

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тверской государственный университет»

На правах рукописи



Михайлюк Юлия Васильевна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ
КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

Специальность 5.3.3 Психология труда, инженерная психология,
когнитивная эргономика

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук, профессор
Копылова Наталья Вячеславовна

Тверь – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ	16
1.1 Концептуальные подходы к исследованию феномена профессионального обучения студентов медицинского вуза.....	16
1.2 Теоретические аспекты изучения сущности коммуникативной компетентности и ее структуры в контексте психологии труда.....	28
1.3 Современные исследования психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза.....	48
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.....	59
ГЛАВА 2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТА ТРУДА.....	61
2.1 Коммуникативная компетентность как составляющая профессиональной деятельности врача как субъекта труда.....	61
2.2 Психологическая специфика коммуникативной компетентности в системе взаимоотношений «врач – пациент».....	68
2.3 Коммуникативная компетентность в системе профессионально важных качеств врача.....	77
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.....	88
ГЛАВА 3 АПРОБАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ.....	90
3.1 Программа эмпирического исследования	90
3.1.1 Структурная организация коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.....	96
3.1.2 Анализ и интерпретация результатов исследования структуры коммуникативной компетентности в профессиональном обучении студентов медицинского вуза.....	99
3.1.3 Профессионально важные качества, составляющие коммуникативную компетентность студентов медицинского вуза.....	142

3.2	Структура и содержание программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения	151
3.3	Оценка эффективности программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.....	164
	ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3.....	175
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	180
	СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	184
	ПРИЛОЖЕНИЯ	204

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. На современном этапе формирования общества наблюдается активное развитие медицины. Постоянно появляется новое диагностическое оборудование, которое используется как в медицинской практике, так и в процессе профессионального обучения в медицинском вузе. Однако эти позитивные изменения сопровождаются уменьшением личного взаимодействия между врачом и пациентом.

В научных исследованиях О.Б. Асриян, Л.Н. Васильевой, Е.Ю. Васильевой, И.А. Зимней, А.И. Кипиани, Н.В. Копыловой, Н.А. Магазаник, С.Л. Соловьевой, Н.Д. Твороговой, Л.А. Цветковой, Н.В. Яковлевой, Б.А. Ясько установлено, что профессиональная компетентность современного врача зависит не только от знаний и умений, но и от надпрофессиональных навыков, наиболее важным из которых является коммуникативная компетентность, понимаемая как готовность и способность к дифференцированному общению с пациентами, их родственниками и медицинским персоналом.

Многолетние традиции и глубокая проработка теоретических проблем эффективного информационного обмена между врачом и пациентом предоставляют отечественным ученым, практическим врачам и преподавателям больше возможностей для развития коммуникативных технологий в системе отечественного здравоохранения. Это особенно актуально при подготовке врачей общей практики, поскольку она интегрирует в себе несколько видов помощи, оказываемой разновозрастному контингенту больных на постоянной основе: диагностическую, лечебную, реабилитационную, профилактическую, санитарно-просветительскую, медико-социальную, консультативную и организационную.

Состояние разработанности проблемы. В настоящее время рядом исследователей изучена коммуникативная компетентность студентов

(А.Т. Арасланова, И.О. Бугаева, Н.Г. Жарких, Е.М. Кузьмина, Е.В. Рощевская, М.К. Телеусов, С.В. Чусовлянова и др.), курсантов-психологов (С.В. Здорова, А.Н. Сударик, С.Н. Федотов), специалистов различного профиля: руководителей, врачей (Л.Л. Алексеева, М.Ф. Беликова-Анкваб, Л.Н. Васильева, А.В. Воробьева, В.В. Вялых, Н.К. Горшунова, А.И. Кипиани, Н.А. Клоктунова, Л.А. Цветкова, А.А. Чазова, Н.В. Яковлева, Б.А. Ясько), педагогов (И.В. Макаровская), педагогов-психологов (Н.В. Буртовая), менеджеров (Л.В. Богданова, Л.М. Эррера).

Исследования коммуникативной компетентности у студентов медицинских вузов, проведенные М.Ф. Анкваб, О.Б. Асриян, Л.Н. Васильевой, Е.Ю. Васильевой, В.В. Вялых, Н.К. Горшуновой, А.И. Кипиани, Н.А. Магазаник, Л.А. Цветковой, Н.В. Яковлевой и Б.А. Ясько, показали, что будущие субъекты труда недостаточно подготовлены к использованию разнообразных вербальных и невербальных средств воздействия на состояние пациента. Исходя из этого, изучение коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения является приоритетной задачей, стоящей не только перед системой образования, но и здравоохранения.

Проблему профессионального обучения личности исследовали А.А. Деркач, Т.А. Жалагина, Э.Ф. Зеер, А.В. Карпов, Е.А. Климов, Н.В. Копылова, Т.В. Кудрявцев, А.К. Маркова, Ю.П. Поваренков, Е.Ю. Пряжникова, Н.С. Пряжников, В.А. Толочек, В.Д. Шадриков и др. Психологический анализ, проведенный В.И. Кашницким, С.А. Поповым, Н.В. Яковлевой, Б.А. Ясько и др., позволяет выявить некоторые аспекты профессиональной подготовки врачей различных специализаций, а также основные виды их деятельности.

Не менее важен и тот факт, что в силу возрастных особенностей период профессионального обучения в вузе является сензитивным для профессионального самоопределения, идентификации студента с будущей профессией. В этой связи становится актуальным внедрение в

образовательный процесс современных технологий психологического сопровождения обучающихся с целью формирования у них знаний, умений и навыков в сфере эффективной коммуникации. От того, насколько быстро студент овладеет искусством общения, построения и поддержания отношений в условиях клиники, зависит его профессиональный успех как врача, поскольку владение коммуникативными навыками позволяет более эффективно решать лечебные, диагностические и организационные задачи при оказании медицинской помощи пациентам.

Качественная и профессиональная медицинская помощь населению всегда являлась актуальной проблемой в любой стране мира. Однако в настоящее время в системе высшего медицинского образования существуют серьезные противоречия между:

- целями формирования всесторонне развитой креативной, высокопрофессиональной личности специалиста и реальными возможностями современной предметной системы обучения в медицинском вузе;

- потребностью в гуманизации медицинского образования и отсутствием целостной теоретической концепции подготовки специалиста;

- значительной потребностью в конкурентоспособных специалистах, обладающих высокой коммуникативной компетентностью, владеющих эффективными коммуникативными навыками, и недостаточным уровнем подготовки студентов в этом аспекте;

- коммуникативным взаимодействием «врач – пациент» в медицинской деонтологии, клинической и медицинской психологии, рассматриваемым с позиций врачебного долга и эмпатии.

