А. Сухомлинский, Д.И. Фельдштейн и др.

В исследовании особое внимание было сосредоточено на анализе научных работ, посвящённых мотивационно-потребностной сфере личности. Были рассмотрены труды таких учёных, как Б.Г. Ананьев, В.М. Боровский, Е.П. Ильин, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.А. Ухтомский, П.М. Якобсон и других.

Также в качестве важного теоретического ориентира были использованы идеи, разработанные в русле компетентностного подхода к образованию. Концептуальные основы данного направления представлены в научных трудах А.А. Андреева, Т.Ю. Базарова, В.И. Байденко, В.А. Болотова, Э.Ф. Зеера, И.А. Зимней, В.В. Серикова, Ю.Г. Татура, А.В. Хуторского, Е.Н. Шиянова и др.

В ходе исследования особое внимание было уделено системно-деятельностному подходу, который акцентирует важность выявления

основных взаимосвязей и закономерностей в образовательных процессах. Значительный вклад в развитие этой теоретической модели внесли такие учёные, как Г.Н. Александров, Б.Г. Ананьев, П.К. Анохин, В.П. Беспалько, М.С. Каган, Н.В. Кузьмина, А.А. Леонтьев, В.Ф. Сержантов, В.А. Сластенин, Э.Г. Юдин и другие.

Кроме того, при формировании концептуальной базы исследования были учтены принципы гуманистической педагогики и психологии, которые подчёркивают значимость межличностного взаимодействия и коммуникационных процессов. В числе авторов, оказавших влияние на данное направление, выделяются А.А. Бодалев, Л.М. Буева, С.Д. Деряба, М.С. Каган, В.В. Кан-Калик, И.С. Кон, А. Маслоу, Г. Олпорт, Б.Ф. Ломов, Л.М. Митина, К. Роджерс, Н.Б. Романева, Б.А. Тахохов, Е.Н. Шиянов и другие. Важное место в работе занял акмеологический подход, раскрывающий закономерности профессионального становления личности, представленный в трудах Б.Г. Ананьева, А.А. Бодалева, А.А. Деркача, В.Г. Зазыкина, З.К. Каргиевой, Н.В. Кузьминой и других исследователей.

При рассмотрении вопросов, связанных с формированием профессиональной коммуникативной компетентности, опора была сделана на работы Г.М. Андреевой, А.Г. Асмолова, Ю.В. Варданяна, Э.Ф. Зеера, И.А. Зимней, В.А. Кан-Калика, З.К. Каргиевой, Е.А. Климовой, Е.С. Кузьминой, Н.В. Кузьминой, А.К. Марковой, Л.М. Митиной, Б.А. Тахохова, Л.А. Хараевой, А.В. Хуторского, Л.А. Цветковой, В.А. Якунина и других авторов.

Помимо этого, в рамках исследования были проанализированы научные труды, посвящённые вопросам профессионализма, его сущности и механизмам формирования. Среди ключевых авторов - И.Д. Багаева, Е.Н. Богданов, А.А. Бодалев, Ю.Н. Гончаров, А.С. Гусева, А.А. Деркач, В.Г. Зазыкин, З.К. Каргиева, А.В. Кириченко, Н.В. Кузьмина, А.С. Огнев, Е.Л. Осоргин, Ю.В. Синягин, А.П. Ситников и другие.

Источники исследования включала нормативно-правовые документы, регламентирующие образовательную сферу Республики Таджикистан, такие

как Закон РТ «Об образовании» (2004 г.), «Национальная концепция образования Республики Таджикистан» (2002 г.), а также «Концепция образования Республики Таджикистан» (2006 г.). Существенное значение имели научные труды отечественных и зарубежных исследователей, посвящённые вопросам педагогики, профессиональной подготовки и развития педагогических технологий. Кроме того, в работе были учтены материалы, отражающие практический опыт методистов и преподавателей, занимающихся вопросами формирования общепрофессиональных навыков у студентов высших учебных заведений.

Методологическая основа исследования охватывала широкий спектр научных методов. К теоретическим методам были отнесены анализ, синтез, абстрагирование, сравнение, обобщение, систематизация и моделирование. В эмпирической части применялись разнообразные методики, включая прямое и косвенное наблюдение, проведение опытно-экспериментальных мероприятий, анкетирование, тестирование, интервью и беседы. Кроме того, использовалась самооценка, осуществляемая студентами, преподавателями и медицинскими специалистами, а также учитывались экспертные заключения. Для обработки и интерпретации полученных данных применялись математические и статистические методы, что позволило всесторонне проанализировать результаты, собранные на различных этапах экспериментального исследования.

Эмпирические предпосылки-Методы исследования, используемые для понимания диалектики общественных явлений и процессов, включают: методы наблюдения (прямое и косвенное наблюдение), педагогический эксперимент, анализ и синтез данных, анкетирование, тестирование, интервью, компьютерную диагностику, математическую статистику.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

1. Уточнена специфика профессиональной подготовки будущих врачей на основе анализа отечественного и международного опыта в области медицинского образования.

2. Определены ключевая идея и основные факторы, влияющие на формирование коммуникативной компетентности у будущих специалистов в сфере медицины с использованием интерактивных методов обучения.

3. Обоснованы особенности применения интерактивных методов в образовательном процессе медицинского вуза, раскрыта их роль в развитии профессионально значимых качеств.

4. Разработана модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивного обучения, отражающая этапы, механизмы и педагогические средства воздействия.

5. Сформирована технология практической реализации данной модели, обеспечивающая последовательное и целенаправленное развитие коммуникативных умений студентов.

6. Выделены и охарактеризованы педагогические условия, способствующие успешному формированию коммуникативной компетентности в контексте интерактивного взаимодействия участников образовательного процесса.

7. Уточнены критерии, показатели и уровни сформированности коммуникативной компетентности, позволяющие объективно оценивать достигнутые результаты на различных этапах подготовки.

8. Проведена экспериментальная проверка эффективности предложенной модели, подтверждающая её результативность и практическую значимость для системы высшего медицинского образования.

Теоретическая значимость исследования. Разработана и научно обоснована модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения. В рамках исследования были сформулированы критерии и показатели для оценки уровней развития этой компетентности, уточнён категориальный аппарат, применяемый при проектировании процесса её формирования, а также выделены основные компоненты модели.

Практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические положения и выводы исследования создают важные предпосылки для успешного решения задачи формирования коммуникативной компетентности будущих врачей с помощью интерактивных методов обучения. Кроме того, результаты работы могут быть применены для аналогичных целей в других учебных заведениях среднего и высшего профессионального образования.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Одной из ключевых задач, обеспечивающих развитие общего и профессионального образования будущих врачей, является интеграция компетентностного подхода с системным, личностно-ориентированным и деятельностным методами. Такой комплексный подход способствует эффективному формированию коммуникативной компетентности, что играет важную роль в успешной профессиональной деятельности медицинских специалистов в их дальнейшей практике.

2. В современных региональных условиях понятие «профессиональная коммуникативная компетентность врача» рассматривается как совокупность внутренних ресурсов, включающих коммуникативные умения, знания и навыки, необходимые для выстраивания эффективной коммуникации в различных профессиональных контекстах. Эти ресурсы должны соответствовать специфике поставленных коммуникативных задач и обеспечивать их успешное выполнение.

3. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинских вузов с использованием интерактивных методов обучения представляет собой поэтапный и управляемый процесс. Этот процесс реализован в виде разработанной структурно-функциональной модели, включающей три взаимосвязанных компонента: целевой, организационно-функциональный и оценочно-результативный.

4. Технология внедрения модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей с помощью интерактивных методов

обучения представляет собой комплекс взаимосвязанных форм, методов, средств и приёмов, обеспечивающих эффективную организацию учебного процесса. Такая система создаёт оптимальные условия для развития коммуникативных навыков каждого студента, учитывая при этом индивидуальные, личностные и субъектно-деятельностные особенности как будущего специалиста, так и пациента.

5. Для успешного педагогического сопровождения процесса формирования коммуникативной компетентности с использованием интерактивных методов преподавателям необходима высокая степень профессиональной готовности к внедрению компетентностного подхода в образовательную практику. Это предполагает не только обладание необходимыми профессиональными компетенциями, но и развитую собственную коммуникативную компетентность, что обеспечивает успешное вовлечение студентов в разнообразные формы учебной деятельности, направленные на совершенствование их коммуникативных умений.

Достоверность научных результатов и выводов исследования гарантировались методологической и теоретической базой, опирающейся на современные знания из философии, педагогики, психофизиологии, социологии, психологии и смежных дисциплин. Для достижения поставленных целей и решения задач применялся комплекс методов, соответствующих предмету исследования и обеспечивающих репрезентативность выборки. В работе использовалось сочетание качественных и количественных методов анализа, включая статистические методы обработки данных. Кроме того, результаты исследования прошли педагогическую экспертизу и были успешно интегрированы в учебный процесс медицинского образовательного учреждения.

Личный вклад автора исследования. Результаты и основное содержание представленной к защите опубликованной диссертации являются личным вкладом автора. Этот вклад выражается в самостоятельном написании и продвижении научно-исследовательской работы, а также в

активном участии автора в решении тематических вопросов, проведении теоретических исследований, моделировании, программировании, тестировании, анализе и обсуждении полученных результатов.

Полученные данные подтверждаются внутренней структурной целостностью диссертации и представлены в виде взаимосвязанных элементов, что позволяет им внести значимый вклад в области теоретических исследований, моделирования, а также статистической, математической и компьютерной обработки информации. Основные научные положения и выводы работы обоснованы и подтверждены компьютерной реализацией в форме комплекса разработанных программных средств.

Апробация результатов исследования. Результаты диссертационной работы были практически внедрены на всех этапах исследования (2020-2026 гг.). Основные теоретические положения и результаты исследования обсуждались на научных заседаниях кафедры общей педагогики Таджикского национального университета и ежегодных внутривузовских научных конференциях профессорско-преподавательского состава, докторантов, магистрантов и студентов Таджикского национального университета; выступлений автора на научных и научно-практических конференциях различного уровня: на Международных научно-практических конференциях: «Перспективы развития исследований в области химии координационных соединений и их практическое применение» (Душанбе, 2022г.); «Инновации и образование: научные подходы, опыт, проблемы, перспективы» (Москва, 2022 г.); Наука и технологии» (Алматы, Казахстан, 2022); «Актуальные вопросы клинической и социальной медицинской науки, пути ее развития в РТ» (Душанбе, 2023); «Вопросы физической и координационной химии» (Душанбе, 2024 г.); «Актуальные проблемы современной химии, концепции и перспективы развития" (Узбекистон, Денов, 2025г.); «Аналитическая химия и её значение в развитии естественных и технических наук» (Душанбе, 2025); «Современные проблемы химии, применение и их перспективы»(Душанбе, 2026 г.); на

Республикаснких научно-практических конференциях: «Современные проблемы естествознания в науке и образовательном процессе» (Душанбе, 2022 г.); «Современные проблемы естествознания и научно-образовательного процесса» (Душанбе, 2022 г.); «Роль современных аналитических методов в развитии науки и производства» (5 октября 2022 г.); «Современные подходи в организации обучения естественных и математических дисциплин в средних общеобразовательных и высших профессиональных учреждениях» (Душанбе, 2024 г.).

Публикации по теме диссертации. Результаты исследования изложены в 30 публикациях автора, из которых 4 статьи опубликованы в научных журналах, резензируемых Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации.

Структура и объем диссертации. Диссертационное исследование структурировано следующим образом: введение, раздел с общим описанием работы, три основные главы, а также раздел с выводами, включающий подразделы «Основные научные результаты диссертации» и «Рекомендации по практическому применению полученных результатов». Кроме того, работа содержит разделы «Заключение» и «Литература», которая подразделяется на «Список использованных источников» и «Список научных публикаций кандидата наук».

Общий объём диссертации составляет 237 страниц, набранных в текстовом редакторе Microsoft Word. Работа содержит 11 иллюстраций и диаграмм, пронумерованных в сквозном порядке по обеим главам. В разделе библиографии приведено 184 наименований используемых источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

1.1. Особенности профессиональной подготовки будущих врачей на основе анализа отечественного и зарубежного опыта

Вступая в новую эпоху, человечество как никогда остро ощущается потребность в новых знаниях и перестройке всей системы образования. Новая мировая реальность требует всеобъемлющей объединяющей идеи, которая должна стать основой образования. Духовность, нравственные и гуманистические ценности, формировавшиеся в обществе веками, должны служить прочным фундаментом развития общества и государства.

В современном обществе наблюдается ослабление нравственных чувств молодежи, особенно студентов, что приводит к возникновению чувств одиночества, пессимизма, неуверенности в жизненных и нравственных ценностях.

Развитие современного высшего медицинского образования в нашей стране направлено на подготовку врачей будущего, главной обязанностью которых является обеспечение жизни и здоровья пациентов, а также повышение уровня их жизни.

Медицина, область, связанная с этикой и гуманистическими ценностями, сталкивается с вызовами современности, связанными с использованием инновационных технологий и цифровизацией. Внедрение современных методов лечения, новейшие технологиии биотехнологии в практике современной медицины и здравоохранения, возрастает ответственность врачей в заботе о жизни и здоровье пациентов.

Расширение международного профессионального сотрудничества врачей, внедрение в медицинскую сферу передовых технологий, широкое использование специалистами современного и передового профессионального оборудования в результате развития параклинических

методов исследования обусловливают необходимость изучения различных методов профессионального общения.

Для будущего врача, который должен быть востребованным специалистом, важно овладеть средствами вхождения в образовательное, информационное, профессиональное и культурное пространство. Для этого необходимо создавать соответствующие пространства для развития профессионально-коммуникативной деятельности, в которых обучение и учение могут осуществляться более эффективно.

Поэтому профессионально-коммуникативное образование будущего врача становится важной и основополагающей задачей, реализация которой зависит от реформ и дополнений в профессиональной подготовке и формировании содержания культурологических дисциплин в высших учебных заведениях. Вопросы, связанные с выбором профессии и формированием содержания культурологических дисциплин, рассматриваются в трудах таких учёных, как Т.А. Арташкин, М.А. Володарская, Н.Д. Коваленко, И.П. Ощепкова, С.С. Салаватов и других.

Пути совершенствования профессиональной подготовки студентов вузов, связанные с разработкой профессионально-учебных моделей, анализировались и изучались в трудах И.М. Пейсахова, Т.И. Рудневой, Е. Смирновой, Н.Ф. Талызиной и других исследователей.

Проанализированы технологии развития профессионального общения в контексте повышения квалификации и научных исследований О.Ю. Искандеровой, А.П. Панфиловой, Т.А. Стефановской, М. Тутушкиной. Вопросы профессиональной подготовки будущих врачей исследованы и проанализированы в трудах М.М. Абдуллоевой, Г. Абрамовой, В. Андронова, И. Бенедиктова, Б. Вознесенского, В.Е. Кагана, С.А. Лигера, В.И. Ороховского, К.К. Платонова, Ю.Е. Рахальского, В. Ташликова, А. Чазового, Л. Урванцева, Ю. Юдчиц, Н.В. Яковлевой, Б.Я. Ясько и других.

В высших медицинских учебных заведениях нашей республики для подготовки будущих врачей в основном используется кредитная система

обучения. Кредитная система обучения – это способ организации образовательного процесса, позволяющий студентам самостоятельно и индивидуально планировать последовательность своей образовательной траектории.

Кредит (кредит, кредит-час) — единая единица измерения объёма учебной работы преподавателя (учителя), соответствующая общему объёму работы за академический период. В большинстве высших учебных заведений стран Европейского Союза используется новая система оценки успеваемости студентов [2, с. 41].

Европейские университеты не используют привычную пятибалльную систему, поскольку они используют кредитную систему образования или Европейскую систему перевода кредитов (ECTS).

Например, в Казахстане в рамках бакалавриата 1 кредитный час равен 1 часу аудиторной работы студента в неделю, реализуемой в течение семестра. К каждому академическому часу лекционных или практических занятий дополнительно прилагается 2 часа (100 минут) самостоятельной работы студента для развития и обучения.

Для изучения конкретного предмета, на 1 кредит, студенту необходимо затратить 1+2 часа в неделю (всего до 45 часов в семестр). Существующие и используемые кредитные системы в разных странах мира различаются не только по своему основному назначению, но и по отношению к понятию и определению «кредита». Кредитная технология обучения является передовым методом и способна организовать европейское образовательное пространство в единую целостную систему [177, с.15].

Основным условием перехода на систему образовательных кредитов являются: повышение качества образования и воспитания, что является первостепенным условием совершенствования образовательных процессов; усиление требований рынка труда, что необходимо для подготовки специалистов, отвечающих современным требованиям; присоединение высшего образования страны к Болонскому процессу, что направлено на

обеспечение координации деятельности вузов и повышение их международного потенциала.

Медицинские университеты и факультеты Европы и России, подписавшие важные соглашения о межвузовском сотрудничестве, в ходе продолжительных дискуссий определили основные направления Болонского процесса, которые они считают приемлемыми и целесообразными для развития высших медицинских учебных заведений. Эти направления разрабатываются и реализуются в соответствии с современными требованиями и международными стандартами образования, сформировавшимися в рамках Болонского процесса:

- признание квалификаций, полученных в результате обучения;
- развитие учебного процесса;
- введение кредитной системы;
- внедрение структуры управления качеством образования.

Общепризнанными преимуществами кредитной образовательной технологии являются соответствие международным образовательным стандартам и решение проблем признания документов об образовании, гармонизация образовательных программ с учетом мировых тенденций, академическая свобода и гибкость образовательных программ.

Сегодня студенты имеют возможность получить бесплатное образование на всех уровнях образования в зарубежных университетах. Выпускники вузов и аспирантур могут учиться в магистратуре, аспирантуре и докторантуре и трудоустраиваться.

Кредитные технологии обучения проверяют знания студентов и развивают их творческие и исследовательские навыки. Самостоятельная работа в процессе самообразования имеет методическое значение. Получение знаний следует рассматривать как важнейшую основу для постоянного совершенствования профессиональных навыков и умений в будущем.

Самостоятельная познавательная деятельность учащегося заключается в умении подходить к новым ситуациям, самостоятельно выявлять проблемы и находить пути и средства их решения.

Специфическими особенностями кредитной системы образования являются:

– Кредитная система образования — это нелинейная система образования;

– Введение кредитной системы оценки заработной платы студентов и преподавателей по каждому предмету;

– Объем каждого предмета определяется на основе государственных образовательных стандартов и типовых учебных программ;

– Свобода выбора обучающимися дисциплин из числа факультативных дисциплин, включенных в рабочие учебные планы, при формировании индивидуального учебного плана;

– Свобода выбора учащихся в выборе преподавателя;

– Непосредственное участие студента в формировании его индивидуального образовательного плана;

– Привлечение консультантов к образовательному процессу, помощь студентам в выборе образовательной траектории;

– Широкие полномочия университета по организации образовательного процесса, определению и рассмотрению возможности использования модульной рейтинговой системы оценки учебных достижений студентов по каждому учебному предмету.

«Идеальные» качества медицинской подготовки в каждой стране имеют свои уникальные характеристики.

Медицинское образование за рубежом — одно из самых популярных и востребованных направлений высшего образования. Оно характеризуется длительной продолжительностью обучения, сложностью учебных программ, разнообразием программ и высоким конкурсом.

Совокупность факторов, важной составляющей которых является высочайший уровень профессиональной подготовки врачей, позволяет развитым странам с собственными медицинскими и образовательными системами, таким как Германия и Израиль, не только защищать здоровье своих граждан, но и занимать лидирующие позиции на мировом рынке медицинского туризма.

Концепции специального образования в этих странах во многом схожи с американскими системами образования, однако имеют и свою специфику. Например, в Германии удалось создать и развить национальную систему подготовки медицинских кадров, а в Израиле выпускники иностранных медицинских вузов готовят специалистов в области медицины.

Индия — уникальная страна, поскольку она одновременно импортирует новых квалифицированных медицинских специалистов и готовит врачей для экспорта.

Немецкая система медицинского образования, несмотря на ряд реформ, проведённых по всей Европе, не соответствует основным требованиям Болонской декларации, в частности, переходу к дуальной модели бакалавриата и магистратуры. Длительные и разнообразные политические, общественные и экспертные дебаты на эту тему показали, что Германии, как и ряду других европейских стран, удалось сохранить традиционную структуру медицинского образования, включающую полный шестилетний курс.

Первые годы обучения посвящены изучению общеобразовательных предметов – анатомии, биохимии, психологии, физиологии и других. После сдачи теоретических экзаменов и прохождения сестринской практики студент готовится к первому этапу государственного экзамена – «физикуму». Экзамен состоит из двух частей – письменной и устной – и включает в себя вопросы по всем изученным предметам. Успешно завершившие «физикум» поступают на третий курс, с которого начинается

обучение по «реальной медицине» – взаимодействие теории и практики по всем основным направлениям общей медицины. Кроме того, студенты имеют возможность выбирать специализированные курсы по своей специальности. Шестой год посвящен практической врачебной подготовке. На последнем году студенты проходят практику по внутренним болезням и общей хирургии, а остальные проходят интернатуру по выбранной специальности. После этого этапа сдается второй государственный экзамен, после сдачи которого предусмотрен официальный допуск к врачебной практике.

Процедура получения высшего медицинского образования в Израиле в целом не отличается от немецкой – она также длится шесть лет, в течение которых можно постепенно переходить от теории к практике. Однако в Израиле, согласно традиции, студенты после окончания университета проходят военную службу, а после службы в армии начинают обучение по медицинскому образованию. Начало обучения для юношей и девушек, как правило, позже, что и является главным отличием между странами.

Кроме того, в Израиле предусмотрен дополнительный год, седьмой, для стажировки в медицинских учреждениях по общим специальностям — терапии, хирургии и другим направлениям, которая в Германии заканчивается на шестом году обучения. В Израиле эта стажировка обязательна для получения диплома или сертификата. Однако в Германии этап профессиональной подготовки, реализуемый после шести лет обучения, был запрещен в 2004 году. После шести лет обучения выпускник немецкого медицинского вуза, так называемый ассистент врача (Assistenzartzt), не считается полноценным специалистом на этом этапе и нуждается в профессиональном руководителе для выполнения профессиональных обязанностей. В Германии должность ассистента сокращается и начинается этап ординатуры. Выпускники израильских медицинских вузов также достигают этого статуса в ходе этапа подготовки и стажировки, но в Израиле

требуется дополнительный год для опыта работы по общим специальностям, таким как терапия и хирургия.

В Израиле и Германии можно получить сертификат после прохождения резидентуры (стажировки), которая ведёт к приобретению специальности. Продолжительность этой стадии варьируется в зависимости от выбранной специальности. По словам Алексея Гринченко, руководителя реабилитационного центра Walk Again в Берлине, в Германии резидентура, направленная на углубленную подготовку и приобретение профессионального опыта, длится в среднем пять лет.

Продолжительность этапа резидентуры зависит от типа и объёма задач и процедур, которые должен выполнять врач, например, от определённого количества медицинских процедур и мероприятий. После завершения проекта и сдачи экзаменов, подтверждающих профессиональные навыки, врач сдаёт экзамен на получение статуса специалиста.

По словам Дэна Гринберга, старшего хирурга отделения ортопедии и травматологии медицинского центра «Барзилай» в Ашкелоне, в Израиле также действует программа послевузовского образования: «В отличие от написания исследовательской работы в университете, после интернатуры готовится ещё одна работа, и даже до поступления в ординатуру студент должен завершить свою работу. Студенту дается шесть месяцев на собеседование с научным руководителем или по теме, которая соответствует интересам сертификационной комиссии. Все представленные исследовательские работы должны быть актуальными и не содержать недостаточных исследований, иначе они не будут одобрены».

И в Израиле, и в Германии ординатура завершается выдачей сертификата, позволяющего продолжить полноценную врачебную практику. При желании можно перейти на узкую специализацию, что занимает ещё несколько лет. Например, в Израиле, чтобы стать гастроэнтерологом, после

получения специальности терапевта (врача по внутренним болезням) молодому врачу необходимо пройти 2,5 года дополнительной ординатуры.

Квалификация врачей, только начинающих свою карьеру, действительна только в Германии. В то же время в Израиле медицинские учреждения стремятся повышать квалификацию своих специалистов, отправляя их на международные конференции, сложные операции и научные семинары. В то же время врач, работающий только в больнице и не занимающийся научной деятельностью, может столкнуться с критикой со стороны руководства. Таким специалистам настоятельно рекомендуется совершенствовать свои знания и навыки в соответствии со временем и не реже одного раза в неделю принимать активное участие в жизни больницы.

В Германии, как и в США, существует система оценки специалистов на соответствие занимаемой должности. По словам Гринченко, врачам начисляются специальные баллы за участие в лекциях, семинарах, симпозиумах и курсах повышения квалификации. Каждый специалист имеет индивидуальный номер, баллы которого учитываются и хранятся в единой электронной системе оценки.

В США экзаменом на получение медицинской лицензии является USMLE (United States Medical Licensing Examination). Этот экзамен состоит из нескольких этапов и оценивает теоретические знания, практические навыки и умение применять медицинские концепции. Его цель — определить уровень готовности врача оказывать пациентам качественную, безопасную и эффективную медицинскую помощь.

Разделы «Базовая наука» и «Клиническая наука» состоят из двух сессий каждый день, включающих в себя в общей сложности 180–200 тестовых вопросов. Все вопросы имеют множественный выбор, то есть абитуриент должен выбрать правильный ответ из предложенных.

В среднем на ответ на каждый вопрос отводится менее минуты. Для успешной сдачи экзамена кандидат должен набрать не менее 79 баллов из 100 возможных.

Третий и последний этап – оценка клинических навыков – включает в себя оценку клинических навыков в реальных условиях с участием пациентов, которая проверяет практические знания и навыки кандидата в области коммуникации и диагностики.

Экзамен проводится два раза в год, и кандидаты могут сдавать его до шести раз. Стоимость каждой части экзамена может варьироваться в зависимости от страны, в которой он проводится, но в среднем составляет 560 долларов США.

Разрешение на сдачу экзамена выдаётся только после одобрения всех необходимых документов Образовательной комиссией для выпускников иностранных медицинских вузов (ECFMG). ECFMG — международная организация, занимающаяся оценкой, аккредитацией и подготовкой иностранных врачей к профессиональной практике в США.

Наши исследования показали, что подходы преподавателей высших медицинских вузов к методике преподавания учебных дисциплин едины:

– предоставление первичной медицинской информации;

– недостаточная ориентация на обучение студентов, а не на работу с информацией;

– предоставление готового алгоритма действия (выполнение действия по образцу) без анализа теоретических основ;

– Недостаточное внимание формированию опыта разработки алгоритма действий;

– укрепление культуры субъектно-объектных отношений с пациентами и студентами;

– изучение методов лечения болезни, а не пациента (без учета психологических источников, в том числе особенностей врачебной коммуникации);

– недостаточное внимание формированию практики принятия решений;

– Недостаточное внимание самостоятельному обучению и освоению медицинских технологий.

Специфика профессиональной деятельности врача требует принятия решений в условиях ограниченного времени. Очевидно, что чем шире знания специалиста и чем больше опыта применения практических навыков в изменяющихся ситуациях, тем эффективнее будут принимаемые им решения и тем успешнее будет его профессиональная деятельность [140, с.40].

Профессиональная деятельность преподавателей медицинских вузов имеет ряд специфических особенностей. Прежде всего, в основе деятельности преподавателя лежит его личный опыт. Вместе с тем, профессиональное сознание преподавателей медицинских вузов в большей степени ориентировано на передачу теоретических знаний, научной информации и формирование практических навыков студентов, а развитию личности и всестороннему формированию будущего врача уделяется недостаточно внимания.

В современных условиях традиционный метод передачи знаний теряет свою эффективность. Представление готовых знаний (роль учителя как «интерпретатора») и формирование навыков действия по образцу затрудняют применение знаний в изменяющихся условиях. Это вынуждает учителя искать и внедрять новые эффективные формы обучения и адекватные подходы к деятельности, в сравнении с прежними методами.

Развитие клинического мышления у студентов является ключевой задачей медицинского образования. Знание методов и способов вовлечения студентов в решение практических медицинских ситуаций, требующих различных стратегий мышления, позволяет им применять теоретические знания на практике. Преподавателям медицинских вузов важно научить студентов выбирать наиболее адекватную и правильную стратегию лечения пациента с учетом диагноза, анамнеза и личностных особенностей [97, с. 304].

- Дисциплинарная модель образования не позволяет сформировать целостное представление о личности пациента, поэтому образовательный процесс должен быть ориентирован на охват различных компонентов деятельности врача, включая взаимоотношения с пациентом;

- Существенным недостатком медицинского образования является отсутствие коммуникативной составляющей.

Образовательные стандарты и квалификационные требования к выпускникам медицинских вузов выглядят следующим образом:

– Действия медицинского персонала определяются не только диагностикой и лечением;

– сотрудничество и лечение, ориентированные на индивидуальные потребности, желания пациентов и их семей;

– Качество работы медицинских работников повышается не только в результате овладения специальными знаниями, но и за счет общения, работы в команде, восприятия пациента как личности.

По мнению Иваненко Г.А. и Кузнецова А.В., новое качество заключается не только в ориентации на усвоение определенного объема знаний, но и в развитии личности учащегося, его познавательных и творческих способностей, в переходе от понятия «знание» к системно-деятельностной парадигме [74, с.100].

Профессиональная деятельность будущих медицинских работников строится на основе интеграции медицинских (диагностика, лечение и т.д.), психологических (мониторинг психического состояния пациентов с учетом возрастных и личностных особенностей) и педагогических (предоставление рекомендаций, изучение современных методов лечения и т.д.) аспектов.

Представляется, что в рамках личностно-ориентированного подхода важнейшую роль играют технологии самостоятельной деятельности. Эти технологии не только предоставляют учащимся возможность активного участия в уроке, но и помогают им осознать смысл существования личности,

накапливать и эффективно использовать свой субъектный опыт. Главный психологический аспект этого процесса выражается в том, что личность развивается через деятельность. Интеграция личностно-ориентированных и деятельностных отношений обеспечивает направленность образовательного процесса на профессиональное становление обучающихся, саморазвитие значимых качеств личности как субъекта деятельности, формирование субъект-субъектных отношений.

Учитывая вышеизложенное, технологию личностной деятельности можно рассматривать как совокупность методов и средств воспроизводства теоретически обоснованных процессов профессионального образования. Эти технологии не только обеспечивают реализацию образовательных целей, но и способствуют развитию личностного потенциала в процессе приобретения компетенций, состоящих из знаний, умений и навыков. Этот процесс наглядно наблюдается и в профессиональной деятельности преподавателя вуза [100, с. 141].

Вышеуказанные методы и инструменты базируются на следующих аспектах:

- **Алгоритмизация профессиональной деятельности**, который обеспечивает четкую последовательность действий в профессиональной среде;

- проблемно-ориентированный образовательный диалог, который делает процесс обучения эффективным за счет обсуждения и практического решения проблем;

- Вовлечение в реальные профессиональные ситуации, требующие анализа и принятия решений на основе теоретических знаний;

- комплекс апробированных методов деятельности, прошедших личный опыт преподавателя медицинского вуза;

- Рефлексия профессионального опыта и профессионального общения, формирующаяся в проблемных ситуациях и способствующая развитию комплексных навыков.

Профессиональная подготовка в рамках личностно-ориентированного и деятельностного подходов должна способствовать укреплению эффективных способов профессиональной деятельности.

Алгоритмизация – это процесс разграничения действий профессиональной деятельности и определения их оптимальной последовательности. Алгоритм, в свою очередь, соответствует структуре профессиональной деятельности, реализуется как совокупность последовательных и строго определённых действий и включается в конкретный вид деятельности.

«Алгоритмизация деятельности» [39, с. 51] как описание совокупности этапов практической деятельности педагога и учащегося, их последовательности и взаимосвязей создает условия для эффективного и осознанного овладения профессиональной деятельностью на основе практического алгоритма.

«Проблемно-ориентированный учебный диалог» [51, с. 102] основан на вовлечении студента в обсуждение с преподавателем важных профессиональных ситуаций, обеспечивая совместный поиск их решения посредством применения необходимых знаний. Преподаватель формулирует проблему посредством разработки вопросов, побуждающих студента к глубокому анализу и поиску информации для решения профессиональных задач.

Целью внедрения технологий самостоятельной деятельности является предоставление преподавателям вуза возможности более глубокого понимания качества своей профессиональной деятельности и путей повышения её эффективности. Этот процесс осуществляется посредством овладения методами отбора и организации содержания, методов и форм

обучения, соответствующими образовательным целям. Одновременно это способствует формированию личности студента в информационном обществе. Технологии самостоятельной деятельности способствуют:

- **Оптимизация процесса передачи знаний преподавателем**и его освоение студентами посредством использования средств ИКТ и решения профессионально-педагогических ситуаций;

- развитие профессионального общения, формирование навыков командной работы, распределения ролей и совместного принятия профессиональных решений субъектами образовательного процесса;

- Управление личностным и профессиональным развитием участников образовательного процесса в вузе;

- Формирование практического опыта педагогической деятельности, осуществляемое в соответствии с содержанием ее важных компонентов на основе рефлексии и анализа.

Личностно-ориентированное направление образовательного процесса включает в себя:

- Обеспечение осознанного освоения образовательных программ, создание условий для глубокого понимания смысла учебной деятельности на уроках, самостоятельной работе, консультациях и экзаменах;

- Возможность развития и реализации индивидуальных способностей обучающихся в учебной, познавательной и самостоятельной деятельности;

- Развитие навыков самоконтроля и самооценки;

- Поощрение студентов к активной и самостоятельной образовательной деятельности, а также профессиональному и научно-исследовательскому развитию;

- Создание условий для профессионального и личностного развития в процессе обучения.

Осознание многих образовательных, научных и профессиональных проблем посредством образовательных технологий, построенных на методе беседы и обмена идеями, с помощью преподавателя вуза выступает как

способ глубокого усвоения учебной информации. Диалог требует не только поиска фактов, но и отбора и оценки разнообразных идей, теорий, методов, действий и решений.

Такими технологиями становятся технологии смыслового обмена, развиваемые в форме активного диалога и сотрудничества преподавателей и студентов вуза. Эти подходы, основанные на лингвистическом подходе и планируемо-практическом диалоге, используются для интерпретации культурных текстов (образовательных, научных, педагогических) и их глубокого анализа.

К основным методам, образующим структурную основу использования технологий в образовательной среде университета, относятся диалог, сотрудничество, партнерство, мозговой штурм, проблемное обучение, групповая и коллективная деятельность и др.

Преподаватель не только обучает, но и выполняет функции мотивации и координации деятельности обучающихся, а также берет на себя задачу управления образовательными ресурсами. Навыки и умения преподавателя заключаются в отборе необходимого содержания и применении оптимальных методов и средств обучения в соответствии с программой и образовательными целями [87, с. 65].

Исходя из вышеизложенного, различные виды технологий личностной активности можно разделить на:

-Информационные технологии: направлены на понимание, усвоение, контроль и корректировку образовательной и профессиональной информации посредством профессиональных ситуаций, ориентированных на личность.

- Технологии развития сотрудничества: они направлены на развитие способности работать в команде, разделять роли, принимать совместные решения и профессионально общаться для решения профессиональных задач.

- Технологии формирования личностно-профессиональных качеств: направлены на развитие личностных качеств специалиста в контексте выбранной профессии.

Первый тип может включать в себя совместные информационные технологии, включающие ориентированное на действия и программное обучение, алгоритмизацию, гипертекст и гипермедиа.

В настоящее время в системе высшего медицинского образования сложился ряд противоречий:

Цель – формирование гармонично развитой личности с высокой профессиональной креативностью специалиста и использование реальных возможностей современной системы технического образования в медицинском вузе.

- Объективная необходимость фундаментализации, гуманизации и интеграции медицинского образования и отсутствие единой теоретической концепции подготовки специалистов.

- Объективная необходимость интеграции медицинского образования на всей территории республики с учетом региональных особенностей, возникающих в процессе профессиональной деятельности.

-Необходимость формирования личности врача как высокопрофессиональной, духовно-нравственной, гуманистической личности, а также существующая система технического образования и отсутствие интегративных курсов, обеспечивающих согласованное понимание всех изучаемых компонентов.

- Значительная потребность в конкурентоспособных специалистах, обладающих высокой коммуникативной компетентностью и владеющих эффективными коммуникативными технологиями, и недостаточный уровень подготовки студентов в этом направлении.

- Коммуникативное сотрудничество в сфере «врач и пациент» в медицинской деонтологии, клинической и медицинской психологии, в

рамках которого обсуждаются медицинская функция, эмпатия и другие ее аспекты, а также коммерциализация сферы здравоохранения страны.

- Важность личностно-ориентированного подхода в коммуникативном взаимодействии в отношениях «врач-пациент», которые являются субъект-субъектными отношениями, требует системного внедрения данной деятельности в процесс обучения студентов.

Конечно, для диагностики и лечения пациентов врач должен обладать хорошими диагностическими навыками и опытом, в которых чувства играют важную роль. Интеллект врача зависит от его способности и умения делать правильные и последовательные выводы на основе минимальной информации, а также теоретической подготовки и предыдущего практического опыта. Изменения, возникающие при опоре на интеллект, вынуждают врача искать новую информацию и совершенствовать или опровергать свои выводы.

Научные исследования предполагают использование сложных форм анализа. Кроме того, термин «анализ» часто используется как синоним исследования. Поэтому важность аналитических навыков в профессиональной деятельности врача трудно переоценить. Кроме того, врач должен уметь анализировать симптомы заболевания, результаты обследований и другую необходимую информацию.

Полученная информация не всегда является полной и точной. Пациент может не описать некоторые симптомы из-за плохой памяти, недостаточного внимания к своему здоровью или низкой наблюдательности. Поэтому лечащему врачу необходимо повторно расспросить пациента о его заболевании, чтобы получить полную и качественную информацию. Это требует не только знания врачом симптомов предполагаемого заболевания пациента, но и его коммуникативных навыков.

Врач должен уметь устанавливать доверительные отношения с пациентом, которые позволяют ему проводить эффективную диагностику, получать согласие пациента на план лечения, предоставлять необходимую

медицинскую информацию, поощрять пациента вести более здоровый образ жизни естественным путем и учитывать другие медицинские факторы.

Врач, не оценивающий состояние пациента и не прогнозирующий исход лечения, не может быть успешным. Этот процесс требует не только медицинских знаний, но и умения анализировать и принимать правильные решения в различных ситуациях. Поэтому врачу важно использовать навыки прогнозирования и контроля в процессе лечения. Прогнозирование и контроль позволяют врачу не только детально ознакомиться с результатами лечения, но и лучше координировать ход операции и улучшить самочувствие пациента в период лечения.

Кроме того, при организации работы подчиненного ему медицинского персонала врач должен учитывать лидерские и организаторские способности. Это означает, что врач не только выполняет задачу лечения пациента, но и берет на себя задачу координации деятельности медицинского коллектива и руководства им. Правильная организация работы медицинского персонала способствует планомерной и эффективной работе медицинского коллектива, направленной на лечение и выздоровление больных.

Предоставление медицинского образования населению требует от врача педагогического мастерства, поскольку врач, помимо использования медицинских инструментов, может оказывать преобразующее воздействие на пациента посредством собственной личности и ситуационного анализа. Поэтому специалист должен не только обладать глубокими знаниями в области медицины, но и использовать педагогические навыки, чтобы воздействовать на пациента не только традиционными методами, но и своими когнитивными и личностными способностями.

Исходя из этого, второй компонент модели специалиста представляет собой совокупность знаний, навыков и способов осуществления деятельности. Клиническое мышление развивается как непрерывный и динамичный процесс, в котором врач не только обобщает информацию, но и

анализирует и синтезирует её с собственным опытом и наблюдениями. Клиническое мышление, в котором с использованием различных источников информации и клинического опыта индивидуально принимаются диагноз, прогноз и лечение, считается важнейшим элементом медицинской практики [1, с.8].

Клиническое мышление – это процесс интеллектуальной деятельности врача, подчиняющийся общим принципам логики и законам мышления. Вместе с тем оно имеет свою специфику и уникальность, поскольку основным объектом его анализа и понимания является сложнейшее живое существо – человек. Клиническое мышление отражает сложный когнитивный процесс врача, формирующийся на основе его знаний, опыта и эмоций и направленный на точный анализ и оценку состояния каждого пациента.

Духовно-нравственная деятельность врачебной практики – одна из важных основ мастерства и профессиональной ответственности современного врача. Как подчеркивают Н.В. Кудрявая, Е.М. Уколова, А.С. Молчанов и другие, низкий уровень духовно-нравственной культуры неизбежно ведёт к снижению ответственности и халатности в профессиональной деятельности врача. Это сказывается не только на клиническом мышлении, но и на его нравственных принципах, что проявляется в трёх основных направлениях:

1) социальное отношение врача к пациенту и обществу;

2) применение этических принципов в профессиональном общении в рамках отношений «врач-пациент»;

3) соблюдение этических и деонтологических норм в медицинской деятельности.

Изменение этических установок может затруднить выполнение врачами своих моральных обязательств перед коллегами, пациентами и близкими. Отличительной чертой медицинской профессии является то, что «её постоянное совершенствование всегда сопровождается моральными

мотивами, такими как сострадание, бескорыстная забота, уважение к человеческим ценностям и готовность защищать жизнь» [92, с. 192].

Для специалистов, профессиональная деятельность которых осуществляется в системе «человек-человек», личностные характеристики играют такую же роль, как теоретические знания и практические навыки. Разделение личностных и профессиональных качеств возможно лишь условно, поскольку они взаимосвязаны в успешной работе врача.

По мнению исследователей (А. Н. Бартко, К. В. Зорин, Н. В. Кудрявая, Е. П. Михайловская-Карлова, А. С. Молчанов, Н. Б. Смирнова, Е. М. Уколова и др.), настоящий врач должен обладать не менее чем пятью десятью важнейшими личностными и профессиональными качествами. Среди наиболее важных из них:

- социальная и профессиональная ответственность;

- способность принимать ответственные решения, коммуникативные навыки, в том числе уважительное отношение к людям, эмпатия и доброжелательность;

- профессиональная совесть, честность, любовь к профессии и готовность постоянно совершенствовать свои знания и навыки.

К психофизиологическим особенностям, значимым для профессиональной деятельности врача и составляющим важный компонент структуры личности, следует отнести следующие факторы: стрессоустойчивость, эмоциональную устойчивость, умение управлять собой в различных профессиональных ситуациях.

Внедрение современных подходов к обучению в профессиональном образовании направлено на углубление знаний студентов о сущности профессиональных отношений без изменения общей структуры образовательного процесса, что позволяет развивать у студентов необходимые навыки общения и самоорганизации, адаптироваться к профессиональным требованиям.

Исследования последних лет подчеркивают необходимость более глубокого понимания и разработки новых форм организации профессионального обучения. Этот процесс требует внедрения современных научно-педагогических методов, учитывающих цели, результаты, формы и методы профессионального обучения в соответствии с социальными изменениями, а также формирования профессиональных компетенций в условиях динамично развивающихся образовательных технологий.

По мнению Глибочко П.В., Романцева М.Г., Петровой В.И., Попкова В.А., одной из ключевых задач развития медицинского образования на современном этапе является формирование специалистов, готовых к самостоятельной врачебной деятельности. Эта подготовка должна соответствовать требованиям государственных образовательных стандартов, профессиональных стандартов и современному уровню материально-технического обеспечения сферы здравоохранения.

В связи с этим современная профессиональная подготовка в медицинских вузах включает следующие аспекты:

- широкое использование компьютерных тренажеров, интерактивных обучающих игр, моделирования ролевых сценариев;

- автоматизация поиска и выбора решений конкретных профессиональных ситуаций;

- проведение тренингов и автоматизация процесса анализа результатов обучения;

- изучать теоретические курсы и развивать практические профессиональные навыки с использованием информационно-коммуникационных технологий.

Таким образом, внедрение инновационных технологий в образование позволяет повысить эффективность обучения медицинских специалистов и подготовить их к самостоятельной работе в условиях современного здравоохранения.

Поэтому подготовка компетентного специалиста к самостоятельной врачебной деятельности в условиях современной материально-технической оснащенности сферы здравоохранения предъявляет особые требования к деятельности преподавателей медицинских вузов.

В этих условиях достижение образовательных целей и формирование профессиональных компетенций возможно посредством внедрения инновационных педагогических технологий, ориентированных на личность (Э.Ф. Зеер, В.В. Сериков, И.С. Якиманская и др.), разработанных на основе деятельностного подхода (И.А. Зимняя, И.Я. Лернер, Н.Ф. Тализина и др.).

Использование данных подходов позволяет преподавателям медицинских вузов организовывать образовательный процесс в соответствии с современными потребностями сферы здравоохранения и обеспечивать формирование у студентов глубоких профессиональных навыков и знаний.

По мнению ряда исследователей, в том числе Бордовской Н.В., Зеер Э.Ф., Иброхимова Р.А., Симанюк Э.Э. и других, ключевую роль в реализации современных методов обучения играет развитие педагогических технологий, способствующих формированию субъектных качеств специалистов нового поколения, формирующих образовательные отношения на принципах диалога, деятельности и интерактивности.

Субъект-субъектные и субъект-объект-субъектные отношения, развивающиеся на основе активного общения и сотрудничества, повышают эффективность образовательного процесса. Исследования Беспалько В.П., Бордовской Н.В., Вербицкого А.А., Гузеевой В.В., Дианкиной М.С. и Сластенина В.А. показывают, что педагогическая технология – это совокупность методов и средств, теоретически обосновывающих процессы обучения и воспитания, обеспечивающих их повторение и совершенствование.

Использование данных технологий не только способствует успешной реализации образовательных целей, но и обогащает учебный процесс

информационными материалами, повышая эффективность лекционных и практических занятий, а также обеспечивает организацию самостоятельной деятельности студентов и развитие учебно-методического обеспечения с использованием информационно-коммуникационных технологий [139, с.78].

Образовательные технологии должны отвечать требованиям современности и охватывать следующие аспекты:

- Современное и практичное содержание - образование должно развивать не только технические знания, но и профессиональные компетенции, отвечающие реальным требованиям современной жизни и профессиональной практики.

- Четкая структура и новые технологии - учебные материалы должны иметь логическую и систематическую структуру, быть подготовлены в мультимедийной форме и передаваться с использованием современных информационных средств.

- Интерактивные и активные методы - обучение должно быть ориентировано не на пассивное получение знаний, а на активное взаимодействие студентов, вовлечение их в процесс обучения и развитие практических навыков.

Поэтому процесс профессионального образования будущего врача включает в себя не только передачу знаний, но и организованное педагогическое воздействие на формирование его профессиональной личности на основе принципов гуманистической педагогики.

Чтобы стать врачом, необходимо не только высшее образование, но и любовь к науке, человечность, терпение и высокая ответственность. Эта сложная профессия требует многолетнего обучения, упорства и постоянной готовности к самосовершенствованию и освоению новых знаний. Врач посвящает всю свою жизнь обучению, сочетая свою сильную личность с высокими устремлениями.

1.2. Ведущая идея и основные факторы, влияющие на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения

Интерактивное общение врача и пациента – это процесс активного взаимодействия врача и пациента, при котором применение различных методов коммуникации для диагностики, лечения и профилактики заболеваний достигает эффективных результатов. Этот подход не ограничивается простыми формальными вопросами и ответами, а позволяет пациенту глубоко и активно участвовать в лечебном процессе. Благодаря интерактивному обучению мы формируем у будущих врачей необходимые навыки и умения для полноценного и эффективного участия пациента в лечебном процессе.

Врач должен внимательно выслушивать пациента, задавать точные и конкретные вопросы, чтобы понять не только симптомы, но и тревожность и эмоциональное состояние пациента.

Этап профессиональной подготовки в высших медицинских учебных заведениях является чрезвычайно важным периодом для формирования необходимых профессиональных качеств врача, поскольку в этот период формируются новые базовые формы индивидуальной профессиональной деятельности. Особое значение для будущих специалистов имеет предвыпускной этап обучения в высших медицинских учебных заведениях, поскольку в этот период определяются не только базовые компетенции, но и возможные условия отклонений в профессиональной роли.

Умение общаться с пациентами является коммуникативной компетентностью врача, которая рассматривается как высокое и важное умение в период обучения в высших медицинских учебных заведениях и в дальнейшем, в процессе самостоятельного профессионального общения с пациентами, людьми разных психологических качеств, возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности.

На ранних этапах обучения, в начале общения с пациентами, будущие врачи зачастую естественным образом, используя механизм подражания, перенимают поведение врачей-стажеров, которых уважают и с чьим мнением согласны. При этом они копируют их манеры и способы общения, а также невербальные особенности поведения (жесты, эмоциональные реакции, позы, позу сидя при разговоре с пациентом и т.д.), интонацию и использование ключевых фраз (фраз, инициирующих контакт с пациентом, и заключительных, подводящих итог беседы).

Со временем, по мере накопления опыта работы, молодой врач начинает осознанно использовать различные психологические навыки, облегчающие общение с пациентом. По мере накопления опыта врач все лучше знакомится с психологическими аспектами лечебно-диагностического процесса, повысить уровень коммуникативной компетентностипроявляет больше интереса, что обеспечивает большую эффективность профессионального сотрудничества.

Для построения эффективной коммуникации между медицинским работником и пациентом важно всесторонне проанализировать и учесть все психологические аспекты взаимодействия этих двух сторон. Медицинская психология изучает различные модели и подходы к коммуникации, главной задачей которой является анализ мотивов и ценностей врачей, их представлений об идеальном пациенте, а также ожиданий пациента от получения медицинской помощи.

Основная цель организации эффективной коммуникации, осуществляемой посредством интерактивного общения, – создание бесконфликтной коммуникации. Успешность такой коммуникации возможна при наличии коммуникативных навыков как у медицинского работника, так и у пациента. Особое значение имеет профессиональная коммуникативная компетентность будущего врача, которая определяется совокупностью профессиональных знаний, навыков и умений, необходимых для

осуществления профессиональной деятельности, поскольку напрямую влияет на качество взаимодействия врача с пациентом.

Факторы – движущие силы и причины процессов и событий [125, с. 524]. Ю. К. Бабанский разделил образовательные факторы на внешние и внутренние, управляемые и неуправляемые [129, с. 36].

В. Н. Турченко классифицирует субъективные и объективные факторы, понимая и утверждая субъективный фактор этого процесса как воплощение субъективных качеств людей (знаний, ценностей, установок, морально-политических взглядов, способностей, личностно-психологических особенностей) в их практической деятельности, и подчеркивает его влияние на ход этого процесса [123, с. 131].

В пояснении Н.В. Бордовской и А.А. Рена образовательные факторы подразделяются на две категории – объективные и субъективные [52, с.33]. А.В. Мудрик выделяет образовательные факторы на четырёх уровнях – макро-, мезо-, микро- и мегафакторы, которые отражают космопсихологическую природу человека [63, с.417]. По мнению И.Б. Котовой и Е.Н. Шиянова, их выделяют три группы. Такое расхождение в классификации факторов не случайно. Оно не только показывает, что подходы учёных разных научных школ к анализу этих факторов различаются, но и свидетельствует о несовершенстве научных представлений по данному вопросу.

Это фактически является результатом того, что советская педагогика, уделяя внимание всем факторам, влияющим на развитие человека и формирование личности, опиралась главным образом на марксистско-ленинское учение о социальной сущности человека.

Марксистская концепция развития с этой точки зрения пришла к выводу, что главным фактором развития и формирования человека является социальная среда [129, с. 37]. Изменения в этой парадигме оценки плана и статуса факторов образования в условиях деидеологизации и

полипарадигматизации педагогической науки, отводившей в 90-е годы образованию второстепенную роль, породили серьёзные мировоззренческие проблемы. Эти трудности являются следствием восприятия человека как психобиологической реальности и понимания тактических целей деидеологизации, исключающих идеологию и ценности из структуры общества как объективного и общественно необходимого процесса.

Под факторами, влияющими на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения, следует понимать условия, природные и социальные факторы, которые влияют на эффективность образовательной системы и побуждают личность к активному действию и участию.

Общаясь с пациентом, медицинский работник должен уметь:

1. Установите позитивный психологический контакт. С первой встречи необходимо создать впечатление дружелюбия, сочувствия и готовности помочь. Разговор с пациентом следует вести мягким, успокаивающим голосом, который успокаивает и снижает стресс.

2. Предоставить информацию о заболевании и лечении в доступной форме, соблюдая врачебную тайну.

3. Утешить пациента, находящегося в самом критическом состоянии, и заверить его в выздоровлении.

4. Защита ранимой психики пациента от воздействия негативных факторов, в том числе связанных с лечебно-диагностическим процессом.

5. Сохранять медицинскую и личную тайну пациента.

6. Уметь использовать слово как важный психотерапевтический и психопрофилактический фактор.

7. Уметь выявлять индивидуальные особенности и личность пациента (характер, темперамент, способности, потребности) в ходе беседы.

8. Устанавливайте профессиональные и компетентные отношения с родственниками пациента, другими сотрудниками и коллегами по

медицинской бригаде, воздержитесь от критики в их адрес в присутствии пациента.

На развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения влияет ряд факторов. Одна из основных проблем эффективного общения с любым человеком — умение внимательно слушать. Врач должен уметь слушать пациента больше, чем говорить. Неслучайно человеку даны два уха и один рот.

Распространенная ошибка врача при общении с пациентом заключается в том, что он долго не обращает внимания на собеседника и не обращает на него внимания. Внимание к пациенту — это часть самого лечения. Чтобы услышать невысказанные проблемы, врач должен быть очень активным и внимательным слушателем.

Умение внимательно слушать пациента — одно из главных условий точной диагностики. Кроме того, врачу важно следить не только за речью, но и за невербальным поведением пациента. Несоответствие мимики содержанию речи, неожиданные эмоциональные реакции, дрожание рук и другие физические и эмоциональные признаки могут дать дополнительную ценную информацию о состоянии пациента.

Это также способствует более глубокому пониманию обсуждаемого вопроса партнерами по общению, создавая основу взаимного доверия и ведущую к решению проблемы или ее правильной формулировке.

В коммуникативных процессах существуют различные типы эффективного слушания, включая рефлексивное и нерефлексивное слушание.

Нерефлексивное слушание, или «молчание», особенно применимо в ситуациях, когда тема обсуждения еще не сформулирована говорящим или когда основная цель разговора — выплеснуть чувства и облегчить эмоциональное состояние человека.

К сожалению, врачи часто игнорируют слова пациентов. Это происходит, когда врач либо не умеет слушать, либо не до конца понимает важность этого процесса. В такой ситуации он не способен поставить себя на место собеседника и проявить эмпатию.

Врач, не умеющий внимательно и уважительно слушать пациента, рискует получить меньше информации, необходимой для постановки точного диагноза и назначения адекватного лечения. Поэтому развитие навыков активного слушания и эффективной коммуникации является неотъемлемой частью профессионализма врача.

Кроме того, вероятность того, что пациент будет следовать рекомендациям такого нерадивого врача, крайне мала. Одной из серьёзных проблем современной медицины является падение престижа врача в обществе, что может привести к ухудшению общего состояния здоровья населения.

Важно помнить, что иногда самая важная информация передается пациентом косвенно и скрытно. Случайные, на первый взгляд, высказывания могут содержать глубокий смысл и ценную информацию.

Например, казалось бы, обычная речь пациента, такая как: «О,кстати, мой сосед говорит, что у его друга был рак и у него была та же проблема.», может помочь врачу понять причину его беспокойства и выбрать правильный диагностический подход.

Слушание часто считается пассивным поведением в общении. В этой ситуации один из собеседников говорит, а другой либо молча ждёт своей очереди, либо пытается выразить своё мнение, перебивая собеседника.

Но дело в том, что слушание — это не просто состояние молчания, а сложный и активный процесс, в котором происходит не только приём и анализ информации, но и формирование невидимых эмоциональных связей и доверия между собеседниками. Именно этот процесс способствует возникновению взаимопонимания и обеспечивает эффективное общение.

Эффективное слушание можно разделить на три типа: активное, пассивное и эмпатическое.

Активное слушание — это процесс непрерывного осмысления содержания информации, предоставляемой собеседником. Наиболее распространённые методы активного слушания включают уточнение правильности понимания сообщения с помощью вопросов, например: «Правильно ли я вас понял, что...?» и других уточняющих фраз.

«То есть вы имеете в виду, что…» или «Другими словами, вы…» Использование таких, казалось бы, простых методов интерактивного общения позволяет одновременно достичь двух целей:

1) Предоставляя правильную обратную связь, и вы, и ваш собеседник будете уверены, что вы правильно поняли друг друга;

2) Косвенно объясните собеседнику, что он общается не с диктофоном, который лишь записывает его мысли и идеи, и не с ребёнком, который лишь указывает на его слова, а с равноправным партнёром. Стремление к равноправию в общении требует не только взаимного уважения, но и гарантирует ответственность обеих сторон за сказанные слова.

Активное слушание особенно важно в следующих ситуациях:

- при сборе анамнеза (сведения, полученные от самого больного или окружающих его лиц о происхождении и особенностях заболевания).

- В деловых переговорах, когда партнер по общению занимает равное или даже превосходящее положение.

- В спорных ситуациях или когда собеседник говорит резко и враждебно, пытаясь подчеркнуть свое превосходство.

- Когда собеседник говорит сложно и запутанно или постоянно меняет тему разговора.

Иногда поведение врача, побуждающее пациента задавать много вопросов, не позволяет ему свободно выражать свои мысли и чувства, что приводит к непониманию пациента, то есть к реакции активного слушания.

Причина этой ситуации обычно заключается в том, что врач быстро догадывается о причинах жалоб пациента и направляет вопросы на подтверждение своих поспешных предположений.

В этом случае пациент чувствует себя проигнорированным («врач даже не выслушал, что я хотел ему сказать»), а врач также заранее ограничивает поиск симптомов, что создаёт риск ошибочной диагностики. Даже если первая гипотеза верна, это не гарантирует отсутствия у пациента других заболеваний.

Как и любая другая техника, техники активного слушания не универсальны. Они эффективны только при учёте ситуации, содержания разговора и эмоционального состояния собеседника. Бывают случаи, когда активное слушание не работает, если человек находится в состоянии аффекта или сильного эмоционального возбуждения. В этом случае ваш собеседник не является собеседником по сути.

В такой ситуации он не может контролировать свои эмоции и правильно понимать содержание разговора. Поэтому ему нужно успокоиться и сдержаться. Только после этого можно общаться с ним на равных, чтобы он слушал то, что ему говорят. В таких случаях эффективно так называемое пассивное слушание.

Пассивное слушание — это слушание без анализа и размышлений, позволяющее собеседнику говорить. Если вы общаетесь с человеком, находящимся в состоянии эмоционального стресса, вам нужно просто успокоить его. Обычно человек в таком состоянии не понимает, что ему говорят. Поэтому воспринимать его информацию или чувства бессмысленно и даже вредно. Главный принцип такого поведения — минимальная реакция. Каждая фраза, в лучшем случае, останется незамеченной собеседником, что отвлечет его от мыслей или вызовет гневную реакцию: в конечном итоге вы отобьёте желание разговаривать. Поэтому важно выслушать человека и объяснить ему, что он не один.

В такой ситуации эффективны простые и понятные реакции, такие как «ха-ха», «угу», «конечно» и т. д. Дело в том, что эмоциональное состояние человека подобно маятнику: достигнув наивысшего уровня эмоционального накала, человек начинает успокаиваться, затем его эмоциональная сила снова нарастает, достигает пика, а затем снова спадает. Если не вмешиваться в этот процесс, после разговора человек успокаивается.

Не молчите, ведь глухое молчание может вызвать гнев у любого человека, а у эмоционального человека интенсивность гнева возрастает. Избегайте перефразирования (фраз, выражающих первоначальный смысл слов с пояснениями или интерпретациями), так как это может вызвать чувство тревоги. Ваша главная цель — понять чувства собеседника, а не ставить его в неловкое положение, что непросто, особенно если эти чувства касаются вас.

Это очень важно в ситуациях, когда необходимо объективно понять и осмыслить информацию, связанную с чувствами или точкой зрения, которую собеседник хочет донести. Однако в других ситуациях, когда нужно дать собеседнику возможность высказаться и успокоиться, использование любого из этих видов слушания может вызвать чувство тревоги или дискомфорта, что, в свою очередь, не вызывает у собеседника чувства благодарности, облегчения или уверенности.

Вы можете столкнуться с ситуациями, когда человек испытывает личные проблемы, гнев или фрустрацию и хочет поделиться ими с вами. В таких случаях вам нужно решить, как действовать: либо с естественной эмпатией, привнося свой личный опыт или общие советы, либо как профессиональный психотерапевт, действуя в соответствии со своим опытом. Разница в том, что при эмпатической реакции вы принимаете всё близко к сердцу, делитесь своим опытом и даёте советы; профессиональная реакция не предполагает формирования вашего субъективного мнения, а скорее даёт собеседнику больше возможностей почувствовать поддержку. Использование приёмов и навыков эмпатического слушания поможет вам

оказывать помощь в эмоционально напряжённых ситуациях корректно и без собственного эмоционального влияния. Эта практика представляет собой высокий уровень коммуникативных навыков, поскольку человек, овладевший ею, всегда способен глубже слышать и понимать других.

Эмпатическое слушание – это особый тип слушания, при котором внимание уделяется непосредственно чувствам другого человека, особенно когда другой человек хочет поделиться с вами личным опытом и проблемами, при этому него не так много уверенности в себе, грустный, подавленный или сталкивающийся со многими трудностями.

Секрет умения слушать другого человека заключается в понимании его чувств и сопереживании ему, что может принести человеку облегчение и поддержку, открывая новый путь к самопониманию.

Умение задавать вопросы с детства развивает чувство любопытства и понимание мира. Каждый вопрос, который мы задаём себе, открывает новые грани нашей личности, что, наряду с пониманием главных жизненных ценностей и определением истинной природы наших желаний, помогает нам. С помощью вопросов мы общаемся с другими, общаемся, строим дружеские отношения и оказываемся среди миллиардов людей, ищущих единомышленников.

Каждый вопрос, который мы себе задаём, раскрывает новые грани нашей личности, помогает нам определить основные жизненные ценности и точнее формулировать наши истинные желания. Благодаря вопросам мы общаемся с окружающими, участвуем в беседах, строим дружеские отношения и находим единомышленников среди миллиардов людей.

Все великие открытия и изобретения начинались с творческих вопросов о том, как устроен мир. Благодаря вопросам человек строит «мост» в неизведанное. Это неизведанное может казаться захватывающим, но иногда оно может пугать. Недаром английское слово «quest» происходит от слова «quest», которое означает «поиск, сопряженный с некоторой неопределенностью и риском».

Происхождение слова «вопрос» подразумевает существование поиска в состоянии неопределённости. Поскольку неопределённость — неотъемлемая черта быстро меняющегося мира, развитие способности задавать вопросы представляется чрезвычайно важным и актуальным.

Вопросы помогают нам сделать следующее:

- получение новой информации и исследование неизвестных тем;

- уточнить информацию и глубже понять любой вопрос;

- демонстрировать умение активно слушать и слышать;

- обращать внимание на новые знания (полученную информацию), собеседника и саму беседу;

- устранение барьеров в общении с собеседником;

- переход от монолога к диалогу.

Распространенные ошибки при задании вопросов:

- не нужно делать паузу после того, как задали вопрос;

- задаются два или более вопросов одновременно;

- задавать вопросы и отвечать на них;

- вы задаете вопрос, слушаете половину ответа, думаете, что понимаете весь смысл, и повторяете его сами;

- вы задаете вопросы неуверенным голосом.

Чтобы получить развернутый и полный ответ, будущему врачу необходимо соблюдать следующие правила формулирования вопросов:

1. Помните, что не на каждый вопрос есть «правильный» ответ.

2. Вопрос должен быть актуальным и своевременным.

3. Вопрос должен быть качественным, точным, лаконичным и понятным. Если вы хотите задать вопрос на расстоянии, сначала дайте объяснение (рассказ), а затем задайте чёткий и короткий вопрос.

4. Необходимо использовать больше вопросительных слов: Что? Где? Когда? Как? Почему? Для чего? Каким образом?

5. Полезно записать вопрос, прежде чем его задать.

6. Важно развивать навыки активного слушания. Во-первых, люди более склонны доверять тем, кто слушает внимательно и вдумчиво. Во-вторых, это позволяет им получить важную информацию, которая может помочь прояснить вопросы или исправить ранее полученную информацию.

7. Будущему врачу следует помнить, что интервьюируемому необходимо время для ответа на вопрос.

Типы вопросов могут быть следующими:

1. Простые вопросы — это вопросы, требующие от вас перечислить определенные факты, вспомнить определенную информацию и воспроизвести ее.

2. Уточняющие вопросы – вопросы, цель которых – выявить информацию, которая отсутствует в сообщении, но подразумевается.

3. Уточняющие вопросы – вопросы, направленные на установление причинно-следственных связей.

4. Творческие вопросы – вопросы, содержащие условные элементы, предположения, предсказания и т. д.

5. Оценочные вопросы – вопросы, направленные на определение критериев оценки событий и явлений.

6. Практические вопросы – вопросы, направленные на установление связи теории с практикой.

Ещё одной характеристикой, способной нарушить отношения между врачом и пациентом, является фрустрация. Врач, склонный к фрустрационным реакциям, нелегко внушает доверие пациента. Если лечащий врач воспринимает каждую, даже самую редкую, неудачу или ошибку с чувством вины, пациент чувствует, что врач сомневается в собственной некомпетентности, и это может привести к потере доверия к нему.

Врач, находящийся в глубокой депрессии, может не замечать улучшения состояния пациента, не оказывать ему необходимую помощь и вместо того, чтобы подчеркнуть признаки выздоровления, «заражать» пациента чувством

тоскливой безнадежности, что может свести на нет положительный эффект от лечения.

Ещё одной особенностью, затрудняющей установление доверительных отношений между врачом и пациентом, является глубокая интроверсия врача. Интроверсия, впервые введённая в психологию К.Г. Юнгом, определяется как внимание и чувства субъекта, направленные на себя самого, сосредоточенные на собственном опыте, чувствах и когнитивных моделях, при которых весь мир интерпретируется субъективно.

Интроверт сосредоточен на своих ценностях, идеалах, убеждениях, моральных и когнитивных стандартах. Интровертная личность, погруженная в свой внутренний мир, озабочена собственными чувствами, идеями и впечатлениями. Он меньше интересуется другими людьми и менее способен к социальному взаимодействию.

Интроверсия обычно характеризуется отсутствием эмпатии, чувствительности и такта в межличностных отношениях. Интроверты обладают низким уровнем эмоциональной эмпатии и ограниченно способны реагировать на боль и дискомфорт других людей, а также на тревогу и беспокойство. Эти качества снижают коммуникативные способности врача и служат «коммуникационным барьером», что, в свою очередь, препятствует эффективному общению [83, с. 241].

Важным компонентом профессионального мастерства врача является развитие способности определять степень эмоциональной «вовлеченности» пациента, что имеет особое значение в каждой конкретной ситуации профессионального общения. Этот навык связан с эмпатией и степенью эмоциональной «вовлеченности», присутствующей в процессе межличностного общения с пациентом. Врач, все больше беспокоясь о помощи пациенту, берет на себя большую ответственность, не доверяя собственному профессионализму, что приводит к обострению его эмоций. Повышенная эмоциональная «вовлеченность» врача может вызывать у пациента чувство грусти, повышенный уровень тревожности, реакцию на

неопределенность ситуации, что приводит к истощению и хроническому эмоциональному перенапряжению. «Симптомы эмоционального выгорания» как особая профессиональная форма изменений в процессе оказания помощи пациентам в медицинской сфере с глубоким эмоциональным воздействием.

При недостаточной поддержке врач, скорее всего, будет испытывать тревогу, переутомление и стресс на работе. Источником стресса могут быть не только пациенты, но и особенности работы и организации, в которой работает специалист. Эти проблемы связаны с личностью врача и влиянием событий, происходящих вне его работы. Фейнман (1985) привёл простой и полезный пример, иллюстрирующий взаимосвязь между проблемами и поддержкой [168, с. 104].

Некоторые виды замешательства неизбежны и могут оказывать положительное влияние на сотрудника. Они могут служить конкретной целью и источником силы для преодоления кризисов и жизненных стрессов. Однако в профессиях, связанных с оказанием помощи, таких как медицина, существуют ситуации, когда замешательство создает проблемы для сотрудников. Например, врач может сталкиваться с высоким рабочим давлением, сильными эмоциями и высокими социальными требованиями, но ему следует избегать их, поскольку это может негативно повлиять на общение с пациентом и качество медицинской помощи. Поэтому врачу следует сосредоточиться на развитии отношений между пациентом и врачом другими способами, такими как профессиональный опыт, эмпатия и навыки эффективного общения.

Врач должен сопереживать пациенту и справляться с его фрустрацией, вызванной невозможностью удовлетворить его потребности. Кроме того, он должен действовать, когда пациент чувствует себя некомпетентным или неготовым к решению ситуации. «Непроработанное» смятение может сохраняться и проявляться на физическом, психическом или эмоциональном уровнях.

Врач должен осознавать особенности своей собственной реакции на спутанность сознания, чтобы понимать внутреннее напряжение и обращать внимание на свои эмоциональные состояния.

«Симптом выгорания» субъективно проявляется в психическом утомлении, что приводит к снижению эффективности профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью отдаваться работе, как прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как неуспешная.

Формирование негативного отношения к пациентам может стать источником хронической психологической травмы. В общении с пациентом врач не учитывает психологические феномены, связанные с заболеванием (внутренний ландшафт болезни с его сложной структурой). Не учитываются механизмы возникновения психологических защит и поведения, направленного на борьбу с болезнью. Не отмечается тревожности, склонности к депрессии и суициду.

В высказываниях врачей о пациентах могут проявляться безразличие, холодность и даже враждебность. Подобные «кризисы» в медицинской практике могут повторяться регулярно. Во время таких кризисов врачу может потребоваться отдых, смена деятельности, «перерыв» и участие в профессиональном обучении или психотерапевтической помощи. Важнейшая проблема коммуникативной компетентности возникает при подготовке психологов, психоаналитиков и медицинских психологов, а также специалистов в области психотерапии, использующих психику как основной профессиональный инструмент.

Таким образом, основной целью обучения коммуникативной компетентности является повышение эффективности подготовки медицинских специалистов и их соответствия требованиям современных условий (рынка). Эта цель достигается путем создания в вузе благоприятных условий для свободного и осознанного выбора будущей профессиональной деятельности, развития личности, формирования образовательной

траектории, выбора направлений и направлений профессиональной подготовки. Следует подчеркнуть, что необходимая квалификация должна соответствовать личным интересам, образовательным запросам и требованиям рынка труда, чтобы подготовленные специалисты были способны решать современные задачи и отвечать потребностям общества.

1.3. Особенности использования интерактивных методов обучения в учебном процессе медицинского вуза

Социально-экономические изменения и информационное развитие всего мирового сообщества требуют модернизации традиционной системы образования. Эта тенденция проявляется в виде противоречий между необходимостью освоения новых областей знаний и проблемами. Таким образом, система образования должна отвечать новым требованиям времени, чтобы не только обучающиеся, но и всё общество могло адаптироваться к стремительным глобальным изменениям. Этот процесс должен осуществляться путём разработки новых методов, использования современных технологий и формирования необходимых навыков для решения сложных задач нашего века.

В этой связи вопросы развития отечественного образования в условиях интеграции с мировым образовательным пространством, развития творческого мышления, адаптации образования к его требованиям, внедрения научных достижений и создания возможностей для превращения обучающихся в субъектов науки соотносятся с их собственной деятельностью. Этот процесс должен осуществляться путем создания благоприятных условий для развития творческих способностей, формирования исследовательских навыков и применения научных результатов в реальной жизни. Таким образом, обучающиеся станут не только получателями знаний, но и новыми творцами и активными участниками научно-технических процессов.

Основные вопросы образовательной политики нашей республики связаны с повышением качества профессиональной подготовки

специалистов, модернизацией научно-методической системы образования, совершенствованием форм и методов подготовки кадров, сокращением разрыва между фактическим уровнем подготовки специалистов и требованиями работодателей, обеспечением преемственности образования и анализом международного опыта в сфере образования. В этой связи важным и сложным вопросом педагогики высшей школы является подход к процессу подготовки будущих специалистов, формированию профессиональных квалификаций, созданию новой системы профориентации и подготовки компетентных специалистов. Для подготовки таких кадров необходимо эффективно развивать образовательный процесс, внедрять новые формы и методы обучения.

Активизация образовательного процесса подразумевает создание образования, основанного на науке и направленного на формирование образовательного процесса, создание условий для творческого мышления, научной работы студентов, формирование интереса к будущей специальности и другие важные составляющие.

Методы обучения являются ключевым компонентом образовательного процесса. От их правильного применения зависит успех всего образовательного процесса. Методы обучения – это подходы к взаимодействию преподавателя и обучающихся, разрабатываемые и реализуемые для достижения образовательных целей.

В целом можно выделить три формы взаимодействия учителя и студента:

1. **Пассивный**– в этой форме преподаватель играет главную роль, управляя ходом урока, а учащиеся участвуют в роли пассивных слушателей. Этот метод основан больше на передаче информации и её восприятии учащимися.

2. **Активный**– в этой форме учащиеся являются активными участниками учебного процесса. Они имеют равные права с учителем и участвуют в дискуссиях, решении проблем и проектах. Этот метод

способствует развитию мыслительных способностей и самостоятельности учащихся.

3. **Интерактивный**– в этой форме студенты общаются не только с преподавателем, но и друг с другом. В этом процессе наблюдается доминирование активности студентов. Интерактивные методы обучения являются одним из важнейших средств совершенствования профессиональной подготовки студентов в высших медицинских учебных заведениях.

Преподавателю уже недостаточно быть компетентным в своём предмете и давать теоретические знания в классе. В современном образовании активно развиваются условия коммуникации и другие средства обучения. Преподаватель должен уметь использовать новые технологии, инновационные методы и интерактивные методы обучения, чтобы сделать процесс обучения более интересным и эффективным.

Внедрение таких форм обучения – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов в современном вузе. Студенты, активно участвуя в учебном процессе, легче усваивают и запоминают изучаемый материал. Эти методы позволяют им быть не только получателями информации, но и её создателями.

Использование интерактивных методов обучения в формировании компетенций будущих специалистов является одним из основных требований, предъявляемых к образовательным учреждениям в условиях развития информационного общества. Информационное общество требует специалистов, способных быстро адаптироваться к изменениям содержания труда, осваивать новые знания и навыки в сжатые сроки. В связи с этим вузы должны создавать необходимые условия для развития творческого мышления, исследовательских и социальных навыков, чтобы студенты могли соответствовать требованиям рынка труда и современного общества.

Появление инноваций в образовании не всегда обусловлено практической необходимостью. Изменение целей высшего медицинского

образования привело к изменению стратегии образовательной деятельности. В настоящее время в высших профессиональных учебных заведениях образовательная стратегия заменяется стратегией развития, которая должна отвечать новым требованиям общества и рынка труда.

Востребованность профессиональной подготовки и личностных качеств будущих врачей и провизоров в высших медицинских учебных заведениях постоянно растёт. Для удовлетворения этого спроса инновационное обучение и развитие студентов учитывает ряд важных организационно-методических аспектов. К ним относятся использование новых технологий, внедрение интерактивных методов, формирование исследовательских и творческих способностей, а также создание образовательной среды для развития личности студентов. Таким образом, учебные заведения могут готовить молодых специалистов, способных решать сложные задачи и адаптироваться к быстрым изменениям в медицинской сфере.

В процессе профессионального образования студенты должны приобретать компетентный и практический опыт работы в высших медицинских учебных заведениях. Для достижения этой цели преподаватель должен опираться на уровень знаний и умений студентов и готовить их к профессиональной деятельности и жизненным ситуациям в медицине.

Реализация устойчивой стратегии непрерывного образования в сфере медицины возможна только при условии освоения будущим специалистом педагогических и исследовательских компетенций в годы обучения. Преподаватели медицинских вузов должны мотивировать студентов как к освоению конкретного предмета, так и формировать интерес и энтузиазм к продолжению образования в будущем. Для этого сам образовательный процесс должен быть интересным, интерактивным и отвечать потребностям общества и рынка труда.

Интерактивное обучение в высших медицинских учебных заведениях означает следующее:

- обучение, основанное на психологии отношений и человеческого взаимодействия– этот процесс направлен на развитие социальных и коммуникативных навыков, необходимых медицинским работникам.

- общий процесс просветления– знания приобретаются в совместной деятельности посредством диалога, обсуждения и многопланового общения (полилога) учащихся и преподавателей.

- образование, основанное на взаимодействии обучающегося с образовательной средой– образовательная среда выступает как поле осваиваемого опыта, где обучающиеся могут сочетать теоретические и практические навыки.

Слово «интерактивный» состоит из двух слов: «inter» в переводе с английского означает «вместе» или «между» и «active» – «действие». Таким образом, интерактивные методы строятся на основе взаимодействия преподавателя и обучающихся, а также методов, создающих условия для совместной деятельности [8, с. 14].

Другими словами, слово «интерактивный» означает совместную деятельность и организацию диалога. «Интерактивное обучение» – это образование, в котором общение и сотрудничество участников образовательного процесса (учителя и студента) являются основой развития понимания и анализа информации. В этом образовательном процессе отношения «учитель-студент», «студент-студент», «самостоятельный студент» организуются и реализуются посредством различных форм интерактивной деятельности, таких как беседа, диалог, дискуссия и совместные действия [29, с. 9].

Целью интерактивных методов обучения в высших медицинских учебных заведениях является создание благоприятных условий обучения, в которых студент ощущает свою интеллектуальную значимость и успешность, что способствует повышению эффективности образовательного процесса. Другими словами, интерактивный метод – это, прежде всего, диалогический

процесс, в котором осуществляется взаимодействие студента и преподавателя, а также самих студентов.

Задачами интерактивных методов обучения в высших медицинских учебных заведениях являются:

-пробудить у студентов интерес к дисциплине и самостоятельному обучению;

- формирование у студентов собственного мнения и умения отстаивать свою позицию;

- развитие социальных и профессиональных навыков;

- эффективное усвоение учебных материалов;

- самостоятельный поиск студентами путей и возможностей решения проблем, а также их обоснование;

- наладить активное сотрудничество между учащимися, научить их работать в группах;

-развитие уровня сознательной компетентности студента [155, с.10].

Классификация интерактивных методов обучения в высших медицинских учебных заведениях выглядит следующим образом:

1. Творческие задания.

2. Работа в малых группах.

3. Развивающие игры.

3.1. Ролевая игра.

3.2. Официально.

3.3. Образовательная.

4. Использование государственных ресурсов.

4.1. Приглашение специалиста.

4.2 Экскурсии.

5. Социальные проекты.

5.1. Соревнования.

5.2. Выставки, спектакли, шоу и т.п.

6. Обучение (различные виды).

7. Изучение новых информационных материалов.

7.1. Интерактивная лекция.

7.2. Студент в роли преподавателя.

7.3. Работа с визуальными средствами.

7.4. Обучение друг друга.

7.5 Использование и анализ видео- и аудиоматериалов;

7.6 Практическое задание, кейс-метод; анализ ситуаций из опыта участника;

8. Работа с документами.

8.1. Подготовка документов.

8.2. Письменная работа в обоснование своей позиции.

9. Обсуждение сложных и спорных вопросов.

10. Тест, экзамен после анализа результата [22, с.54].

Основными методическими принципами использования интерактивного обучения в образовательном процессе высших медицинских учебных заведений для развития коммуникативной компетентности будущих врачей являются:

- Тщательный отбор рабочей терминологии, учебной и профессиональной лексики, общепринятых понятий необходим для легкого понимания материала и его использования на практике.

- Комплексный анализ практических примеров управленческой и профессиональной деятельности – студенты должны выполнить различные ролевые задания для совершенствования практических навыков.

- Поддержание постоянного визуального контакта между всеми студентами имеет важное значение для эффективного общения и активного участия всех участников.

- лидерство учащихся – на каждом уроке один студент должен возглавлять обсуждение образовательных вопросов (хороший учитель – тот, кто только помогает).

- Активно использовать технические средства обучения - схемы, слайды, фильмы, видеоролики, видеоклипы, видеоаппаратуру, с помощью которых иллюстрируется учебный материал.

- Активное внутригрупповое взаимодействие - преподаватель должен постоянно укреплять взаимодействие студентов, снимать напряженность во взаимоотношениях, нейтрализовать действия отдельных учащихся.

- Немедленное вмешательство преподавателя – преподаватель должен вмешиваться в обсуждение при возникновении трудностей и объяснять студентам новые пункты учебной программы.

- Интенсивное использование индивидуальных занятий (самооценка или творческое домашнее задание) - это развивает индивидуальные способности студентов на групповых занятиях.