Цель исследования заключается в разработке и апробации программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Объект исследования: коммуникативная компетентность студентов медицинских специальностей как будущих субъектов труда.

Предмет исследования: программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Общая гипотеза исследования основана на предположении, что процесс формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения будет осуществляться более эффективно после внедрения программы психологического сопровождения, включающей спецкурс «Коммуникативная компетентность врача» и тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей».

Частные гипотезы:

1. В структуру коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей входят пять компонентов: коммуникативно-установочный, коммуникативно-инструментальный, индивидуально-психологический, эмоционально-оценочный и личностно-оценочный.

2. Коммуникативная компетентность будущего субъекта труда включает общие характеристики, проявляющиеся в среднем уровне общительности, коммуникативного контроля, умений управлять эмоциями, коммуникативной толерантности и низком уровне эмпатических способностей, и специфические характеристики, выражающиеся в особенностях пластичности, настойчивости, понимания, стратегии к сотрудничеству, коммуникативной установки.

3. Содержательные характеристики компонентов структуры коммуникативной компетентности имеют свои особенности в профессиональном становлении студентов различных медицинских специальностей на разных этапах профессионального обучения.

Задачи исследования:

1. Теоретически обосновать основные подходы к пониманию сущности коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза в профессиональном обучении.

2. Выявить структуру и содержательные характеристики, составляющие коммуникативную компетентность у студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда, на разных этапах профессионального обучения.

3. Определить общие и специфические характеристики коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения.

4. Выявить изменения, происходящие в содержательном наполнении структуры коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, на разных этапах профессионального обучения исходя из медицинской специальности.

5. Разработать и апробировать программу психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Теоретико-методологические основания исследования включают:

– основные направления исследований личности в профессиональной деятельности и психологических характеристик врачей (В.А. Бодров, Л.Н. Васильева, Э.Ф. Зеер, В.И. Кашницкий, Е.А. Климов, Ю.П. Поваренков, Е.Ю. Пряжникова, Н.С. Пряжников, В.А. Толочек, Л.А. Цветкова, В.Д. Шадриков, Б.А. Ясько);

– теоретические и эмпирические работы по проблеме коммуникативной компетентности в отечественных (Ю.Н. Емельянов, Ю.М. Жуков, И.А. Зимняя, Н.В. Копылова, Н.В. Кузьмина, В.Н. Куница, В.А. Лабунская, Н.А. Магазаник, Л.М. Митина, Л.А. Петровская, С.Н. Федотов) и зарубежных (М. Аргайл, Дж. Дрейпер, С. Керц, Дж. Равен, Дж. Сильверман, Ю. Хабермас, Д. Хаймс, Р. Харре) исследованиях;

– психологические теории и концепции общения и деятельности (Б.Г. Ананьев, Г.М. Андреева, А.А. Бодалев, А.А. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн);

– работы, раскрывающие актуальные концепции о психологическом сопровождении профессиональной деятельности (М.Р. Битянова, А.А. Деркач, И.Е. Декман, Н.Н. Демиденко, Т.А. Жалагина, Э.Ф. Зеер, Т.В. Киящук, Т.В. Малютина, Ю.П. Поваренков, Е.Ю. Пряжникова, Н.С. Пряжников).

Основными **методами** в работе выступили теоретико-библиографический анализ и обобщение, психодиагностические методы, включающие констатирующий и формирующий эксперименты. Методы обработки и интерпретации полученных данных в виде количественного и качественного анализа применялись с использованием статистического t-критерия Стьюдента, дисперсионного анализа (критерий F-Фишера), коэффициента линейной корреляции r-Пирсона, кластерного анализа и рассчитывались с помощью статистического пакета SPSS.

Положения, выносимые на защиту:

1. Коммуникативная компетентность студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда представляет собой интегративное профессионально важное качество, проявляемое в готовности и способности устанавливать и поддерживать эффективное взаимодействие с пациентами, их родственниками и медицинским персоналом.

2. В структуру коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда входят следующие компоненты: личностно-оценочный (понимание собственной значимости в коллективе, познание себя и самореализация в общении), индивидуально-психологический (общительность, экстравертированность, устойчивый интерес к пациентам, настойчивость, ответственность за результаты своей деятельности), эмоционально-оценочный (адекватная самооценка и степень принятия себя), коммуникативно-установочный (ценностные установки в ситуациях общения, установка на партнера по общению) и коммуникативно-

инструментальный (проявление эмпатии в общении, умение управлять эмоциями, умение слушать пациента, поддерживать общение).

3. Студенты различных медицинских специальностей обладают такими общими характеристиками коммуникативной компетентности, как средний уровень общительности, коммуникативного контроля, умений управлять эмоциями, коммуникативной толерантности и низкий уровень эмпатических способностей. Специфические характеристики студентов-медиков выражаются в особенностях пластичности, доверчивости, настойчивости, любопытства, понимания, сотрудничества и коммуникативной установки в зависимости от медицинской специальности.

4. На разных этапах профессионального обучения у студентов медицинского вуза наблюдаются неравномерные изменения в содержательных характеристиках структуры коммуникативной компетентности, которые наиболее ярко выражены в индивидуально-психологическом и коммуникативно-установочном компонентах. Изменения индивидуально-психологического компонента коммуникативной компетентности проявляются в значительном снижении показателей общительности, уважения других людей, пластичности и любопытства от начального к среднему этапу профессионального обучения. На заключительном этапе профессионального обучения установлен рост уровней общительности, ригидности и реалистичности. Изменения коммуникативно-установочного компонента коммуникативной компетентности у студентов-медиков проявились в снижении показателей коммуникативных умений и профессиональных компетенций.

5. Разработанная и апробированная программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения включает спецкурс «Коммуникативная компетентность врача» и тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных

медицинских специальностей», направленные на развитие эффективности профессиональной деятельности будущих субъектов труда.

Достоверность и обоснованность научных результатов обусловлена соблюдением общей логики развития научного знания, адекватным подбором методологических и теоретических основ для изучения психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, анализом и интерпретацией полученных результатов исследования.