- создание игровых ролей – в том числе «соперник», «садист», «рефлексирующий», «компетентный судья» и т. д., с учетом творческих и интеллектуальных способностей учащихся (например, при разыгрывании ситуаций, поощряющих конструктивный конфликт).

- Реализация интерактивных мероприятий со строгим соблюдением стандартов, правил и поощрений (наказаний) – преподаватель должен придерживаться установленных им стандартов в отношении результатов, достигаемых студентами.

- Обучение принятию решений в условиях строгих правил и элементарной неопределенности информации позволяет студентам улучшить свои аналитические навыки и принимать обоснованные решения.

Использование интерактивных методов в образовательном процессе высших медицинских учебных заведений основывается на следующих принципах:

Первый принцип: урок – это не монотонная лекция, а совместная работа и взаимодействие студентов друг с другом и с преподавателем.

Второй принцип: все студенты равны, независимо от социального статуса, возраста, опыта, занятости и т. д.

Третий принцип: каждый студент имеет право высказать свое мнение по любому вопросу.

Четвертый принцип: ни в коем случае нельзя критиковать человека, критиковать можно только саму идею;

Пятый принцип: все, что говорится в классе, не является руководством к действию, а лишь информацией к размышлению, поскольку указывает на такие действия:

-Повышение активности, познавательной и психологической активности студентов - этот процесс позволяет студентам усваивать информацию посредством размышления и анализа.

-Вовлечение студентов в процесс обучения – студенты усваивают материал не как пассивные слушатели, а как активные участники.

-Усиление мотивации к изучению предмета – этот процесс позволяет студентам относиться к учебным предметам со вниманием и интересом.

-Развитие коммуникативных компетенций – этот процесс способствует установлению эмоциональных связей между студентами.

-Развитие учебно-исследовательской компетентности - сюда входит умение анализировать и критически мыслить, синтезировать, ставить цели и т. д., что необходимо для решения образовательных и профессиональных задач.

-Обучение командной работе — это дает студентам возможность услышать идеи других, находить лучшие решения и применять их на практике.

-Создание комфортных условий обучения – этот процесс снимает нервное напряжение, концентрирует внимание, изменяет паттерны деятельности, в которых студенты осознают собственную успешность и интеллектуальную компетентность.

-Сокращение доли традиционной работы и увеличение самостоятельной работы студентов – этот процесс позволяет студентам повышать свою квалификацию.

-Развитие навыков владения современными техническими средствами и технологиями обработки информации - позволяет студентам знакомиться с новыми технологиями.

-Доступность образовательного процесса – студенты могут подключаться к любым сетевым компьютерам, ресурсам и образовательным программам.

-Использование тестов в электронном виде позволяет более точно управлять учебным процессом и повысить объективность оценки знаний студентов.

-Возможность постоянного общения студента и преподавателя – интерактивные технологии предоставляют возможность не только эпизодического общения, но и постоянного общения.

В образовательном процессе высших медицинских учебных заведений интерактивные методы основаны на взаимодействии студентов с преподавателем и друг с другом. Этот процесс возможен только при взаимном уважении и доверии. Для создания дружелюбной профессиональной атмосферы необходимо понимать правила и нормы, соблюдать их и быть прозрачным.

Студенты, осознающие не только цель и план урока (что характерно и для традиционных уроков), но и варианты своего участия, свою долю ответственности за конечный результат, ожидания учителя и однокурсников, являются требовательными и активными участниками процесса обучения. Они могут контролировать процесс обучения и чувствовать ответственность за него вместе с преподавателем. Это позволяет студентам быть не только получателями информации, но и активными участниками процесса обучения и нести ответственность за собственные результаты.

В процессе совместного обучения преподаватель создает образовательную среду для диалога и выступает в роли организатора, помогая студентам самостоятельно выполнять творческие задания. При этом

преподаватель выступает не только проводником, но и участником процесса решения учебной задачи. Он предоставляет необходимую информацию только тогда, когда студенты действительно в ней нуждаются и обращаются к ней для решения проблемы.

Кроме того, студентам должны быть доступны и другие источники информации, чтобы они могли самостоятельно искать и анализировать необходимую информацию. При разработке интерактивных занятий в высших медицинских учебных заведениях рекомендуется обратить особое внимание на следующие моменты и этап подготовки:

1) Участники урока, выбор темы:

– Возраст участников, их интересы и будущая профессия.

– Время занятий:

– Проводились ли ранее занятия по этой теме с этой группой студентов?

– интерес группы к этой деятельности.

2) Перечень необходимых условий:

– Цель урока должна быть четко определена;

– Формы должны быть подготовлены;

– Предоставить техническое оборудование;

– Участники идентифицированы;

– Определить ключевые проблемы и их последовательность;

– ВЫБИРАЙТЕ практические примеры из жизни.

3) Что следует включить в подготовку к каждому уроку?

– Указание проблем, которые необходимо решить;

– Определение перспектив применения полученных знаний;

– Определение практического блока (что группа будет делать на уроке).

4) Инструкции:

– План урока должен быть конкретным;

– Раздаточные материалы должны быть адаптированы к студенческой аудитории;

– Материал должен быть доступен;

– Использование графиков, изображений, диаграмм и символов должно быть понятным.

Одним из эффективных методов организации творческой деятельности, способствующей развитию коммуникативной компетентности будущих врачей, является определение темы, цели занятия, выполнение упражнений и работа в малых группах. В процессе выполнения творческих заданий студенты приобретают опыт, становятся более активными и самостоятельными. При этом качественно меняется характер учебной деятельности, а мыслительный процесс студентов постоянно совершенствуется за счет решения новых интеллектуальных задач.

Творческие задания в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей включают в себя различные формы деятельности, в которых ярко проявляется самостоятельность студентов в проектировании и выражении своих мыслей. Этот процесс включает в себя элементы новаторства, креативности, оригинальности высказываний, позволяющие глубоко раскрыть индивидуальность и чувства каждого студента.

Творческие задания направлены не только на развитие логического мышления студентов, но и на развитие эмоционально-образной стороны речи. Поэтому для развития творческих способностей и эффективного выражения мыслей важно использовать художественные средства таджикского языка, такие как метафора, эпитет, олицетворение, сравнение, гипербола, образные слова. Эти элементы позволяют студентам эффектно и выразительно выражать свои мысли, совершенствовать коммуникативную компетенцию.

Выполнение творческих заданий в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей требует от студентов решения ряда лингвистических и речевых задач с опорой на их лингвистические и психологические навыки. Этот процесс включает в себя углубленное

изучение структуры языка, расширение словарного запаса, использование точных и эффектных фраз, а также развитие умения ясно и логично излагать свои мысли.

При этом студенты должны совершенствовать навыки адаптации стиля речи к ситуации общения, понимания семантических оттенков слов и использования художественных средств языка. Это позволит им выбирать адекватный стиль общения с пациентами и коллегами и эффективно осуществлять процессы профессионального общения.

Творческие задания в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей могут быть связаны с лингвистическими и коммуникативными заданиями. Этот комплекс заданий, в отличие от простых упражнений, включает в себя следующие пункты:

1. Затрата интеллектуальных усилий не является ответом на самом деле, а достигается в результате определённых интеллектуальных действий. Эти задачи позволяют студентам развивать мышление, аналитические и творческие способности.

2. Установление связи с языковыми размышлениями студентов — эти задания побуждают студентов размышлять о собственной речи и эффективно общаться с другими.

Этот процесс позволяет студентам не только получать знания, но и улучшать свои коммуникативные навыки и готовиться к будущей профессиональной деятельности.

Таким образом, задания связаны с созданием текста, выбором языковых средств, соответствующих задаче, и разрешением более или менее сложных ситуаций. Для обеспечения эффективной деятельности студентов необходимо соблюдение ряда условий, одним из которых является введение мотивирующего фактора и источника информации.

Одним из таких средств мотивации и стимулирования студентов может стать обращение к произведениям народной культуры. Выбор такой образовательной платформы обусловлен следующими факторами:

1)важность вопросов национальной идентичности– В современном обществе возрастает внимание к родному языку как к ключевому компоненту национальной идентичности. Поэтому изучение языка становится более эффективным в увязке с его культурной и национальной реальностью.

2)гуманизация образования и гуманистические ценности– Университеты придерживаются гуманистических и фундаментальных принципов образования, целью которых является не только передача знаний, но и формирование культурной идентичности и развитие эмоционального мышления в процессе обучения.

3) достижения в области лингвистики, педагогики и методики– Достижения этнолингвистики, психолингвистики, педагогики, педагогических теорий, в том числе культурологических и образовательных технологий, позволяют выявить новые и эффективные пути развития коммуникативной компетентности будущих врачей.

Такой подход не только повышает уровень профессиональной коммуникации, но и позволяет студентам воспринимать язык не только как средство общения, но и как отражение культурного наследия и средство постижения гуманитарных ценностей.

Развитие творческой активности студентов – сложный и многогранный процесс. Для развития интереса студентов к изучаемым предметам организуются и проводятся практические занятия в следующих формах:

– урок-поездка; урок-конкурс; урок-викторина; урок-игра.

В процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей в высших медицинских учебных заведениях воспитательная работа должна стоять на первом плане. Помимо дидактических задач, творческие задания позволяют решать образовательные задачи на более высоком уровне,

поскольку главная цель обучения – помочь студентам самостоятельно прийти к правильным и обобщающим выводам, а также сформировать личностный взгляд на окружающий мир.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что использование творческих заданий в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей способствует их интеллектуальному и нравственному развитию и играет важную роль в формировании инициативной личности и творческого мышления.

Основная задача творческих заданий в формировании коммуникативной компетентности будущих врачей – помочь студентам постичь секреты правил и законов общения, почувствовать красоту родного языка и использовать его глубокие ресурсы. Однако важнейшим преимуществом творческих заданий в формировании коммуникативной компетентности будущих врачей является то, что с помощью этих заданий на занятиях создаются живые речевые ситуации, столь необходимые для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Поэтому творческие задания должны занимать одну из главных позиций в процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Организационный этап, включающий определение темы, цели занятия, контроль входа в занятие, разминку и группирование, важен для начала и проведения занятия. В первую очередь студенты определяют образовательную цель занятия, которая обычно указывается в методическом пособии к практическим занятиям, подготовленном кафедрой. Преподаватель предлагает студентам поразмышлять над целью личностного развития, которую каждый студент определяет самостоятельно, и записать её в специальном месте рабочей тетради.

При необходимости следует представить участников (если занятие межгрупповое или междисциплинарное). После этого проводится вступительный экзамен для проверки саморегуляции студентов. Преподаватель информирует студентов о рамочных условиях, правилах

групповой работы и даёт чёткие указания об ограничениях, с которыми студенты могут столкнуться на занятии.

Объединение студентов в малые группы может основываться на различных принципах:

– преподаватель сам организует группы и распространяет планы;

– студенты также формируют группы и распределяют роли по взаимному согласию;

– перед началом урока можно провести тестирование, по результатам которого студенты будут разделены на три группы (сильные, слабые, средние), и по одному человеку из каждой группы будет добавлено в команду;

– в группу можно объединить товарищей из-за соседних столиков.

Основная часть урока – учебная деятельность студентов может заключаться в работе в малых группах, выполнении творческого задания, решении кейса, проведении формальной игры или использовании другого интерактивного метода обучения. Преподаватель организует самостоятельную работу студентов, уточняет правила, отводимое на работу время, определяет продукт и форму аттестации (устное выступление, демонстрация лабораторного исследования или практических навыков), предоставляет рабочие листы (кейсы и т.п.).

Основными особенностями выбранного формата интерактивного урока могут быть следующие: - прояснение позиции участников;

– сегментация аудитории и организация коммуникации между сегментами (это означает формирование целевых групп на основе общих позиций каждой группы).

Вокруг определённой позиции объединяются одинаковые и общие взгляды разных участников, и в разрабатываемых в её рамках темах формируются общие направления. В рамках различных позиций с аудиторией организуется тема занятия и набор групп, затем устанавливается связь между сегментами.

Этот этап особенно эффективен, если занятие проводится с достаточно большим количеством участников. В этом случае сегментация служит средством повышения интенсивности и эффективности коммуникации, поскольку позволяет каждому студенту подробно высказать свои взгляды и мнения, а обсуждение темы проходит в динамичной и практической манере.

Интерактивное позиционирование в формировании коммуникативной компетентности будущих врачей в образовательном процессе высших медицинских учебных заведений включает четыре этапа:

1) установление набора позиций аудитории;

2) понимание общего содержания этих позиций;

3) пересмотр этого содержания и дополнение его новым содержанием;

4) формирование нового набора позиций на основе нового смысла.

При подготовке задания обычно рекомендуется выделять не более 15 минут на организационную часть занятия и примерно 30–40 минут на само выполнение задания. Хотя, конечно, объём и сложность задания будут определять время, необходимое для его выполнения, это время следует максимально приблизить к заданному.

В процессе самостоятельной работы студентов по формированию коммуникативной компетентности будущих врачей преподаватель должен стремиться предоставлять студентам возможность участвовать в обсуждении и решении проблем самостоятельно. Преподаватель должен создавать вместе со студентами практическую и продуктивную среду, в которой студенты исследуют правильный способ поиска и решения проблем, но не должен напрямую давать ответы на вопросы, а скорее направлять их к темам и возможным решениям. Такой подход способствует формированию у студентов глубокого и самостоятельного понимания медицинских проблем и ситуаций, что поможет им в их будущей профессиональной деятельности.

Сделанные выводы включают презентацию общих решений и соображений. После выполнения задания каждая группа представляет полученные результаты в виде отчёта (не более 5–7 минут). Столько же

времени (5–7 минут) отводится на вопросы и ответы студентов из других групп. Такая процедура позволяет студентам обратить внимание на результаты других групп, задать вопросы и провести всестороннее и глубокое обсуждение. В зависимости от форм межгруппового общения варианты представления групповых решений различаются:

1) “справедливый”- это индивидуальный формат, когда каждая малая группа представляет результат своей работы. После этого их решения обсуждаются и выбирается лучшее.

2) “лестница”- последовательная форма, в которой результатом деятельности каждой малой группы становится конкретный шаг к решению общей проблемы.

3) «мозаичная картина» — форма взаимодействия, при которой общий результат деятельности группы формируется из совокупности предложений и лучших частей решений группы.

Эти форматы помогают группам работать вместе в командной среде и находить наилучшие решения сложных проблем. Рефлексия начинается с привлечения внимания студентов к эмоциональным аспектам их опыта на уроке. Второй этап посвящён анализу содержания использованных методов, оценке актуальности выбранной темы и других важных аспектов учебного процесса. Завершается рефлексия заключительным словом преподавателя, которое развивает обсуждаемые результаты и намечает дальнейшие направления работы. Предварительный список вопросов для размышления:

- Какие аспекты урока произвели на вас наибольшее впечатление?

-Какие факторы способствовали выполнению задачи, а какие препятствовали?

- Было ли что-то во время урока, что вас удивило или поразило?

- Какие факторы повлияли на принятие вами решения?

- Учитывались ли вами мнения и идеи членов группы при принятии решений?

- Как вы оцениваете свою личную эффективность и работу своей команды?

- Если бы у вас была возможность повторить игру или занятие, какие элементы вы бы изменили?

Заключительный этап посвящен анализу обратной связи, которая включает в себя индивидуальную самооценку, взаимооценку студентов и обратную связь с преподавателем с пояснениями и межгрупповым обсуждением. Студенты фиксируют в рабочих тетрадях, используя механизмы рефлексии и самооценки, степень достижения ими целей профессионального и личностного развития.

Таким образом, интерактивные методы обучения, применяемые в процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей в высших медицинских учебных заведениях, опираются на межличностные отношения и в полной мере отвечают требованиям современной образовательной парадигмы, направленной на развитие личности. При этом интерактивные методы не только формируют когнитивное сознание и личностное восприятие, но и способствуют расширению интеллектуальных и творческих способностей.

Выводы по первой главе

В ходе теоретического анализа литературы был выявлен уровень изученности по вопросам развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения. Исследовав феномен коммуникативной компетентности в психолого-педагогических исследованиях, мы пришли к выводу, что коммуникативную компетентность следует характеризовать как интегративное качество личности, отражающее уровень сформированности опыта межличностного взаимодействия.

В результате целесообразного и осознанного выбора студентами индивидуальной стратегии коммуникативной деятельности, направленной на достижение личностных целей и учитывающей комплекс мотивационного, ценностного, деятельностного, эмоционального и рефлексивного компонентов, завершается формирование оценки.

Для развития коммуникативной компетентности будущих врачей важную роль играет педагогическое проектирование и реализация интерактивных методов обучения в коммуникативной деятельности. Эти процессы, включающие проектирование коммуникативных ситуаций в коллективной творческой деятельности, организацию игр, интеграцию учебной и исследовательской деятельности, способствуют формированию необходимых коммуникативных навыков.

Благодаря использованию интерактивных методов обучения в коммуникативной деятельности, как на практических занятиях, так и на занятиях научных секций, будущие врачи развивают и совершенствуют коммуникативные умения и навыки. Эти методы дают возможность раскрыть творческий потенциал в сотрудничестве, исключить равнодушие и невнимательность к партнеру по коммуникативной деятельности и т.д.

1. Процессы проектирования и интерактивные методы: эти процессы помогают развивать навыки общения посредством творческой и совместной деятельности.

2. Моделирование и игра: Моделирование коммуникативных ситуаций и игра позволяют студентам практиковать свои навыки в реалистичных условиях.

3. Развитие навыков: интерактивные методы позволяют будущим врачам улучшить свои навыки общения, креативности и сотрудничества.

4. Устранение безразличия: эти процессы помогают студентам развивать позитивное и уважительное отношение к своим сверстникам.

Анализ и выявление возможностей интерактивных методов обучения в процессе формирования коммуникативной компетентности показали, что в процессе реализации интерактивного обучения важно создавать ситуацию осознанного поиска и нахождения индивидуального смысла в информационно-коммуникативной деятельности посредством взаимодействия с субъектами межличностных отношений. Такие методы

деятельности позволяют студентам самостоятельно мыслить и выявлять индивидуальные направления, необходимые для формирования успешной коммуникативной компетентности.

ГЛАВА 2. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

2.1. Классификация и характеристика интерактивных методов формирования коммуникативных компетенций будущих врачей

В условиях современной медицины, где важную роль играют не только профессиональные знания и клинические навыки, но и эффективное взаимодействие с пациентами, формирование коммуникативной компетентности будущих врачей стало одной из приоритетных задач медицинского образования.

Качество оказания медицинской помощи во многом зависит от умения врача устанавливать доверительные отношения с пациентом, правильно доносить информацию, понимать эмоциональное состояние собеседника и принимать совместные решения. Для этого необходим системный подход к обучению, направленный не только на усвоение теоретических знаний, но и на развитие практических навыков в сфере общения.

Интерактивные методы обучения, предполагающие активное участие студентов в образовательном процессе, позволяют эффективно решать задачи развития коммуникативной компетентности. Такие методы, как ролевые игры, проблемные ситуации, дискуссии, тренинговые и имитационные упражнения, способствуют развитию навыков аудирования, рассуждения, эмпатии, умения работать в команде и адекватно реагировать в нестандартных ситуациях [170].

Актуальность описания и характеристики интерактивных методов обусловлена необходимостью выбора эффективных педагогических подходов, отвечающих современным требованиям подготовки медицинских кадров (табл.1). Глубокое понимание особенностей этих методов позволяет преподавателям разрабатывать эффективные образовательные стратегии, направленные на формирование у студентов устойчивых и осознанных

коммуникативных навыков. Это, в свою очередь, способствует повышению уровня профессиональной подготовки выпускников медицинских вузов.

Коммуникативная компетентность – это совокупность знаний, навыков, практических умений и установок, составляющих основу эффективного взаимодействия врача с пациентом, коллегами и медицинским персоналом. Она включает в себя навыки устного и письменного общения, аудирования, эмпатии, умение объяснять сложную медицинскую информацию простым языком, разрешение конфликтов, умение работать в команде и т.д. [162, стр.300]. Интерактивные методы обучения требуют активного участия студентов, а не пассивного восприятия информации, что способствует лучшему усвоению материала и формированию навыков, а не только теоретических знаний.

Коммуникация — это навык, который развивается через практику, реальные или приближенные к реальным ситуации, а также через ошибки и обратную связь. Интерактивные методы предоставляют именно такие возможности.

В современной медицине особое внимание уделяется безопасности пациентов и навыкам межличностного общения, которые требуют высоких коммуникативных навыков и не могут быть развиты только на занятиях. Исследования показывают, что смешанное обучение, включающее интерактивные элементы, улучшает коммуникативные навыки и повышает уровень удовлетворённости студентов по сравнению с традиционными методами. Цифровое обучение (включая интерактивное) также демонстрирует большой потенциал, особенно в сочетании с реальным опытом и интерактивным взаимодействием.

Развитие коммуникативной компетентности является одной из основных задач современного медицинского образования. Умение эффективно взаимодействовать с пациентами, коллегами и медицинским персоналом

требует не только теоретических знаний, но и прочных практических навыков межличностного общения.

Таблица 1. - Группировка интерактивных методов, используемых для развития коммуникативной компетентности

Метод	Метод базы данных / Как это делается	Что развивается/Какие навыки совершенствуются?
Ролевые игры	Студенты берут на себя роли (врача, пациента, члена семьи и т. д.), разыгрывают ситуации (прием, консультация, объявление диагноза, объяснение лечения и т. д.)	Умение строить беседу, ясность речи, аудирование, эмпатия, знание этикета общения, адаптация речи к собеседнику
Деловые игры / симуляции	Работа с клиническими ситуациями, сложными коммуникативными задачами, например, когда у пациента агрессивный настрой, низкая комплаентность, непонимание диагноза и т. д.	Критическое мышление, рассуждение, разрешение конфликтов, объяснение диагноза и лечения, понимание психологических аспектов общения
Виртуальные пациенты/ симуляторы	Компьютерное моделирование, виртуальные консультации, имитация разговоров с «пациентами» — через аватары или цифровые сценарии	Безопасная среда для экспериментов, возможность повторения ошибок, обработка ответов, невербальные аспекты, эмоциональная поддержка пациента
Смешанное обучение	Сочетание онлайн-материалов (видео, модулей, кейсов) и практического личного взаимодействия (групповые упражнения, ролевые игры, обсуждения)	Повышайте вовлеченность студентов, объединяйте теорию и практику, поддерживайте мотивацию. Есть данные, что такие курсы дают лучшие результаты, чем простые лекции.
Возвращение и	После ролевых игр или	Развитие критического

самоанализ	симуляций студенты и преподаватели размышляют, обсуждают сильные и слабые стороны, а также то, что необходимо улучшить; учащиеся также интересуются самооценкой.	мышления, понимание своих ошибок, самосознание, умение воспринимать критику, улучшение речи и коммуникации
Обсуждения/ дебаты / мозговой штурм	Групповые дискуссии, обмен мнениями по этическим, социальным или профессиональным вопросам; обсуждения тем медицинской этики, общения с пациентом и т. д.	Умение рассуждать, выслушивать мнения других, формировать и отстаивать свою позицию, развивать ораторские навыки и уверенность
Игровые технологии	Образовательные игры, в которых медицинские вопросы рассматриваются в игровой форме. Это могут быть настольные, компьютерные игры или игры виртуальной реальности.	Мотивация, снижение тревожности по поводу ошибок, активное участие, обучение навыкам общения и принятия решений в игровой среде

В связи с этим традиционные формы обучения, ориентированные преимущественно на чтение лекций, уже не в полной мере отвечают современным требованиям к подготовке медицинских работников.

В этом контексте особое значение приобретают интерактивные методы обучения, способствующие активному участию студентов в учебном процессе, развитию критического мышления, аналитических навыков, самосознания и, что особенно важно, коммуникативных навыков. Эти методы позволяют моделировать профессиональные ситуации, приближенные к реальным клиническим условиям, и, таким образом, ориентировать обучение на практическую сторону.

Разнообразие и многообразие интерактивных методов позволяют гибко организовывать процесс обучения с учетом целей, уровня подготовки студентов и специфики предмета. Ролевые игры, бизнес-симуляции, тренинги, дискуссии, использование виртуальных пациентов и цифровых

платформ создают условия для развития коммуникативных навыков в безопасной и контролируемой среде.

Современное медицинское образование требует комплексного подхода к подготовке будущих специалистов, особенно в части формирования коммуникативной компетентности. Эффективная коммуникация врача не только влияет на качество диагностики и лечения, но и повышает уровень доверия пациентов, соблюдение рекомендаций и общую удовлетворённость медицинской помощью. Традиционных форм обучения – лекций и семинаров – зачастую недостаточно для практического совершенствования коммуникативных навыков. В этом контексте особое значение приобретают интерактивные методы, направленные на активное участие студентов, моделирование профессиональных ситуаций и развитие практических навыков. Основными интерактивными методами, способствующими развитию коммуникативной компетентности будущих врачей, являются:

1. Ролевые игры. В условиях трансформации медицинского образования, ориентированного на компетентностный подход, формирование коммуникативной компетентности будущих врачей приобретает всё большую актуальность. Современный врач должен не только обладать клиническими знаниями, но и уметь устанавливать доверительные отношения с пациентом, общаться в различных профессиональных и межличностных ситуациях, точно и этично представлять информацию, проявлять эмпатию и гибкость в общении.

Одним из наиболее эффективных педагогических инструментов развития этих навыков является ролевая игра — интерактивный метод обучения, в котором студенты моделируют ситуации из профессионального опыта и принимают на себя различные социальные роли. Создавая условия, приближенные к реальным клиническим ситуациям, ролевая игра позволяет отрабатывать коммуникативные навыки в безопасной и контролируемой учебной среде приведенны на таблицу 2.

Таблица 2 - Создаваемая условия, приближенные к реальным клиническим ситуациям

Ситуация	Роли	Цель обучения
Первичный прием пациента с болью в груди	Врач, пациент, товарищ	Установление доверительных отношений, выявление жалоб, снижение тревожности пациентов
Объяснение диагноза хронического заболевания	Врач, пациент	Умение объяснять информацию простым языком, поддержка пациентов
Разговор с недовольным пациентом	Врач, пациент	Работа с недовольством, разрешение споров, поддержание профессионального уровня
Обоснованное решение о хирургическом вмешательстве	Врач, пациент	Представление доказательств, ответы на вопросы, прояснение сомнений пациента

Ролевые игры в медицинском образовании – это активный метод обучения, в котором студенты моделируют ситуации медицинского общения и играют роли врача, пациента, члена семьи, медсестры и других участников лечебного процесса. Целью таких игр является не только повторение речевых конструкций, но и развитие социально-психологических компетенций: эмпатии, умения слушать, самоконтроля, речевого этикета и эмоциональной устойчивости [117, с тр.24].

Особенности ролевых игр как метода развития коммуникативной компетентности будущих врачей следующие:

– Сосредоточение на опыте общения в реальных условиях;

– активное участие студентов в практической деятельности;

– возможность многократного повторения и коррекции поведения;

– эмоциональная вовлеченность, способствующая более глубокому пониманию материала;

– предоставление обратной связи и возможности для самопознания.

Развитие коммуникативной компетентности посредством ролевых игр включает в себя следующие основные компоненты:

1. Когнитивный компонент - развитие понимания структуры медицинского общения, функций вопросов, особенностей врачебной этики и психологии пациента.

2. Практико-речевой компонент – повторение конкретных речевых моделей (приветствие, ведение беседы, объяснение диагноза, дача рекомендаций).

3. Эмоционально-оценочный компонент - развитие эмпатии, умения управлять эмоциями, анализ реакций собеседника.

4. Рефлексивный компонент – развитие навыков самоконтроля и оценки собственной речевой деятельности [95, с тр.66].

Также возможно использование ролевых игр для иностранных студентов, что одновременно развивает и медицинскую лексику, и культуру профессионального общения.

Например. Сценарий: Врач информирует пожилого пациента о необходимости операции.

Студент в роли врача должен использовать простые и понятные фразы, поддерживать эмоциональный контакт, отвечать на вопросы пациента, проявлять уважение и терпимость.

Результаты:

- развитие чувства эмпатии и умения слушать;
- практиковаться в выражении информации точно, ясно и уважительно;
- повышение уверенности в профессиональной роли.

Этапы проведения ролевой игры в процессе развития коммуникативных навыков будущих врачей:

1. Подготовка:

- определение целей; - разработка сценария; - распределение ролей;
- создание атмосферы доверия и безопасности.

2. Игровой процесс:

- студенты выполняют заданное условие;

– преподаватель наблюдает и отмечает особенности общения.

3. Обратная связь:

– обсуждение игры;

– анализ успешных и неудачных компонентов коммуникации;

– самооценка студентов относительно собственного поведения.

4. Подкрепление:

– при необходимости - переиграть игру с улучшениями;

– выполнение домашних заданий (написание сценария, самоанализ).

Преимущества ролевых игр в процессе развития коммуникативных навыков будущих врачей: близость к реальной практике — студент пробует себя в роли специалиста; развитие уверенности в себе - особенно у застенчивых студентов; повышение мотивации - через активность и эмоции; развитие межкультурных навыков - в группах с иностранными студентами; универсальность - может быть использовано в любом курсе и для разных предметов. Возможные проблемы при использовании ролевых игр приведенный на таблице 3 для развития коммуникативных навыков и пути их преодоления.

Таблица 3 - Возможные проблемы при использовании ролевых игр

Проблема	Решения
Застенчивость и поддержка студентов	Создание доверительной среды, поддержка преподавателя и постепенное повышение сложности
Отсутствие четкой обратной связи	Использование контрольных листов, групповой и индивидуальный анализ результатов
Формальное взаимодействие с ролями	Мотивация с помощью реалистичных сценариев, вызывающих эмоции, полное «вхождение» в ситуацию
Нехватка времени	Проведение мини-игр на каждом уроке, чередование различных методов обучения

Ролевые игры – один из наиболее доступных, эффективных и гибких способов развития коммуникативных навыков будущих врачей. Их

использование позволяет студентам усваивать закономерности профессионального общения, формировать устойчивые навыки общения с пациентами, развивать чувство эмпатии, психологическую устойчивость и культуру речи.

Внедрение ролевых игр в образовательный процесс не только повышает качество подготовки специалистов, но и способствует формированию у них ценностного отношения к своей профессии и пониманию важности общения как инструмента оказания медицинской помощи.

Таким образом, ролевые игры позволяют студентам примерить на себя различные профессиональные и межличностные роли: врача, пациента, родственника, коллеги и т. д. Это один из самых доступных и эффективных способов моделирования реальных клинических ситуаций.

2. Споры и дебаты. Коммуникативные навыки являются важной частью профессиональной подготовки врача, обеспечивая эффективное взаимодействие с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса. Современная медицинская практика требует от специалиста грамотного изложения своих мыслей и мнений, умения вести аргументированные дискуссии, слушать, устанавливать доверительные отношения и разрешать конфликты.

В этом контексте особую значимость приобретают дебаты и дискуссии как интерактивные методы, способствующие развитию ключевых коммуникативных навыков: убедительности речи, логичности построения речи, активного слушания, гибкости в общении, культуры завершения разговора.

Дебаты и методы ведения дебатов позволяют студентам:

- развивать разговорные навыки и профессиональную лексику;
- отстаивать свои взгляды по медицинским или этическим вопросам;
- освоить навыки аргументации с помощью доказательств;
- научиться слушать оппонента и реагировать на разные точки зрения;

– развивать толерантность и уважение в профессиональном сотрудничестве [52, с. 74].

Это особенно важно для будущих врачей, которым приходится регулярно обсуждать спорные вопросы: необходимость лечения, согласие пациента, паллиативная помощь, вакцинация, донорство, репродуктивное здоровье и т. д. В таблице 4 и 5 приведенны формы и виды дебатов и дискуссий в развитии коммуникативных навыков будущих врачей.

Таблица 4 – Формы, виды дебатов и дискуссий в развитии коммуникативных навыков будущих врачей

Метод	Описание	Что развивается?
Классические дебаты	Свободное выражение идей на заранее определенную тему	Искусство ведения дискуссии, умение слушать, краткость и логичность речи
Дебаты	Разделение на группы «за» и «против» по спорной теме с соблюдением установленных правил и сроков	Публичные выступления, стратегия дебатов, профессиональное самовыражение
Круглый стол	Обсуждение вопроса с равноправным участием участников, часто с модератором-лидером	Командная работа, проверенное принятие решений
Позиционные споры	Каждый участник отстаивает определенную позицию, независимо от личного мнения.	Открытость, профессионализм, работа с доказательствами

Этапы проведения дискуссий и дебатов по развитию коммуникативной компетентности будущих врачей показывает:

1. Выбор темы: Тема должна быть важной, спорной и соответствовать уровню подготовки студентов.

2. Подготовка участников:

– ознакомление с правилами ведения дебатов;

– исследование темы, сбор доказательств и их анализ;

– распределение ролей (в дебатах: группы «за» и «оппозиция»).

3. Проводить дебаты или дискуссии: Модератор контролирует процесс: соблюдение правил, активность участия и соблюдение этикета общения.

4. Размышления и обратная связь: Анализ результатов, анализ сильных и слабых сторон аргументации, поведения и речевых стратегий.

Таблица 5. Примерные темы для дискуссий и дебатов по развитию коммуникативных навыков будущих врачей.

Направление	Способ подачи темы
Мораль	«Имеет ли врач право отказать в лечении, основываясь на личных убеждениях?»
Клинический	«Возможно ли назначение антибиотиков при вирусных инфекциях по просьбе пациента?»
Юридический	«Обязан ли врач сообщать родственникам диагноз пациента без их согласия?»
Социальный	«Обязательная вакцинация — защита общества или нарушение прав личности?»
Психология	«Может ли человек быть хорошим врачом, если ему недостает эмпатии?»

Пример: Дискуссия (дебаты) на тему «Пациент имеет право отказаться от лечения»

1. Группа разделена на две группы: одна группа защищает права пациента, другая группа защищает профессиональную позицию врача.

2. Каждая сторона готовит факты, статистику и примеры из опыта.

3. Дебаты будут проходить по регламенту (вступительная часть, представление доказательств, опровержение, заключение).

4. После обсуждения состоится групповое размышление и анализ.

Эффективность и преимущества использования дебатов в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей

Навыки общения:

- точное выражение мыслей;
- умение задавать вопросы и отвечать на них;
- активное слушание собеседника;
- управление эмоциями во время спора.

Профессиональные качества:

– нравственное самосознание (чувство ответственности и моральных норм);

– адаптивность и гибкость мышления;

– способность принимать правильные решения;

– культура медицинского общения.

Ментальная подготовка:

– уверенность в себе при публичных выступлениях;

– способность справляться со стрессом;

– открытость к критике и готовность учиться.

На таблицу 6 приведены возможные проблемы и пути их решения при использовании дискуссии и дебатов для развития коммуникативных компетенций студентов.

Таблица 6 - Проблемы и пути их решения при использовании дискуссии и дебатов в развитии коммуникативных компетенций будущих врачей

Проблема	Предлагаемое решение
Студенты боятся выступать.	Начиная с мини-обсуждений в парах или небольших группах
Одностороннее участие (бездействие всех студентов)	Четкое разделение ролей и изменение форматов
Низкий уровень готовности	Работа с соответствующей литературой перед обсуждением и выделение времени на подготовку
Эмоциональность во время спора	Установить четкие правила этикета общения

Споры и дебаты- являются мощным инструментом развития вербальной, моральной и эмоциональной составляющих коммуникативной компетентности будущих врачей. Эти методы развивают навыки, необходимые в реальной врачебной практике: Предоставление пациенту возможности обсуждать сложные решения с медицинской бригадой.

Интеграция дебатов в образовательный процесс не только совершенствует ораторское искусство, но и формирует личность будущего врача как специалиста, способного взаимодействовать с обществом на основе

взаимоуважения и защищать интересы пациента — не теряя при этом личной чести и уважения.

3. Мастер-классы. Коммуникативная компетентность – один из базовых профессиональных навыков будущих врачей, необходимый для взаимодействия с пациентами и коллегами. В современном медицинском образовании возрастает роль интерактивных и практических методов, среди которых особое место занимают мастер-классы.

Мастер-класс — это форма организации образовательного процесса, сочетающая теоретическую часть и практическую отработку навыков под руководством опытного специалиста. Такая форма позволяет студентам активно участвовать в процессе обучения, наглядно демонстрировать и моделировать эффективные способы коммуникации и при этом получать мгновенную обратную связь [30, с тр.152].

Особенности мастер-классов как метода развития коммуникативной компетентности будущих врачей:

- Мастер-класс посвящен развитию конкретных коммуникативных навыков: общению с пациентом, активному слушанию собеседника, формулированию вопросов и передаче сложной информации;
- преподаватель или приглашенный эксперт демонстрирует эффективные модели общения, а студенты повторяют и отрабатывают навыки;
- Важной частью мастер-класса является обсуждение ошибок, предоставление рекомендаций и совместный анализ;
- Формат позволяет уделять индивидуальное внимание каждому участнику, что повышает эффективность понимания и усвоения материала.

Примеры форматов мастер-классов по развитию коммуникативной компетентности будущих врачей:

1. Мастер-класс по проведению первичного приема пациентов:
   - демонстрация стандартов приветствия и установления контакта;

- изучение вопросов истории;
- практика эмпатии и навыков активного слушания.

2. Мастер-класс по информированию пациентов о диагностике и лечении:

- изучение простых и понятных объяснений медицинской информации;
- как справляться со сложными вопросами и отказами;
- ролевые упражнения с обратной связью.

3. Мастер-класс по межпрофессиональному общению:

- моделирование общения с коллегами разных медицинских специальностей;
- отработка навыков передачи информации и совместного принятия решений.

Пример проведения мастер-класса по развитию коммуникативной компетентности будущих врачей:

1. Введение (15 мин): Разъяснение основных понятий коммуникативной компетентности, целей и задач мастер-класса.

2. Шоу (20 мин): Преподаватель или приглашенный эксперт демонстрирует пример эффективного общения (например, приветствие пациента).

3. Практическая часть (40 мин): Студенты разыгрывают представленные ситуации в парах или небольших группах.

4. Обсуждение и размышление (30 мин): Совместный анализ, демонстрация эффективных решений, предложения по улучшению.

5. Выводы и рекомендации (15 мин): Подведение итогов проделанной работы, ответы на вопросы, задания для самостоятельной работы.

Преимущества мастер-классов в развитии коммуникативной компетентности будущих врачей:

- возможность прямого контакта с преподавателем или опытным специалистом;

– акцент на практическом освоении навыков, а не только на теории;

– развитие навыков критического мышления и самокритики посредством обсуждения;

– создание доверительного пространства для экспериментов и ошибок без страха оценки;

– Гибкость формата позволяет адаптировать мастер-класс к конкретным темам и потребностям.

Мастер-классы являются эффективным инструментом развития коммуникативной компетентности будущих врачей, сочетая теоретические знания с практическими навыками. Благодаря интерактивному формату и возможности получения прямой обратной связи студенты получают ценный опыт, обеспечивающий развитие навыков профессионального общения, эмпатии и этических норм медицинской практики.

Внедрение мастер-классов в образовательный процесс повышает качество подготовки врачей, что в конечном итоге способствует лучшим результатам лечения и удовлетворенности пациентов.

4. Мозговой штурм. Мозговой штурм — это интерактивный и совместный метод генерации идей в свободной и открытой среде. В этом процессе участники свободно и непринужденно предлагают различные идеи, даже если они несправедливы или неожиданны. Цель мозгового штурма — собрать и проанализировать различные варианты решения сложных задач.

В коммуникационных исследованиях и медицинском образовании мозговой штурм помогает улучшить навыки объяснения, слушания, сотрудничества и принятия коллективных решений. Этот метод позволяет студентам свободно выражать свои идеи в безопасной и благоприятной обстановке и обеспечивает слушателям практическое обучение.

Мозговой штурм способствует развитию критического мышления, творческого подхода к решению проблем, навыков аргументированного

изложения мыслей и активного слушания собеседника, что напрямую влияет на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей.

Мозговой штурм — метод коллективного поиска идей и решений, при котором участники свободно предлагают различные варианты на начальном этапе без критики и оценки.[22, с тр.18].

Основные принципы метода мозгового штурма в развитии коммуникативной компетентности будущих врачей:

- максимальный сбор идей;
- запрет критики и оценки в процессе генерации идей;
- поощрение смелых и нестандартных предложений;
- объединение и улучшение предложенных идей.

Метод мозгового штурма помогает развить следующие коммуникативные навыки:

- активно слушать собеседника и обращать внимание на мнения других участников;
- краткое и ясное выражение своих мыслей;
- аргументация и обоснование предложений;
- умение работать в команде, сотрудничать и достигать консенсуса;
- толерантность к иным точкам зрения.

Кроме того, мозговой штурм способствует развитию творческого и критического мышления, что важно для принятия нестандартных решений в медицинской практике.

В процессе подготовки будущих медицинских специалистов метод мозгового штурма необходим как эффективный ресурс для решения таких задач:

- обсуждение этических вопросов и спорных клинических ситуаций;
- поиск решений проблем в сложных процессах лечения;
- создание новых предложений по улучшению коммуникации с пациентами и специалистами здравоохранения;

- разработка мер по профилактике заболеваний и повышению соблюдения пациентами врачебных рекомендаций;
- Он используется для оценки причин ошибок и поиска способов их предотвращения.

Пример организации метода мозгового штурма в процессе развития коммуникативных навыков будущих врачей:

1.Подготовка темы: Выбирается важная тема для обсуждения, например: «Как повысить доверие пациента к врачу?» или «Способы улучшения коммуникации внутри медицинского коллектива».

2. Введение в правила: Объясняются основные принципы метода мозгового штурма — свободное выражение идей, запрет критики и фиксирование всех предложений без оценки.

3. Предложение идей: Внимание участников сосредоточено на представлении идей — они могут высказывать свои мысли по очереди или свободно.

4.Обзор и обсуждение: После того, как все идеи собраны, мысли анализируются, классифицируются и оцениваются.

5. Заключение и рекомендации: Наконец, разрабатываются практические рекомендации и разрабатывается план дальнейших действий или обучения.

Преимущества использования метода мозгового штурма в развитии коммуникативных навыков будущих врачей:

- активация мыслительного процесса и активное вовлечение всех участников в обсуждение проблемы;
- создание свободной и творческой среды где студенты могут свободно выражать свое мнение;
- повышение мотивации студентов благодаря командной работе и активному участию;
- развитие навыков командной работы и эффективные коммуникативные навыки;

– развитие многогранного мышления и способности конструктивно общаться в профессиональной среде.

Проблемы и рекомендации при использовании метода мозгового штурма в развитии коммуникативных навыков будущих врачей (табл. 7):

Таблица 7- Проблемы и рекомендации при использовании метода мозгового штурма

Проблема	Рекомендации по его устранению
Студенты боятся высказывать свое мнение.	Создание благоприятной и мотивирующей среды с позитивным и поддерживающим настроем
Постановление некоторых активных участников	Четкое регулирование времени выступления и равноправное участие всех участников обсуждения
Отклонение от темы	Надзор за обсуждением со стороны руководителя группы (модератор) для поддержания направления и фокусировки
Нехватка времени	Разделите обсуждение на короткие сегменты и запланируйте конкретное время для каждого этапа.

Метод мозгового штурма считается одним из наиболее эффективных средств развития коммуникативной компетентности будущих врачей. Данный метод стимулирует развитие навыков активного слушания, логического мышления, умения работать в команде и творческого мышления. Внедрение такого метода в образовательный процесс способствует подготовке специалистов, способных эффективно общаться и принимать нестандартные решения в сложных профессиональных ситуациях.

В процессе анализа видов и особенностей интерактивных методов, используемых для развития коммуникативной компетентности будущих врачей, было определено, что такие методы играют ключевую роль в подготовке медицинских работников к эффективному общению с пациентами и коллегами. Интерактивные подходы позволяют не только передавать теоретические знания, но и создавать безопасную и контролируемую образовательную среду для практического освоения коммуникативных навыков.

Классификация интерактивных методов включает в себя различные формы групповой образовательной деятельности, в том числе: ролевые игры, дискуссии, практические занятия (мастер-классы), мозговой штурм и другие методы, направленные на развитие коммуникативных навыков. Каждый из этих подходов имеет свои особенности и преимущества, способствуя развитию важных компонентов коммуникативной компетентности – таких как умение активно слушать, чётко излагать мысли, аргументировать свою позицию, работать в команде, а также чувство эмпатии и уважения к собеседнику.

Как показывает опыт, особая значимость интерактивных методов проявляется не только в развитии речевых навыков и социальных взаимоотношений, но и играет ключевую роль в формировании морально-психологических качеств врача – в том числе толерантности, многогранности мышления, умения стрессоустойчивости и принятия решений в условиях неопределенности.

Таким образом, внедрение интерактивных методов в образовательный процесс является одним из важных условий повышения качества профессиональной подготовки врачей, поскольку обеспечивает всестороннее развитие их коммуникативной компетентности. Для достижения большей эффективности обучения рекомендуется использовать различные интерактивные методы во взаимосвязи друг с другом в соответствии с целью занятия, уровнем подготовки студентов и характером профессиональной деятельности.

Внедрение и систематическое использование таких подходов способствует формированию специалистов, обладающих способностью к профессиональному и гуманному общению. Это напрямую положительно влияет на уровень медицинского обслуживания и удовлетворенность пациентов.

2.2. Возможности интерактивных методов обучения в развитии коммуникативной компетентности будущих врачей

Современная система высшего медицинского образования претерпевает глубокие изменения, связанные с переходом от традиционной когнитивной парадигмы к компетентностному образованию. Одним из ключевых профессиональных навыков врача XXI века являются коммуникативные навыки, то есть умение эффективно общаться с пациентами, коллегами и другими участниками диагностического и лечебного процессов.

Эффективная коммуникация в медицинской практике не только способствует постановке правильного диагноза и выбору лечения, но и напрямую влияет на удовлетворенность пациентов, соблюдение рекомендаций по лечению и общие результаты лечения. Отсутствие коммуникации может привести к диагностическим ошибкам, недопониманию и профессиональному выгоранию.

В этих условиях возрастает интерес к использованию интерактивных методов в подготовке будущих врачей. Эти подходы активно вовлекают студентов в образовательный процесс, обеспечивают моделирование реальных профессиональных ситуаций, развивают навыки совместной работы и критического мышления. Ролевые игры, симуляции, кейс-методы, дискуссии и другие формы интерактивного взаимодействия предоставляют широкие возможности для формирования и развития коммуникативных навыков.

Однако, несмотря на растущий интерес к данной проблеме, интерактивные методы зачастую используются в медицинских вузах фрагментарно или несистематически и не интегрированы в образовательный процесс системно. Поэтому изучение потенциала интерактивных методов в образовании и их практической роли в профессиональном развитии будущих врачей, особенно в развитии коммуникативных навыков, приобретает всё большую актуальность.

Развитие коммуникативных навыков у будущих врачей — важная составляющая современного медицинского образования. Умение эффективно общаться с пациентами, коллегами и другими медицинскими работниками так же важно, как и знание клинических протоколов. Сложности взаимодействия с людьми, стрессовые ситуации и необходимость соблюдения профессиональной этики требуют от врача не только клинических знаний, но и хорошо развитых коммуникативных навыков.

Традиционные методы обучения ориентированы преимущественно на передачу теоретических знаний. Однако современные исследования показывают, что интерактивные методы являются наилучшим средством развития коммуникативных навыков студентов, необходимых для реальной медицинской практики. Эти подходы обеспечивают активное участие студентов в учебном процессе и приближают учебную среду к реальным профессиональным ситуациям.

Интерактивные методы включают в себя различные организационные формы обучения, направленные на вовлечение студентов в анализ, моделирование и коммуникативный опыт.

1. **Ролевые игры**. Современная медицинская практика требует от врача не только высоких профессиональных знаний и клинического мышления, но и развитых коммуникативных навыков. В условиях постоянного взаимодействия с пациентами, членами их семей, коллегами и медицинским персоналом умение эффективно и этично общаться является одним из основных факторов успешности специалиста. Развитие коммуникативной компетентности является неотъемлемой частью профессиональной подготовки врача.

Эти методы позволяют моделировать реальные ситуации, с которыми будущему врачу придется столкнуться в клинической практике, и воспроизводить навыки межличностного общения в обстановке, максимально приближенной к профессиональной реальности.

Ролевые игры — это активный и интерактивный метод обучения, в котором учащиеся берут на себя определённые роли (например, врача, пациента, члена семьи пациента, специалиста по управлению и т. д.) и взаимодействуют друг с другом в заданном контексте. Сценарии ролевых игр представляют собой реалистичные клинические или этико-коммуникативные ситуации, требующие не только теоретических знаний, но и развитых коммуникативных навыков.[7, с тр.12].

Ролевые игры в области медицины позволяют будущим врачам:

- практиковать навыки общения с разными пациентами (например, встревоженными, сердитыми, пожилыми, с нарушениями речи и т. д.);
- улучшить эмоциональный интеллект, эмпатию и способность слушать и быть понятым;
- экспериментировать со своим поведением в конфликтных, стрессовых или необычных ситуациях;
- Проанализируйте свои ответы и получите конструктивную обратную связь от учителей и одноклассников.

Примеры ролевых игр для развития коммуникативных навыков будущих врачей:

1.1. Сообщение пациенту плохих новостей.

Ситуация: Студент в роли врача должен поставить пациенту неблагоприятный медицинский диагноз (например, рак).

Развиваемые навыки:

- сочувствие; - управление эмоциями; - умение выражать сложную информацию простым языком; - поддерживая профессиональный тон.

1.2. Общение с разгневанным пациентом.

Ситуация: Пациент, недовольный качеством услуг, проявляет гнев и требует немедленного вмешательства руководства.

Развиваемые навыки:

– способность уменьшать конфликты; - сохранение спокойствия в условиях давления; - навыки активного слушания.

Результат: будущие врачи учатся профессионально обращаться с разгневанными или эмоционально нестабильными пациентами.

1.3. Работа в группах.

Ситуация: обсуждение тактики лечения пациента между врачами разных специальностей - терапевтом, хирургом, кардиологом.

Развиваемые навыки:

– отстаивание своей позиции; - уважение к мнению коллег; - навыки эффективного ведения разговора.

Результат: учащиеся учатся работать в команде, достигать консенсуса и принимать совместные решения.

1.4. Общение с родственниками пациента.

Ситуация: Родственники пациента требуют объяснений по поводу его состояния в отделении интенсивной терапии.

Развиваемые навыки:

– умение общаться с непрофессиональной аудиторией; -

– чувствительность к чувствам близких;

– умение сохранять порядочность и предоставлять подробную информацию.

Этапы проведения ролевой игры в образовательном процессе:

1. Подготовка сцены — выбор ситуации и четкое распределение ролей.
2. Руководство участниками — обсуждение цели и правил игры.
3. Проведение ролевой игры — разыгрывание сценки.
4. Обратная связь и анализ — рассмотрение поведения, выявление правильных решений и ошибок.
5. Отчет об опыте — обсуждение того, как поведение влияет на пациента и группу.

В этом плане ролевые игры в том числе приема мозгового штурме являются эффективным инструментом развития коммуникативных навыков

будущих врачей (табл.8). Этот метод позволяет студентам не только усваивать теоретические правила общения, но и приобретать опыт в реальных клинических ситуациях, учиться на собственном опыте, ошибках и их анализе [18, с.47].

Таблица 8 - Преимущества мозгового штурма

Преимущество	Комментарий
Эмоциональное влечение	Студенты не только анализируют ситуацию, но и переживают ее.
Практическое направление	Они имитируют реальные рабочие ситуации.
Безопасная среда	Ошибки можно допускать и без риска для здоровья пациента.
Отдельные мысли и размышления	Каждый участник получает рекомендации по улучшению.
Развитие эмпатии	Студент, оказавшись на месте пациента, лучше понимает его чувства.

Такая форма активного обучения способствует развитию профессионального поведения, эмоционального интеллекта, уверенности в себе и готовности к решению коммуникативных задач в будущей врачебной практике. Использование ролевых игр в образовательном процессе должно осуществляться систематически, на методической основе, с использованием рефлексии и анализа. В сочетании с другими интерактивными методами ролевые игры формируют не только знающего специалиста, но и доброго, гуманного, отзывчивого врача с этичным отношением к пациенту.

2. Моделирование и обучение со стандартизированными пациентами. В современном медицинском образовании основное внимание уделяется не только теоретическим знаниям и клиническим навыкам, но и развитию практических медицинских навыков, особенно в сфере взаимодействия врача и пациента. Одним из наиболее эффективных инструментов в этом отношении являются симуляции и обучение с участием стандартизированных пациентов.

Стандартизированный пациент — это специально обученный актёр или специалист, который воспроизводит поведение реального пациента в

заданной ситуации. Эта форма симуляционного обучения позволяет студентам улучшить навыки клинического и межличностного общения в безопасной, контролируемой и реалистичной среде [22, с. 15].

Использование симуляций с участием стандартизированных пациентов способствует развитию коммуникативных навыков будущих врачей. Такие упражнения включают в себя такие важные элементы, как эмпатия, активное слушание, умение излагать информацию доступным языком, соблюдение этических норм и управление конфликтами. Эти особенности делают симуляции незаменимым инструментом обучения медицинских специалистов.

Стандартизированная симуляция пациента — это тип обучения, в котором студент взаимодействует с «пациентом» как в реальной клинической ситуации (табл.9). Здесь, исполнитель — стандартизированный пациент — разыгрывает реалистичный сценарий, включающий историю болезни пациента, его поведение, эмоциональные реакции и потенциальные коммуникативные трудности [22, с. 18].

Основная цель данного метода – научить будущих врачей правильно и профессионально общаться с пациентами, обеспечивая эффективный, понятный и гуманный диалог в медицинской практике.

Преимущества данного метода перечислены в таблице 9.

Таблица 9- Стандартизированная симуляция пациентам

Преимущество	**Комментарий**
Реальность	Быть приближенным к реальным условиям медицинской практики
Безопасная среда	Возможность проверять навыки и совершать ошибки, не причиняя вреда реальным пациентам
Стандартизация	Все студенты оказываются в одинаковой ситуации – оценка становится справедливой и единообразной
Мысли и размышления	Стандартизированный пациент и инструктор обеспечивают подробный анализ коммуникации
Эмоциональный опыт	Студенты испытывают такие эмоции, как стресс, тревога и неуверенность в себе — точно так же, как и в реальных жизненных ситуациях.

Развиваемые навыки:

- эффективное общение с пациентом с использованием вербальных и невербальных сигналов;
- умение задавать открытые и уточняющие вопросы;
- активное слушание и адекватное реагирование на чувства пациента;
- предоставление медицинской информации простым, понятным языком;
- соблюдение этических норм и конфиденциальности;
- Навыки поведения в конфликтных и сложных эмоциональных ситуациях.

Пример обучения со стандартизированным участием пациентов

2.1. Постановка диагноза пациенту.

Ситуация: Студент должен сообщить пациенту о неблагоприятном диагнозе (например, хроническом заболевании или раке). Стандартизированный пациент играет роль обеспокоенного или растерянного человека.

Развиваемые навыки:

- выражать сложную информацию с сочувствием и уважением;
- распознавание невербальных сигналов (поведения и эмоций);
- сохранение профессионального самообладания и контроль эмоций.

Результат: Студентов учится сообщать неприятные новости, не используя резких или стереотипных фраз, проявляет эмпатию и развивает мягкую речь.

2.2. Беседа с родственниками пациента.

Ситуация: Родственник пациента просит предоставить подробную информацию о его здоровье. Он/она выражает обеспокоенность или недоверие.

Развиваемые навыки:

- уважительное общение с близкими;
- представлять информацию четко, точно и с учетом эмоций слушателя;
- умение активно слушать и оказывать психологическую поддержку.

После завершения симуляции студент получает многоуровневую оценку:

- от учителя: анализ структуры консультации, соответствие клиническим критериям;
- от стандартизированного пациента (дизайнера):оценка чувства общения;
- от самого студента: самоанализ, исследование своих чувств, ошибок и сильных сторон;
- из видеозаписи: возможность дополнительного анализа и совершенствования навыков в групповом обсуждении.

Симуляции с участием стандартизированных пациентов обладают высоким образовательным потенциалом для развития коммуникативных навыков будущих врачей. Этот метод обучения позволяет студентам не только обсуждать теоретические аспекты коммуникации, но и совершенствовать реальные профессиональные навыки в безопасной и контролируемой среде.

Благодаря таким тренингам студенты имеют возможность:

- испытать различные ситуации клинического общения;
- понимать необходимость гуманного подхода к пациенту;
- Развивать адаптивные навыки, уверенность в себе и профессиональное поведение в общении.

Этот подход должен последовательно и систематически внедряться на всех этапах медицинского образования. Он должен дополнять традиционные формы обучения и стать важнейшим элементом подготовки врача, способного к диалогу, эмпатии и эффективному общению — навыкам, которые являются ключевыми в медицине XXI века.

3. Метод «Стандартизированного пациента».

В стремительно развивающейся сфере медицины от врача требуются не только профессиональные клинические знания, но и умение эффективно общаться с пациентами.

Сегодня коммуникативные навыки считаются одним из важнейших компонентов профессионализма врача. Они играют важную роль в построении доверительных отношений между врачом и пациентом, повышают его удовлетворенность и положительно влияют на эффективность лечебного процесса.

Одним из наиболее эффективных и широко используемых методов развития этих навыков у студентов-медиков является метод «стандартизированного пациента» (СП). Этот метод обучения, основанный на симуляции, предполагает участие специально подготовленных участников (актеров или специалистов), которые, согласно определённым сценариям, воспроизводят поведение реальных пациентов в клинических условиях [30, с. 152].

Метод «стандартизированного пациента» позволяет студенту получить опыт живого общения с «пациентом», развить навыки ведения разговора, понимать эмоциональные реакции пациента, работать с жалобами и доносить медицинскую информацию корректно и доступно. Этот метод успешно применяется во многих медицинских вузах мира и признан одним из самых эффективных способов обучения гуманитарному и профессиональному общению.

Стандартизированный пациент— специально обученный человек, который имитирует симптомы, чувства и поведение реального пациента по заранее утверждённому сценарию. Сценарий может включать в себя конкретный диагноз, историю болезни, особенности поведения и эмоциональное состояние.

Данный метод позволяет студенту «погрузиться» в реальную ситуацию приёма пациента, не подвергая риску его здоровье. Кроме того, в рамках одной клинической проблемы обучение и оценка нескольких студентов могут проводиться в схожих условиях, что обеспечивает объективность и сопоставимость результатов.

Метод «стандартизированного пациента» направлен на следующие направления:

– формирование уверенности в себе при общении с пациентом;

– изучение структуры клинической беседы (интервью);

– развитие навыков активного слушания и эмпатии;

– улучшение способности предоставлять медицинскую информацию на понятном языке и с соблюдением этических норм;

– научиться реагировать на эмоциональные и конфликтные ситуации;

– оценка профессионального поведения при общении с пациентом.

Преимущества данного метода представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Преимущество метода стандартизированный пациент

Преимущество	Комментарий
Реальность	Поведение стандартизированного пациента близко к поведению реального пациента.
Повторяемость	Сценарий можно использовать снова и снова.
Безопасная среда	Студент осваивает навыки, не подвергая риску здоровье пациента.
Мысли и размышления	Студент получает объяснения от преподавателя и стандартизированного пациента.
Развитие эмпатии	Работа с человеческими эмоциями и реакциями

Примеры использования метода стандартизированного пациента:

1.Консультация в случае хронических заболеваний

Ситуация: Стандартизированный пациент играет роль пациента с гипертонией, который не понимает, почему он должен регулярно принимать прописанные ему лекарства.

Ключевые навыки для развития:

– объяснение важности соблюдения режима лечения;

– работа с низкой мотивацией пациентов;

– построение доверительных отношений между врачом и пациентом.

2. Постановка диагноза пациенту

Ситуация: Стандартизированный пациент играет роль пациента с подозрением на рак. Задача студента — вежливо и деликатно объяснить необходимость дополнительных исследований.

Ключевые навыки для развития:

- умение доносить информацию простым и доступным языком;
- эмоциональная стабильность;
- психологическая поддержка пациента.

Этапы проведения учений с участием стандартизированных пациентов:

1. Написание сценария: Анамнез должен включать основную жалобу пациента, историю болезни, поведенческие характеристики и эмоциональные реакции.

2. Стандартизированная подготовка пациента: Подготовка актеров: репетиция роли, обучение реагированию и реакциям в соответствии со сценарием.

3. Проведение моделирования: Консультация проходит в условиях, максимально приближенных к реальным клиническим. Ведётся запись поведения студента и стандартизированных ответов пациента.

4.Мысли и размышления: Оценка проводится преподавателем и стандартизированным пациентом. Пациент отмечает, почувствовал ли он, что его услышали, и был ли подход студента понятен ему.

5.Отражение: Студентов анализирует свое поведение, делает выводы и определяет пути улучшения своих коммуникативных навыков.

Метод стандартизированного пациента занимает важное место в современной системе медицинского образования. Он обеспечивает реалистичную, но безопасную среду для совершенствования коммуникативных и клинических навыков будущих врачей [43, с.13].

В отличие от традиционного подхода, бакалавриат позволяет студентам не только обсуждать теоретические аспекты коммуникации, но и

отрабатывать практические навыки работы с пациентом в обстановке, максимально приближенной к реальности.

Регулярное использование этого метода способствует развитию не только клинической уверенности, но и эмпатии, умения работать с эмоциями пациента и способности адаптировать стиль общения к различным ситуациям и типам людей.

В рамках клинически ориентированного образования метод бакалавриата должен стать важной частью образовательной программы, особенно на этапе подготовки к самостоятельной врачебной практике. Этот метод помогает выпускникам стать не только компетентными специалистами, но и чуткими и надёжными врачами.

4. **Групповые обсуждения, дебаты, «мозговой штурм».** Профессия врача требует от специалиста не только глубоких знаний и практических навыков, но и высоких коммуникативных навыков. Врач ежедневно общается с пациентами, коллегами, администрацией, родственниками пациентов и другими членами междисциплинарной команды. Умение ясно излагать свои мысли, слушать, рассуждать, работать в команде и принимать решения в условиях ограниченного времени — всё это важнейшие составляющие эффективной коммуникации в здравоохранении.

Среди методов, способствующих развитию этих навыков, особое место занимают групповые дискуссии, дебаты и «мозговой штурм». Эти формы обучения позволяют студентам проявлять инициативу, критическое мышление, гибкость, уверенность в общении и уважение к мнению других. Они активизируют участие в образовательном процессе, укрепляют способность к конструктивному сотрудничеству и самостоятельному мышлению, что очень важно в подготовке будущих врачей.

Определение: Это форма интерактивного обучения, в которой учащиеся обсуждают заданную тему в небольшой группе, обмениваются мнениями, знаниями и формируют общую позицию.

Цели:

– развитие навыков рассуждения и активного слушания;

– научиться уважать разные точки зрения;

– развитие критического отношения к информации.

Пример: Тема обсуждения: «Право пациента на отказ от лечения». Студенты обсуждают, как должен вести себя врач в этой ситуации: как убедить пациента, не нарушая его права на свободу выбора, и как обеспечить безопасность.

Развитие навыков: - этическое мышление; -четко выражая позицию; - навыки командной работы.

2. Дебаты. Определение: структурированная форма дискуссии, в которой учащиеся делятся на две стороны с противоположными позициями (утвердительными и отрицательными) и отстаивают заранее определенные позиции по спорному вопросу.

Цели:

– развитие логического и критического мышления;

– умение отстаивать позицию логическими аргументами;

– повышение уверенности в публичных выступлениях.

Например: Тема дебатов: «Должны ли врачи иметь право проводить эвтаназию?» Одна команда — «за», другая — «против».

Обсуждения включают юридические, этические и клинические аспекты. Результат: студенты учатся не только аргументированно отстаивать свою точку зрения, но и понимать логику оппонента, что особенно важно при общении с пациентами и коллегами.

Определение: — это творческий метод генерации идей в группе, в котором участники свободно предлагают любые решения, без критики и ограничений.

Цели:

– содействие творчеству;

– развитие командной работы;

– поиск инновационных путей решения сложных ситуаций.

Например, с Горе — резкое падение доверия пациентов к клинике. Задача: предложить, как можно больше идей о том, как врачи и медицинский персонал могут восстановить репутацию и доверие к клинике.

Правила:

– не критиковать идеи;

– поддерживать любые предложения участников;

– объединение идей для поиска более эффективных путей.

Результат: Этот метод развивает умение нестандартно мыслить, быстро принимать решения и работать в непредсказуемых условиях — все эти навыки необходимы врачу в ежедневной практике.

Групповые дискуссии, дебаты и мозговой штурм — важные инструменты развития коммуникативных навыков будущих врачей. Они способствуют развитию следующих навыков:

– конструктивное общение; - публичные выступления; -критический анализ; - способность слышать и быть услышанным [47, с.131]

Кроме того, данные методы повышают уровень профессиональной рефлексии, формируют уважение к мнению других, развивают лидерские качества и развивают умение работать в команде. Важно, чтобы подобные формы интерактивного обучения систематически включались в учебные программы медицинских вузов, поскольку они закладывают прочную основу для формирования гуманного, ответственного и всесторонне зрелого в общении врача.

***5.* Проблемный метод обучения.** В современном медицинском образовании всё больше внимания уделяется не только передаче теоретических знаний, но и развитию у студентов способности самостоятельно решать профессиональные задачи, критически мыслить и эффективно общаться. Одним из ключевых методов, способствующих этому процессу, является проблемный метод обучения.

Данный подход основан на активном участии студентов в поиске решений реальных или имитируемых профессиональных задач. Проблемный метод обучения не только формирует профессиональные знания, но и развивает коммуникативные компетенции, то есть умение эффективно общаться с пациентами и коллегами в сложных клинических ситуациях.

Метод проблемного обучения- это образовательная стратегия, в которой студенты работают в группах над решением конкретной проблемы или случая, которые напоминают реальные ситуации в их профессиональной деятельности [52, с.49].

Основной принцип этого метода — обучение через активное решение проблем, что стимулирует самостоятельное изучение материала, развивает аналитическое мышление и коммуникативные навыки.

Цели метода:

- развитие навыков самостоятельного поиска и анализа информации;
- развитие критического и творческого мышления;
- улучшение навыков командной работы;
- развитие коммуникативной компетентности - умения слушать, обсуждать и спорить;
- готовность принимать ответственные решения в нестабильных условиях.

Пример использования метода проблемного обучения: Пациентка 55 лет жалуется на постоянные головные боли, повышенное артериальное давление и беспокойный сон. Задача: определить возможные причины симптомов, выбрать методы диагностики и разработать план лечения. Этапы студенческой работы:

1. Группа обсуждает проблему и предлагает гипотезы.
2. Информация распространяется среди участников, и назначается лицо, ответственное за изучение литературы.
3. Студенты изучают найденную информацию и сравнивают ее с клиническим опытом.

4. Разрабатывается план действий и коммуникации с пациентом.

5. Результаты представляются, и от преподавателя поступает обратная связь.

Метод проблемного обучения способствует развитию коммуникативной компетентности следующими способами:

- Студенты учатся работать в группах, обмениваться идеями и выслушивать аргументы коллег;
- Развивается умение четко выражать мысли, формулировать и задавать вопросы;
- Развивается умение обсуждать сложные этические ситуации с учетом прав и потребностей пациентов;
- Практикуется умение объяснять медицинскую информацию доступным языком, что имеет большое значение при общении с пациентами.

Метод проблемного обучения- является эффективным образовательным средством, которое не только способствует углубленному освоению медицинских знаний, но и формирует важные профессиональные компетенции, в том числе коммуникативные [64, с.121].

Благодаря активной работе в группах, основанной на реальных или приближенных к реальным ситуациям, будущие врачи учатся принимать решения в условиях неопределенности, учитывать мнение коллег и пациентов, организовывать конструктивный диалог.

Внедрение метода проблемного обучения в образовательный процесс медицинских вузов способствует подготовке специалистов, не только умеющих лечить пациентов, но и обладающих способностью к эффективному общению, что приводит к повышению качества оказания медицинской помощи и уровня удовлетворенности пациентов.

6. Интерактивные онлайн-симуляции и телемедицина. Современные технологии стремительно меняют медицинское образование и практику. В условиях цифровизации и удалённого общения особое значение приобретают интерактивные онлайн-симуляции и телемедицина. Эти

инновационные инструменты не только расширяют образовательные возможности, но и помогают будущим врачам развивать необходимые коммуникативные навыки в условиях, максимально приближенных к реальной жизни.

Онлайн-симуляции позволяют моделировать клинические ситуации в виртуальной среде и обеспечивают безопасную платформу для практического обучения и общения. Телемедицина открывает новые возможности для удалённого общения с пациентами и коллегами, требуя высокого уровня компетенции в области удалённой коммуникации.

Описание: Это цифровые платформы и приложения, позволяющие моделировать различные клинические ситуации с помощью виртуальных моделей пациентов или интерактивных заданий. Студенты могут отрабатывать навыки сбора анамнеза, постановки диагноза и принятия решений в реалистичных условиях. Примеры:

1. Виртуальные пациенты с разными персонажами, с которыми студент взаимодействует, задает вопросы и получает ответы и обратную связь.
2. Сценарии, в которых необходимо принять решение о диагностике и лечении, а также объяснить пациенту план лечения.
3. Интерактивные кейсы со сложными этическими ситуациями, требующими вдумчивого и внимательного общения.

Преимущества:

1. Доступ в любое время и из любого места.
2. Безопасность – возможность совершать ошибки, не подвергая риску реальных пациентов.
3. Возможность многократных итераций и анализа ошибок.

Описание: Телемедицина- это предоставление медицинских услуг и консультаций посредством цифровых коммуникационных технологий. В образовательном процессе телемедицина позволяет будущим врачам отрабатывать навыки дистанционного консультирования и развивать навыки виртуального общения.

Примеры:

1. Проведение видеоконсультаций с пациентами, улучшение навыков вербального общения и понимания невербальных сигналов (вербальных и невербальных) с помощью экрана.

2. Удаленное взаимодействие с коллегами на консультациях, обсуждение сложных клинических случаев.

3. Изучение этики и безопасности использования телекоммуникационных технологий в медицине.

Интерактивные онлайн-симуляции и телемедицина стали неотъемлемой частью современного медицинского образования, способствуя эффективному формированию коммуникативной компетентности будущих врачей. Эти методы предоставляют новые возможности для практического обучения и помогают студентам приобретать и совершенствовать коммуникативные навыки в условиях, приближенных к реальным, в том числе в дистанционном формате [90, с.24].

Внедрение этих технологий позволит подготовить врачей, готовых к вызовам цифровой эпохи и способных эффективно общаться с пациентами и коллегами независимо от географических барьеров. Таким образом, развитие этих направлений в образовательном процессе является важным шагом на пути к повышению качества медицинской помощи и совершенствованию коммуникации в сфере здравоохранения.

7.Рабочая и обучающая игра. В современной медицинской подготовке важную роль играют не только профессиональные знания, но и коммуникативные навыки, необходимые для эффективного взаимодействия с пациентами и коллегами. Одним из эффективных методов активного обучения, способствующих развитию таких компетенций, являются трудовые и обучающие игры.

Игровые методы создают среду, максимально приближенную к реальным профессиональным ситуациям. В таких условиях студенты могут пробовать разные подходы, принимать решения и наблюдать результаты

своих действий в безопасной и контролируемой обстановке. Благодаря этому развивается умение работать в команде, аргументировать свою позицию и управлять конфликтами.

Деловые игры- имитационные формы обучения, в которых участники берут на себя роли в моделируемых профессиональных ситуациях, решают конкретные проблемы и принимают управленческие или клинические решения [76, с. 85].

Развивающие игры- более широкое понятие, включающее игровые методы, направленные на усвоение знаний, развитие навыков и умений через игровой процесс и не обязательно связанные с имитацией реальных ролей.

Цели и приоритеты:

- развитие навыков общения и сотрудничества;
- развитие способности принимать решения в условиях ограничений времени и информации;
- практика управления конфликтами и стрессовыми ситуациями;
- повышение мотивации к обучению за счет увлекательного и интересного формата;
- развитие критического мышления и творческого подхода.

Примеры трудовых и образовательных игр в медицине:

1. Ролевая игра «Конфликт в медицинском коллективе».

Студенты делятся на группы, каждая из которых представляет определённую профессию (врач, медсестра, администратор). Инсценируется конфликтная ситуация, вызванная разницей во взглядах на лечение пациента.

Обязанности:

- поиск путей конструктивного разрешения конфликтов;
- отработка навыков активного слушания и обоснования позиций;
- развитие уважения к мнению коллег.

2. Обучающая игра «План лечения».

Студенты получают карточку с симптомами, результатами анализов и ограничениями (например, аллергией на лекарства). В группе они должны согласовать план лечения для пациента.

Навыки:

- совместное принятие решений;
- коммуникация с учетом мнений разных участников;
- поиск компромиссов.

Образовательные и трудовые игры являются мощным инструментом в системе медицинского образования, способствующим развитию важных профессиональных и коммуникативных навыков у будущих врачей. Эти методы создают образовательную среду для активного и практико-ориентированного обучения, что способствует лучшей подготовке студентов к реальным клиническим ситуациям [117, с.74].

Внедрение игровых методов в образовательный процесс способствует формированию у будущих специалистов доверия, ответственности, навыков эффективного общения с пациентами и коллегами, что в конечном итоге повышает качество оказания медицинской помощи.

8. Взаимное общение и видеорефлексия (видеорефлексия). В медицинском образовании особое внимание уделяется не только получению знаний и практических навыков, но и развитию умения эффективно общаться с пациентами и коллегами. Одним из ключевых методов, способствующих развитию этих навыков, является обратная связь и видеорефлексия. Эти методы помогают студентам осознанно анализировать своё поведение, выявлять сильные и слабые стороны, а также совершенствовать коммуникативные навыки.

Определение: Обратная связь – это процесс передачи информации учащемуся о его действиях и поведении с целью улучшения образовательных и профессиональных результатов [130, с. 48].

Роль взаимное согласие в образовании:

- позволяет объективно оценить коммуникативные навыки студентов;

– помогает понять, какие моменты требуют улучшения;

– способствует самопознанию и развитию.

Пример: Студент проводит симуляцию консультации пациента, после чего преподаватель и однокурсники предоставляют подробную обратную связь: выделяя удачные моменты, указывая на ошибки общения и предлагая рекомендации по улучшению.

Определение: Метод обучения, при котором студенты снимают на видео практические действия (например, консультации, ролевые игры), а затем просматривают записи, чтобы проанализировать поведение и стратегии общения [130, с. 51].

Преимущества взаимного общения:

– способность объективно оценивать свои действия другими;

– повышение самосознания и самокритики;

– улучшение навыков общения путем распознавания невербальных сигналов (жестов, мимики, тона голоса).

Пример: Студент смотрит видеозапись своего разговора с «пациентом» и замечает, что тот часто перебивает или избегает зрительного контакта. Используя эту информацию, он работает над улучшением этих аспектов.

– Видеоразмышление является основой для глубокого и конкретного анализа в процессе обратной связи;

– Обратная связь помогает привлечь внимание учащегося к ключевым моментам, которые были выявлены во время просмотра видео;

– Совместное использование этих методов способствует быстрому развитию коммуникативных навыков.

Взаимное общение и видеоконференцсвязь служат эффективными инструментами в образовании будущих врачей, позволяя не только выявлять и исправлять ошибки, но и укреплять коммуникативное самосознание студентов. Эти методы способствуют развитию у студентов способности к

самокритичному анализу и постоянному совершенствованию своих навыков, что имеет большое значение в профессиональной медицинской деятельности.

Интеграциявзаимное общение и видеоконференцсвязь в образовательном процессе способствует повышению качества подготовки врачей, делая их более компетентными и уверенными в общении с пациентами и коллегами.

Таким образом, интерактивные методы обучения играют чрезвычайно важную роль в развитии коммуникативных навыков будущих врачей. Они не только учат студентов «правильному общению», но и обеспечивают безопасную среду для практики, ошибок, самооценки и совершенствования навыков. Эти методы создают условия, максимально приближенные к реальным клиническим ситуациям, где коммуникация может стать фактором или фактором, определяющим исход лечения.

Результаты применения интерактивных методов показывают, что они значительно повышают уровень вовлеченности студентов, развивают их эмоциональный интеллект, эмпатию и уверенность в общении с пациентами. Внедрение интерактивных методов в образовательные программы медицинских учреждений должно стать важной частью подготовки профессионального, высококвалифицированного и гуманного специалиста.

2.3. Модель формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения

Образование – это не только уровень, но и вектор развития общества, отражающий его потребности и интересы. Поэтому педагогическое понятие «знание и просвещение» имеет многогранный характер и рассматривается как система, процесс, результат, важная ценность для личности и общества.

Высшее медицинское учебное заведение – это не только центр образования, но и высокоинтеллектуальная и научная среда. Такое учебное заведение должно действовать на основе рациональной стратегии и мер, постоянно стремясь к достижению поставленных целей. Опыт показывает,

что высшее учебное заведение представляет собой сложную структуру, в которой принятие решений осуществляется посредством двух основных механизмов – коллективной интеграции и индивидуального принятия решений. Это приводит к тому, что в ряде случаев решения отклоняются от оптимального уровня, поскольку действуют субъективные факторы, включая личные интересы и ограниченную предсказуемость последствий принимаемых решений.

Таким образом, систему организации образовательного процесса в медицинском вузе следует рассматривать как многопрофильный объект управления. На этот процесс влияет совокупность факторов, которые могут существенно формировать образовательный процесс. Постоянный мониторинг и анализ этих факторов способствует совершенствованию образовательной системы и повышению её эффективности. Современные исследования показывают, что объём информации растёт такими темпами, что способность человека пройти новый этап обучения многократно отстаёт от него. Эта ситуация ещё раз актуализирует необходимость совершенствования методов обучения и управления образовательными процессами.

Учитывая высокую значимость организации учебного процесса, особенно его важнейших этапов, включая экзаменационную сессию и все формы межсессионного контроля, необходимо уделять особое внимание постоянному совершенствованию этой системы.

Высшее медицинское образование постоянно совершенствуется в соответствии с мировыми образовательными тенденциями. Эти тенденции выявляются, анализируются и адаптируются международными организациями с учетом специфики медицинского образования. К ним относятся:

1. Всемирная организация здравоохранения. Всемирная федерация медицинского образования — учреждения, которые разрабатывают и продвигают мировые стандарты медицинского образования.

2. Ассоциация медицинского образования Европы и мира– организация, занимающаяся разработкой методик обучения и повышением квалификации медицинских педагогов.

3. ЮНЕСКО– международный институт, который разрабатывает и поддерживает стратегические аспекты и политику медицинского образования.

4. Международный институт медицинского образования– научно-исследовательский и аналитический центр по изучению образовательных процессов и их эффективности.

5. Европейская ассоциация школ общественного здравоохранения– организация, готовящая специалистов общественного здравоохранения.

В нашей республике также продолжается процесс реформирования и совершенствования системы медицинского образования. В этом контексте понятие «непрерывное медицинское образование» заменяется термином «непрерывное профессиональное образование», который охватывает более широкий спектр и возлагает ответственность за непрерывное профессиональное образование непосредственно на врачей-специалистов и отдельных врачей. Эти изменения способствуют непрерывному развитию профессиональных знаний и навыков, повышению качества медицинских услуг и адаптации специалистов к современным требованиям отрасли.

Помимо государственной аккредитации, медицинские вузы для получения международного признания проходят добровольную общественно-профессиональную аккредитацию своих образовательных программ. Эта процедура позволяет выявить лучшие образовательные программы и оценить их соответствие мировым стандартам.

Система оценки деятельности высших медицинских учебных заведений находится под влиянием социальных и профессиональных изменений. Возрастают требования общества к уровню профессионализма выпускников, а ответственность вузов за обеспечение безопасности пациентов становится всё более ощутимой. В этом контексте всё более актуальным становится

вопрос соответствия образовательных программ мировым квалификационным стандартам и повышения статуса медицинских педагогов как специалистов в данной области.

Стремительное развитие передовых технологий в области медицины, изменение ожиданий и правовых требований пациентов, а также расширение сферы ответственности врачей за пределы клинической практики дают серьезный импульс эволюции методов обучения, совершенствованию системы обучения и оценки знаний. Кроме того, высшие медицинские учебные заведения сталкиваются с новым поколением студентов, которые, по сравнению с предыдущими поколениями, имеют иной жизненный опыт, более знакомы с информационными технологиями и требуют от преподавателей использования современных методов обучения. Эти факторы усиливают необходимость адаптации системы медицинского образования к требованиям информационной эпохи и формирования новых навыков.

Необходимые изменения в высших медицинских учебных заведениях связаны с формированием нового поколения студентов. Это поколение имеет иной жизненный опыт по сравнению с предыдущими, более адаптировано к информационным технологиям и ожидает от преподавателей использования современных методов обучения.