Выборка исследования: 713 студентов 1–6-го курсов УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минска, обучающихся по медицинским специальностям «Стоматология», «Педиатрия», «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело» в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст – 19 лет. Из них 88 юношей и 625 девушек. Первую группу составили студенты 1–5-го курсов стоматологического факультета. Общее количество – 150 человек, из них 28 юношей и 122 девушки. Во вторую группу вошли студенты 1–6-го курсов педиатрического факультета. Общее количество – 181 человек, из них 21 юноша и 160 девушек. Третья группа представлена студентами 1–6-го курсов медико-профилактического факультета. Общее количество – 201 человек, из них 16 юношей и 185 девушек. Четвертую группу составили студенты 1–6-го курсов лечебного факультета. Общее количество – 181 человек, из них 23 юноши и 158 девушек.

Основные этапы исследования:

На первом этапе (2020–2021 гг.) изучена психологическая литература по проблеме диссертационного исследования, определены объект, предмет, цели и задачи эмпирического исследования, выбрана методология, методы и определена база исследования.

На втором (2021–2022 гг.) и третьем (2022–2023 гг.) этапах проводился констатирующий эксперимент, который включал два лонгитюдных среза по

изучению структуры коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

На четвертом этапе (2024–2025 гг.) разработана и апробирована программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, проведен анализ, интерпретация и обобщение полученных результатов диссертационного исследования.

Научная новизна результатов исследования:

– уточнено понимание сущности коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда в развитии теоретических представлений психологии труда;

– выявлена структура коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей на разных этапах профессионального обучения, в которую входит пять компонентов: личностно-оценочный, индивидуально-психологический, эмоционально-оценочный, коммуникативно-установочный и коммуникативно-инструментальный; содержательными характеристиками компонентов, составляющих коммуникативную компетентность, являются: положительные установки в ситуации общения; адекватная самооценка и степень принятия себя; проявление эмпатии в общении, умение управлять эмоциями, умение слушать пациента, поддерживать общение; понимание собственной значимости в коллективе, познание себя и самореализация в общении; общительность, экстравертированность, настойчивость, ответственность за результаты своей профессиональной деятельности;

– определены общие (средний уровень общительности, коммуникативного контроля, умений управлять эмоциями, коммуникативной толерантности и низкий уровень эмпатических способностей) и специфические (выражаются в особенностях пластичности, доверчивости, настойчивости, любопытства, понимания, сотрудничества и коммуникативной установки в зависимости от медицинской специальности)

характеристики коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей как будущих субъектов труда;

– установлены изменения в структуре коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей на разных этапах профессионального обучения исходя из медицинской специальности, наиболее выраженные в индивидуально-психологическом, коммуникативно-установочном компонентах и наименее – в коммуникативно-инструментальном, личностно-оценочном и эмоционально-оценочном компонентах;

– разработана и апробирована программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, которая включает спецкурс «Коммуникативная компетентность врача» и тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей», направленные на развитие эффективности профессиональной деятельности будущих субъектов труда.

Теоретическая значимость. Диссертационное исследование вносит вклад в развитие теоретических представлений психологии труда о коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения. Операционализировано понятие «коммуникативная компетентность студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда», представляющее собой интегративное профессионально важное качество, которое проявляется в готовности и способности устанавливать и поддерживать эффективное взаимодействие с пациентами, их родственниками и медицинским персоналом. Выявлена и конкретизирована структура коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения, включающая личностно-оценочный, индивидуально-психологический, эмоционально-оценочный, коммуникативно-установочный и коммуникативно-инструментальный

компоненты. Определены общие и специфические характеристики коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Практическая значимость работы заключается в том, что:

1) подготовлено учебно-методическое пособие «Психологическое сопровождение формирования коммуникативной компетентности у будущего специалиста», в котором раскрываются теоретические и практические аспекты психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у будущего специалиста;

2) разработаны рекомендации по совершенствованию коммуникативной компетентности студентов различных медицинских специальностей на разных этапах профессионального обучения, ориентированные на специфику медицинской профессии;

3) результаты диссертационного исследования могут быть использованы при организации учебного процесса по дисциплинам соответствующей направленности уровней бакалавриата, магистратуры и аспирантуры («Профессиональная коммуникация в медицине», «Личностно-профессиональное развитие специалиста», «Психология межличностных отношений», «Биомедицинская этика и деонтология»);

4) результаты диссертационного исследования подтверждены двумя актами о внедрении полученных данных в образовательный процесс УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Апробация работы. Основные положения, идеи и результаты, полученные в ходе диссертационного исследования, обсуждались на заседаниях кафедры «Психология», а также были представлены автором в докладах и сообщениях на международной научно-практической конференции аспирантов и магистрантов «Управление в социальных и экономических системах» (Минск, 2021 г., 2022 г.); научно-практическом семинаре для аспирантов и магистрантов «Проблемы и перспективы современной науки» (Минск, 2022 г.); международной научно-практической

конференции студентов, магистрантов, аспирантов, молодых ученых и их наставников «Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований» (Тверь, 2023 г., 2023 г.); международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора философских наук, профессора Георгия Викторовича Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета, «Современные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века» (Тверь, 2023 г.); международной научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых и их наставников, посвященной Году Семьи, «Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований» (Тверь, 2024 г.); XVII международной научно-методической конференции педагогических и научных работников, студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых «Высшая школа: проблемы и перспективы» (Минск, 2025 г.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационное исследование соответствует п. 2.2 специальности 5.3.3 Психология труда, инженерная психология, когнитивная эргономика в вопросе диагностики профессионально важных качеств будущих субъектов труда; п. 2.3 – в вопросах изучения профессионального обучения и психологического сопровождения будущих субъектов труда; п. 7 – в вопросе технологий психологического сопровождения будущих субъектов труда.

Результаты диссертационного исследования отражены в 14 публикациях автора, из них 5 статей в научных журналах, включенных в базу данных ВАК; 8 статей в сборниках научных статей и материалах научно-практических конференций, и одно учебно-методическое пособие.

Структура диссертации: состоит из введения, трех глав, списка литературы и пяти приложений. Общий объем диссертации составляет 183 страницы, содержит 19 таблиц и 30 рисунков. Список литературы включает 170 источников.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

1.1 Концептуальные подходы к исследованию феномена профессионального обучения студентов медицинского вуза

В настоящее время общество все чаще выражает недовольство качеством медицинских услуг. Так, в медицинской практике нередко встречаются случаи непрофессионального и циничного поведения врачей, что противоречит этико-деонтологическим нормам и принципам медицины.