Сегодня в вузах и медицинских колледжах республики появились новые возможности для персонализированного обучения. Интернет и электронное обучение, наряду с практическими моделями, симуляционным оборудованием и высокотехнологичными инструментами, предоставляют возможности для совершенствования профессиональных навыков.

Отечественное медицинское образование нацелено на интеграцию образовательного процесса с реальной врачебной практикой. Эта цель достигается путем создания университетских клиник, обеспечивающих интеграцию образовательных и медицинских учреждений в рамках единой системы «школа – вуз – клиника».

Одним из инновационных направлений образования является использование моделирования в обучении, что позволяет глубже понять сущность объектов исследования. Основная цель моделирования — не только глубокое понимание студентами особенностей природных объектов и их строения, но и полное освоение взаимосвязей и взаимосвязей между ними и медицинскими процессами.

Модель структуры организации образовательного процесса должна отражать динамику показателей системы образования, обеспечивать статистический анализ, прогнозировать будущее развитие и раскрывать влияние принимаемых решений на перспективы отрасли.

Моделирование — это процесс формирования знаний о свойствах, структуре, связях и отношениях объектов с помощью структурно-функциональных моделей. Этот процесс способствует глубокому анализу и оценке эффективности элементов образовательной системы.

Одним из важных условий моделирования образовательного процесса является установление управляемых взаимовлияющих связей между субъектами образования и эффективный выбор средств обучения. В любом образовательном процессе ключевую роль играют взаимоотношения между преподавателем и студентом, а направленность их интеллектуального развития и практических навыков определяется методами обучения.

В исследованиях таких учёных, как С.И. Архангельский [24], В.Г. Болтянский, Л. Ительсон [79], В.Н. Мизинцева, Ю.О. Говакимян [124], метод моделирования раскрывается как основной инструмент исследования образовательных процессов и эффективного выбора средств и методов его реализации. Исследования, проведённые А.П. Анашкиным [10], М.Б. Балкой и В.Вениковым [61], направлены на изучение аспектов внедрения данного метода в систему образования. Эти исследования способствуют совершенствованию механизмов моделирования образовательных процессов и повышению их эффективности.

В своих научных исследованиях С.И. Архангельский подчёркивает значение метода моделирования в образовательном процессе и рассматривает его роль в развитии интеллектуальной активности студентов. Он отмечает, что «в образовательном процессе мы всегда имеем дело с комплексным и многогранным психологическим моделированием. Поэтому мастерство и профессионализм педагога проявляются в том, насколько он умеет правильно понимать и направлять внимание, энтузиазм, готовность и эмоции студентов» [24, с. 106].

Образовательный процесс определяется как система, охватывающая пути, методы и методику углубления знаний с использованием различных моделей. «При изучении образовательного процесса модель выступает как основное средство наглядного представления и понимания связей и отношений его компонентов. Поэтому моделирование становится всё более востребованным для организации и научного изучения образовательного процесса в высшей школе» [79, с. 279].

Моделирование осуществляется в следующих областях:

- как компонент, который необходимо изучать в образовательном процессе;
- как способ усвоения знаний, необходимых студентам для получения новых знаний;
- образовательная деятельность, являющаяся неотъемлемой частью образовательного процесса.

Таким образом, одним из наиболее эффективных методов изучения объектов и явлений материального мира является моделирование, использующее методологию структурного подхода для выявления его основных принципов. Этот метод в настоящее время становится важнейшим научным методом объективного познания действительности.

Опыт показывает, что модели предназначены для выполнения следующих задач:

- подробные объяснения, дающие обзор важных фактов, влияющих на развитие коммуникативной компетентности будущих врачей, с помощью интерактивных методов обучения;

- информационный (использование компьютерных технологий как средства развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения);

- процесс развития и целенаправленного воздействия преподавателя на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения.

В процессе обучения в высших медицинских учебных заведениях, с целью установления эффективности процесса формирования коммуникативной компетентности у будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения, нами была разработана модель, способствующая развитию и расширению коммуникативной компетентности с использованием интерактивных методов обучения. Используемые методы диагностики позволяют определить и оценить сформированность коммуникативной компетентности у будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения по различным критериям.

Оценить развитие коммуникативной компетентности можно на основе метода педагогического наблюдения, в результате которого оцениваются следующие критерии:

- Эффективное участие в коммуникации при решении профессиональных и социальных задач (умение организовывать вербальный и невербальный обмен информацией).

- Активное использование знаний, навыков и умений при общении в профессионально-контекстных ситуациях (умение разрабатывать стратегии сотрудничества и тактики общения).

- Умение работать в команде в разных ролях и социальных позициях (умение организовывать совместную деятельность, направленную на достижение общих целей).

- Рефлексия, которая определяется как оценка своих отношений с собой, специалистом, субъектом профессиональной деятельности и межличностного общения (способность диагностировать личностные особенности, определять себя и качества собеседника, а также понимать, как себя воспринимает партнер) [78, с.889].

На основании вышеперечисленных критериев показатели коммуникативной компетентности будущих врачей формируются в процессе выполнения следующих требований:

1. Готовность (желание) продемонстрировать компетентность (в плане мотивации) посредством конкретных инструментов оценки, таких как опросники, например, «Цель коммуникативного поведения», тест «Вежливый ли вы человек?» [55, с. 54] и т. д. Причины общения могут быть разными. Стремление достичь цели, желание поделиться информацией или узнать, разделяют ли окружающие наше мнение или нет, обычно становятся причиной возникновения и мотивации общения. Это стремление к общению возникает, когда мы хотим повлиять на собеседника, или когда мы хотим избавиться от неопределенности в конкретной ситуации, или когда мы хотим установить ответную коммуникацию.

К причинам, способствующим отсутствию мотивации, относятся стереотипы, предубеждения, негативное отношение, невнимание или игнорирование доказательств, неэффективная коммуникация или стратегия, а также неэффективные стратегии коммуникации. Эти причины часто усугубляются стереотипами, предположениями и суждениями о конкретном человеке или ситуации, что делает невозможным объективную оценку рассматриваемой проблемы.

Если субъект речи осознаёт важность информации для себя и в результате достигает желаемых результатов или предотвращает нежелательные ситуации, мотивация в общении возрастает. Обычно, при недостаточности фактов, выводов, возникает безразличие к ним. При неверном высказывании и неправильном выборе стратегии и тактики

поведения ситуация может привести к совершенно противоположным результатам. Негативный опыт такого общения также может стать причиной отказа от установления контакта с собеседником.

2.Содержание компетенции (когнитивный аспект) оценивается с помощью различных оценочных средств, включающих тесты и упражнения на знание норм современного русского литературного языка и правил речевого этикета. Когнитивный компонент коммуникативной компетенции включает в себя комплексное знание процесса коммуникации, целей, правил и принципов эффективного общения.

Когнитивный компонент взаимодействия составляет теоретическую основу коммуникативной компетентности и охватывает знания о структуре, функциях и типах общения, моделях коммуникативного процесса, стратегиях ведения переговоров и способах поведения в конфликтных ситуациях.

3. Опыт применения речевой компетентности в различных ситуациях (поведенческий аспект) может быть оценен с помощью различных оценочных инструментов, включая тесты «Стиль взаимодействия» [55, с. 53], «Мои тактики ведения переговоров» [55, с. 101], «Оценка самоменеджмента в общении» (на основе методики Мэрион Снайдер) и другие аналитические методы.

Поведенческий аспект коммуникации, в сравнении с её содержанием, используется гораздо менее осознанно, хотя именно его неконтролируемость в профессиональной и деловой среде может быть причиной коммуникативных неудач. Этот аспект рассматривает коммуникацию как процесс и деятельность, имеющие цели, стратегии и способы воздействия. Иными словами, это совокупность языковых закономерностей, непосредственно связанных с практикой речи и реального общения и выходящих за рамки структурных правил и языковых единиц.

4. Отношение к содержанию компетентности (т.е. знание её) и её практическое применение (способность влиять и изменять) включает в себя

ценностно-смысловой аспект коммуникации. Оценка этого аспекта осуществляется с помощью опросника «Оценка потребностей в развитии и самосознании», теста «Ваш стиль общения» [55, с. 49] и других диагностических инструментов.

Общение предполагает участие как минимум двух собеседников и представляет собой процесс взаимного влияния. Любое общение может быть эффективным, если стороны заранее согласуют его предмет и форму. Этот процесс определяет понятие «стиль общения», отражающее особенности поведения человека при взаимодействии с другими людьми. Таким образом, в зависимости от цели и способа воздействия выделяют три основные формы общения: формальное, манипулятивное и гуманистическое.

Формальное общение подтверждает статус человека как члена общества и требует ответственности за соблюдение принятых норм общения. При этом субъект речи должен обладать достаточными знаниями об основных особенностях общения и придерживаться его устойчивых правил, которые выступают в качестве «правил игры» [101, с. 28]. Формальное общение предполагает исполнение социальных, межличностных или профессиональных ролей и регулирует процессы взаимодействия в установленной среде.

В отличие от этого, манипулятивное общение преследует конкретную цель и направляет содержание речи в желаемом направлении. Оно осуществляется преимущественно в условиях совместной деятельности и направлено на опосредованное психологическое воздействие и управление поведением собеседника.

Лучший манипулятор — тот, кто обладает прекрасными ораторскими способностями, глубоким пониманием коммуникативных техник, умеет точно анализировать поведение собеседника и четко понимать его цели.

В противоположность этому, гуманистическое общение основано на потребности человека в эмпатии, понимании и поддержке. Этот стиль общения отличается тем, что создаёт среду, в которой собеседник может

быть принят со всеми гранями своей личности – как со всеми её достоинствами, так и со всеми недостатками – без ограничений и предубеждений.

5. Эмоционально-волевая регуляция процесса и результата проявления коммуникативной компетентности включает в себя понимание того, как человек хочет управлять процессом и какой результат он ожидает. Волевую сторону этого процесса можно оценить с помощью тестов «Доверяете ли вы себе?» [55, с. 131], «Можете ли вы управлять собой?» [55, с. 79], «Можете ли вы влиять на других?» [55, с. 164] и других.

Коммуникация является не только средством выражения и интеграции различных идей, фактов и теорий, но и служит для понимания поведения, опыта и взаимоотношений людей друг с другом [80, с. 128]. Основными механизмами узнавания собеседника в процессе общения являются эмпатия, рефлексия и знакомство, все три понятия, возникшие в области психологии и играющие важную роль в формировании эффективной коммуникативной компетентности.

Идентификация предполагает понимание другого человека посредством сопоставления своих характеристик с его собственными. Эмпатия позволяет человеку правильно понимать чувства собеседника и соглашаться с ним. Рефлексия позволяет человеку понять, как собеседник его воспринимает, и правильно оценить его отношение к себе.

Предлагается измерять указанные показатели развития коммуникативных компетенций с помощью анкетирования [156, с. 77]. Именно с помощью этих оценочных инструментов, полученных в результате эмпатии и рефлексии, можно перейти к исследованию мотивационного аспекта развития коммуникативной компетентности.

Мотивация – важный элемент формирования стремления учащегося к совершенствованию и развитию. Понимание и осознание «самопознания» как первого шага в развитии коммуникативной компетентности – главная задача преподавателя при обучении универсальной компетентности,

предусмотренной новыми образовательными стандартами четвёртого поколения.

«Но это лишь один из способов определения и измерения коммуникативной компетентности. При этом речевой процесс не учитывается [72, с.15]. Мы предлагаем оценивать её на уровне личностного познания посредством дискуссий и имитационных упражнений в ситуациях, имитирующих профессиональную деятельность. На мотивационном уровне – организовывать диалоги с элементами групповой дискуссии и работу в малых группах. На рефлексивном уровне – проводить обучающие коммуникативные упражнения на основе профессионально-контекстных ситуаций и деловых игр [75, с.85].

Основными принципами развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения являются:

– принцип гуманизации (от узкопрофессионального подхода к подготовке специалистов для интеллектуального и духовного развития личности, а также совершенствования личностных качеств, в том числе профессионально значимых; а также внедрения культурных и профессиональных традиций в образовательный процесс);

– принцип личностной ориентации (учет индивидуальных особенностей личности, профессионально значимых для обучающихся и педагогов);

– принцип профессиональной образовательной и научной направленности деятельности медицинских вузов (ориентация на связь и органическую интеграцию образования с наукой и практической деятельностью медицинских учреждений);

– принцип единства природно-культурной совместимости профессионального образования (учет взаимосвязи природных и социокультурных процессов в образовательном процессе, организация

взаимодействия в целях формирования у обучающихся ответственности за собственное развитие, за последствия своих действий и поведения);

– принцип целостности (достижение взаимодополняемости всех компонентов педагогической системы вуза в целях обеспечения профессионального развития будущих врачей).

На основе исследований гуманистической сущности деятельности будущего врача целесообразно придерживаться следующих педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения:

1) создание в вузе профессиональной образовательной среды, вовлекающей студентов в различные виды деятельности и обеспечивающей на этой основе формирование необходимых профессионально важных качеств личности;

2) направленность целей и задач, использование интерактивных методов обучения на развитие коммуникативной компетентности будущего врача для повышения качества его профессиональной подготовки;

3) вовлечение будущих врачей в коммуникативную и образовательную деятельность;

4) формирование коммуникативного, интерактивного, когнитивного, профессионального и поведенческого блоков общения будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения.

Нами разработана модель, описывающая процесс развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения. Модель состоит из нескольких блоков:

- целеустремленность;
- методологический;
- организационные и эксплуатационные;
- технологический;
- оценка-результат.

Цель: Его главная цель — развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения.

Результатом реализации данного блока является развитие уровня коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения.

Методология. Следующие подходы к развитию коммуникативной компетентности будущих врачей воплощают в себе интерактивные методы обучения:

Технологии. Основными педагогическими принципами развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения являются:

1) использование информационных технологий;

2) реализация метода проектов;

3) реализация межпредметных связей;

4) сотрудничество с представителями других культур (награды, встречи, пресс-конференции, онлайн-связи);

5) участие в международных проектах, конкурсах, викторинах;

6) активизация познавательной деятельности студентов;

7) сравнительный анализ языков и культур.

Организационно-операционный блок:

Педагогические задачи: Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения.

1. Инструменты развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения:

-Учебники (учебные пособия). Это основной источник информации для самостоятельного изучения, закрепления знаний и повторения учебного материала на уроках и в процессе самостоятельной работы.

- Литература. Развивать у студентов навыки использования справочной литературы, необходимые для углубления знаний и научных исследований.

- комплект задач и заданий. Они позволяют преподавателю предоставлять студентам задания для выполнения упражнений и самостоятельной работы, способствующие развитию их практических навыков.

- тесты (комплексы тестов) по соответствующему предмету, обеспечивающие возможность объективной диагностической проверки и оценки качества и полноты знаний и умений обучающихся.

- Естественные наглядные пособия. Они позволяют студентам получить чёткое представление о внешнем виде, строении, взаимодействии деталей, свойствах и требованиях к качеству.

- наглядные пособия: плакаты, таблицы, схемы, фотографии, графики и т. д. Передача информации в графической, схематической и цифровой формах, помогающая усвоить теоретические и практические основы предмета.

- Модели, имитаторы. Помогают учащимся получить чёткое представление о внешнем виде, строении и форме предметов.

- педагогическое программное обеспечение для персональных компьютеров. Инструмент управления учебной деятельностью обучающихся, являющийся также самостоятельным источником учебной информации.

Диафильмы и видео. Эти инструменты позволяют студентам воспроизводить взаимосвязанные системы изображений, структурированные в соответствии с логикой усвоения учебного материала.

2. Методы развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения:

- творческие задания; - работа в малых группах; - развивающие игры; - использование государственных ресурсов; - социальные проекты; - интерактивные лекции; - работа с документами; - тест, экзамен после анализа результатов.

3.Формы организации формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения (фронтальное; индивидуальное; групповое и коллективное).

Блок оценки – вывод модели.

Полученная оценка модели позволяет выявить уровни развития коммуникативной компетентности будущих врачей при использовании интерактивных методов обучения. Для описания этих уровней, отражающих развитие коммуникативной компетентности будущих врачей, используются следующие принципы:

- формирование коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения осуществляется не только в профессиональной деятельности, но и в процессе накопления опыта и осмысления профессиональных ценностей.

- каждый предыдущий уровень служит базой для развития следующего уровня и обеспечивает систематическое совершенствование.

- уровень развития коммуникативной компетентности позволяет наметить стратегический план индивидуального развития и исправления имеющихся недостатков.

Принимая во внимание ранее выделенные периоды развития коммуникативной компетентности, можно выделить три основных уровня развития:

- низкий уровень: Основные характеристики этого уровня указывают на наличие разрозненных и неструктурированных знаний о коммуникации, пассивное участие и ситуативный интерес к содержанию коммуникации и вовлеченным в нее людям.

- средний уровень: формирование коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения, характеризующейся определенными знаниями в области коммуникации, вниманием к содержанию общения и его участникам, а также потребностью в общении с другими людьми;

- высокий уровень: на этом уровне личность демонстрирует полную готовность к осознанному и успешному осуществлению коммуникативной деятельности, инициативность в общении, активное внимание к собеседникам, высокий уровень чувствительности, глубокое понимание содержания общения.

Высокий уровень развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения охватывает все значимые стороны личности и обеспечивает интеграцию когнитивного, мотивационного и практического компонентов.

В соответствии с темой данного исследования разработанная модель развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения наглядно отражает процесс ее формирования, основываясь на условиях обучения, этапах развития и результатах каждого этапа.

1. Углубленное изучение педагогической литературы и анализ существующей практики позволили разработать модель развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения.

2. Модель развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения определяет внешнюю структуру процесса и прогнозирует стратегические направления профессионального развития и практической реализации деятельности будущих врачей.

2. Модель развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения выявляет основную внешнюю форму процесса и прогнозирует стратегические направления профессионального развития и практической реализации деятельности будущих врачей.

3. Структура модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения состоит

из четырёх блоков и трёх этапов, каждый из которых включает комплекс целевых мероприятий, направленных на совершенствование коммуникативной компетентности будущих врачей посредством использования интерактивных методов обучения.

Коммуникативная компетентность – одна из основных профессиональных характеристик современного врача, напрямую влияющая на качество медицинских услуг и безопасность пациентов. В условиях стремительного развития медицины и повышения требований к подготовке специалистов традиционные методы обучения не всегда достаточны для формирования необходимых коммуникативных навыков. В этой связи особое значение приобретают интерактивные методы, позволяющие студентам активно участвовать в процессе обучения, приобретать практические навыки и самопознание.

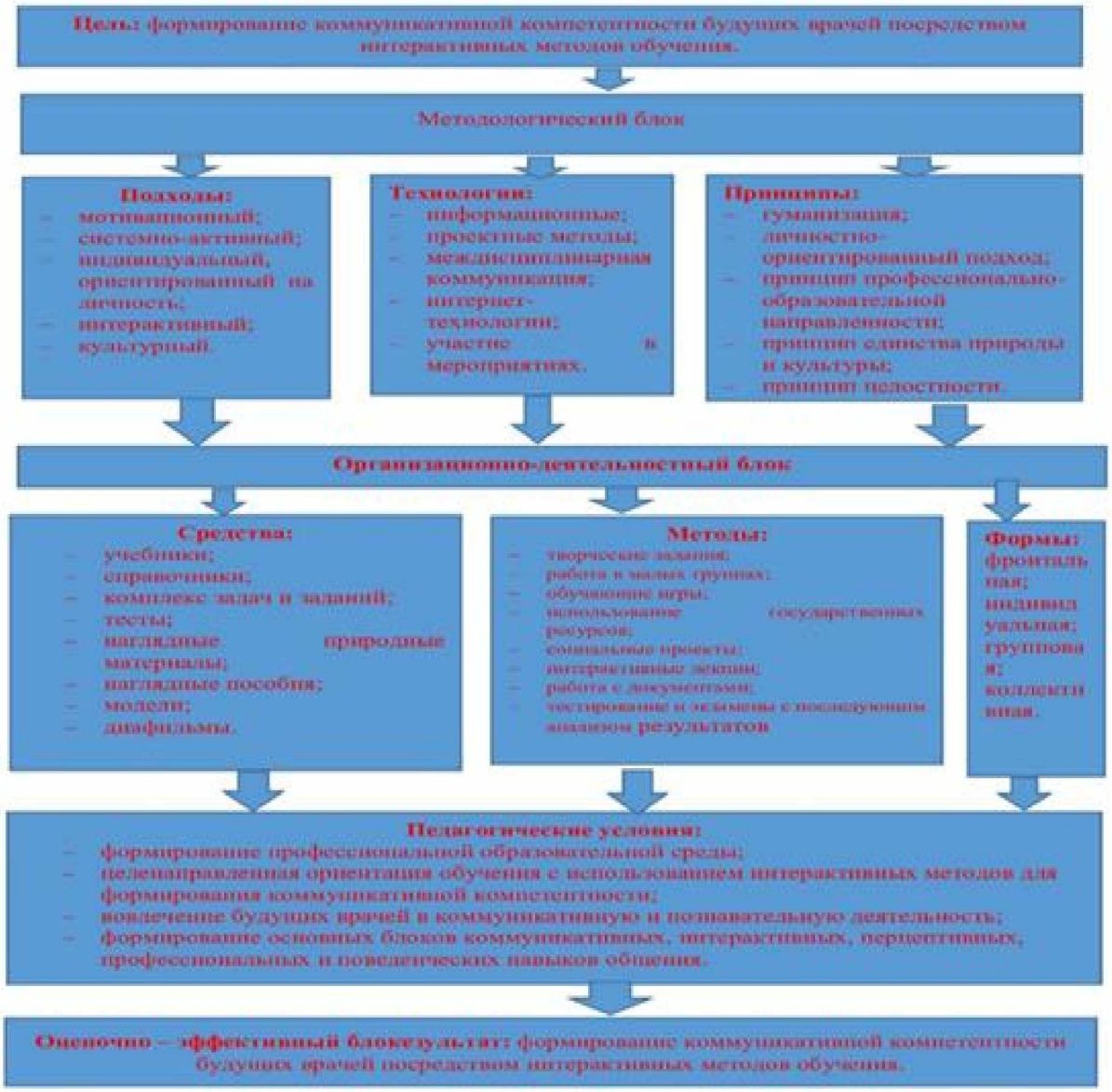


Рисунок 1. Модель развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения

Выводы по второй главе

Коммуникативная компетентность – одна из основных профессиональных характеристик современного врача, напрямую влияющая на качество медицинских услуг и безопасность пациентов. В условиях стремительного развития медицины и повышения требований к подготовке специалистов традиционные методы обучения не всегда достаточны для формирования необходимых коммуникативных навыков. В этой связи особое значение приобретают интерактивные методы, позволяющие студентам активно участвовать в процессе обучения, приобретать практические навыки

и самопознание. Раздел 2 посвящен классификации, роли и моделям использования интерактивных методов для формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Интерактивные методы представляют собой комплекс педагогических технологий, направленных на создание среды сотрудничества и развитие важных коммуникативных навыков. Эти методы, включающие в себя дискуссии, дебаты, ролевые игры, решение задач и онлайн-симуляции, способствуют развитию как вербальных, так и невербальных навыков.

Доказано, что интерактивные методы помогают студентам чётко и аргументированно излагать свои мысли, учатся слушать и понимать собеседника, работать в группе. Они также развивают критическое мышление и способность принимать решения в неопределённых ситуациях. Кроме того, они повышают мотивацию к обучению и развивают навыки, необходимые для общения с пациентами и коллегами.

Разработанная модель предусматривает сочетание различных интерактивных форматов обучения, направленных на последовательное и систематическое развитие компетенций. Кроме того, использование обратной связи и видеорефлексии повышает качество и самосознание студентов, что способствует устойчивому профессиональному развитию.

Интерактивные методы являются важной частью современных образовательных программ, помогая готовить компетентных, ответственных и коммуникабельных врачей. Их внедрение способствует повышению качества и взаимодействия в сфере медицины, а также созданию гуманной и безопасной среды для пациентов.

Таким образом, интерактивные методы рассматриваются как эффективный и необходимый инструмент развития коммуникативной компетентности будущих врачей. Их систематическое использование в образовательном процессе позволяет глубоко и практично освоить коммуникативные навыки, необходимые для профессиональной деятельности. Внедрение таких методов не только способствует развитию

профессиональных качеств студентов, но и повышает уровень культуры общения в медицинской сфере, что весьма важно для повышения качества медицинских услуг и безопасности пациентов.

ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ СРЕДСТВАМИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1.Технологии реализация методик формирования коммуникативных компетенций будущих врачей средствами интерактивных методов обучения

Развиваются коммуникативные навыки для установления и укрепления эффективных отношений между врачом и пациентом, включая искусство приветствия пациента во время встречи, эффективное использование вербальных и невербальных средств общения, умение внимательно и внимательно слушать, а также собирать важную информацию для постановки точного диагноза.

Эффективная коммуникация играет ключевую роль в работе врача, помогая разрешать конфликты между участниками коммуникативного процесса и постепенно превращаясь в высокоуровневый навык, постоянно совершенствуемый на протяжении всей профессиональной деятельности. При этом основы коммуникативной культуры будущих врачей закладываются ещё на начальном этапе обучения в медицинском вузе.

Комплексное изучение научно-методической литературы в области философии, социологии, психологии, педагогики приводит к выводу, что межличностное общение рассматривается как понятие, включающее «взаимовлияние людей (субъект-субъектные отношения) и выражение одной из фундаментальных потребностей человека – включенности в общество и культуру» [69, с. 52].

Большинство исследователей понимают коммуникацию как взаимный обмен информацией в процессе передачи и приема, что подчеркивает не только важность двустороннего восприятия информации участниками

процесса коммуникации, но и их взаимодействия и сотрудничества [154, с. 120].

Существование такой теории можно наблюдать в исследованиях известного учёного в области межличностных отношений А. Бодалева, который, вопреки мнению коллег, высказался следующим образом: сущность общения проявляется не только во взаимодействии его участников, но и в их взаимном влиянии друг на друга и, что особенно важно, в его воздействии на индивидуальное сознание [47, с. 130]. Эту точку зрения можно считать вполне обоснованной, поскольку в процессе общения происходит не только обмен взаимной информацией, но и эмоциональное воздействие друг на друга и, несомненно, на индивидуальное сознание.

В нашем исследовании мы анализируем коммуникативную компетентность студентов медицинского вуза как интегративное качество личности, один из показателей общекультурного развития и профессионального самоопределения будущих врачей. Данная компетентность поможет им в будущем выстраивать эффективное общение с коллегами, средним медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, создавать профессиональную атмосферу врачебного общения.

Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей происходит поэтапно, в процессе обучения посредством лекционных и практических занятий по гуманитарным и клиническим дисциплинам, стажировок, участия студентов медицинского факультета в образовательных мероприятиях университета, волонтерской деятельности.

Технология реализации модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов реализуется последовательно, для каждого этапа определяются цель, задачи, педагогические условия, формы и методы, средства реализации, ожидаемые результаты.

Целью данной технологии является развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством реализации интерактивных методов.

Цель достигается посредством решения комплекса следующих задач:

- развитие внутренней и внешней познавательной мотивации у студентов-медиков к активному участию в образовательном процессе и формированию коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов;

- формирование системных знаний будущих врачей с учетом лингводидактических принципов;

- развитие социальной, языковой и культурной компетентности учащихся и их способности понимать межличностные отношения;

- усиление готовности студентов к социальному взаимодействию и межкультурной коммуникации;

- создание педагогической основы развития коммуникативной компетентности будущих врачей на основе использования интерактивных методов.

Анализ научной литературы [48, 47, 73], педагогического опыта и наших личных наблюдений показывает, что интерактивные методы считаются наиболее эффективным средством развития коммуникативной компетентности будущих врачей как:

– творческие задания; - работа в малых группах; - развивающие игры; социальные проекты; - изучение и закрепление новых информационных материалов; - интерактивная лекция; ученик в роли учителя; - все учат всех; использование и анализ видео и аудиоматериалов.

1. Творческие задания - как элемент формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. Творческие задания считаются одним из важных направлений организации творческой деятельности и оказывают существенное влияние на совершенствование коммуникативной компетентности будущих врачей. В процессе выполнения этих заданий

студенты не только приобретают опыт, но и действуют активно и самостоятельно, а их мыслительный процесс претерпевает качественные изменения. Этот процесс постоянно направляет их на преодоление интеллектуальных проблем.

Творческие задания в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей включают различные виды деятельности, в которых проявляется самостоятельность студентов в проектировании и выражении своих идей. Этот процесс характеризуется новаторством, креативностью решений, самобытностью, воплощением личностных и эмоциональных особенностей каждого участника.

Творческие задания направлены на выявление личности учащихся и, помимо логики и текстового содержания, должны включать в себя эмоционально-экспрессивные элементы. Для этого рекомендуется использовать различные образные средства таджикского языка, в том числе метафору, эпитет, сравнение, гиперболу, символические слова.

Выполнение творческих заданий в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей требует от студентов развития ряда языковых и речевых навыков, в том числе:

– предварительное понимание текста – способность зранее понимать и анализировать структуру текста;

– лингвистический вывод – прогнозирование возможных слов и соединений на основе контекста;

– способность к прогнозированию смысла – логическое понимание смыслового развития текста;

– создание речевых конструкций с учетом выбранного жанра и стиля.

Таким образом, творческие задания не только развивают языковые и коммуникативные способности учащихся, но и ориентируют их на творческое мышление и свободное самовыражение.

Творческие задания в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей могут быть связаны с лингвистическими и коммуникативными заданиями. Этот комплекс заданий, в отличие от простых упражнений, включает в себя следующие особенности:

- во-первых, теоретическое использование именно интеллектуальных усилий, поскольку ответ не случаен, а является результатом точных интеллектуальных действий;

- во-вторых, связь с языковым выражением учащихся, что заставляет их задуматься о собственной речи.

В этом контексте задачи связаны с созданием текста, выбором соответствующих языковых средств и разрешением более или менее сложных ситуаций. Для обеспечения эффективности работы студентов необходимо соблюдение определённых условий, одним из которых является использование мотивационных средств и источников информации.

Одним из наиболее эффективных способов мотивации учащихся на уроке может стать использование предметов народной культуры. Выбор такого образовательного символа обусловлен следующими факторами:

1) Особое внимание современного общества к вопросам, связанным с национальной идентичностью и, тем самым, интеграцией родного языка в реалии национальной жизни;

2) Цель университетских процессов в рамках гуманизации образования, которая базируется на гуманитарных, фундаментальных принципах образования и его национальном характере, требует решения задачи формирования «культурной идентичности» и укрепления эмоциональных ценностей в образовании;

3) Достижения в области этно-и психолингвистики, педагогики и методики, включающие теорию развивающего обучения, культурно-образовательные технологии и другие навыки, позволяют формировать новые способы развития коммуникативной компетентности будущих врачей.

Например, на занятиях по русскому и таджикскими языках для студентов первого курса медицинским ВУЗов используются творческие и коммуникативные задания, такие как написание эссе и устные выступления. Они способствуют развитию речевых навыков, помогают студентам адаптироваться к учебной среде и формируют умение ясно и последовательно выражать мысли, создавая активную и творческую атмосферу общения.

Для развития коммуникативной компетентности будущих врачей используют различные формы неформального обучения, такие как:

- урок-экскурсия, - урок-конкурс, - урок-викторина, - игровые уроки (использование дидактических игр) и другие новые и эффективные формы вполне уместны и действенны.

В процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей большое значение имеет образовательная задача. Помимо дидактических задач, творческие задачи позволяют студентам продвигать образовательные проблемы на высоком исследовательском и осмысленном уровне. Главная цель обучения — помочь студентам прийти к правильным и глубоким выводам, а также сформировать у них собственное мировоззрение и понимание мира.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что использование творческих заданий в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей приводит к их интеллектуальному и нравственному развитию, что, в свою очередь, положительно влияет на формирование инициативной личности, способной мыслить и решать творческие задачи.

Основная задача творческих заданий в процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей – помочь студентам глубже понять правила и законы общения, почувствовать красоту родного языка и его многообразных ресурсов. Однако важнейшим преимуществом творческих заданий в формировании коммуникативной компетентности

будущих врачей является то, что с помощью этих методов на занятиях создаются живые речевые ситуации, имеющие особое значение для развития коммуникативной компетентности. Поэтому в процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей творческие задания следует рассматривать как ключевой образовательный и обучающий элемент.

2. Работайте в малых группах. Современный этап образования характеризуется внедрением новых образовательных технологий, новых видов деятельности в целом. В этом контексте основной задачей преподавателей является повышение качества образования. По мнению Н. Гальсковой, качество образования зависит от эффективности инновационных методов в образовательной организации [64, с.51]. Одним из эффективных методов развития коммуникативной компетентности будущих врачей является использование метода работы в малых группах. Такая форма работы позволяет не только укреплять речевые навыки студентов и эффективно проводить время на занятиях, но и существенно развивать личность студентов, формировать у них готовность к групповой работе и взаимодействию с коллегами, что необходимо для их будущей профессии. В этой связи важно рассматривать критический подход с вниманием к его развитию и прогрессу в обучении студентов, а также «мягкие навыки», важные для работы в группе, которые имеют большое значение, и становится очевидным их конечное влияние на развитие коммуникативной компетентности. Организация командной работы в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей создает необходимые условия для развития как критического мышления, так и «мягких на выков».

Обучение в малых группах – об щепризнанный педагогический метод, широко ис пользуемый в педагогической практике с 1920-х годов. Главное преимущество обучения в малых группах заключается в том, что этот подход представляет собой успешную и эффективную альтернативу, адаптируясь к личности, индивидуальной с труктуре и индивидуальным особенностям

развития каждого учащегося, в рамках единой логико-когнитивной структуры.

С точки зрения педагогической психологии, малая группа – это устойчивая и ограниченная совокупность людей, непосредственно и неизбежно общающихся друг с другом, основными факторами которой являются 3–5 человек. Меньшая численность обучающихся позволяет не только обеспечить среду взаимного познавательного и практического общения всех членов группы, но и способствует закреплению полученных знаний, формированию и развитию творческих и лидерских качеств, стимулированию самообразования . При этом продуктивно и эффективно развиваются самостоятельность и успеваемость в работе, навыки общения и работы в команде, что положительно влияет на процесс обучения [150, с. 45].

В процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей и совершенствования их самостоятельной деятельности, мотивации студентов к самостоятельной работе главная роль отводится преподавателю как субъекту образовательной деятельности. Его знания, умения, навыки и педагогический опыт позволяют эффективно организовывать самостоятельную деятельность студентов, развивать их психологический и профессиональный творческий уровень. Такой образовательный процесс способствует поддержанию чувства солидарности и сотрудничества внутри группы, укреплению благодарности участников группы [93, с. 6]. Поэтому к преподавателю предъявляются особые требования, так как для подготовки к занятию он должен тщательно анализировать задания, учитывая индивидуальные особенности и уровень теоретической и практической подготовки каждой конкретной группы.

Постановка заданий позволяет учителю максимально индивидуализировать урок и адаптировать свои педагогические цели к максимальному раскрытию потенциала группы. Задания, предлагаемые малой группе, должны быть комплексными, учитывать, как теоретические,

так и практические аспекты, а также необходимость анализа и синтеза теории и практики.

При работе в малых группах для развития коммуникативной компетентности студентов может быть использован метод командной ролевой игры. Его суть заключается в активизации познавательной деятельности студентов, что реализуется посредством поручения им части учебных задач.

Методика проведения занятий по данному методу может быть следующей: при подготовке к практическому занятию студенты делятся на группы по пять человек, каждая из которых выполняет различные задания. Это могут быть функции дискутанта, докладчика (задающего вопросы и отвечающего), секретаря и другие необходимые задачи.

Роли в малых группах меняются После каждого урока. Этот метод рекомендуется скорее для усвоения теоретических концепций и тем, чем для развития и совершенствования практических навыков учащихся. Поэтому не все вопросы и проблемы, обсуждаемые на занятиях, всегда можно решить с помощью этого метода. В таких случаях преподаватель использует альтернативные методы и формы обучения для обсуждения других тем.

При использовании данного метода в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей возможны различные формы его реализации. В первом варианте вся группа делится на пять человек. Во втором варианте выделяется только один «А» для подготовки на основе теоретического вопроса, требующего особого внимания, а остальные вопросы, представленные на занятии, рассматриваются другими методами. В третьем варианте каждый студент получает конкретное задание из плана занятия. В четвертом варианте все «А» готовятся ко всем вопросам без разделения между ними, а преподаватель в аудитории определяет, кто из них на какой вопрос будет отвечать.

Для развития практических навыков будущих врачей наиболее целесообразно использовать на практических занятиях метод кейсов. Этот метод позволяет рассматривать различные клинические ситуации, которые не всегда возможно представить наглядно и реалистично из-за отсутствия пациентов с конкретной патологией.

При использовании метода кейсов на медицинском обучении каждая малая группа анализирует свою клиническую ситуацию в соответствии с темой занятия. На первом этапе студенты знакомятся с ситуацией. В процессе ознакомления с ситуацией они должны выделить основную проблему, сформулировать предварительный диагноз, а также записать заболевания для дифференциации (2-3 заболевания). На втором этапе студенты знакомятся с дополнительными теоретическими сведениями о заболеваниях, входящих в ряд дифференциальной диагностики. После ознакомления с теоретической частью определяется предварительный диагноз заболевания и составляется план его обследования. На третьем этапе студенты сообщают предварительный диагноз и запрашивают информацию из дополнительных методов исследования (патопсихология, МРТ, ЭЭГ). После получения новой информации круг различных заболеваний может быть сужен. Все члены группы могут участвовать в обсуждении ситуации. На четвертом этапе разъясняются результаты исследования, и на основании полученной информации ставится окончательный диагноз. Пятый этап – презентация ситуации другим группам, постановка окончательного диагноза и его обоснование (данные жалоб, анамнеза, объективного осмотра). На заключительном этапе преподаватель подводит результаты, обсуждает выступления участников и оценивает учащихся.

Наши исследования показывают, что целенаправленная реализация развития коммуникативной компетентности будущих врачей с

использованием метода работы в малых группах способствует повышению общего уровня профессиональной компетентности.

3. Развивающие игры. В процессе обучения студентов-медиков одним из важнейших вопросов является формирование и развитие практических навыков будущих врачей, связанных с принятием самостоятельных решений и выполнением задач в профессиональной деятельности. Основным источником медицинских знаний являются, прежде всего , сами лица, непосредственно владеющие этими знаниями, а также научная литература, книги и справочники, посвященные проблемам здравоохранения и их решениям.

Эффективное обучение возможно только в атмосфере взаимопонимания , взаимопомощи, соревнования, игры и уважения к индивидуальности каждого ученика. Но эта задача непроста, и справиться с ней может не только хороший специалист, но и человек с высокой нравственной культурой. Для этого необходимы лишь базовые знания медицинской психологии. Ведь в кабинете врача, у постели больного, часто присутствуют три человека: сам пациент, другой человек и врач. Эта троица создаёт условия, при которых с помощью преподавателя возможно освоение медицинских знаний, которые трудно получить в других жизненных ситуациях. Особенность этих отношений заключается в том, что совместное пребывание и взаимопомощь даёт возможность получить медицинскую помощь и даже спасение. Модели таких отношений уже выявлены и внедрены в процесс обучения студентов.

Формы деятельности, обеспечивающие активное участие студентов в образовательном процессе, существенно повышают обоснованность знаний и индивидуальную ответственность каждого студента за результаты учебной работы. Эти формы занимают особое место в образовательном процессе. Эти задачи успешно решаются с использованием технологии игровых методов обучения.

Игра только на первый взгляд кажется беззаботной и лёгкой. Но на самом деле она требует от игрока максимальной отдачи энергии, ума, упорства и самостоятельности.

Кажется, что игра проста в освоении, но на самом деле это не так. Ведь чтобы применить её на практике, игроку необходимо максимально использовать всю свою физическую и умственную энергию, выносливость и самостоятельность.

Образовательные игры в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей служат средством моделирования и переживания различных условий профессиональной деятельности посредством поиска новых способов и средств их реализации. Эти игры охватывают различные аспекты человеческой деятельности и социального взаимодействия. Игровой метод обучения также является эффективным и действенным, поскольку он стирает разрыв между абстрактными темами образования и практическими реалиями профессиональной деятельности. Его использование помогает студентам лучше адаптироваться к реальным ситуациям в медицинской сфере.

4. Общие задачи обучающих игр для развитие коммуникативной компетентности у будущих врачей можно описать следующим образом:

– Предоставлять студентам возможность работать в практической интеллектуальной среде, соответствующей профессиональной деятельности врача, для диагностики и лечения заболеваний превосходным и эффективным способом.