Ключевая задача системы здравоохранения – обеспечить каждому гражданину доступ к качественной медицинской помощи. При этом пациенты все чаще оценивают качество лечения не только по медицинским показателям, но и по качеству взаимодействия с врачом, учитывая свои психологические потребности и ожидания. Так как первоочередной задачей врача является не общение с пациентом, а диагностика, лечение и профилактика болезней, то коммуникативные задачи носят второстепенный характер. Эффективная коммуникация относится к этим задачам как средства к целям, и поэтому им уделяется меньше внимания. Однако коммуникативная сторона отношений «врач – пациент» сохраняет свою актуальность, так как профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное взаимодействие с пациентом и его родственниками, а также медицинским персоналом.

Из вышесказанного следует, что вузовский этап профессионального обучения студентов медицинского вуза является критически значимым для развития основополагающих профессионально важных качеств врача и формированию коммуникативной компетентности.

С.А. Дружилов [46] рассматривает профессиональное обучение как процесс «встраивания» новых знаний и умений и «перестраивания» старых, который не ограничивается периодом «предпрофессиональной» (или учебной) деятельности, а продолжается в процессе всего профессионального пути человека. По мере овладения деятельностью субъект труда приобретает новые профессиональные знания и навыки, а также формирует необходимые умения для успешного выполнения задач. В этом процессе происходят изменения в самом человеке: развиваются его качества как субъекта труда, изменяется структура его личности, а также формируется индивидуальность.

Развитие человека в контексте профессиональной деятельности связано с созданием концептуальной модели, которая позволяет эффективно решать большинство профессиональных задач. Изменения в структуре личности проявляются в динамике профессиональных мотивов, формировании самооценки, системы ценностей, профессионально-ориентированной системы отношений, формировании профессиональной Я-концепции [46].

Профессиональное обучение как важный этап в процессе профессионального развития имеет свои специфические задачи и особенности, а также определенные стадии и критерии, касающиеся формирования будущего специалиста.

По мнению А.В. Карпова, проблемы профессионального обучения и профессиональной подготовки в настоящее время становятся все более актуальными и этому способствует ряд факторов:

- динамика мира профессий: с каждым годом становится больше различных профессий и специализаций;
- динамика профессиональных знаний, характеризующаяся их быстрым обновлением и усложнением, требующих все более разнообразные и постоянно обновляющиеся знания и навыки в рамках конкретных специальностей;
- изменение материальной базы конкретных профессий [59].

Кроме того, особенностью современности является быстрое моральное, техническое и технологическое старение производственной базы. Так, все чаще от будущих специалистов требуется освоение нового оборудования, технологий, а также профессиональных понятий.

Выше представленные и ряд других, более частных, факторов приводят к повышению роли профессионального обучения в обществе.

С точки зрения А.В. Карпова, профессиональное обучение – это социальная система обучения конкретной профессии. Главные задачи научного анализа профессионального обучения будущих специалистов заключаются в следующем:

- выявление специфики и закономерностей формирования трудовых навыков в зависимости от их характера;
- изучение психологических особенностей организации трудовой деятельности;
- обеспечение формирования обобщенных трудовых навыков;
- исследование мотивации профессионального обучения и профессиональной деятельности;
- изучение влияния состояний человека на эффективность профессионального обучения и способы их диагностики;
- исследование изменений в личности в процессе профессиональной подготовки и их влияния на возможности самореализации в труде;
- разработка основ психологической оптимизации системы профессионального обучения [59, с. 275].

Исследователи Е.Ю. Пряжникова и Н.С. Пряжников считают, что профессиональное обучение предполагает:

- 1) процесс и результат овладения обучающимися системой научных знаний и познавательных умений, формирование на их основе мировоззрения и других качеств личности;
- 2) целенаправленный процесс взаимодействия преподавателя и обучающегося;

3) активную деятельность самого обучающегося по усвоению новых знаний и овладению способами приобретения знаний [124].

Исследователь Т.В. Кудрявцев [76] отмечает, что в процессе профессионального обучения начинает складываться образ профессионального «Я». В концепции Т.В. Кудрявцева субъект труда наделяется свойством активного преобразователя мира своим профессиональным трудом, в котором он должен найти способ реализации своей потребности в самоутверждении [74, с. 72].

По мнению Ю.П. Поваренкова [119], профессиональное обучение личности не ограничивается каким-то определенным периодом, начинается с момента принятия профессии до момента завершения активной профессиональной деятельности. Ключевым этапом этого процесса ученый рассматривает период профессионального обучения. Личность профессионала в подходе Ю.П. Поваренкова является конечной целью и основным критерием профессионального развития.

В своих последующих исследованиях Ю.П. Поваренков использует *структурно-уровневый подход* для изучения процесса профессионального становления. Он выделяет три уровня анализа: суперсистемный, системный и субсистемный. Это означает, что профессиональное становление рассматривается как часть жизненного пути человека и соответствует его трудовой деятельности.

Системный уровень анализа определяет систему профессиональной деятельности как основной ориентир профессионализации, а эффективность этой деятельности является основным критерием для оценки успешности профессионального становления в целом. Для примера, врач может оценить свое профессиональное становление по достижению ожидаемых результатов в своей работе. Если ожидания оправдываются, то профессиональное становление движется в нужном направлении, в противном случае необходимо внести коррективы в процесс профессионального становления.

Профессиональное становление на субсистемном уровне анализа изучается в процессе решения субъектом труда отдельных задач профессионализации. Профессионализация рассматривается как процесс принятия и решения общественной задачи, в рамках которой определяются требования к будущему профессионалу, описанные в профессиограмме и должностных инструкциях [74, с. 72].

Ю.П. Поваренков считает, что период «профессионального обучения» является важным этапом в процессе становления профессионала. Он описывает этот этап как период, в котором формируются такие качества, как учебные способности, умения и навыки, профессиональная подготовленность и способность к обучению, учебная мотивация, готовность к профессиональной деятельности» [119, с. 221].

Вузовская подготовка, согласно Ю.П. Поваренкову, является ключевым этапом профессионального становления, который включает в себя целенаправленную деятельность личности, направленную на профессиональное обучение и научение, профессиональное развитие и саморазвитие, а также профессиональное воспитание и самовоспитание.

Процесс профессионального обучения включает в себя различные этапы, противоречия, а также кризисы. Исследователь Ю.П. Поваренков [120] выделяет два этапа профессионального обучения: учебно-академический, который охватывает студентов 1–2 (3) курсов и сосредоточен на приобретении академических знаний, и учебно-профессиональный этап, который включает конец 3-го курса и студентов 4–5 курсов, в течение которого формируется система профессиональной деятельности, профессиональной идентичности, а также структура профессионального интеллекта.