– Создать для участников динамичную, сповторяющуюся и точную картину правильных и неправильных действий и решений, устанавливая полезную и познавательную связь между реальностью и действием.

– Включить образовательную ответственность, чтобы будущие услуги могли способствовать формированию и укреплению профессиональных

линий, безопасных для медицинских работников и отвечающих их социальной среде.

– По сути, это помогает преподавателю или врачу проводить дифференциальную диагностику в сложных условиях, используя оптимальные и адекватные методы лечения пациентов.

– Создание эффективной психологической среды общения, которая является основополагающей и важной для врачей, пациентов и медицинских коллег в процессе лечения и диагностики.

– Исследования стресса на работе следует проводить на ранних стадиях, а систематизацию экономически эффективных практик следует осуществлять постоянно с точки зрения мобилизации и подготовки медицинской науки и работы с болью, тестирования и оказания помощи.

– Эффективно осуществлять функции участкового врача не только в поликлиниках, отделениях, учебных заведениях, но и в первичной медико-санитарной сети - амбулаторно-поликлинических учреждениях и отделениях скорой медицинской помощи;

– Как основа для руководства профессиональной подготовкой, которая служит барьером на пути к постели больного, именно профессионально подготовленные студенты с способны воспринимать информацию от пациента.

Например, на кафедре акушерства и гинекологии Таджикского национального университета и Таджикского медико-социального института реализуются следующие обучающие игры:

1. «Алгоритм иммунного ответа» Каждому члену группы выдаётся специальный символ (в виде значка, ленты и т. д.). Они называются примерно так: антиген, антитело, макрофаг, комплемент, CD4, CD8, плазматические клетки и т. д. Студентам предлагается смоделировать реакцию на антиген и завершить тему, с ледуя определённым инструкциям.

2. «Определите тип комы». Каждый студент достаёт листок бумаги с названием одной из ком (кетоацидозная, анемическая, уремическая, гиперосмолярная и т.д.), название которой известно только ему. Затем, используя определённый сценарий, студент пытается познакомить студентов с особенностями комы и способами её лечения. Группа в сопровождении преподавателя задаёт вопросы, пытаясь уточнить тип комы и определить способы спасения пациента.

3. «Кто старше?» Студентам предлагается выполнить упражнение, в котором они подробно проанализируют процесс диагностики определенного заболевания, перечислив клинические признаки и тесты, которые связаны друг с другом.

4. «Информационные блоки». Диагноз ставится на основании анамнеза пациента, но информация о нём зачитывается не целиком, а подается в виде отдельных блоков. После прочтения каждого блока студенты анализируют его, обсуждают, и После обсуждения с преподавателем определяется правильный диагноз и алгоритм лечения.

4. Социальные проекты. Социальные проекты — важная форма и метод развития современного общества, включающая в себя комплекс мероприятий и действий, реализация которых способствует решению важных социальных проблем.

Под социально-педагогическим проектированием понимается способность влиять на социальные процессы, явления и условия с помощью педагогических средств. Каждый социально-педагогический проект имеет свою конкретную социальную цель. Он разрабатывается на основе социального прогнозирования и предвидения и направлен на изменение окружающей социальной среды (социальных условий). Такие проекты требуют от участников самоидентификации по отношению к качеству среды.

Основная цель социально-педагогических проектов – инициирование позитивных процессов педагогическими средствами и достижение конструктивных изменений в окружающей социальной среде. В основе

содержания социально-педагогических проектов лежат отношения социального партнерства.

Социально-педагогические проекты могут быть интегрированы в различные сферы жизни общества:

1. Научно-технические – включают проекты, разрабатывающие новые технологии и оказывающие положительное влияние на общество посредством создания изобретений и научных достижений;

2. Образовательная – связанная с чтением лекций, разработкой методик, пособий, обучающих игр и дидактических материалов, направленных на совершенствование процессов обучения и реализацию педагогических стратегий;

3. Защитные права – проведение мероприятий по оказанию помощи людям, находящимся в трудной жизненной ситуации, а также по защите прав животных и обращения с ними в рамках международного права;

4. Образовательная – содействие всестороннему и гармоничному развитию личности, главной целью которой является повышение образовательной и психологической сбалансированности;

5. Благотворительные организации – поддержка людей и групп, живущих за чертой бедности, а также помощь животным в обеспечении им лучших условий жизни;

6. Культурный – понимание важности сохранения культурных традиций и развития различных направлений искусства в целях сохранения национального и ненационального культурного наследия.

Социальное проектирование в процессах развития коммуникативной компетентности будущих врачей включает следующие аспекты:

-имеет социальную значимость и эффективное воздействие на общество;

-способствует производству реальных (но не обязательно материальных) «продуктов», имеющих практическую ценность для подрастающего поколения и обогащающих их личный опыт качественно новыми элементами;

-разработанный, задуманный и реализованный студентом;

-в ходе которого студентов вступает в конструктивные отношения с окружающей средой, взрослой культурой и обществом;

-В этом процессе формируются и развиваются социальные навыки учащегося.

Этапы разработки социального проекта можно оценить следующим образом:

1. Определение объекта проекта .

2. Уточните цели и задачи проекта .

3. Разработка содержания реализации проекта .

4. Определить бюджет, необходимый для реализации проекта .

5. Определить ресурсы и инструменты, необходимые для реализации проекта .

5. Интерактивная лекция. Интерактивная лекция – это инновационная форма организации образовательного процесса, в которой обеспечивается активное участие студентов, а процесс усвоения материала обогащается дискуссией и взаимным сотрудничеством. В этом подходе роль преподавателя выражается не как единственного источника знаний, а как посредника и координатора дискуссии.

Ключевые особенности интерактивной лекции:

- лекция носит интерактивный характер, побуждая аудиторию к обсуждению и размышлению по теме и даже требуя от нее активного участия;

- также лекция предполагает предоставление преподавателем новой информации;

- в отличие от традиционной лекции, интерактивный формат вовлекает студентов в активную обработку информации и постоянное общение;

- в интерактивной лекции процесс обучения является двусторонним и предполагает постоянную обратную связь как со стороны преподавателя, так и со стороны аудитории;

- преподаватель эффективно управляет уровнем взаимодействия между студентами;

- информация, представленная в рамках интерактивной лекции, активно обрабатывается и способствует длительному сохранению в памяти.

Интерактивные лекции помогают развивать навыки критического и аналитического мышления и закрепляют следующие процессы:

– создание активной среды участия и взаимного сотрудничества;

– повысить интерес и мотивацию студентов;

– поощрение сложного и творческого мышления посредством анализа, синтеза и оценки материала;

– обеспечение эффективного сотрудничества преподавателей и студентов;

– повышение чувства интеллектуального удовлетворения как у учащихся, так и у преподавателей.

Интерактивные лекции — это не только эффективный инструмент обучения, но и современная методика, которая выводит эффективность процесса обучения на новый уровень за счет интеграции информации, диалога и анализа.

6. Студент в роли учителя. Одним из наиболее эффективных способов укрепления уверенности студентов в себе, формирования базовых навыков планирования уроков, подбора учебных материалов, повышения ответственности будущих специалистов является вовлечение студентов в педагогическую деятельность по профильным предметам. Для реализации этого подхода в образовательных программах выделяются определённые часы.

Суть метода заключается в том, что ученик под руководством преподавателя разрабатывает и проводит фрагмент урока продолжительностью 20–30 минут. В ходе этого процесса он может

закрепить полученные знания, отточить навыки говорения, подготовить пояснения к тексту, аудио- или видеоматериалам, провести обучающие игры, а также объяснить новые грамматические и языковые понятия.

Данный метод не только способствует совершенствованию коммуникативных и профессиональных навыков будущих врачей и педагогов, но и укрепляет важные аспекты саморазвития и самостоятельности студентов. Хотя может показаться, что преподаватель перекладывает часть своей ответственности на студента, на самом деле этот процесс способствует повышению его квалификации. Важно, чтобы подготовка студента к занятию, его ход и итоговый анализ проходили под строгим контролем преподавателя. При этом данный метод не следует использовать на всех занятиях, а применять с учётом его актуальности и эффективности.

Правильное использование данного метода даёт существенные результаты, в частности, способствует укреплению ответственности и самостоятельности студента, его дальнейшему профессиональному развитию, повышению уровня активного участия студентов в образовательном процессе, усилению эффективного сотрудничества преподавателей и студентов.

Одним из важных преимуществ данного метода является то, что компетентностная модель современного образования, реализуемая в отечественной системе образования, имеет ряд структурных недостатков. В частности, одной из её проблем является зависимость компетенций от отдельных предметов, что приводит к непониманию студентами профессиональной миссии педагога. В то время как в международных моделях распределение компетенций ориентировано как на общепедагогические группы, так и на профильные направления.

Подключение студентов к роли преподавателей конкретных предметов — это не только эффективный подход к углубленному изучению учебного

материала, но и действенный способ укрепления профессиональных и социальных навыков будущих специалистов.

7. Каждый кого-то учит. Метод «Каждый учит кого-то» — это эффективный подход к активному обучению, способствующий сотрудничеству учащихся. В рамках этого метода учащиеся взаимодействуют, обмениваются информацией, совместно решают проблемы, сталкиваются с реальными ситуациями и оценивают свои действия и действия своих сверстников. Этот процесс погружает их в реальную профессиональную среду сотрудничества, необходимую для развития аналитических и стратегических навыков.

Данный метод лежит в основе интерактивных методов обучения, позволяя адаптировать процесс обучения к индивидуальным особенностям обучающихся. При этом он активно вовлекает в образовательный процесс всех участников – преподавателей и студентов. В основе обучения в интерактивном режиме лежат принципы диалога, сотрудничества и активного участия.

Метод «Каждый учит кого-то» можно использовать при изучении нового материала или обобщении ключевых концепций и идей. Суть метода заключается в том, что учащиеся обучают друг друга, чередуясь в парах. Взаимное обучение — один из самых эффективных способов обучения, способствующий следующим аспектам:

-Объяснение сложного материала– учащиеся развивают навыки объяснения сложных понятий;

-Развитие важных навыков общения– задавать вопросы, слушать друг друга и обмениваться информацией точно и ясно;

- Растущий интерес к теме– учащиеся могут просмотреть общую картину учебного материала, задать дополнительные вопросы и сформулировать поиск ответов;

- Активизация участия студентов в процессе обучения– у них есть возможность делиться знаниями друг с другом и вносить вклад в улучшение и углубление своих знаний.

Этот метод помогает вовлечь студентов в процесс обучения и развить их профессиональные навыки, делая учебную среду эффективной и увлекательной. Он важен не только для усвоения знаний, но и для развития самостоятельного мышления, критической оценки и навыков сотрудничества в профессиональной среде.

8. Анализ и использование видео- и аудиоматериалов в образовательном процессе. Использование видео- и аудиоматериалов в процессе формирования коммуникативной компетентности будущих врачей позволяет значительно активизировать этот процесс и повысить активность участников. Применение интерактивных технологий, в том числе компьютерных систем тестирования, диагностических и контрольных средств, способствует оптимизации работы преподавателей и дает возможность максимально точно оценить уровень знаний и умений студентов при минимальных временных затратах. Также применение данных методов способствует развитию аналитического мышления, усилению внимания, формированию навыков системной и эффективной работы.

В образовательном процессе, особенно при изучении вопросов снижения риска стихийных бедствий, могут быть использованы различные виды видеоматериалов, включая документальные и художественные фильмы, а также их важные фрагменты. Эти наглядные материалы могут применяться на разных этапах урока и обучения в зависимости от цели и содержания программы. Важно, чтобы они были не просто дополнительным инструментом, а стали ключевым компонентом интерактивного подхода к обучению.

Для повышения эффективности обучения рекомендуется задать аудитории 3–5 ключевых вопросов перед показом фильма. Это поможет

сконцентрировать внимание аудитории, заинтересовать её и глубже проанализировать материал. Кроме того, фильм или видео можно останавливать в определённых моментах и обсуждать, чтобы дать студентам возможность высказать свои мысли и критически мыслить.

Внедрение метода анализа и использования видео- и аудиоматериалов обеспечивает Современный и инновационный подход к обучению, повышает эффективность уроков, вовлеченность учащихся и устойчивость процесса усвоения учебных материалов. Наконец, важно проанализировать результаты совместно с аудиторией, а также систематизировать и интерпретировать полученные выводы.

Интерактивные методы являются неотъемлемой частью образовательного процесса и способствуют развитию познавательной активности обучающихся в соответствии с образовательными целями в различных предметных областях и ситуациях общения. Реализация этих методов осуществляется на основе соответствующих языковых и речевых материалов, учитывающих коммуникативные потребности обучающихся. Использование такого подхода позволяет обучающимся принимать активное участие и играть ключевую роль в формировании образовательного процесса. Данный подход не только развивает коммуникативную компетентность на иностранном языке, но и способствует развитию интеллектуальных способностей и аналитических навыков.

В процессе подготовки будущих врачей интерактивные технологии могут быть реализованы различными способами:

- **обсуждение**(эвристическая беседа, мозговой штурм, метод круглого стола, метод «аквариума», метод «дерева решений», анализ аудио- и видеозаписей);

- игра (метод собеседования, деловая игра, ролевые игры);

- обучение (коммуникативные упражнения, практические занятия в группах и индивидуально).

Внедрение интерактивных методов оптимизирует процесс усвоения языкового материала и способствует повышению уровня коммуникативных навыков будущих врачей.

В системе современных образовательных технологий интерактивные методы играют ключевую роль в развитии коммуникативной компетентности студентов-медиков, в частности:

1. Информационные технологии;
2. Метод проекта ;
3. Реализация междисциплинарных связей;
4. Сотрудничество с представителями разных культур (встречи, совещания, пресс-конференции, онлайн-общение);
5. Участие в международных проектах, конкурсах и викторинах;
6. Усиление познавательной деятельности учащихся;
7. Сравнительный анализ языков и культур.

Для внедрения интерактивных методов в образование необходимо использовать различные образовательные ресурсы, в том числе:

- учебники и учебные пособия, которые считаются основным источником информации для самостоятельного изучения и повторения материала;

- справочная литература, закрепляющая у студентов навыки использования научной литературы;

- набор проблем и задач которые позволяют учителю эффективно представлять индивидуальные и групповые задания учащимся;

- тесты, которые дают возможность объективной оценки знаний и умений студентов;

- естественные наглядные пособия, которые позволяют четко понимать структуру, характеристики и качества учебных объектов;

- наглядные средства (плакаты, таблицы, схемы, фотографии), представляющие информацию в графической, числовой и схематической форме;

- модели, которые знакомят студентов с профессиональными реалиями;

- образовательные компьютерные программы, являющиеся средством управления образовательным процессом и самостоятельным источником информации;

- Диафильмы и аудиовизуальные материалы, позволяющие разработать систему, соответствующую логике изучения учебных материалов.

С учётом современных образовательных процессов использование интерактивных методов не только укрепляет коммуникативную компетентность студентов-медиков, но и повышает скорость усвоения знаний, интеллектуальную активность и аналитические навыки. Такой подход значительно повышает эффективность обучения и стимулирует студентов к самостоятельной и творческой деятельности.

3.2. Характеристика педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами интерактивных методов обучения

Педагогические условия играют решающую роль как важный фактор реализации образовательного процесса, создание которых осуществляется посредством целенаправленного и последовательного отбора и реализации.

Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения позволяет работать со студентами разных уровней образования и достигать высоких результатов. Поэтому на основе анализа специальной научной литературы необходимо четко и подробно разъяснить содержание понятия «педагогические условия».

В педагогике понятие «педагогические условия» определяется как совокупность факторов и мер, определяющих эффективность образовательной системы. Исследования таких учёных, как А.С. Белкин, Л.П. Качалова, Е.В. Коротаева и Л.М. Яковлева, показывают, что педагогические условия можно рассматривать как благоприятную среду

обучения, комплекс мер в образовательном процессе, важный фактор интеллектуального и познавательного развития обучающихся.

В научной литературе понятие «ситуация» трактуется следующим образом:

1. Условие, от которого зависит процесс или событие;
2. Совокупность правил, применяемых в различных сферах жизни и деятельности;
3. Среда, в которой происходит явление [125, с. 588].

С философской точки зрения понятие «педагогические условия» связано с отношением объекта к явлениям окружающей его среды, без которых он не может существовать: «то, от чего (условно) зависит что-либо другое; существенная часть множества вещей (вещей, их состояния, взаимодействия), из существования которой необходимо вытекает существование данного явления» [167, с. 707]. В этом контексте под ними понимается совокупность факторов, обеспечивающих существование, развитие и становление образовательных процессов.

В психологии это понятие связывают с психологическим развитием человека, развивающимся под влиянием внутренних и внешних факторов и влияющим на динамику развития и его конечные результаты [122, с. 270].

Таким образом, результаты комплексного анализа позволяют оценить понятие «условия» как общенаучное понятие, а его сущность в педагогическом аспекте можно описать следующим образом:

- как совокупность факторов, среды и элементов, необходимых для образования и воспитания;
- как средство воздействия на образовательный процесс и развитие личности;
- как мотивирующий или тормозящий фактор в процессах развития и воспитания, а также влияющийк их динамике и конечным результатам.

Педагогическая ситуация – это внешняя среда и важный фактор, влияющий на процесс обучения, который формируется учителем по определённому замыслу, но не гарантирует точного результата этого процесса. Как педагогическое средство, условия (точнее, система условий) специально создаются и формируются учителем для воздействия на процесс. Однако, в отличие от средства, условие не предполагает столь строгой детерминации результата [56, с. 127].

Н. Борытко определяет педагогическую ситуацию как внешнюю среду, оказывающую существенное влияние на процесс обучения и целенаправленно формируемую учителем для достижения желаемых результатов. В.И. Андреев подчеркивает, что педагогические условия являются результатом целенаправленного отбора и реализации содержательных, методических и организационных элементов образования, способствующих достижению образовательных целей [11, с. 19].

По мнению М. Сипро, комплексная модель образования должна позволять использовать минимальное количество образовательных средств, обеспечивающих эффективность развития личности [175, с. 71].

В. В. Сериков рассматривает развитие педагогических условий как совокупность стадий развития ситуации с гуманистической точки зрения [144, с.42].

Е.А. Ганин характеризует педагогические условия как совокупность взаимосвязанных и необходимых факторов организации процесса обучения и воспитания посредством современных информационных технологий. Он подчёркивает, что создание педагогических условий тесно связано с психолого-педагогическими факторами. Психологические аспекты этого процесса направлены на изучение внутренних особенностей личности и их моделирование.

Таким образом, педагогические условия в системе образования рассматриваются не только как важный влияющий фактор, но и как среда,

обеспечивающая эффективность образовательного процесса, способствующая развитию личности и формированию профессиональных навыков.

Педагогические условия формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения на принципах:

1. Человечество, что предполагает переход от ограниченно профессионального подхода к развитию человеческих, интеллектуальных, духовных и профессиональных качеств личности врача;

2. Сохранение профессиональных культурных традиций, целью которого является признание и формирование культурных ценностей медицинской сферы;

3. Индивидуальное направление, которая учитывает индивидуальные, личностные и профессиональные характеристики студентов-медиков;

4. Органическая связьмежду образовательной, научной и профессионально-практической сферами медицинского вуза;

5. Единство природной и культурной гармонии, включающая в себя гармонию природных и культурных аспектов;

6. Построение ответственности для саморазвития, осознания последствий неправильного и негативного поведения и действий;

7. Целостность и сильная связьмежду учебным процессом и внеучебной деятельностью студентов, которые являются ключевыми элементами педагогической системы медицинского вуза.

В нашем исследовании педагогические условия развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения определяются следующим образом:

Первые педагогические условия. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения заключается в создании профессиональной образовательной среды, обеспечивающей включение студентов в различные виды

деятельности и на этой основе развитие необходимых личностных качеств в профессиональном плане.

Окружающая среда играет важную роль в процессе обучения и воспитания человека, его становления и развития. Осознание этого факта способствовало появлению в отечественной науке в первой третьей половине XX века «экологической педагогики». Она сформировалась Во многом благодаря деятельности русского педагога-исследователя С.Т. Шацкого, которого, с точки зрения Ю.Мануйлова, считают автором термина «экологическая педагогика». В отечественной педагогике представление о среде определяли К.Д. Ушинский, Л.Н. Толстой, П.Ф. Лесгафт. Теоретические и практические вопросы экологической педагогики отражены в трудах В.Г. Бочарова, В. Караковского, Л.Н. Когана, А.В. Мудрика, Л.Н. Новиковой, Н.Л. Селивановой, В.Ясвина и других отечественных педагогов и учёных. Организационно-функциональные аспекты развивающей среды как условия формирования творческой личности на основе взаимодействия педагогов и учащихся исследованы в практике инновационных школ (В.С. Библер, С.Ю. Курганов, В.А. Караковский, Г.Л. Каспржак, А.Н. Тубельский и др.). Развивающая среда как структурный компонент социально-педагогического проектирования культурно-образовательного пространства представлена в трудах Н.Павлова, В.И. Слободчиковой, С.Чистяковой, В.Батика, Д.Соломона, М.Уотсона и др.

С педагогической точки зрения образовательная среда описывается следующим образом:

- система воздействий и условий формирования личности на основе заданной модели, а также возможности развития самой личности, находящиеся в существующей социальной среде и пространстве [182, с. 104];

- системно организованный комплекс информационного, технического, учебного и методического обеспечения, тесно связанный с личностью как субъектом образовательного процесса [77, с. 43];

- часть информационного пространства, ближайшая информационная среда вне личности, представляет собой совокупность условий, в которых непосредственно протекает деятельность личности [137, с. 20];

- отражение единства социально-культурной и духовной жизни общества и структуры непрерывного образования, фактор систематизации конкретной образовательной системы [86, с. 111].

Внимание к явлениям окружающей среды связано, главным образом, с изучением проблем развития личности и разработкой понятия «ситуация», включающего совокупность факторов, определяющих условия жизнедеятельности человека. Ситуация развития личности рассматривается как выражение особенностей социальной среды личности, в которой изменяется отношение к управлению процессами развития личности и самосознания. Педагогическое сотрудничество формируется не только через предметную деятельность, но и в практически-реальные формы использования. Формируя определённую среду развития личности, в которой реализуются жизненные ситуации и события, мы можем определить важность проблемы проектирования и реализации возможностей образовательной среды, выступающей в качестве средовых условий развития личности. Это особенно важно для изучения возможностей профессиональной среды, в которой оказываются обучающиеся.

Признаками эффективного влияния среды образовательного учреждения на развитие коммуникативной компетентности будущих врачей можно выделить следующие:

1. Поступление студента в образовательное учреждение, функционально-эстетические характеристики которого, возможности профессионального и межличностного общения воспринимаются как привлекательное, субъективно значимое пространство, а опыт пребывания в нем – как чувство привязанности, комфорта, принадлежности к духовному и профессиональному сообществу;

2. Совершенство вхождения в окружающую среду, нахождение возможностей для самореализации в образовательной, информационной и профессиональной сферах вуза, а также в сфере межличностного общения на различных уровнях - от эпизодических партнерских отношений до дружбы и любви;

3. Формирование и определение устойчивого круга взаимодействия – лаборатории, секции, клуба, «команды», который выступает своего рода референтной группой и обеспечивает корректное неформальное творческое общение;

4. Отношение к среде образовательного учреждения как к источнику дополнительного профессионального и личностного опыта, наличие которого в определенной мере «достраивает» добросовестное образование.

Учитывая динамику образовательной среды, исследования восприятия студентами образовательной среды медицинского вуза и кафедр медицинских и биологических наук должны проводиться регулярно, чтобы учитывать изменения в ее развитии.

В ходе нашего исследования были выявлены особенности образовательной среды медицинского вуза, которые складываются из следующих факторов:

- Специализированный профессиональный язык, понятийные системы и терминология профессионального общения;

- Этика и деонтология, которые укрепляются Во взаимодействии с образовательным процессом на всех этапах и формированием отношения к пациенту как к самостоятельной личности.

Суть работы заключается в том, что образовательная деятельность осуществляется не только в учебных корпусах высших учебных заведений, но и в медицинских учреждениях, а среда медицинских учреждений постоянно интегрируется в университетскую среду.

Образовательная среда медицинского вуза – это сложное, многогранное и многофакторное педагогическое явление. Она функционирует как интегративное целое, имеющее три уровня структурной организации:

1) динамическая целостность, направленная на взаимную интеграцию пространственных связей архитектурной, материально-технической, социокультурной (гуманитарной), информационно-педагогической сред;

2) совокупность компонентов, построенных по концентрическому принципу, включающую образовательную среду кафедры, факультета, секции, группы и среду лечебного учреждения;

3) духовная общность, возникающая Во взаимосвязи и межсубъектности и способствующая профессиональному и личностному развитию будущего врача, для описания которой предложены качественные показатели.

Таким образом, на формирование коммуникативной компетентности будущих врачей огромное влияние оказывает среда, в которой живет и развивается человек, которая включает в себя социальные, материальные и духовные условия (макросреду и микросреду).

Педагогизация медицинской сферы является одним из важнейших условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей, что создаёт благоприятные условия для развития профессиональной личности и самосознания. Образование молодёжи должно быть направлено на формирование гуманной и активной личности, обладающей глубоким пониманием гражданского долга, трудолюбия, ответственности, профессиональной культурой и гуманизмом, а также самобытной культурой.

Важны отношения с другими людьми, поиск ценностей и норм в жизни. В результате самоопределения личность создаёт свой ценностно-смысловой круг, или субъективное пространство. Синергетические идеи понимают процесс образования и воспитания не только как внешнюю целостность, но и как единство, возникающее изнутри. В образовательной деятельности учитель не только демонстрирует готовые модели и нравственно-духовную культуру, но и создаёт и развивает их совместно с учеником. Совместный

поиск ценностей, норм и законов жизни, их изучение в конкретных видах деятельности и общения составляют содержание образовательного процесса.

Второе педагогическое условие. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения способствует ориентации в целях и задачах, а также использованию этих методов для развития коммуникативной компетентности врачей, направленных на повышение качества их профессионального мастерства.

Профессиональная подготовка будущих врачей зависит от всестороннего теоретического и клинического образования, которое напрямую связано со знаниями и умениями студентов в области медицины. Вместе с тем преподаватели клинических кафедр часто сталкиваются с проблемой недостаточного уровня начальной подготовки студентов, основными причинами которой являются слабая подготовка будущих врачей к занятиям, большой объём учебного материала и ограниченность времени на его освоение.

Интерактивное обучение — это образовательный подход, основанный, прежде всего , на активном сотрудничестве и обмене знаниями. Концепция «интерактивного обучения» основана на следующих моделях взаимодействия: учитель — ученик, ученик — учитель.

Интерактивный метод в образовании – это использование специальных форм познавательной деятельности, позволяющее обеспечить эффективность образования и его высокое качество [18, с. 49].

«Развивающийся характер современного дискурса и мышления требует, чтобы в теоретических дискуссиях и любой деятельности, включая образовательную, к участникам относились как к “другим умам”, с существованием различных “взглядов” и полноценного противостояния, которые действительно ценны и необходимы друг другу. Интерактивная деятельность в классе направлена на формирование и развитие двустороннего диалогического общения» [94, с. 66].

Однако интерактивное обучение происходит не только в классе, но и в образовательной среде, где учащиеся приобретают опыт посредством непосредственного взаимодействия с преподавателем или другими учащимися. В этом контексте особое место занимает дидактическая природа образовательных средств, которая анализируется с точки зрения взаимодействия субъектов и образовательного процесса. Этот компонент также проявляется в случае взаимодействия человека и компьютера, с внедрением в сферу образования образовательных средств и информационно-коммуникационных технологий, обеспечивая успешность обучения. Взаимодействие в полной мере реализуется в рамках современных интерактивных технологий, способных обеспечить мгновенную обратную связь и представить большой объем аудиовизуальной информации с соответствующим обоснованием.

Таким образом, Современный педагогический процесс развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения должен осуществляться с учетом возможностей современных информационных технологий и быть направленным на формирование эрудированной, всесторонне развитой личности, способной к образовательной деятельности. Постоянное обновление научных знаний, профессиональное совершенствование и адаптация к социальным изменениям в обществе - сфере культуры, системе управления и организации труда в условиях рыночной экономики предъявляют важные требования. По мнению М.Б. Мусохрановой, «образовательный процесс, с акцентом на овладение иностранными языками, развивает мышление, память, речевые способности, совершенствует слуховые, зрительные, речевое прогнозирование, волевые навыки в общих способах речевой деятельности с использованием анализа, синтеза, сравнения и обобщения» [116].

Третье педагогическое условие. Включение будущих врачей в коммуникативно-познавательную деятельность является важным и третьим педагогическим условием формирования коммуникативной компетентности, которое обеспечивается посредством интерактивных методов обучения.

В процессе обучения в университете студенты сталкиваются со многими трудностями, в том числе с пониманием большого объёма специализированных текстов по своей специальности. Они сталкиваются с интеллектуальными и смысловыми требованиями, необходимыми врачам для дифференциации и группировки информации в тексте, а также для построения монологов в правильной последовательности, обладающих высокой коммуникативной грамотностью и содержательностью. Решение этих проблем начинается с недостаточного словарного запаса студентов, отсутствия у них умения выражать и грамотно подбирать грамматические и логические конструкции речи. Комплекс учебно-методических материалов, разработанных для обучения связной речи с учётом коммуникативного и когнитивного подходов, способствует преодолению указанных проблем.

В условиях медицинского вуза для вовлечения будущих врачей в коммуникативно-познавательную деятельность возможна реализация следующих заданий: выявление общих черт в строении скелета (костей) и мышц, связь гигиенических аспектов жизни и профилактики заболеваний, зависимость среды обитания микроорганизмов от течения заболевания. Такие задания ориентируют студентов на исследование, доказательство и обоснование выдвинутых предположений.

Для добровольного и без принуждения включения в коммуникативно-познавательную деятельность урок следует организовывать с использованием деловых игр, создающих ситуации живого общения, с целью развития познавательной активности и повышения интереса. Игровые методы обучения, создающие ситуации живого общения, способствуют формированию формальных отношений между преподавателем и студентами

в творческой форме деятельности. Формальные игры создают анализ будущей профессиональной деятельности специалиста на примерах. Игра позволяет осуществлять пошаговое развитие в процессе игрового взаимодействия, показывать студентам новые способы ориентации в жизни. В результате студенты примеряют на себя роль врача, пациента и других участников профессионального процесса, анализируют информацию и находят решения.

При этом учащиеся сталкиваются с целым рядом различных правил, которые они должны понять, принять и соблюдать. Игра способствует углублению и поддержанию внимания учащегося к изучаемому материалу. Таким образом, игра позволяет учащемуся перейти от пассивной позиции к активной и осознанной, что, в свою очередь, повышает познавательную активность учащихся, позволяя им воспринимать и усваивать большой объём информации.

Работа со словарём даёт значительные возможности для включения будущих врачей в коммуникативно-познавательную деятельность. Правильная и организованная работа над значением и употреблением новых для студентов или недостаточно усвоенных ими слов расширяет их когнитивный стиль. Формирование умения осознавать системную связь между лексическими значениями слов, и работа с терминологией положительно влияет на развитие их восприятия и правильного употребления.

Для обучения студентов профессиональному медицинскому общению необходимо систематически формировать знания и умения, необходимые для осуществления коммуникации на уровне «врач-пациент». С этой точки зрения, для врача особое научное и практическое значение имеют глубокое знание терминологических словарей, распознавание синонимических отношений и особенностей их употребления.

Четвертое педагогическое условие. Закладывает основу формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения, направленных на развитие и совершенствование коммуникативного, интерактивного, когнитивного, профессионального и поведенческого блоков общения будущих врачей.

Коммуникативные знания – это знания о природе коммуникации, её типах, этапах и формах развития. Эти знания фокусируются на том, какие существуют методы и приёмы коммуникации, каково их воздействие, в какой форме и в какой степени проявляются возможности и ограничения каждого метода. Они также определяют, какие методы эффективны для разных людей и в разных ситуациях.

Эта область сосредоточена на изучении уровня развития конкретных коммуникативных навыков и определении эффективности методов в личной практике, а также на определении наиболее и наименее эффективных методов. Коммуникативные навыки включают в себя детальное умение структурировать тексты сообщений, владение речью, способность координировать явления, способность воспринимать и анализировать мысли, преодолевать коммуникативные барьеры и другие качества и умения.

Выделяются группы интерактивных умений: умение строить общение на гуманной, демократической основе, инициировать благоприятную эмоционально-психологическую атмосферу, умение саморегулировать и организовывать эффективное сотрудничество, руководствоваться принципами и правилами профессиональной этики, уметь внимательно слушать и другие умения, связанные с развитием коммуникации.

Группа социально-когнитивных навыков связана со способностью правильно и глубоко понимать поведение собеседника в общении, оценивать отношение и распознавать ситуации, желания и мотивы поведения, а также со способностью осознанно распознавать невербальную коммуникацию. Она также подразумевает создание и формирование адекватного и

благоприятного образа другого человека, а также создание положительного впечатления для установления эффективных отношений в ощении.

Интерактивное общение – это процесс взаимодействия между собеседниками, предполагающий обмен информацией в ходе общения. Эта информация выражается не только в форме речи, но и в действиях и поступках. Интерактивное общение больше похоже на деятельность, направленную на достижение общих целей группы и получение конкретных результатов. Другими словами, эта форма общения воплощает взаимодействие людей, вовлечённых в процесс общения, для достижения определённых целей и задач.

Интерактивный аспект общения – это условная группа компонентов общения, включающая различные формы взаимодействия индивидов в процессе осуществления совместной деятельности. Другими словами, это процесс взаимодействия, посредством которого субъекты оказывают друг на друга определённые воздействия, не всегда сопровождающиеся обменом информацией или эмоциями.

Структура интерактивной коммуникационной части включает следующие части:

- субъекты взаимодействия – индивиды, участвующие в процессе общения;
- связность – отношения и связи, посредством которых сущности соединяются друг с другом;
- взаимодействие – взаимное влияние сущностей друг на друга;
- последствия – результаты взаимодействия для каждого субъекта.

«Древние говорили, что врач редко может вылечить, часто он может облегчить боль, но он всегда должен утешать». Правильный психологический контакт с пациентом способствует более точному сбору анамнеза и более глубокому и полному пониманию пациента. Это позволяет врачу эффективнее и успешнее выполнять свои обязанности. Однако при отсутствии психологического контакта пациент может игнорировать

рекомендации врача, начать заниматься самолечением или обратиться к нетрадиционной медицине.

С точки зрения врача, это неизбежное действие, поскольку он постоянно ограничен Во времени, и если он будет терпеливо и внимательно выслушивать каждого пациента, он не сможет принять всех приходящих клиентов. В результате многолетней практики каждый врач естественным образом вырабатывает свой уникальный стиль взаимодействия с пациентами. Однако важный вопрос заключается в том, всегда ли это взаимодействие эффективно и результативно?

В самом общем смысле коммуникативная компетентность подразумевает формирование и развитие у каждой личности правильных и доступных установок, что зависит от психологического потенциала и возможностей партнеров по общению и проявляется в конкретных ситуациях и поставленных задачах.

В психологии коммуникация рассматривается с трех точек зрения:

1) Общение как основной фактор формирования и развития личности;

2) Коммуникация как специфическое явление, изучаемое с точки зрения причин и следствий;

3) Коммуникация как ключевой инструмент повышения эффективности работы и обучения.

Под когнитивным аспектом коммуникации понимаются процессы взаимного узнавания и исследования партнёрами по общению, а также устранения возникающих в этом контексте недопониманий. Терапевтическая цель, с точки зрения воздействия врача на самосознание пациента, заключается в развитии его способности к осознанной психологической саморегуляции и активной борьбе с болезнью.

Основные стратегии медицинской коммуникации действуют в различных сферах речи и поведения. Одним из основных способов общения врача с пациентом является объяснение. Психологизация в работе врачей также зависит от индивидуальных особенностей пациентов и самого врача,

его личностных качеств, опыта и компетенций. Те методы воздействия и деонтология, которые эффективны для одного врача, могут быть неприемлемы или в той или иной степени нецелесообразны для другого. Это один из важнейших психологических аспектов работы врача. Действительно, не всем врачам по плечу такие задачи, и Поэтому при выборе профессии врача большое значение имеет его профессиональная направленность и соответствие этим целям.

Таким образом, коммуникативная компетентность врача базируется на эмоциональных знаниях и опыте, умении ориентироваться в ситуациях профессионального общения, распознавать мотивы, намерения, поведенческие стратегии и фрустрации партнёров и коллег по общению. Эти способности опираются на глубокое и точное понимание целей и задач коммуникативного процесса.

В зависимости от содержания, формы и задач общения коммуникативная компетентность врача должна охватывать следующие направления:

- компетентность в реализации перцептивных, коммуникативных и интерактивных коммуникативных задач;

- компетентность в реализации субъект-субъектного взаимодействия с партнерами по общению (ее знание важно исходя из типов инструкций, команд, требований и т.п., охватывающих модели субъект-объектного взаимодействия);

- компетентность в решении задач продуктивного и репродуктивного общения;

- компетентность в реализации как поведенческого, операционально-инструментального, так и личностного, глубинного уровней коммуникации.

3.3.Оценка результативности моделей формирования коммуникативных компетенций у будущих врачей с помощью интерактивных методов обучения

Проведено экспериментальное исследование по оценке модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством внедрения интерактивных методов обучения в Таджикском национальном университете и Медико-социальном институте Таджикистана в 2020-2026 учебных годах. В исследовании приняли участие 245 студентов.

Экспериментальная группа, состоящая из 25 студентов, работала по специальной программе, а их коммуникативные процессы осуществлялись с использованием инновационных методов и нетрадиционного обучения.

Контрольная группа, в которую вошли 24 студента, развивала коммуникативную деятельность по индивидуальному выбору, при этом педагогическая помощь оказывалась с использованием традиционных методов.

Цель эксперимента заключалась в создании образовательной среды, способствующей эффективной реализации разработанной модели формирования коммуникативных компетенций будущих врачей посредством интерактивных методов обучения.

Основные цели исследования изложены в следующих пунктах:

- освоение методики обучения и оценка эффективности разработанной модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения;

- изучить особенности формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения и разработать методику оценки эффективности предлагаемой модели;

- формирование стандартов и уровней развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения;

- экспериментальная апробация эффективности разработанной модели повышения коммуникативной компетентности будущих врачей на основе интерактивных методов обучения.

Для реализации поставленных задач исследование проводилось в три этапа:

I этап – констатирующий;

II этап – формирующий;

III этап – контрольный.

I. Констатирующий эксперимент. Цель диагностического этапа:

– Определение критериев и уровней развития коммуникативной компетентности будущих врачей на основе интерактивных методов обучения;

– Оценка исходного уровня развития коммуникативной компетентности в рамках предлагаемой модели.

Задачи диагностического этапа:

- проведение первичной диагностики и апробации эффективности разработанной модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов;

- психолого-педагогический анализ процессов саморегуляции и индивидуальный подбор успешной стратегии развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения;

- обобщение и обработка проанализированных данных.

В рамках диагностического этапа для обеспечения достоверности результатов исследования была применена комплексная аналитическая методика развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения, включающая комплекс следующих методов:

– практическое наблюдение; - анкеты; -экспериментальные испытания; - аналитические интервью; - выполнение индивидуальных заданий.

С целью определения уровня развития коммуникативной компетентности будущих врачей был разработан и реализован диагностический комплекс на основе интерактивных методов обучения.

Начальное развитие коммуникативной компетентности учащихся оценивается на первом этапе посредством группового анализа и диагностики.

Диагностические инструментыразрабатываются в соответствии с критериями формирования коммуникативной компетентности, к которым относятся:

- мотивация-оценка– уровень сформированности оценочного отношения к межкультурному профессиональному общению, проявляющийся в стремлении поддерживать коммуникативную активность специалиста при решении профессиональных вопросов;

- когнитивный– лингвистические знания и понимание социокультурных и языковых особенностей общения для эффективной реализации профессиональных коммуникативных стратегий;

- ориентированный на деятельность– создание практических процессов, направленных на эффективное межкультурное профессиональное сотрудничество, приводящее к развитию коммуникативных навыков;

- рефлексивно-оценочный– умение лично оценивать и анализировать результаты профессионального общения с целью совершенствования полученного опыта.

Этапы развития коммуникативной компетентности будущих врачей (высокий, средний, низкий) соответствуют разным уровням воплощения и реализации его структурно-функциональных элементов и отражают эффективность использования интерактивных методов обучения в различных ситуациях, в том числе в профессиональной среде.