К.М. Левитан [88] выделяет три ключевые стадии: подготовительную (довузовскую), связанную с выбором профессии, начальную (вузовскую), в ходе которой закладываются основы профессионально важных качеств и свойств личности, и основную (послевузовскую). По мнению К.М. Левитана,

данная стадия является периодом развития всех основных сил личности, направленных на ее самореализацию в профессиональной сфере. Именно на этой стадии происходит формирование личности профессионала.

Процесс профессионального становления в период обучения характеризуется прохождением кризиса. Согласно классификации Г.Ю. Любимовой [90] на первом курсе профессионального обучения проявляется кризис ожиданий (ожидания в отношении избранной профессии, студенты сталкиваются с трудностями адаптации). На четвертом курсе у студентов возникает кризис трудоустройства.

С.А. Попов [123] описывает этап профессионального обучения как процесс формирования учебно-профессионального самосознания студентов, который также сопровождается кризисами в учебно-профессиональной деятельности. На начальном и завершающем этапах обучения наблюдается операциональный кризис, связанный с неуверенностью в способности успешно справляться с учебными задачами. В середине профессионального обучения возникает ценностно-смысловой кризис, известный как «кризис третьего курса», который связан с переосмыслением значимости и ценности учебного обучения [74, с. 72].

С точки зрения А.Н. Глушко [39] на начальном этапе профессионального обучения (1–2 курсы) основное внимание уделяется учебно-познавательной деятельности, связанной с усвоением теоретических знаний. По мере продвижения в учебе студенты медицинского вуза становятся более активными в профессионально-трудовой сфере. На третьем курсе начинается учебно-профессиональная деятельность, в ходе которой формируются мотивы, соответствующие будущей профессии. Формированию этой ориентации способствуют изучение общепрофессиональных и клинических дисциплин, участие студентов-медиков в учебно-профессиональной деятельности, прохождение практики на клинических базах, вовлечение в научные исследования и расширение

знаний у студентов-медиков о содержании и формах будущей профессиональной деятельности.

Открытие профессии для студентов медицинского вуза начинается с их активного участия в реальной медицинской практике и реализации собственных интересов в этой сфере. Мы считаем, что участие студентов 4-го и 5-го курсов в производственной практике в роли помощников врачей в стационаре и в поликлиниках изменяет их социальные условия профессионального роста. В процессе работы студенты-медики могут проверить свои профессиональные планы и представления о будущей профессии, а также уточнить свои жизненные цели в профессии. В настоящее время студенту необходимо выявить в своей профессии те аспекты и профессионально важные качества, которые соответствуют его желаниям и интересам.

Освоение учебного материала становится значимым для студента-медика, когда он осознает важность содержания предмета и выполняемых действий (практических навыков и умений). Это осознание является основой для дальнейшего самосовершенствования и формирования профессиональной компетентности студента медицинского вуза.

Исследователи Е.Ю. Борзова, Г.Д. Панченко считают, что особое внимание следует уделять профессиональному обучению оказанию медицинской помощи в различных жизненных ситуациях, популяризации здорового образа жизни и готовности помочь окружающим людям. Практические занятия должны способствовать развитию отзывчивости, искренности и активной жизненной позиции [24].

Производственная практика представляет студентам-медикам возможность приобрести опыт и навыки, необходимые для их будущей профессиональной деятельности. Самостоятельная познавательная активность студентов медицинского вуза способствует постоянному стремлению к знаниям, накоплению опыта учебной деятельности, умению самостоятельно находить и применять знания на практике, а также

получению новой информации как результату индивидуального открытия. Глубокие знания являются основой для успешной профессиональной деятельности в будущем.

С учетом современных тенденций, направленных на сближение профессионального обучения с реальной жизнью и будущей профессиональной деятельностью, в образовательной среде медицинского вуза особое внимание уделяется интеграции учебного процесса с профессиональной деятельностью. Это способствует формированию профессиональной идентичности будущих специалистов в системе здравоохранения. В настоящее время в науке области накоплен значительный объем знаний, касающихся данной проблемы:

– общие аспекты теории профессионального образования освещены в работах таких авторов, как Э.Ф. Зеер, Н.С. Пряжников, Е.Ю. Пряжникова, А.В. Карпов, В.А. Толочек и др.;

– конкретные аспекты формирования личности будущего специалиста в системе здравоохранения исследуются в работах М.Ф. Беликовой-Анкваб, И.О. Бугаевой, Е.В. Булгаковой, Н.П. Ванчаковой, Л.Н. Васильевой, Е.Ю. Васильевой, А.П. Васильковой, В.В. Вялых, А.Н. Глушко, Н.С. Давыдовой, А.И. Кипиани, С.Х. Мадалиевой, Е.В. Рощевской, Н.Д. Твороговой, С.В. Чусовляновой и др.

Так, по мнению Н.Д. Твороговой, организация профессионального обучения для студентов медицинского вуза имеет свою уникальность, заключающуюся в том, что в нее вовлечены пациенты с определенными заболеваниями. Необходимо отметить, что на всех клинических кафедрах одним из ключевых аспектов профессионального обучения является кураторство пациентов. В ходе этого процесса студенты-медики проводят опросы пациентов (собирают анамнез), выполняют различные мануальные исследования, ставят предположительный диагноз и назначают дополнительные обследования и так далее. Кроме того, студенты часто присутствуют на обходах пациентов, наблюдая за работой врачей, которые,

как правило, являются их преподавателями и по соответствующим клиническим дисциплинам. Таким образом, студенты уже в стенах медицинского вуза начинают погружаться в реальную профессиональную деятельность [145, с. 424].

Исследователь Н.Д. Творогова выделила следующие главные звенья обучающего общения в процессе профессионального обучения студентов-медиков:

- 1) взаимодействие «преподаватель – студент»;
- 2) взаимодействие «студент – пациент»;
- 3) взаимодействие «преподаватель – пациент».

Необходимо отметить, что у преподавателей клинических кафедр существует одна очень важная особенность – они не только преподают некоторую конкретную учебную дисциплину, а являются и реальными врачами.