Низкий уровень. Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения характеризуется следующими качественными показателями:

- неспособность понять значение иноязычного общения при выборе адекватных стратегий межличностного и межкультурного взаимодействия;

- неустойчивая или поверхностная мотивация личности к развитию языковых навыков;

- ограниченный охват коммуникативной компетентности;

- способность действовать только в стандартных и стереотипных ситуациях общения;

- неспособность эффективно решать коммуникативные проблемы;

- избегание общения;

- Высокий уровень фрустрации и тревожности Во время общения.

Средний уровень. Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения характеризуется следующими особенностями:

- глубокое понимание важности коммуникативной компетентностив развитии эффективной коммуникации и профессионального и личностного развития;

- достаточный уровень теоретической подготовкив контексте межкультурной коммуникации и применения полученных знаний;

- положительная динамика формированияи постоянное совершенствование навыков общения;

-умение применять коммуникативную компетентность адаптированы к различным целям и контекстам общения;

- способность освобождаться от стандартных форми решение коммуникативных задач со средним уровнем эффективности;

- умение анализировать и оценивать уровень развития своей и чужой коммуникативной компетентности.

Высокий уровень. Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения характеризуется следующими качественными показателями:

- Иметь глубокие языковые навыки как фундаментальное явление межкультурной коммуникации;

- Самовосприятие как носителя языковой культурыи ответственность за отражение его ценностей;

- Комплексное знание языковой картины мираи сознательное расширение этого понимания в индивидуальном сознании;

- Умение самостоятельно анализировать и оценивать личный опыт общенияна иностранном языке;

- Регулярный анализ и оценка коммуникативных процессовс целью их улучшения;

- Свободное и уверенное использование коммуникативной компетенциидля эффективного межкультурного общения и личностного развития;

- Инициативность и проактивность в отношениях,высокая уверенность в общении;

- Способность эффективно решать коммуникационные проблемы и вопросыв разных условиях.

Для определения уровня развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения нами был использован широкий спектр психодиагностических средств, в том числе:

1. Методика «Потребность в общении» Ю. М. Орлова по опроснику указаный на приложение 1 (рис. 2). Обработка результатов диаграмма показывает, что в обеих группах преобладает низкий уровень потребности в общении (50% в контрольной и 52% в экспериментальной). Средний уровень отмечается у 33,3% студентов контрольной группы и 28% экспериментальной. Высокий уровень встречается реже, однако в экспериментальной группе он несколько выше (20%), чем в контрольной (16,7%). Это свидетельствует о недостаточной сформированности

коммуникативной компетентности у большинства студентов на начальном этапе исследования.



Рисунок 2. Гистограмма уровней сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей по показателю «Потребность в общении» на констатирующем этапе эксперимента

2. Второй этап исследования проводели по тесту «Умеете ли вы выступать?» по опроснику приложение 2, результаты которого приведены на рисунок 3.



Рисунок 3. Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Умеете ли Вы выступать?» в констатирующим этапе эксперимента

Обработка результатов гистограммы «Умеете ли вы выступать?» отражает уровни сформированности коммуникативной компетентности студентов по навыкам публичного выступления. В обеих группах

преобладает низкий уровень (62,5% в контрольной и 60% в экспериментальной группе). Средний уровень наблюдается у 33,3% студентов контрольной группы и 32% экспериментальной. Высокий уровень встречается у незначительного числа обучающихся, однако в экспериментальной группе он выше (8%), чем в контрольной (4,2%).

Это свидетельствует о том, что у большинства студентов на констатирующем этапе недостаточно развиты навыки публичного выступления.

3.Третий этап исследования проводели по тесту «Умеете ли вы вести деловые переговоры?» указанным на приложение 3 (рис.4).



Рисунок 4. Гистограмма уровней сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей по показателю «Умеете ли вы вести деловые переговоры?» на констатирующем этапе эксперимента

Обработка результатов на рисунке 4 показывает, что в обеих группах преобладает средний уровень сформированности навыков ведения деловых переговоров (41,7% в контрольной группе и 48% в экспериментальной). Низкий уровень наблюдается у 37,5% студентов контрольной группы и 40% экспериментальной. Высокий уровень чаще встречается в контрольной группе (20,8%), чем в экспериментальной (12%).

Это свидетельствует о том, что у большинства студентов навыки делового общения развиты на среднем уровне, однако доля студентов с высоким уровнем остаётся сравнительно невысокой.

4. Дальнейший, четвертый этап исследования проводился с использованием тест-тренинга В. Н. Панкратова «Завершим мысль», представленного в приложении 4. Полученные результаты отражены на рисунке 5.

Обработка результатов показала, что низкий уровень сформированности коммуникативной компетентности выявлен у 45,80% испытуемых контрольной группы и у 48% — экспериментальной группы. Средний уровень зафиксирован у 37,50% обучающихся контрольной группы и у 40% — экспериментальной группы. Высокий уровень отмечен у 16,70% респондентов контрольной группы и у 12% — экспериментальной группы.

.



Рисунок 5. Гистограмма уровней сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием методики «Завершим мысль» на констатирующем этапе эксперимента

Сравнительный анализ полученных данных сведительствуето том, что на констатирующем этапе эксперимента различия между контрольной и эксперментальной группами не являются значительными. В оеих группах

преобладает низким и средний уровни сформированности коммуникативной компетентности, при этом доля студентов с высоким уровнем остается относительно небольшой. Незначительно более высокий процент низкого уровня в эксперментальной группе и одновременно, более низкий показатель высокого уровня указывает на сопоставимый исходный уровень развития коммуникативных навыков у участников исследования.

5. Тест «Оценка уровня общительности» В. Ф. Ряховского по приложение 5 (рис.6).

Обработки результатов показывает, что, принимая Во внимание анализ полученных результатов, можно сделать следующий вывод: После окончания эксперимента чуть более четверти участников экспериментальной группы продемонстрировали низкий уровень коммуникативной компетентности. Половина студентов группы достигли среднего уровня коммуникативной компетентности (4–5 уровень).

Участники эксперимента, особенно студенты, проявили больше позитивных социальных качеств: они общительны, уверенно ведут себя в незнакомой обстановке, новые коммуникативные проблемы их не смущают, а, наоборот, возбуждают любопытство и побуждают к приобретению опыта общения. Они внимательно слушают собеседников, спокойно и невозмутимо участвуют в диалоге, без эмоций отстаивают свою точку зрения.

Полученные результаты наглядно демонстрируют, что коммуникативная компетентность будущих врачей еще не достигла достаточного уровня развития. Однако анализ показал, что использование интерактивных методов обучения предоставляет больше возможностей для эффективного формирования коммуникативной компетентности по сравнению с традиционными методами.

Анализ первого этапа эксперимента позволил сделать следующий вывод: студенты экспериментальной и контрольной групп не владеют необходимыми знаниями, умениями и качествами, необходимыми для

развития коммуникативной компетентности, а у большинства из них эти умения находятся на низком уровне.



Рисунок 6. Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Оценка уровня общительности» в констатирующим этапе эксперимента

Этап определения опыта завершен, и следующий этап направлен на экспериментальное исследование обоснованности теоретико-педагогических условий эффективного формирования коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что контрольная и экспериментальная группы находится примерно на одном уровне сформированности коммуникативной компетентности, что позволяет корректно проводить дальнейшей формирующий этап экспермента и оцеивать эффективность внедряемый педагогических воздействий.

Результаты констатирующего этапа выявили низкий уровень развития коммуникативных компетенций студентов по следующим основным компонентам: когнитивному, мотивационно-личностному и деятельностному.

II. Формирующий этап экспермента. Целью данного этапа исследования являлась практическая апробация разработанной модели

формирования коммуникативной компетентности у будущих врачей с применением интерактивных методов обучения.

Для достижения цели были реализованы следующие задачи:

- организация специальных мероприятий по развитию коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения;

- разработка и внедрение спецкурса «Коммуникативная компетентность будущего врача».

В процессе формирующей практики были выявлены оптимальные пути развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения. Для отслеживания динамики развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения проводились промежуточные и контрольные этапы практики, анализировались и корректировались полученные результаты.

Исследование развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения проводилось в экспериментальной группе по разработанной модели и сравнивалось с контрольной группой, обучение которой проводилось по традиционной методике без каких-либо изменений.

В целях оптимизации процесса внедрения модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей разработан и внедрен специальный курс «Коммуникативная компетентность будущих врачей». Разработана учебная программа данного курса и определен механизм его реализации.

Программа «Коммуникативная компетентность будущего врача».

Цель программы Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения.

Задачи программы:

- расширение возможностей установления и поддержания контакта в коммуникативных ситуациях в целях дальнейшего развития общения;

- поощрять и развивать навыки, необходимые для понимания мнения других и улучшения межличностных отношений;

- освоение полезных навыков восприятия информации на слух и ее анализа в процессе общения;

- стимулирование процесса самосознания и организация деятельности по укреплению личностных возможностей;

- расширение возможностей творчества и инноваций в личной и профессиональной среде.

Количество участников: 25 студентов.

Временные возможности программы: 34 часа занятий, каждое продолжительностью 90 минут.

Формы групповой работы:

– Фронтальная работа; - Работа в подгруппах (3-4 человека); -Работа в дебатах; - Индивидуальная работа.

Методы работы с группой:

– беседа - обсуждение; - ролевые упражнения (игры и умственные упражнения, ролевые игры).

Ожидаемые результаты:

- Реализация образовательной программы позволяет анализировать социально-психологическое состояние коллектива с использованием ключевых показателей здоровья коллег;

- Выявление потенциальных причин психических заболеваний, снятие симптомов усталости и профилактика эмоционального стресса;

- Расширить знания участников о способах профилактики или устранения негативных индивидуально-психологических состояний и эмоционального напряжения;

- Формирование основ осознанных взаимоотношений и создание системы социально-психологической поддержки в коллективе.

Кроме того, с целью выяснения уровня развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения по тематики указанным на таблице 11 были проведены занятия со студентами экспериментальных групп с использованием следующих инструментов:

1. Творческая деятельность.
2. Работайте в малых группах.
3. Развивающие игры.
4. Ролевые игры.
5. Официальные игры.
6. Развивающие игры.
7. Использование государственных ресурсов.
8. Вызов специалиста.
9. Социальные проекты.
10. Соревнования.
11. Изучайте и закрепляйте новые информационные материалы.
12. Интерактивная лекция.
13. Студент в роли учителя.
14. Работа с визуальными инструментами.
15. Все учат в сех.
16. Использование и анализ видео- и аудиоматериалов;
17. Практическое задание с использованием кейс-метода, анализ ситуаций из опыта участника;
18. Работа с документами.
19. Подача документов.
20. Письменная работа, доказывающая вашу позицию.
21. Обсуждение сложных и спорных вопросов.

Таблица 11. Тематический план спецкурса «Коммуникативная компетентность будущего врача»

№	Имя субъекта	Лекция	Семинар

1	Умение уделять и получать внимание. Реагирование на справедливую критику.	2	
2	Умение просить помощи у сверстников. Умение проявлять сочувствие и поддержку.		2
3	Способность получать сочувствие и поддержку. Способность устанавливать связь.	2	
4	Коммуникативная компетентность и перспективы развития межкультурной коммуникации		2
5	Основы теории межкультурный и коммуникативные навыки	2	
6	Коммуникативная компетентность и культурное многообразие восприятия реальности	2	
7	Методы развития отношений, основанных на компетенциях		2
8	Круглый стол и его методология	2	
9	Роль трудовых игр в повышении квалификации учителей		2
10	Методы организации обсуждения	2	
11	Невербальное общение (действие и пространство)		2
12	Методы активного и пассивного слушания	2	
13	Принципы обучения навыкам общения		2
14	Методы проведения интервью.	2	
15	Активное слушание		2
16	Методы допроса.	2	
17	Методы светской беседы		2
Общий:		18	16

III. Контрольный эксперимент. Для оценки эффективности разработанной модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения нами был проведен контролируемый эксперимент. Результаты опытно-педагогической работы по развитию коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения показали эффективность процесса обучения.

В ходе экспериментальной работы, с учетом выявленных противоречий и на основе опыта, определившего переход, был проведен контрольный эксперимент. Его основной целью стала объективная оценка использования

интерактивных методов обучения в формировании коммуникативной компетентности будущих врачей. Экспериментальная работа проводилась по руководство специалистов. При проведении контрольного эксперимента использовались те же методы, что и в пилотном эксперименте, так как требовалась точность и достоверность измерения постоянных показателей.

1.Методика «Потребность в общении» Ю. М. Орлова

Обработка результатов показывает повышенности высокий уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей от 20% до 60% в экспериментальной группе.



Рисунок 7. ***Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Потребность в общении» в контрольном этапе эксперимента***

2. Результаты по данным тестам «Умеете ли вы выступать?» приведены на рисунке. 8. Обработка результатов показывает, что уровни сформированности коммуникативной компетенции (низкий, средний, высокий) у будущих врачей на контрольном этапе, с разбивкой на контрольную и экспериментальную группы.

Контрольная группа: После констатирующего этапа: низкий — 62,5%, средний — 33,3%, высокий — 4,2%. После контрольного этапа: низкий — 29,2%, средний — 41,7%, высокий — 29,2%.

Экспериментальная группа: После констатирующего этапа: низкий — 60%, средний — 32%, высокий — 8%. После контрольного этапа: низкий — 12%, средний — 32%, высокий — 56%.

Итого, в экспериментальной группе наблюдается более выраженная положительная динамика: значительно снизилась доля студентов с низким уровнем (с 60% до 12%) и существенно выросла доля с высоким уровнем (с 8% до 56%). В контрольной группе изменения тоже есть, но они менее значительны. Это свидетельствует об эффективности применённых педагогических методов в экспериментальной группе.



Рисунок 8. Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Умеете ли Вы выступать?» в контрольном этапе эксперимента

3.Тест «Умеете ли вы вести деловые переговоры?». На рисунок 9 представлены результаты по уровню коммуникативной компетентности будущих врачей по тесту «Умеете ли вы вести деловые переговоры?» на контрольном этапе с сопоставлением контрольной и экспериментальной групп. Результаты контрольная группа показывает:

- Констатирующий этап: низкий - 37,5%, средний - 41,7%, высокий - 20,8%.
- Контрольный этап: низкий — 25%, средний — 45,8%, высокий — 29,2%.

Экспериментальная группа:

- Констатирующий этап: низкий — 40%, средний — 48%, высокий — 12%.
- Контрольный этап: низкий — 4%, средний — 32%, высокий — 64%.

Итого, в экспериментальной группе наблюдается выраженная положительная динамика: доля студентов с низким уровнем резко снизилась (с 40% до 4%), а с высоким уровнем — существенно выросла (с 12% до 64%). В контрольной группе также есть улучшения, однако они менее значительны (умеренное снижение низкого уровня и рост высокого).

Это подтверждает эффективность внедрённых педагогических условий и методов формирования коммуникативной компетентности, особенно в аспекте ведения деловых переговоров.



Рисунок 9. Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Умеете ли вы вести деловые переговоры?» в контрольном этапе эксперимента

4.Тест-тренинг «Завершим мысль» ***(В.Н. Панкратов).*** На рисунок 10 представлены уровни сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей по методике «Завершим мысль» на контрольном этапе эксперимента. Обработка результатов показывает, что:

Контрольная группа:

- Констатирующий этап: низкий - 45,8%, средний - 37,5%, высокий - 16,7%.
- Контрольный этап: низкий - 33,3%, средний - 41,7%, высокий - 25%.

Экспериментальная группа:

- Констатирующий этап: низкий — 48%, средний — 40%, высокий — 12%.
- Контрольный этап: низкий — 0%, средний — 40%, высокий — 60%.

В экспериментальной группе наблюдается ярко выраженная положительная динамика: полностью устранён низкий уровень (с 48% до 0%), а доля студентов с высоким уровнем значительно увеличилась (с 12% до 60%). Средний уровень остался стабильным.

В контрольной группе также отмечаются улучшения, однако они носят умеренный характер: снижение низкого уровня и постепенный рост высокого уровня. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность применённых методик формирования коммуникативной компетентности, особенно в развитии навыков логического завершения мысли и речевого высказывания.



Рисунок 10. Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Завершим мысль» в контрольном этапе эксперимента

5.Тест «Оценка уровня общительности» В. Ф. Ряховского. На рисунок 11 приведенны гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Оценка уровня общительности» в контрольном этапе эксперимента В обеих группах

наблюдается положительная динамика формирования коммуникативной компетентности.

Однако в экспериментальной группе изменения более выражены: доля студентов с низким уровнем снизилась с 40% до 4%, а высокий уровень увеличился с 12% до 56%. В контрольной группе также зафиксированы улучшения (снижение низкого уровня с 50% до 16,7% и рост высокого уровня с 8,3% до 33,3%), но они менее значительны. Это свидетельствует о большей эффективности внедрённых педагогических средств в экспериментальной группе при развитии общительности как компонента коммуникативной компетентности будущих врачей.



Рисунок 11. Гистограмма уровни формирования коммуникативной компетентности будущих врачей средствами «Оценка уровня общительности» в контрольном этапе эксперимента

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что практически у всех студентов экспериментальной группы существенно повысилась коммуникативная компетентность: ранее ощущался низкий уровень коммуникативной компетентности, но После проведения эксперимента и использования разработанной модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивного обучения у них наблюдается наиболее высокий уровень

коммуникативной компетентности. Более половины студентов экспериментальной группы имеют высокий уровень коммуникативной компетентности. Это свидетельствует о том, что студенты научились правильно и объективно реагировать на обоснованную критику и не испытывают эмоциональных затруднений, обращают внимание на предложения и знаки интереса к сверстникам, имеют четкое представление о средствах эффективного общения и взаимодействия коллег, умеют решать задачи, предполагающие эмпатию, поддержку и т. д.

На основании полученных результатов мы проанализировали разницу в уровне коммуникативной компетентности студентов экспериментальной и контрольной групп. В экспериментальной группе в результате эксперимента количество студентов с высоким уровнем коммуникативной компетентности увеличилось с 12% до 56%. В процессе эксперимента студенты выступали не только в роли участников уроков и практических развивающих занятий, но и в роли партнеров и лидеров в подгруппах.

Им неоднократно приходилось сталкиваться со сложными ситуациями и быстро находить решения проблем. У них развились лидерские качества и сильные способности в ситуациях самостоятельного принятия решений, отстаивания своей точки зрения, общения со сверстниками и выполнения заданий. Во время коммуникативной деятельности они прилагали больше усилий и становились более активными в коммуникативном поведении. Однако в контрольной группе показатели оставались достаточно схожими, и по окончании эксперимента 50% респондентов контрольной группы показали средний уровень коммуникативной компетентности.

Студенты, которые в начале эксперимента вызывали обеспокоенность из-за крайне низкой самостоятельности при принятии решений, к завершению исследования значительно улучшили свои показатели. По сравнению с начальными диагностическими данными, нам удалось существенно изменить ситуацию в положительную сторону — количество

студентов с низким уровнем коммуникативной компетентности в экспериментальной группе сократилось на 40%.

Особенно сложным для реализации коммуникативных навыков был старт для некоторых студентов, Поэтому они сначала выполняли относительно простые задания в составе подгрупп. Постепенно, при поддержке более опытных одногруппников и под руководством преподавателей, их задачи усложнялись, что способствовало развитию уверенности в себе и улучшению коммуникативных умений.

Таким образом, исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что После внедрения разработанной модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей менее четверти студентов экспериментальной группы сохраняют низкий уровень этих навыков при использовании интерактивного обучения. Около половины студентов демонстрируют средний уровень коммуникативной компетентности. В целом студенты стали более общительными, уверенно чувствуют себя в новой обстановке, не боятся сталкиваться с новыми проблемами, проявляют любознательность, внимательно слушают собеседников, обладают терпением в общении и уверенно отстаивают свою точку зрения.

Для научного обоснования полученных результатов использовались методы математической статистики. Для анализа и статистической обработки результатов эксперимента принята трёхбалльная система оценки уровня развития коммуникативной компетентности: высокий уровень – «отлично» (5), средний уровень – «хорошо» (4) и низкий уровень – «удовлетворительно» (3).

Статистическим показателем среднего значения выборки мы считали средний балл коммуникативной компетентности в группе, который определяли по формуле [121].

$$m = \frac{x_1 n_1 + x_2 n_2 + \cdots + x_k n_k}{n} \quad (1)$$

где m — выборочное среднее; x 1 , x 2 , …, xk — варианты выборки; n 1 , n 2 , …, nk — частоты варианта выборки; n — размер выборки.

Среднее выборочное значение коммуникативной компетентности в контрольной группе на этапе определения опыта следующее:

$$m_{кг} = \frac{2 * 5 + 10 * 4 + 12 * 3}{24} = 3,16$$

Аналогично с использованием формулы (1) были рассчитаны выборочные средние значения коммуникативной компетентности для контрольной и экспериментальной групп в начале и конце эксперимента.

Средний выборочный показатель коммуникативной компетентности в экспериментальной группе на этапе определения опыта составил:

$$m_{эг} = \frac{3 * 5 + 12 * 4 + 10 * 3}{25} = 3,72$$

Среднее выборочное значение коммуникативной компетентности в контрольной группе на этапе экспериментального контроля следующее:

$$m_{кг} = \frac{8 * 5 + 12 * 4 + 4 * 3}{24} = 4,16$$

Средний показатель коммуникативной компетентности в экспериментальной группе на контрольном этапе эксперимента составил:

$$m_{эг} = \frac{14 * 5 + 10 * 4 + 1 * 3}{n} = 4,52$$

После завершения тестирования разработанной нами модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивного обучения, с результатами предварительной диагностики и завершения педагогического эксперимента, уровень усвоения знаний существенно повысился.

Таким образом, мы можем с уверенностью подтвердить полученные результаты и добавить, что выдвинутая в начале исследования гипотеза теоретически обоснована и практически подтверждена.

Выводы по третьей главе

В третьей главе диссертационного исследования подробно рассматриваются следующие вопросы:

- Технологии реализация модели развития коммуникативной компетентностиу будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения;

- Благоприятная педагогическая средаразвитие коммуникативной компетентности в системе образования будущих врачей и интерактивных методик в этом процессе;

-Особенности педагогических условий формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения и результаты опытно-экспериментальной работы по апробации модели формирования коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения.

Для укрепления коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов обучения решающую роль играют следующие элементы:

1. Использование информационных технологий;
2. Применение проектных методов;
3. Укрепление междисциплинарных связей;
4. Укрепление коммуникации с представителями разных культур (церемонии награждения, встречи, пресс-конференции, онлайн-общение);
5. Активное участие в международных проектах, конкурсах и викторинах;
6. Активизация познавательной деятельности учащихся;
7. Сравнение и анализ языков и культур.

Для эффективного развития коммуникативной компетентности будущие врачи интерактивные технологии реализуются с использованием следующих методов:

– интервью (эвристическая беседа, мозговой штурм, метод круглого стола, аквариум, дерево решений, обсуждение аудио- и видеозаписей);

– игра (интервью, деловые и ролевые игры);

– обучение (коммуникативные упражнения, групповые и индивидуальные занятия).

Использование интерактивных методов не только активизирует образовательный процесс, но и способствует усвоению языка и развитию навыков профессионального общения.

В системе педагогических технологий развития коммуникативной компетентностибудущие врачи. В интерактивных методах особое место занимают следующие моменты:

1) Информационные технологии;

2) Проектный метод;

3) Междисциплинарные связи;

4) Сотрудничество с представителями разных культур;

5) Активное участие в международных проектах, конкурсах и викторинах;

6) Усиление познавательной активности учащихся;

7) Сравнительный анализ языков и культур.

В совершенствовании образовательных процессов важную роль играют следующие инструменты:

– Учебники и учебные материалы– реальный источник развития знаний и навыков;

– Ссылки – за глубокое изучение и эффективное использование научных источников;

– Набор проблем и задач– создание условий для самостоятельного обучения;

– Тесты– оценка уровня знаний и умений студентов;

– Наглядные пособия– четкое понимание структуры, содержания и целей обучения;

– Интерактивные упражнения и обсуждения– способствовать более глубокому пониманию тем;

– Образовательное программное обеспечение – эффективный инструмент управления образовательным процессом;

– Диафильмы и аудиовизуальные материалы — для закрепления понимания материала.

Исследование показало, что интерактивные методы являются эффективным инструментом развития коммуникативной компетентности будущих врачей. В частности:

творческие задания; работа в малых группах; Развивающие игры; социальные проекты; изучение и закрепление новых информационных материалов; интерактивная лекция; ученик как учитель; модель «все учат всех»; использование и анализ видео и аудиоматериалов.

Для укрепления коммуникативной компетентности посредством интерактивных методов важными считаются следующие условия:

- создание профессиональной среды обучения, вовлекающей студентов в разнообразные виды деятельности и развивающей важные профессиональные качества;

-определение конкретных целей и стратегий использования интерактивных методов с упором на развитие профессиональных навыков;

-вовлечение будущих врачей в коммуникативную и образовательную деятельность;

-развитие коммуникативных, интерактивных, когнитивных, профессиональных и поведенческих навыков общения посредством интерактивных методов обучения.

Наши исследования показали, что использование интерактивных методов делает процесс развития коммуникативной компетентности будущих врачей более эффективным, а также существенно повышает результативность изучения языка и навыков общения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поэтапный анализ проблем, поднятых в исследовании, позволил сделать следующие выводы:

1. Коммуникативную компетентность рекомендуется рассматривать как интегративное качество и способность личности. Формирование этой компетенции у будущих врачей осуществляется посредством применения мотивационного, ценностного, деятельностного, эмоционально-рефлексивного и оценочного подходов.

2.Компоненты коммуникативной компетентности выражаются следующими признаками развития на базовом, потенциальном и завершенном уровнях:

- понимание необходимости участия и подготовки к коммуникативной деятельности;

- глубокая потребность в общении как важном компоненте личностного и профессионального развития;

- способность проявлять активную коммуникативную направленность в процессах общения;

- навыки ведения диалога и обмена идеями со слушателями и собеседниками;

- способность к саморегуляции и адаптации к различным ситуациям общения;

- чувствительность и эмпатия к другим в интерактивных процессах;

- умение оценивать сообщения и высказывания в общении;

- проверка эффективности процесса коммуникации и ее совершенствование.

3. Развитие коммуникативной компетентности будущих врачей эффективно осуществляется посредством планомерного и организованного педагогического процесса, включающего внедрение интерактивных методов обучения коммуникации. Обучение в условиях моделирования

коммуникативных ситуаций, творческой командной деятельности, игровых игр, а также интеграция учебного и научно-исследовательского процессов способствуют совершенствованию этих навыков.

4. Использование интерактивных методов обучения в общении – как на практических занятиях, так и в научной среде – позволяет будущим врачам развивать и совершенствовать коммуникативные навыки и умения. Это создает благоприятные условия для проявления творческого потенциала в сотрудничестве, одновременно снижая равнодушное или безответственное отношение к собеседнику.

5. Результаты исследования доказали, что интерактивные технологии могут быть использованы различными способами в процессе развития коммуникативной компетентности будущих врачей, в том числе:

– обсуждение (эвристическая беседа, мозговой штурм, метод круглого стола, метод аквариума, дерево решений, обсуждение аудио- и видеозаписей);

– игра (собеседование, игра-работа, ролевые игры);

– обучение (коммуникативные упражнения, групповые и индивидуальные практические занятия).

В системе педагогических технологий развития коммуникативной компетентности будущих врачей посредством интерактивных методов ключевую роль играют следующие элементы:

1) информационные технологии; 2) метод проектирования проекта ; 3) укрепление междисциплинарных связей; 4) взаимодействие с представителями разных культур (награждения, встречи, пресс-конференции, онлайн-общение); 5) участие в международных проектах, конкурсах, викторинах; 6) активизация познавательной деятельности учащихся; 7) сравнение языков и культур с анализом их соотношения.

6. Экспериментальная апробация модели развития коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием интерактивных методов обучения проводилась в Таджикском национальном университете и

Таджикском медико-социальном институте в 2022–2023 учебном году. В исследовании приняли участие 245 студентов.

Основная цель теста– создание эффективной образовательной среды, способствующей развитию коммуникативных навыков у будущих врачей.

7. На экспериментальном этапе были выявлены эффективные способы развития коммуникативной компетентности с использованием интерактивных методов обучения. Промежуточный и контрольный этапы исследования использовались для отслеживания динамики формирования и корректировки модели.

В экспериментальной группе обучение проводилось по разработанной нами модели, в то время как в контрольной группе обучение проводилось по традиционным методикам без каких-либо изменений. Результаты обучения экспериментальной группы сравнивались с контрольной группой, что показало, что интерактивные методы более эффективны в развитии коммуникативной компетентности будущих врачей.

Рекомендации:

1. Рекомендуется шире использовать интерактивные технологии (ролевые и деловые игры, мозговые штурмы, эвристические беседы, проектные методы) в подготовке будущих врачей, поскольку они способствуют формированию и развитию коммуникативной компетентности.

2. Следует усилить интеграцию дисциплин, связанных с коммуникативными навыками, с профильными медицинскими предметами, что позволит студентам осознать значимость коммуникации в профессиональной деятельности врача.

3. Внедрение цифровых платформ, симуляторов и онлайн-коммуникаций в учебный процесс способствует развитию современных форм общения и адаптации к условиям цифровизации медицины.

4. Рекомендуется активизировать участие студентов в международных конкурсах, конференциях, онлайн-общении с зарубежными коллегами для формирования навыков межкультурной коммуникации.

5. Необходимо разработать и внедрить критерии и инструменты для объективной оценки уровня сформированности коммуникативной компетентности у студентов-медиков.

Дальнейшие исследования могут быть направлены на анализ взаимосвязи между уровнем развития коммуникативных навыков и качеством оказания медицинской помощи, а также на оценку влияния коммуникации на удовлетворённость пациентов.

Перспективным направлением является создание и внедрение инновационных образовательных технологий, ориентированных на развитие эмпатии, саморегуляции и адаптивности в профессиональной коммуникации.

Рекомендуется проводить сравнительные исследования между традиционными и интерактивными методами обучения, а также между различными моделями развития коммуникативной компетентности в разных образовательных учреждениях.

Результаты работы могут быть использованы для повышения квалификации практикующих врачей, что позволит повысить общий уровень коммуникативной культуры в медицинском сообществе.

Для повышения достоверности выводов целесообразно проводить аналогичные исследования в других вузах и регионах, а также с участием студентов различных медицинских специальностей.

Таким образом, дальнейшее развитие коммуникативной компетентности будущих врачей требует системного подхода, интеграции современных педагогических технологий и постоянного научного сопровождения образовательного процесса.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Абаев, Ю. К.*Особенности и противоречия клинического мышления врача / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. - 2008. - № 16. - С. 6-13.
2. *Абдыгаппарова, С.Б.*Основы кредитной системы образования в Казахстане / С. Б. Абдыгаппарова, Г. К. Ахметова, С. Р. Ибатуллин, А. А. Кусаинов и др.: под ред. Ж. А. Кулекеева и другие. – Алматы: Казахский университет, 2003. – 198 с.
3. *Абрамова, Г.С.*Психология и медицина / Г.С. Абрамова, Ю.А. Судчич. – М.: ЛПА «КафедраМ», 1998. – 272 с.
4. *Абульханова-Славская, К.А.*Современная личность: Психологические этюды / К.А. Абульханова-Славская. – М.:РАН, -2012. – 620 с.
5. *Аверин, В.А.* Психология медицинского образования: опыт акмеологического исследования / В.А. Аверин, Т.Л. Бухарина.- СПб.: ППМИ, 1995. – 167 с.
6. *Александров, А. А.*Современная психотерапия: курс лекций / А.А. Александров. – СПб.: Академический проект, 1997. – 335 с.
7. *Алексеева, Л.Л.* Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинских работников и детских амбулаторных пациентов: автореф. дис. . кан. псих. наук: 19.00.04 / Л.Л.Алексеева - СПб., 2002. - 22 с.
8. *Алимов, А.* Использование интерактивных методов в высших учебных заведениях: учебно-методическое пособие / А.Алимов. -Алматы, 2009. – 328 с.
9. *Ананьев, Б.Г.* Проблемы современного гуманитарного знания / Б. Г. Ананьев. – М.: Наука, 1977. – 380 с.
10. *Анашкин, А. П.*Основы моделирования в образовании: учебник / А. П. Анашкин. – Омск: Изд-во Ом ГПУ, 1998. – 56 с.
11. *Андреев, В. И.*Педагогика: Образовательный курс творческого саморазвития / В. И. Андреев. – Казань.: ЦИТ, 2000. – 124 с.
12. *Андреев, В.И.* Диалектика образования и самовоспитания творческой личности / В. И. Андреев. – Казань: Изд-во КГУ, 1988. – 238 с.

13. *Андреева, Г.М.* Специфика подхода к естреснию перцептивных процессов в социальной психологии / В. С. Агеев, Г. М. Андреева, Е. Г. Белинская // Социальная психология и общество. - 2006. - 245 с.

14. *Андронов, В.П.* Психологические основы профессионального мышления врача // Вопросы психологии, 1991. - № 5. - С. 88-95.

15. *Андронов, В.П.*Профессиональное мышление врачей и возможности формирования Я / В.П. Андронов // Психологическая наука и образование. – 1999. – № 2 (33-45). – С. 5-16.

16. *Анкваб, М.Ф.* Формирование профессионально-коммуникативной компетентности будущих врачей в региональных условиях: автореф. дис.... кан. псих. наук: 13.00.08 /М.Ф. Анкваб. - Владикавказ, 2012. - 23 с.

17. *Антонова, Н.А.* Формирование иноязычной коммуникативной компетенции студентов медицинских вузов не на основе модульно-рейтинговой технологической подготовки / Н. А. Антонова // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 9-5. – С. 1087-1091.

18. *Анушкевич, И.Г.* Роль интерактивных видов деятельности во внеклассной и внеурочной деятельности учащихся / И. Г. Анушкевич, Л. В. Куприянова // Эксперимент и инновации в школе, 2013. - № 6. - С. 46-49.

19. *Ардамацкий, Н.А.* Клиническое мышление, самовоспитание и совершенствование / Н.А. Ардамацкий. – Саратов: Приволжский, 1992.-123 с.

20. *Арзуманян, И.Г.* Удовлетворение коммуникативной потребности как фактор психологической устойчивости личности: автореф. дис. ... кан. психол. наук: 19.00.05 / Инна Георгиевна Арзуманян. – СПб., 2011. – 23 с.

21. *Арсалиев, Ш.М-Х.* Современная этнопедагогическая методика / Ш. М-Х. Арсалиев. – Москва, 2013. – 319 с.

22. *Артюхина А.И.* Интерактивные методы обучения в медицинском вузе: Учебное пособие/А.И. Артюхина, В.И. Чумаков. – Волгоград.: ВолгГМУ, 2012. – 212 с.

23. *Артюхина, А.И.* Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе: методика преподавания / А.И. Артюхина, Н.А. Гетман,

М.Г. Голубчикова, Е.В. Лопанова, Т.Б. Рабочих, Н.Н. Рыбакова; под ред. Е.В. Лопанова. - 2-изд., стер. – М.: Флинта, 2014. – 256 с.

24. *Архангельский, С.И.* Учебный процесс в средней школе и его правовые основы и методическое пособие / С.И.Архангельский. - М.: Высшая школа, 1980. - 368 с.

25. *Архипова, Г.С.* Формирование иноязычной компетентности будущего специалиста медицинского профиля / Г.С.Архипова// Иностранный язык в вузе: Сб. Мат. ун-та. научно-метод. семинар. – 2006. – № 6. – С. 49–53.

26. *Асмолов, А.Г.* Системно-деятельностный подход к разработке стандартов нового поколения /А.Г. Асмолов //Педагогика. -2016.-№4.-С.8-18.

27. *Афанасова, В.В.* Модальность и медицинский дискурс как средство повышения эффективности взаимодействия врача и пациента. URL: http://regionalstudies.ru/jour-nal/homejornal/rubric/2012-11-02-22-15-01/465-meddis.html (дата обращения: 24.04.2020).

28. *Бабанский, Ю.К.* Избранные педагогические труды / Ю.К. Бабанский [Сост. М. Ю. Бабанский; Вступ. авт. ст. Г. Н. Филонов и др.]; АПН СССР. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.

29. *Багиева, Ш.М.* Интерактивные методы – механизм (инструмент) формирования жизненных навыков/Ш.М. Багиева//Знание.-2007.-№6.-С.9-10.

30. *Баева, Т.А.* Формирование профессиональной иноязычной коммуникативной компетенции студентов-медиков средствами новых информационных технологий/Т.А. Баева //Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2011. – № 9. – С. 150-157.

31. *Байбородова, Л.В.* Ключевые идеи субъектно-ориентированной технологической индивидуализации образовательного процесса в педагогическом вузе / Л.Б. Байбородова, В.Н. Белкина и др.//Вестник Новосибирского государственного педаг-го универ.-2018.-Т.8.- №5.- С. 7-21.

32. *Биденко, В.И.* Компетентность и профессиональное образование (к развитию компетентности)/В.И. Байденко //ВО в России.-№11.-2004.-С.5-11.

33. *Балдина, М.Ю.* О понятиях «компетенция», «компетентность», «коммуникативная компетентность» / М.Ю. Балдина // Концепция: научно-методический электронный журнал. - 2014. - № 25. -С. 11-15.

34. *Батаршев, А.В.* Диагностика способности к общению. – СПб., 2006. – 176 с.

35. *Батышев, С.Я.* Проблематика научных исследований в педагогическом, психологическом и экономическом профессионально-техническом образовании. - М.: АПН СССР. - 1976. - 44 с.

36. *Бахтин, М.М.* Эстетика словесного творчества / М. М. Луцк ; сост. С. Г. Бочаров. – М.: Искусство, 1979. – 423 с.

37. *Беккер, Г.С.* Поведение человека: экономический подход / Г.С. Беккер. – М.: ГУ ВШЭ, 2003. – 672 с.

38. *Беликов, В.А.* Философия формирования личности: практический аспект / В. А. Беликов. – М.: Владос, 2004. – 357 с.

39. *Бершадский, М.Е.* Дидактические и психологические основы образовательной технологии / М.Е. Бершадский, В.В. Гузеев. – М.:Центр «Педагогический поиск», 2003. – 256 с.

40. *Бирах, А.* Мимическая психология / А.Бирах, А.Уходи.- М.:Маркетинг, 2004.- 152 с.

41. *Бирюкова, М.В.* Педагогические условия формирования коммуникативных умений курсантов военных вузов и воспитательная деятельность: дис.... кан. пед. наук/М.В.Бирюкова. - Серпухов, 2000. - 216 с.

42. *Бобнева, М.И.* Социальные нормы и регуляция поведения // Психологические проблемы социальной регуляции поведения / отв. ред. Е. В. Шороховой, М. И. Бобневой. - М.: Наука, 1976. - С. 144-171.

43. *Богданова, Л.В.* Профессионально-ориентированная коммуникативная подготовка будущего врача: автореф. дис. ... кан. пед. наук: 13.00.08 / Богданова Людмила Викторовна. - Чита, 2009. - 22 с.

44. *Бодалев, А.А.* Психологическое общение / А. А. Бодалев. – М.: Институт психотерапии; – Воронеж: НПО «Модэк», 1996. – 256 с.

45. *Бодалев, А. А.*Акмеология развития человека: феноменология, закономерности, механизм / А. А. Бодалев // Человек и образование. - 2007. - № 3-4 (12-13). - С. 13-18.

46. *Бодалев, А. А.*Личность и общение / А. А. Бодалёв. - М.: Педагогика, 1983. - 271 с.

47. *Бодалев, А. А.*Коммуникация как предмет междисциплинарного исследования / А. А. Бодалев // Психологический журнал. – М.: РАН. – 2009. – Т. 30. – № 2. – С.129–133.

48. *Байбородова, Л. В.*Ключевые идеи субъектно-ориентированной технологической индивидуализации образовательного процесса в педагогическом вузе / Л. Б. Байбородова, В. Н. Белкина, М. В. Груздев, Т. Н. Гущина // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2018. – Т.8. - №5. - С. 7-21.

49. *Болучевская, В. В.*Общение врача: создание позитивных отношений и взаимопонимания с пациентами. (Лекция 4) / В. В. Болычевская, А. И. Павлюкова // Медицинская психология в России: эл. науч. журнал. – 2011. – № 4 [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru; (дата обращения: 28.08.2019).

50. *Борг, Д.*Такие судимости. Статья. Долг. – М., 2013. – 309 с.