На первом этапе взаимодействия между преподавателем и студентами происходит обсуждение теоретических аспектов конкретной темы, связанной с определенными заболеваниями и синдромами. Студенты и преподаватель исследуют условия и причины возникновения этих заболеваний (этиология), а также механизмы их проявления, определяя наличие или отсутствие характерных симптомов (клиническая картина). Также осуществляется дифференциальная диагностика, в ходе которой выделяются отличия одного заболевания от других, и разрабатываются стратегии лечения и профилактики. На этом этапе у студентов-медиков формируется первый важный компонент их профессионального восприятия мира. Однако, профессиональное восприятие состоит из двух частей, и речь в данном случае идет о развитии профессиональной семантики, то есть о формировании профессиональных смысловых отношений к объекту совместной деятельности, что подразумевает переход от декларативных значений к практическим. Важно отметить, что клинические дисциплины студенты-медики начинают изучать только на третьем курсе, и к этому

времени у них уже имеются определенные знания по латинскому языку, анатомии, биохимии и другим дисциплинам. Это позволяет им понимать термины, используемые на занятиях (за исключением специфических аббревиатур), однако, до изучения конкретных тем, эти значения остаются для них декларативными. Эффективность перехода от декларативных систем значений к практическим зависит от того, как организовано профессиональное обучение [144, с. 426].

На втором этапе взаимодействия «студент – пациент» (кураторство) студенты начинают самостоятельно работать с пациентом. Обычно они делятся на небольшие группы по три человека, что позволяет применять в практической деятельности теоретические знания, полученные на первом этапе. Каждая группа студентов выступает в роли врачей и работает с определенным пациентом. На этом этапе становится очевидным, как теоретические знания трансформируются в практические навыки.

Преподаватель перемещается от одной группы к другой, наблюдая за действиями студентов. Часто он вместе со своей группой проводит обход пациентов, что позволяет ему передать студентам свой профессиональный опыт и продемонстрировать личностные качества через невербальный принцип «делай как я». Студенты могут наблюдать не только действия преподавателя, но и его подход к работе. Это дает им возможность сопоставить свои действия с тем, что делает преподаватель как практикующий врач. После обходов преподаватель и студенты обсуждают результаты этих обходов. Кроме того, взаимодействие преподавателей с пациентами варьируется в зависимости от специальности преподавателя. Например, хирурги не только проводят операции, но и занимаются послеоперационным наблюдением, а также оценивают долгосрочные результаты вмешательства. Эти нюансы учитываются на практических занятиях и преподаватели не только обсуждают их, но и демонстрируют на конкретных примерах.

На третьем этапе каждая небольшая группа студентов представляет своего пациента, обсуждает обнаруженные симптомы и ставит предварительный диагноз. Важно отметить, что преподаватель был осведомлен о специфике заболеваний пациентов, находящихся под наблюдением студентов, что позволяло ему оценивать, насколько точно студенты определили симптомы, поставили предварительные диагнозы и какие дополнительные исследования предложили. Обычно на это практическое занятие приглашался один из пациентов, и вся группа студентов начинала его курировать, за исключением тех, кто уже работал с ним ранее. Преподаватель также мог задавать студентам вопросы о том, что именно они хотят выяснить в ходе опроса, поскольку многие аспекты оставались без должного внимания, когда студенты проводили кураторство самостоятельно [144, с. 427].

Компетентностный подход к профессиональной подготовке специалистов в любой профессиональной области (Э.Ф. Зеер [54], И.А. Зимняя [56], Е.М. Кузьмина [79], А.К. Маркова [96]) подразумевает, что процесс обучения должен включать развитие как базовых, так и специальных компетенций, среди которых особое значение занимает коммуникативная компетентность. Она является важной составляющей профессионализма врача и необходимым требованием к результатам профессионального обучения выпускников медицинских вузов. Высокий уровень сформированности профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей становится обязательным условием их подготовки в медицинском вузе.

Такие исследователи, как Л.Н. Васильева [32], А.И. Кипиани [62], С.Л. Соловьева [138], Л.А. Цветкова [157], Н.В. Яковлева [164] подчеркивают важность формирования коммуникативной компетентности у медицинских работников, как важной составляющей общей профессиональной подготовки на вузовском этапе профессионализации. Вхождение во врачебную деятельность связано с различными коммуникативными трудностями,

такими как недостаток знаний, умений и навыков в области общения, а также неготовность выпускников медицинского вуза эффективно использовать разнообразные средства коммуникации в профессиональном взаимодействии [74, с. 72].

Таким образом, проанализировав концептуальные подходы к исследованию феномена профессионального обучения у студентов медицинского вуза, можно отметить следующие особенности.

1. Для психологии труда характерна общность методологических оснований при анализе профессионального обучения будущих субъектов труда. Процессуальный подход к профессиональному обучению у студентов медицинского вуза определяет данный процесс через стадии, периоды, фазы со свойственными им задачами, противоречиями, личностными и профессиональными новообразованиями. Этапы профессионального обучения включают изменения профессионально ориентированных отношений и индивидуально-психологических особенностей личности.

2. С позиции структурно-уровневого подхода профессиональное обучение у студентов медицинского вуза является цикличным, противоречивым процессом, с критериями развития, ведущими формами деятельности, которые обеспечивают профессиональное развитие. Наиболее распространенным противоречием в процессе профессионального обучения является несоответствие между потребностью определиться профессионально и отсутствием необходимых профессиональных компетенций для этого.

3. В целом, содержанием процесса профессионального обучения в вузе будущих субъектов труда является становление профессионального самосознания (А.А. Деркач), профессиональной идентичности (Э.Ф. Зеер), развитие личностных и профессионально-важных качеств, овладение профессиональными знаниями и умениями (Э.Ф. Зеер, Е.А. Климов, Ю.П. Поваренков и др.).

1.2 Теоретические аспекты изучения сущности коммуникативной компетентности и ее структуры в контексте психологии труда

В настоящее время рядом исследователей изучена коммуникативная компетентность студентов (А.Т. Арасланова [10], И.О. Бугаева [25], Н.Г. Жарких [50], Е.М. Кузьмина [78], Е.В. Рощевская [129], С.В. Чусовлянова [159] и др.), курсантов-психологов (С.В. Здорова, А.Н. Сударик, С.Н. Федотов), специалистов различного профиля: руководителей, врачей (Л.Л. Алексеева [4], М.Ф. Беликова-Анкваб [15], Л.Н. Васильева [33], А.В. Воробьева [37], В.В. Вялых [38], Н.К. Горшунова [40], А.И. Кипиани [62], Н.А. Клоктунова [67], Л.А. Цветкова [157], Н.В. Яковлева [164], Б.А. Ясько [165]), педагогов (И.В. Макаровская [94]), педагогов-психологов (Н.В. Буртовая [28]), менеджеров (Л.В. Богданова [17], Л.М. Эррера [163]).