51. *Бордовская, Н. В.*Гуманитарные технологии в образовательной практике вуза: теория и методология проектирования / Н. В. Бордовская: СПб.: ООО «Книжный Дом», 2007. – 408 с.

52. *Бордовская, Н. В.*Педагогика: Учебник для вузов / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. – СПб.: Питер, 2000. – 299 с.

53. *Борисов, А. Ю.*Роскошь человеческой жизни / А. Ю. Борисов. - М.: РИНЦ, 1997. - 184 с.

54. *Борисова, Т. М.*Педагогическая технологическая модель формирования духовно-нравственных ценностей учащихся средствами якутской поэзии // Вестник Якутского государственного университета. Сер. 2008

55. *Бороздина, Г. В.*Психология делового общения / Г. В. Бороздина. – М.: ИНФРА-М, 2002. – 295 с.

56. *Борытко, Н. М.*В пространстве образовательной деятельности: монография / Науч. ред. Н. К. Сергеева. – Волгоград: Перемена, 2001. – С. 127.

57. *Боткин, С. П.*Большая советская энциклопедия: [в 30 т.] / Под ред. А. М. Прохоров - 3 изд. - М.: Советская энциклопедия, 1970. Т. 3: Бари - Браслет. - С. 601.

58. *Бохан, Т.Г.* Мотивационная готовность к профессионально-личностному развитию студентов-медиков/Т.Г. Бохан, М.В. Шабаловская, С.А. Морева//Сибирский психологический журнал.–2014.- № 51. - С. 88-100.

59. *Васильева, Л.Н.*Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача / Л.Н. Васильева, Л.П. Урванцев // Ярославский психологический журнал. – 2003. – Вып. 9. – С. 99-105.

60. *Вассерман, Л.И.*Психологическая диагностика индекса стиля жизни // Пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев и др. – СПб., 2005. – 56 с.

61. *Веников, В.А.*Некоторые методологические вопросы моделирования текста. / В.А. Веников // Философские вопросы. 1964. – № 11. – С. 73-84

62. *Венецкая, А.Б.*Гармония общения: Исследование. Метод. Возможности. – Магнитогорск: МаГУ, 2004. – 43 с.

63. *Воздвиженская, А.В.,* Ольховик Н.Г., Лопатин З.В. Интеграция системы оценкиКоммуникативные умения и навыки и процесс подготовки будущих врачей // Евразийское научное объединение. – 2018. – № 12-5 (46). – С. 334–335.

64. *Вульфов, Б.З.,* Иванов В.Д. Педагогические основы: Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во УРАО, 2000. – 614 с.

65. *Гальскова, Н.Д.*Проблемы качества языкового образования // Качественное образование: проблемы и перспективы: Сб. науч. ст. – М.: Московский городской педагогический университет, 2016. – С. 50-59.

66. *Глозман, Дж. М.*Общение и здоровье человека: Учеб. пособие для вузов. – М.: Академия, 2002. – 208 с.

67. *Горшунова, Н.К.,* Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности врача: Научный обзор. Педагогические науки. Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, 2016. - №2. - С. 66-73

68. *Григорьева Т.Г., Линская Л.В., Усольцева Т.П.*Основы конструктивного общения: Метод. тренинг для учителей. – Новосибирск; М.: Изд-во Новосиб. Ун-та; Совершенство, 1997. – 171 с.

69. *Гринберг, М.П.*Коммуникативная компетентность врача. Симуляционное обучение. Метод «стандартизированный пациент». – М.: Литтерра, 2015. – 176 с.

70. *Грицанов, А.А.*Новый философский словарь / А.А. Грицанов. – Минск: Книжный дом, 2003. – 1280 с.

71. *Денисов, И.Н.,*Резе А.Г., Волнухин А.В. Коммуникативные умения врачей амбулаторно-поликлинической практики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2012. - № 5. - С. 18-21.

72. *Дуброва, В.П.*Размышления об искусстве врачевания, или социально-психологический фактор успешности деятельности врача // Медицина. – 1999. – № 3. – С. 8-29.

73. *Дубровченко, Е.М.* Роль метакоммуникативных речевых действий в речевом процессе // Актуальные инновационные исследования: наука и практика. 2010. - № 1. - С.15.

74. *Желваков, Н. А.* История педагогической истории. - Том IV. История русской педагогики с древнейших времен до Великой пролетарской революции / под общ. ред. С. А. Каменева. - М.: Государственное учебно-педагогическое изд-во, 1936. - 516 с.

75. *Иваненко, Г.А.* Проблемы преподавания анатомии человека в медицинском вузе /Г.А. Иваненко, А.В. Кузнецов // Проблемы современной науки и образования, 2017. - № 2 (84). - С. 99-102.

76. *Изосимова, И.Ю.* Инновационная игра как модификация деловых игр/ И.Ю. Изосимова, А.А. Рабцевич // СМАЛЬТА. 2014. - № 5. - С. 84-86.

77. *Ильин, Е.П.* Психология общения и межличностных отношений. – СПб., 2009. – 926 с.

78. *Ильченко, О.А.* Стандартизация новых образовательных технологий / О. А. Ильченко // Высш. образование в России. – 2006. – № 4. – С. 42-47.

79. *Илюхина, М.О.* Соотношение понятий «самообразование» и «самосовершенствование» // Известия Самарского научного центра РАН: социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. 2014. – Т.14. – № 2-4. – С. 897-899.

80. *Ительсон, Л.Б.* Математические и кибернетические методы в педагогике [Текст]./ Л.Б. Ительсон. - М.: Просвещение, 1964. - 248 с.

81. *Капцов, А.В.,* Колесникова Е.И. Взаимосвязь индивидуальных потребностей студентов и потребностей учебной группы. Серия: Психология. 2012. - № 1. - С. 126-137.

82. *Кассирский, И.А.*О, доктор. Проблема конфликта. — М.: Медицина, 1970. — 271 с.

83. *Климова, О.Н.* Проявление личностных качеств, значимых для профессионализации врача на разных этапах его становления/ О.Н. Климова, Н.А.Русина, С.М. Косенко // Медицинская психология в России: эл. науч. журнал.–2015. – № 3(32).-С.9 [Электронный ресурс]. – URL:http://mprj.ru(дата обращения: 28.08.2019).

84. Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002. – 960 с.

85. *Козлов, В.В.* Жесткие переговоры: нельзя выиграть, нельзя проиграть. - М.: Изд-во Array Литагент «Эксмо», 2009. - 158 с.

86. *Козлов, В.В.* Убеждение: «минные поля» переговоров. - М.: Изд-во Массив Литагент «Эксмо», 2009. - 143 с.

87. *Козырев, В.А.* Гуманитарная образовательная среда педагогического вуза: сущность, модель, проектирование: монография / В.А. Козырев. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2004. – 328 с.

88. *Колесникова, И.Д.* Технология применения супервизорного и копинг-стратегического поведения в образовательном процессе // Педагогические проблемы, 2016. - № 2 (13). - С. 64-68.

89. *Колмогорова, Л.С.* Диагностика психологической культуры школьников: практика.Пособие для шк. Псиголов. – М.: Владос, 2002. – 359 с.

90. *Колягин, В.В.*Коммуникация и медицина. Основы трассировочного анализа: руководство для врачей. - Иркутск РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. - 60 с.

91. *Конечный Р.* Психология и медицина / Р. Конечный, М. Боухал // Мед. издательство «Авиценум», Прага, 1983. - 405 с.

92. *Корягина, Н.А.* Коммуникативная психология: Учебник и практика / Н.А. Корягина, Н.В.Антонова, С.В.Овсянникова /– М.:Юрайт, 2015. – 442 с.

93. *Кудрявая, Н. В.* Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новаторство / под ред. акад. РАМН, проф. Н. Д. Ющука. М.: ГОВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 304 с.

94. *Кудрявая, Н.В.* и др. Врач-педагог в меняющемся мире: традиции и инновации / Под ред. Н. Д. Ющука. - М.: ГОУ ВУНМК, 2001. - 304 с.

95. *Кунжигитова, Г.Б.* Интерактивные методы обучения, влияющие на активность личности и процесс обучения/ Г.Б. Кунжигитова, С.Э. Рсмаханбетова, Э.Ж. Жанибекова // Наука и мир. 2014. - Т. 3. - С. 65-70.

96. *Куницына, В.Н.,* Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. Учебник для вузов/ В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М./ Погольша– СПб.: Питер, 2001. – 544 с.

97. *Лабунская, В.А.* Психология трудного общения: Теория. Метод. Диагностика. Коррекция: Учеб. Пособие для вузов. – М.:Академия, 2001. – 286 с.

98. *Лалов, Ю.В.*Формирование профессионального мышления будущих врачей средствами кейс-метода обучения/ Ю.В. Лалов, О.Л. Осадчук // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2016. - № 2-2. - С. 302-305.

99. *Ларина, Т.В.* Категория вежливости и стиль общения. Сопоставление английских и русских лингвокультурных традиций. М.: Рукописные памятники Древней Руси, 2009. – 260 с.

100. *Леонтьев, А.А.* Психолингвистические основы. 3-е изд. — М.: Смысл; СПб.: Лань, 2003. — 287 с.

101. *Лопанова, Е.В.* Профессионально-педагогическая подготовка преподавателей вузов: Монография. Саарбрюккен: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2017. – 373 с.

102. *Лопухова, Ю.В.*Теоретические аспекты воспитания толерантности как ключевой социальной компетентности студентов вуза // Теоретические и практические аспекты современной науки. 2014. - № 2-2. - С.26-36.

103. *Магазаник, Н.А.* Диагностика без анализов и лечение без лекарств. - М.: Кворум, 2014. - 354 с.

104. *Магазаник, Н.А.* Искусство общения с детьми. - М.:Медицина, 1991. - 110 с.

105. *Манулик, В.А.* Проблема коммуникативной компетентности и профессиональной деятельности врача (теоретический аспект)/ В.А.Манулик, Ю.В. Михайлюк // Инновационные образовательные технологии. – 2013. – № 1(33). - С. 19-23.

106. *Матьяш, Т.П.* Основы философии: учебник / Т.П. Матяш, Л.В. Жаров, Е.Е. Несмеянов (под ред. Т.П. Матяш). - Изд. 2 - Ростов н/Д: Феникс, 2017. - С. 51-52.

107. *Мачехина, О.Н.* Педагогические условия развития социальной компетентности старшеклассников: проектно-контекстный подход: автореф. дис. ... кан.-пед. наук / О.Н. Мачехина. – М., 2007. – 24 с.

108. Медицинская психология: методические указания для самостоятельной работы студентов лечебного факультета // А.М. Кожина, В.Л. Гавенко, Г.А. Самардакова, В.М. и др. – Харьков, 2014. – 122 с.

109. *Милорадова, Н.Г.* Выявление стилевых особенностей восприятия, мышления и деятельности с помощью опросника «СД» / Н.Г. Милорадова, А.Д. Ишков // Экономика и бизнес. – 2015. – № 5-1(58). - С. 431-436.

110. *Михальская, А.К.* Педагогическая риторика: учебник / А.К. Михальская. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 379 с.

111. *Монакова, С.В.* Психологические условия развития доверительных отношений между пациентом и врачом: автореф. дис. ... канд. псих. наук. Ставрополь, 2004. – 194 с.

112. *Моргунова, М.А.* Социокультурные функции педагогической толерантной культуры/М.А. Моргунова// Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2009. – Вып. 2 (70). – С. 246-248.

113. *Морозова, Н.М.* Коммуникативная деятельность как средство обучения коммуникативным навыкам/Н.М.Морозова//Проблемы безопасности при ликвидации чрезвычайных ситуаций- 2014. -№ 1(3).-С. 495-497.

114. *Мудрик, А.В.* Образование как социальный институт / А. В. Мудрик // Сибирский педагогический журнал. – 2004. – № 3. – С. 22-31.

115. *Мудрик, А.В.* Социализация личности / А. В. Мудрый. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 304 с.

116. *Муравьева, О.И.* Психология коммуникативной компетентности: Учебник / О.И. Муравьева. – Томск: Изд-во Том. Ун-та, 2012. – 160 с.

117. *Мусохранова, М.Б.* Формирование речевой компетентности будущего врача в процессе обучения иностранному языку / М.Б. Мусохранова. – Кандидатская диссертация. – Омск, 2002. – 222 с.

118. *Мясищев, В.Н.* Психология отношений: избранное. Психолог. Тр. / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. - М.: Изд-во Москва. Психолого-социального ин-та; Воронеж: Модек, 2003. – 363 с.

119. Новые коммуникации и медицина. Опыт и перспективы, потребности России / А.А. Свистунов, Л.Б. Шубина, Д.М. Грибков [и др.] // V съезд Российского общества симуляционного образования и медицины «РОСОМЕД-2016»: тезисы [Электронный ресурс]. – URL: https://rosomed.ru/theses/341 (дата обращения: 28.08.2019).

120. *Накамото, С.* Гений коммуникации. Что такое статус? / С. Накамото. – СПб.: Питер, 2016. – 240 с.

121. *Наумов, Э.Б.* Теоретические основы формирования коммуникативных способностей подростков / Э.Б. Наумов // Педагогические исследования: гипотезы, проекты, реализации: Сб. научных трудов. – Курган, 2000. – С. 58-65.

122. *Некрасов, С.Д.* Математические и психологические методы (MS Excel): учеб. возможности. 3-е изд., доб. и доп. / С.Д. Некрасов. – Краснодар: Кубанский гос. университет, 2014. – 147 с.

123. *Немов, Р.С.* Психология: словарь-справочник: в 2 ч. — М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. — Гл. 2. — 352 с.

124. Методологические проблемы общественных наук / Под ред. В. Матвеенковой. Новосибирск: Изд-во СО АН СССР, 1969. – 131 с.

125. *Овакимян, Ю.О.* Теория и практика моделирования обучения: дис. д-ра пед. наук/ Ю.О. Овакимян. – М., 1989. – 459 с.

126. *Ожегов, С.И.* Русский словарь: ок. 53000 слов / С.И.Ожегов; под ред. проф. Л.И. Скворцова. - 24 изд., упр. - М.: ООО «Издательство Оникс»: ООО «Издательство Мир и образовано», 2007. - 640 с.

127. *Осмоловская, И.М.*Организация дифференциации обучения в современной общеобразовательной школе. 1998.

128. *Панкратов, В.Н.*Манипуляции в обществе и их нейтрализация: Практическое руководство. - М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2001. - 154 с.

129. Паспорт экзаменационного пункта (типовой). Сбор жалоб и анамнеса на первичом премте врача / Г.В. Байматов, А.В. Белобородова, О.Ю.

Бирюкова [и др.] [Электронный ресурс]. – URL: http://rostgmu.ru/wp-content/uploads/2019/02.pdf (дата обращения: 28.08.2019).

130. Педагогика: Учебник для студентов педагогических вузов / Под ред. Ю.К. Бабанского. М.: Педагогика, 1989.

131. *Петровская, Л.А.* Компетентность и общность. М.-МГУ,1989.- 216 с.

132. *Пиз, А.* Разговорный язык. – М.: ЭКСМО, 2004.

133. *Поварнин, С.И.*Спор. Теория и практика спор. - СПб., 1996. - 160 с.

134. *Полат, Э. С.*Новые педагогические технологии: пособия для учителя / Е. С. Сталь. – М., 2002. – 442 с.

135. Практикум по психологическому менеджменту и профессиональной деятельности: учеб. пособие / под ред. Г.С. Никифоровой, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб.: Речь, 2003. – 448 с.

136. *Привалова, Г.Ф.* Активные и интерактивные методы обучения как фактор совершенствования образовательно-познавательного процесса в вузе /Г.Ф. Привалова //Современные проблемы науки и образования. -2014.-№ 3.

137. Проблемы внедрения информационно-коммуникационных технологий.URL:https://studwood.ru/1836758/pedagogika/problem_vnedrenia (дата обращения 14.06.2020). 35. Работа в парах на уроке русского языка в 5 классе. – URL: https://infourok.ru/rabota-v-parah-na-uroke-russkogo-yazika-v-klasse-glavnie-ivtorostepennie-chleni-predlozheniya-1421159.html (дата обращения 06.04.2021).

138. *Ракитина, Е.А.* Информационные поля и образовательная деятельность / Е.А. Ракитина, В.Ю. Лыскова // Информатика и образование. – 1999. – № 5. – С. 19-25.

139. *Резе, А.* Коммуникативные навыки. Структура врачебной консультации // Врач. – 2016. – № 2. – С. 81–83.

140. *Роберт, И.В.* Теория и методология информатизации образования (психолого-педагогические и технологические аспекты). – 3-е изд. – М.: ИИО РАО, 2010. – 356 с.

141. *Романцов, М.Г.* Российское национальное медицинское образование на этапе его реформирования/ М.Г. Романцов, И.Ю.Мельникова, О.В. Шамшева // Медицинское образование и профессиональное развитие, 2014. - № 1(15). -С. 32-41.

142. *Савельева, М.Г.* Технология профессионально-ориентированного обучения: метод обучения. Пособие /М.Г. Савельева. – Ижевск: Объединение «Научная книга», 2007. – 80 с.

143. *Селевко, Г.К.* Энциклопедия педагогического образования. / Г. К. Селевко. - Москва: Народное образование, 2005. - С. 153.

144. *Селезнев, С.Б.* Особенности общения медицинских работников с пациентами разного профиля (на материале лекций для студентов медицинских и социальных вузов). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: эл. науч. журнал. 2011. - № 4.

145. *Сериков, В.В.* Образование и личность. Теория и практика проектирования педагогических систем. – М.: Издательская корпорация «Логос», 1999. – 272 с.

146. *Сидоренко, Е.В.* Коммуникативная компетентность и тренинг делового взаимодействия. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.

147. *Сильверман, Дж.* Новые коммуникации с пациентами / Дж.Сильверман, К.Курц, Дж.Дрейпер /пер. с англ. Дорман А.И. - М.:Гранат, 2018. - 304 с.

148. *Сластенин, В.А.* Педагогика: инновационная деятельность: учеб. пособие для вузов / В. А. Сластенин. – М.: Академия, 2007. – 566 с.

149. Современные образовательные технологии: учеб. пособие / сост. автор: под ред. Н. В. Бордовской. – М.: КНОРУС, 2010. – 432 с.

150. *Сокол, И.Н.* Классификация квестов / И.Н. Сокол // Молодёжный. – 2014. – № 6 (09). - С. 138-140.

151. *Соколова, Н.Е.*Психолого-педагогические основы сотрудничества в высшей школе: монография. – М.: Вузовский учебник, -2016. – 216 с.

152. *Соложенкин, В.В.* Психологические основы врачебной деятельности: учебник для узов/ В.В. Соложенкин.-Москва: Академический проект, 2005. - 162 с.

153. *Сонькина, А.А.* Новизна профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнение. Образование. Вестник ВШОУЗ. – 2015. – № 1(1). – С. 101–107.

154. *Соснин, В.А.* Учимся общению: взаимопонимание, взаимодействие, переговоры, обучение / В.А. Соснин, П.А.Лунев /- М.: Психологический институт РАН, 1993. -156 с.

155. Социальная психология: учеб. пособие для студентов вузов / А.Н. Сухов [и др.]; под ред. А.Н. Суховой. — 7-е изд., перераб. и доп. — М.: ЮНИТИДАНА, 2017. — 615 с.

156. *Ступина, С.Б.* Технология интерактивного обучения в средней школе: Учебно-методическое пособие.-Саратов.: «Наука», 2009. – 52 с.

157. *Стурикова, М.В.* Тест как оценочное средство развития коммуникативной компетентности школьников и студентов // Инновационные проекты и программы в образовании. 2014. - Т.1. - С. 76-78.

158. Таблица: «Педагогические технологии Г.К. Селевко». – URL: http://fb.ru/article/266379/tablitsa-pedagogicheskie-tehnologiiklassifikatsiya-po-gk-selevko-klassifikatsiya-sovremennyih-pedagogicheskihtehnologiy-v-dou-po-fgos-tablitsa (дата обращения 12.03.2021).

159. *Тарасова, Л.Е.* Влияние оценочной деятельности преподавателей вуза на формирование самооценки студентов / Л.Е. Тарасова // Ученые записки Педагогического института СГУ им. Н.Г. Чернышевского. Серия: Психология. Педагогика. – 2008. – № 3–4. – С. 17–22.

160. *Тельтевская, Н.В.* Роль межличностного взаимодействия в профессиональной подготовке студентов / Н.В. Тельтевская // Вестник ПАГС. – 2011. – С. 95-99.

161. *Тимохина, М.А.* Нейролингвистическое программирование и практическая деятельность врача // Молодой ученый. 2016. - № 8. - С. 882-884.

162. *Толыпина, Ю. А.* Использование интерактивных технологий в образовательном процессе / Ю. А. Толыпина // Педагогическая магистерская работа: Материалы Междунар. науч. конф. (Москва, апрель 2012). – М.: Буки-Веди, 2012. – С. 300-301.

163. *Торгашина, Т.И.* Научно-исследовательская работа студентов педагогического вуза как средство развития их творческого потенциала: Дисс. кан. пед. наук / Т.И. Торгашина. – Волгоград, 1999. – 209 с.

164. *Трофимова, Г.С.* Основы узовской дидактики: Материалы для лекций / Г. С. Трофимова. – Ижевск: УдГУ, 2007. – 69 с.

165. *Тулиу, Г.М.* Проектная деятельность как условие интеграции научно-исследовательской и учебной деятельности студентов в образовательный процесс вуза / Г.М. Тулю, В.Н. Старшинов//Вестник Костромского государственного университета (серия Педагогика. Психология. Социокинетика). – 2016. – № 2. – С. 172-175.

166. *Тюменева, Н.П.* Интерактивное обучение как средство формирования коммуникативных способностей курсантов и слушателей / Н.П. Тюменева // Использование интерактивных и информационно-коммуникативных технологий в формировании общекультурных и языковых компетенций: Сб. матер. межрег. круглого стола (Рязань, 2015 г.).– С. 73-78.

167. *Урываев, В.А.* Социальная психология личности: Учебник. – Ярославль, 2006, – С. 93-106

168. Философский энциклопедический словарь /Л.Ф. Ильичев, П.Н. Федосеев, С.М. Ковалев, В.Г. Панов.- М.:Сов. энциклопедия, 1983.- 840 с.

169. *Фокин, Ю.Г.* Психодидактика высшей школы / Фокин Ю.Г. – М.: МГТУим. Н.Э. Баумана, 2000. – 423 с.

170. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей и студентов в институте последипломного образования медицинского

университета / Ю.Е. Турчина, Т.К. Турчина, О.В. Нор [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5 [Электронный ресурс]. – URL: http://science-education.ru/ru/article/view?id=25449 (дата обращения: 28.08.2019).

171. *Харди, И.* Врач, медсестра, пациент. Пер. венгерск. М. Алекса; Под ред. М.В. Рабочий. -3-е изд. стереотип. – БУДАПЕШТ.:Типография Венгерской академии наук, 1974.

172. *Харьковский, А.О.* Мастера публичных выступлений для врачей. - Прага, 2013. - 95 с.

173. *Харьковский, А.О.* Как заставить пациента вылечиться: практическое пособие для офтальмологов/А.О. Харьков. - Прага, 2012. - 72 с.

174. *Хохленкова, Л.А.,* Юхненко Л.В. Личностно-ориентированный подход в иноязычной подготовке будущих специалистов социально-культурного направления // Педагогика, 2014; - С. 260 - 263.

175. *Цветкова, Л.А.* Коммуникативная компетентность врачей-педиатров: Автореф. дис… кан. психол. наук. СПб., 1994. - 23 с.

176. *Ципро, М.* Научно-технический прогресс и воспитание молодёжи // Сов. педагогика. – 1990. – № 8. – С. 71.

177. *Чалдини, Р.* Психология веры. Важные детали, гарантирующие успех. – СПб.: Питер, 2015. – 288 с.

178. *Чусовлянова, С.В.* Специфика коммуникативной культуры как фактора эффективности профессионального развития // В мире научных открытий. – 2013. – № 11–6 (47). – С. 118–124.

179. *Чучалин, А.* Кредитно-рейтинговая система / А. Чучалин, О. Боев // Высшее образование в России. - 2004. - № 3. - С.34-39.

180. *Шкуренко, Д.А.* Общая и медицинская психология: учебник. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – 352 с.

181. *Щедровицкий, П.Г.* Педагогическая свобода / П. Г. Щедровицкий // Кентавр. -1993. - № 1. - С. 18-24.

182. *Щербакова, Т.Н.* Коммуникативная компетентность педагога как профессиональный ресурс / Т.Н. Щербакова, А.И. Кладько // Ученые записки СКАГС. – М.: РАНХиГС, 2014. – № 4. – С. 199-204.

183. *Щуркова, Н.Е.* Профессиональное образование ценностно ориентированного образования / Н.Е. Шуркова // Сибирский педагогический журнал. – 2007. – № 4. – С. 139-147.

184. *Ясвин, В.А.* Образовательная среда: от моделирования к проектированию / В. А. Ясвин. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2001. – 368 с.

Приложения

Приложение 1.

Методика «Потребность в общении» Ю. М. Орлова.

Методика «Изучение потребности в общении» Ю. М. Орлова была разработана им в 1978 году и представляет собой тест-опросник, содержащий 33 положения (утверждения), с которыми испытуемый соглашается или не соглашается. Тест направлен на выявление степени выраженности потребности человека в общении. Кроме этого, с помощью данной методики, возможно, определить насколько человек чувствует себя одиноким, удовлетворенным в процессе общения с другими людьми, также возможно определить степень удовлетворенности от общения с другими людьми.

Инструкция. Сейчас вам прочтут ряд утверждений. Если вы с ними согласны, то рядом с номером положения напишите на своем листочке «да», если не согласны, напишите «нет».

Текст опросника (перечень утверждений)

1. Мне доставляет удовольствие участвовать в различные рода торжествах.
2. Я могу подавить свои желания, если они противоречат желаниям моих товарищей.
3. Мне нравится выказывать кому-либо свое расположение.
4. Я больше сосредоточен на приобретении влияния, чем дружбы.
5. Я чувствую, что в отношении к моим друзьям у меня больше прав, чем обязанностей.
6. Когда я узнаю об успехе своего товарища, у меня почему-то ухудшается настроение.
7. Чтобы быть удовлетворенным собой, я должен кому-то в чем-то помочь
8. Мои заботы исчезают, когда я оказываюсь среди товарищей по работе.
9. Мои друзья мне основательно надоели.
10. Когда я делаю плохую работу, присутствие людей меня раздражает.

11. Прижатый к стене, я говорю лишь ту долю правды, которая, по моему мнению, не повредит моим друзьям и знакомым.

12. В трудной ситуации я больше думаю не столько о себе, сколько о близком человеке.

13. Неприятности у друзей вызывают у меня такое состояние, что я могу заболеть.

14.Мне приятно помогать другим, если даже это доставит мне значительные хлопоты.

15. Из уважения к другу я могу согласиться с его мнением, даже если он не прав.

16. Мне больше нравятся приключенческие рассказы, чем рассказы о любви.

17. Сцены насилия в кино внушают мне отвращение.

18. В одиночестве я испытываю тревогу и напряженность больше, чем когда я нахожусь среди людей.

19. Я считаю, что основной радостью в жизни является общение.

20. Мне жалко брошенных собак и кошек.

21. Я предпочитаю иметь поменьше друзей, но более мне близких.

22. Я люблю бывать среди друзей.

23. Я долго переживаю ссоры с близкими.

24. У меня определенно больше близких людей, чем у многих других.

25. Во мне больше стремления к достижениям, чем к дружбе.

26. Я больше доверяю собственным интуиции и воображению в мнении о людях, чем суждению о них других людей.

27. Я придаю больше значения материальному благополучию и престижу, чем радости общения с приятными мне людьми.

28. Я сочувствую людям, у которых нет близких друзей.

29. По отношению ко мне люди часто неблагодарны.

30. Я люблю рассказы о бескорыстной дружбе и любви.

31. Ради друга я могу пожертвовать всем.

32. В детстве я входил в одну «тесную» компанию.

33. Если бы я был журналистом, мне нравилось бы писать о дружбе.

Приложение 2.

Тест «Умеете ли вы выступать?» Отвечать на вопросы нужно «да» или «нет». При положительном ответе засчитайте себе 2 очка.

Текст опросника.

1. Нуждаетесь ли вы в тщательной подготовке к выступлению в зависимости от состава аудитории, даже если вы не раз выступали на эту тему?

2. Чувствуете ли вы себя после выступления «выжатым», ощущаете ли резкое падение работоспособности?

3. Всегда ли одинаково начинаете выступление?

4. Волнуетесь ли перед выступлением настолько, что должны преодолевать себя?

5. Приходите ли задолго до начала выступления?

6. Нужны ли вам 3-5 минут, чтобы установить первоначальный контакт с аудиторией и заставить внимательно вас выслушать?

7. Стремитесь ли вы говорить строго по намеченному плану?

8. Любите ли вы во время выступления двигаться?

9. Отвечаете ли на замечания по ходу их поступления, не группируя их?

10. Успеваете ли во время выступления пошутить?

Приложение 3.

Тест «Умеете ли вы вести деловые переговоры?»

1. Бывает ли, что вас удивляют реакции людей, с которыми вы сталкиваетесь в первый раз?

2. Есть ли у вас привычка договаривать фразы, начатые вашим собеседником, т.к. вам кажется, что вы угадали его мысль, а говорит он слишком медленно?

3. Часто ли вы жалуетесь, что вам не дают всего необходимого для того, чтобы успешно закончить порученную вам работу?

4. Когда критикуют мнение, которое вы разделяете, или коллектив, в котором вы работаете, возражаете ли вы (или хотя бы возникает у вас такое желание)?

5. Способны ли вы предвидеть, чем вы будете заниматься в ближайшие 6 месяцев?

6. Если вы попадаете на совещание, где есть незнакомые вам люди, стараетесь ли вы скрыть ваше мнение по обсуждаемым вопросам?

7. Считаете ли вы, что в любых переговорах всегда кто-то становится победителем, а кто-то обязательно проигрывает?

8. Говорят ли о вас, что вы упорны и твердолобы?

9. Считаете ли вы, что на переговорах всегда надо запрашивать вдвое больше того, что вы хотите получить в конечном итоге?

10. Трудно ли вам скрыть свое плохое настроение, например, когда вы играете в карты и проигрываете?

11. Считаете ли вы необходимым возразить по всем пунктам тому, кто на совещании высказал мнение, противоположное вашему?

12. Неприятна ли вам частая смена видов деятельности?

13. Заняли ли вы ту должность и получили ли ту зарплату, которые наметили для себя несколько лет назад?

14. Считаете ли вы допустимым пользоваться слабостями других для достижения своих целей?

15. Уверены ли вы, что можете легко найти аргументы, способные убедить других в вашей правоте?

16. Готовитесь ли вы старательно к встречам и совещаниям, в которых вам предстоит принять участие?

Приложение 4.

Тест-тренинг «Завершим мысль»

В данном упражнении предлагается завершить начатую идею высказывания и «правильно» завершить ее. «Правильными» считаются

ответы, которые максимально близки по смыслу и содержанию ответам, приведенным в конце тестового задания.

Главная цель упражнения – не столько угадать завершающее слово, сколько побудить себя (или другого, если упражнение используется в «игровом режиме») думать, включиться в интеллектуально-познавательную деятельность, позволяющую совершенствовать личностные оценочно-прогностические и познавательно-эвристические способности.

Упражнение можно выполнить в виде тестового задания. КТО БОЛЬШЕ даст правильных ответов. Отдельный вопрос – природа (психологический анализ) ОШИБОК в выполнении задания – чем вызваны они?

В дальнейшем это задание можно использовать для тестового контроля усвоения темы.

2. Достойный человек – это не тот, кто не имеет недостатков, а, видимо, тот, кто имеет ... *(что?).*

3. Вовремя споткнувшийся может ... *(что сделать?).*

4. Чем человек умнее и добрее, тем больше он замечает добра *(в ком?).*

5. Хорошими манерами обладает тот, кто наименьшее количество людей ставит ... *(в какое положение?).*

6. Глупые мысли бывают у всякого, только умный ... *(что делает?).*

7. Пожалуй, нет ничего более отвратительного, чем говорить много о *(о ком?).*

8. Чем больше мы говорим о своих достоинствах, тем меньше в них ... *(что делают?).*

9. Самое смешное желание – это желание нравиться ... *(кому?).*

9. Необходимо говорить все, что нужно, и не более чем ... *(что?).*

10. Тот, кто хочет, делает, как правило, больше, чем тот, кто ... *(что?).*

11. В жизненных ситуациях чаще сдается тот, кто не видит ... *(чего?).*

12. Чаще всего мы стараемся изменить другого, а не ... *(кого?).*

13. Зная, что следует исправить, появляется потребность... *(что делать?).*

14. Через то, что есть у человека, можно оценить и то, что есть ... *(где? В ком?).*

15. Намного легче совершенствовать свои маленькие способности, чем пытаться воссоздать то, что совершенно ... *(что?).*

16. Лучше отказать в просьбе, чем удовлетворить ее... *(как?).*

17. Мы живем не достаточно долго, чтобы пользоваться уроками собственных... *(чего?).*

18. В некоторых ситуациях важно не быть честным, доступным и откровенным, а... *(что делать?).*

19. Самый лучший вид слова – это, по всей видимости, ... *(что?).*

20. Начиная с простого плана, мы уже начинаем ... *(как?).*

21. Если подозреваешь кого-нибудь во лжи, ... *(что сделай?),* что веришь ему; тогда он солжет грубее и попадется. Если же в его словах проскользнула истина, которую он хотел бы скрыть, притворись ... *(каким?),* он выскажет и остальную часть истины.

22. Два уха и один язык даны, оказывается, человеку еще для того, чтобы больше ... *(что делать?)* и меньше ... *(что делать?).*

23. Тот, кто хочет добиться победы над противником в споре, должен остерегаться делать то, что привело бы оппонента ... *(к чему?).*

24. Не избегай делать мелкие услуги, будут думать, что ты также способен и на … *(какие?).*

25. Никогда не бросайся грязью: ты можешь промахнуться мимо цели, но твои руки останутся … *(какими?).*

26. Добрые слова очень часто способны заменить отсутствие ... *(чего?).*

27. Желая быть выше людей, необходимо порой ставить себя … *(как?).*

28. Крайне негативным считается недостаток подмечать чужие ... *(что?).*

29.Очень часто пороком считается не употребление плохого, а злоупотребление ... *(чем?).*

30. Дружба, основанная на бизнесе, как правило, лучше, чем бизнес, основанный... *(чем?).*

Приложение 5.

Тест «Оценка уровня общительности» В. Ф. Ряховского.

Данный тест, оценивающий общий уровень общительности, разработан В.Ф. Ряховским.

Инструкция: Вашему вниманию предлагается несколько простых вопросов. Отвечайте быстро, однозначно: «да», «нет», «иногда».

Опросник

1. Вам предстоит ординарная или деловая встреча. Выбивает ли Вас ее ожидание из колеи?

2. Вызывает ли у вас смятение и неудовольствие поручение выступить с докладом, сообщением, информацией на каком-либо совещании, собрании или тому подобном мероприятии?

3. Не откладываете ли Вы визит к врачу до последнего момента?

4. Вам предлагают выехать в командировку в город, где Вы никогда не бывали. Приложите ли Вы максимум усилий, чтобы избежать этой командировки?

5. Любите ли Вы делиться своими переживаниями с кем бы то ни было?

6. Раздражаетесь ли Вы, если незнакомый человек на улице обратится к Вам с просьбой (показать дорогу, назвать время, ответить на какой-то вопрос)?.

7. Верите ли Вы, что существует проблема «отцов и детей» и что людям разных поколений трудно понимать друг друга?

8. Постесняетесь ли Вы напомнить знакомому, что он забыл Вам вернуть деньги, которые занял несколько месяцев назад?

9. В ресторане либо в столовой Вам подали явно недоброкачественное блюдо. Промолчите ли Вы, лишь рассерженно отодвинув тарелку?

10. Оказавшись один на один с незнакомым человеком, Вы не вступите с ним в беседу и будете тяготиться, если первым заговорит он. Так ли это?

11. Вас приводит в ужас любая длинная очередь, где бы она ни была (в магазине, библиотеке, кассе кинотеатра). Предпочитаете ли Вы отказаться от своего намерения или встанете в хвост и будет томиться в ожидании?

12. Боитесь ли Вы участвовать в какой-либо комиссии по рассмотрению конфликтных ситуаций?

13. У Вас есть собственные сугубо индивидуальные критерии оценки произведений литературы, искусства, культуры, и никаких чужих мнений на этот счет Вы не приемлете. Это так?

14. Услышав где-либо в кулуарах высказывание явно ошибочной точки зрения по хорошо известному Вам вопросу, предпочитаете ли Вы промолчать и не вступать в спор?

15. Вызывает ли у Вас досаду чья-либо просьба помочь разобраться в том или ином служебном вопросе или учебной теме?

16. Охотнее ли Вы излагаете свою точку зрения (мнение, оценку) в письменной форме, чем в устной?

Обработка результатов:

«Да» - 2 балла, «иногда» - 1 балл, «нет» - 0 баллов.

Полученные очки суммируются, и по классификатору определяется, к какой категории людей относится испытуемый.

Классификатор к тесту В.Ф.Ряховского

30 – 32 балла – Вы явно некоммуникабельны, и это ваша беда, так как страдаете от этого больше Вы сами. Но и близким Вам людям нелегко. На Вас трудно положиться в деле, которое требует групповых усилий. Старайтесь быть общительнее, контролируйте себя.

25 – 29 балла – Вы замкнуты, неразговорчивы, предпочитаете одиночество, поэтому у Вас мало друзей. Новая работа и необходимость новых контактов если и не ввергают Вас в панику, то надолго выводит из равновесия. Вы знаете, эту особенность своего характера и бываете недовольны собой. Но не ограничивайтесь только таким недовольством – в вашей власти переломить эти особенности характера. Разве не бывает, что

при какой-либо сильной увлеченности Вы приобретаете вдруг полную коммуникабельность? Стоит только встряхнуться.

19 – 24 балла – Вы в известной степени общительны и в незнакомой обстановке чувствуете себя вполне уверенно. Новые проблемы Вас не пугают. И все же с новыми людьми сходитесь с оглядкой, в спорах и диспутах участвуете неохотно. В ваших высказываниях порой слишком много сарказма, без всякого на то основания. Эти недостатки исправимы.

14 – 18 балла – у Вас нормальная коммуникабельность. Вы любознательны, охотно слушаете интересного собеседника, достаточно терпеливы в общении с другими, отстаиваете свою точку зрения без вспыльчивости. Без неприятных переживаний идете на встречу с новыми людьми. В то же время не любите шумных компаний; экстравагантные выходки и многословие вызывают у Вас раздражение.

9 – 13 балла – Вы весьма общительны (порой, быть может, даже сверх меры), любопытны, разговорчивы, любите высказываться по разным вопросам, что, бывает, вызывает раздражение окружающих. Охотно знакомитесь с новыми людьми. Любите бывать в центре внимания, никому не отказываете в просьбах, хотя не всегда можете их выполнить. Бывает, вспылите, но быстро отходите. Чего Вам не достает, так это усидчивости, терпения и отваги при столкновении с серьезными проблемами. При желании, однако, Вы можете себя заставить не отступать.

4 – 8 балла – Вы, должно быть, «рубаха-парень». Общительность бьет из Вас ключом. Вы всегда в курсе всех дел. Вы любите принимать участие во всех дискуссиях, хотя серьезные темы могут вызвать у вас мигрень и даже хандру. Охотно берете слово по любому вопросу, даже если имеете о нем поверхностное представление. Всюду чувствуете себя в своей тарелке. Беретесь за любое дело, хотя не всегда можете успешно довести его до конца. По этой самой причине руководители и коллеги относятся к Вам с некоторой опаской и сомнениями. Задумайтесь над этими фактами.

3 балла и менее – Ваша коммуникабельность носит болезненный характер. Вы говорливы, многословны, вмешиваетесь в дела, которые не имеют к Вам никакого отношения. Беретесь судить о проблемах, в которых совершенно не компотентны. Вольно или невольно Вы часто бываете причиной разного рода конфликтов в Вашем окружении. Вспыльчивы, обидчивы, нередко бываете необъективны. Серьезная работа не для Вас. Людям – и на работе, и дома, и вообще повсюду – трудно с Вами. Да, Вам надо поработать над собой и своим характером! Прежде всего воспитывайте в себе терпеливость и сдержанность, уважительно относитесь к людям, наконец, подумайте о своем здоровье – такой стиль жизни не проходит бесследно.