Многие исследователи, такие как К. Амлаев [5], М.Ф. Анкваб [8], А.И. Артюхина [12], Л.В. Богданова [17], Л.Н. Васильева [33], В.В. Вялых [38], А.И. Кипиани [62], Н.В. Копылова [69] и О.Б. Кутузова [83], рассматривают коммуникативную компетентность в контексте профессионального становления будущих специалистов.

Исследователь Н.В. Буртовая [28], напротив, акцентирует внимание на связи коммуникативной компетентности с личностным становлением. О.В. Михайлова [101] исследует эту проблему в условиях взаимодействия различных культур. При этом на фоне преобладания практико-ориентированных исследований работа О.И. Муравьевой [106] выделяется своей попыткой теоретического анализа самого понятия.

Изучение научных трудов выявило, что различные исследователи, используя одно и то же определение, интерпретируют его согласно своему научному подходу, что вносит разночтения в понимание термина «коммуникативная компетентность» в рамках одного предметного поля.

Анализ психологической и методологической литературы по проблеме коммуникативной компетентности проводился по нескольким основным направлениям: коммуникативному, компетентностному и лингвокультурологическому.

Изучение коммуникативной компетентности, ориентированное на *коммуникативное направление*, преимущественно затрагивает вопросы, связанные с проблемами эффективности общения, межличностными аспектами коммуникации (Н.В. Александрова [3], Л.В. Богданова [17], М.В. Калтаева [58], В.И. Курбатов [82], В.А. Лабунская [85], А.В. Соколов [136]) и психологической культуры личности.

Б.Г. Ананьев [6] определял «общение» как систему, способствующую формированию и развитию связи человека с «миром предметов» и «миром людей», рассматривал его как ведущий вид деятельности. Особой и главной характеристикой общения как деятельности является то, что через него человек строит свои отношения с другими людьми. Б.Г. Ананьев акцентировал его важность как ключевого способа деятельности, подчеркивая, что именно посредством общения человек конструирует свои взаимоотношения с другими. При этом межличностное общение неотделимо от контекста социальных связей, в рамках которых оно протекает, представляя собой как взаимодействие между отдельными индивидами, так и элемент широкого общественного процесса, что делает невозможным четкое разграничение между личным и общественным в его структуре и развитии.

В.Н. Мясищев [107] рассматривал «общение» как процесс непосредственного или опосредованного техническими устройствами взаимодействия конкретных личностей, выделяя в нем три взаимосвязанных компонента: психическое отражение участниками общения друг друга, отношение их друг к другу и обращение друг с другом.

Согласно Б.Ф. Ломову, «общение» является уникальным методом взаимодействия человека с окружающими, своеобразная форма активности субъекта. Этот процесс представляет собой взаимоотношения между

субъектами, происходящий напрямую или опосредованно, что способствует содействию в становлении и эволюции разнообразных аспектов и ступеней психологического отражения, содействуя психологическому прогрессу участников общения [89].

Основываясь на упомянутых теоретических разработках, А.А. Бодалев и его сотрудники провели ряд исследований, целью которых было выявить качества личности, необходимые для успешного межличностного взаимодействия. К ним относятся: наличие четкой направленности, достаточный уровень развития познавательных процессов, сформированная эмоциональная сфера, способность выбирать оптимальные стратегии поведения в общении с другими, а также понимание собственных особенностей, что позволяет сознательно регулировать свои действия [18].

В рамках коммуникативного направления такие исследователи, как Е.В. Баландина [14], Ю.Н. Емельянов [47], Ю.М. Жуков [52], В.И. Кашницкий [60], Л.А. Петровская [116] «коммуникативную компетентность» определяют как набор социально-психологических способностей личности в общении. В контексте исследования человеческих возможностей в области общения акцентируется внимание на специфических способностях, таких как «перцептивная способность» по В.А. Лабунской [85], «наблюдательность» и «проницательность» у Ю.М. Жукова [52], а также «способность к эмоциональному отклику», описанная А.А. Бодалевым [18].

Исследователь Л.А. Петровская [116] внесла значимый вклад в формирование теоретических основ коммуникативной компетентности, находя ключевые аспекты в ее категориальной структуре. Ее исследования, сосредоточенные на изучении влияния социально-психологических аспектов на эффективность межличностного взаимодействия в рамках коллективной работы, в итоге привели к акценту на значении социально-психологических тренингов. Она утверждала, что такие тренинги являются эффективным инструментом для улучшения навыков коммуникации участников, тем

самым углубляя понимание концепции «компетентности в общении», которую она подробно развила в своих последующих работах.

Согласно диссертационному исследованию О.И. Муравьевой [106], личностное развитие человека тесно связано с повышением эффективности его коммуникативных стратегий, что является показателем развитой коммуникативной компетентности. Эффективным инструментом для развития этой компетентности является специально разработанный тренинг, стимулирующий и развивающий коммуникативное самосознание.

Компетентностное направление психологического исследования коммуникативной компетентности в большей степени связано с проблемами обучения и профессионализма.

Изучение компетентности в области психологии труда, особенно касающееся коммуникативных навыков, часто ориентировано на улучшение профессиональной подготовки. Определения терминов «компетенция» и «компетентность» являются общими по сравнению с более узким понятием «коммуникативная компетентность». Компетентностный подход акцентирует внимание на развитии комплексных личностных особенностей: навыки эффективного общения, умение использовать новейшие информационные и телекоммуникационные технологии, способность быть толерантным и так далее. В.А. Болотов подчеркивает, что данный подход представляет собой объединяющее условие для достижения человеком высокой результативности в деятельности вне образовательного контекста [23].

Исследователи Н.В. Дроздова [45], И.А. Зимняя [56], Д.А. Иванов [57], М. Кязрст [84], А.П. Лобанов, Дж. Равен [127], занимающиеся проблемами компетентностного подхода сходятся во мнении, что ключевое различие между компетентным и квалифицированным специалистом заключается в том, что первый не просто владеет определенными знаниями, навыками и умениями, но также эффективно применяет их на практике.

Распространенные классификации компетенций, разработанные Э.Ф. Зеером [54] и И.А. Зимней [56], традиционно разделяют компетенции на

две основные категории: ключевые и профессиональные. Ключевые компетенции обладают широким применением и необходимы каждому человеку для успешной адаптации и функционирования в социальном контексте, выходя за рамки специфики каких-либо предметных областей. С другой стороны, профессиональные компетенции направлены на повышение результативности в конкретной сфере трудовой деятельности, их актуальность и специфика могут меняться со временем. Это изменение часто обусловлено процессами модернизации в профессиональных аспектах, вызванными социально-экономическими трансформациями в обществе. В рамках профессиональных компетенций выделяют общепрофессиональные, которые являются фундаментальными для выполнения задач в рамках определенной профессии, и специальные, критически необходимые для работы в узкоспециализированных областях, связанных с профессией.

В работе Р.П. Мильруда [98] «компетентность» определяется как многоаспектный ресурс личности, позволяющий осуществлять эффективное взаимодействие с социальной средой благодаря наличию необходимых компетенций. И.А. Зимняя, в свою очередь, рассматривает компетентность через призму сочетания знаний, интеллектуальных и личностных качеств, формирующих социально-профессиональную идентичность человека.

В рамках научных дискуссий специалисты выделяют разнообразные типы компетенций, которые играют ключевую роль в формировании эффективных социальных взаимодействий: И.А. Зимняя [56] и А.К. Маркова [96] говорят о социальных компетенциях, Е.М. Кузьмина [78] и В.Н. Куницына [81] акцентируют внимание на социально-психологических компетенциях, тогда как Э.Ф. Зеер [55] выделяет социально-личностные компетенции.

В контексте структуры компетентности, представленной как многоаспектное и комплексное понятие, И.А. Зимняя выделяет несколько ключевых составляющих. Во-первых, она подчеркивает наличие мотивационной готовности для активации компетентности, что относится к

ее внутренней мотивации и желанию. Второй аспект касается обладания фундаментальными и специализированными знаниями, относящимися к данной компетентности, что охватывает когнитивную сферу. Третий элемент объединяет практический опыт и умение применять компетенции в различных реальных условиях, что влияет на поведенческую составляющую. Четвертый аспект связан с образом восприятия и ценностным отношением к самой компетентности и ее применению, что формирует ценностно-смысловую основу. Наконец, пятая составляющая подразумевает эмоциональную и волевую регулировку в процессе использования и проявления компетентности, что отражает эмоциональную составляющую [56].

В анализе понятия «компетентность» В.А. Болотов и В.В. Сериков подчеркивают, что ее формирование является не просто результатом обучения. Основой компетентности становится процесс саморазвития личности, ее стремление к самоорганизации и способность к интеграции полученных знаний и личных качеств в единое целое. Это подчеркивает значимость активной внутренней работы над собой как инструмента достижения профессиональной грамотности и личностного совершенства [23].

Следует подчеркнуть, что А.К. Маркова разграничивает понятия «компетенция» и «компетентность». Под «компетенцией» она понимает проявление конкретных умений в деятельности, выражающее связь между знанием и ситуацией, а «компетентность» она рассматривает как «интегральное качество личности», которое представляет собой общую способность и готовность к деятельности, основанную на знаниях и опыте [96, с. 11].

Важный вклад в развитие научных представлений о природе компетентности, условий ее развития и способах оценки внесли работы британского психолога Дж. Равена [127], опиравшегося в своих исследованиях на идеи Д. Макклелланда.

Анализируя природу компетентности, Дж. Равен и его соавторы [127] приходят к выводу о фундаментальной взаимосвязи ее развития с системой личных ценностей. Важным аспектом, выделяемым Дж. Равеном, является понимание того, что прогресс в области компетентности обусловлен стремлением к достижению значимых целей. С точки зрения Дж. Равена, «компетентность» представляет собой многокомпонентный конструкт, включающий когнитивные, аффективные и волевые составляющие, которые могут функционировать в различных сочетаниях, детерминируя эффективность поведенческих реакций.

В целом ученые предлагают различные обозначения компетенций, имеющих отношение к построению социального взаимодействия: социальные (И.А. Зимняя [56], А.К. Маркова [96]); социально-психологические (Е.М. Кузьмина [78], В.Н. Куницина [81]); социально-личностные (Э.Ф. Зеер [54]).

В изучении коммуникативной компетентности в контексте *лингвокультурологического направления* как ключевого элемента межличностного и межкультурного общения значительный вклад внесли ученые из различных дисциплин, включая области, связанные с изучением языка, культуры и взаимодействия между культурами. Т. Кавелл [166], Д. Хаймс [170], Ю. Хабермас [169], Р. Харре [168] и ряд других ученых обогатили теоретическую базу лингвокультурологии, используя понятия «коммуникативная компетентность» и «коммуникативная компетенция» для описания способности эффективно взаимодействовать и передавать информацию между индивидами из различных культурных аспектов.

В модели Р. Харре [168] социальная компетентность рассматривается как состоящая из способности распознавания социальных ситуаций, знаний правил успешных действий и формирования адекватного стиля самоподачи.

Ю. Хабермас определяет коммуникативную компетентность как расширенное понятие языковой компетентности, которое включает в себя, помимо правил порождения высказывания, правила поведения в социальной

ситуации. Он также подчеркивал, что коммуникативная компетентность включает в себя предметную (профессиональную), социальную (межличностную) и личностную (субъективную) компетентности [155].

Исследователь М. Аргайл [11] объединял коммуникативную и профессиональную компетентность в понятие «общая социальная компетентность». Он считал, что необходимо рассматривать эти два вида компетентности во взаимосвязи, так как социальная компетентность определяется им как знание правил и умений действовать по правилам, а также как совокупность коммуникативных навыков, которые обеспечивают согласование действий партнеров.

К. Данцигер [167] рассматривает коммуникативную компетентность как способность человека осуществлять коммуникативные функции в соответствии с условиями ситуации.

Исследования зарубежных авторов доказывают, что плохие коммуникации со стороны врача являются главным фактором неудовлетворенности пациента и его родственников проводимым лечением, ведут к несчастным случаям и последующему судебному разбирательству [102].

Анализ научной литературы показывает, что практически во всех подходах, концепциях и моделях выделяется специальный комплекс знаний, умений и установок, относящихся к сфере межличностной коммуникации. Они признаются важными и неотъемлемыми компонентами профессиональной, социальной и межличностной компетентностей.

В психологии труда компетентность часто рассматривается в связи с профессионализмом личности. Л.И. Анцыферова [9] рассматривает структуру компетентности как совокупность профессиональных свойств, то есть способностей реализовывать должностные требования на определенном уровне.

В научных работах Л.П. Урванцева [149] и Н.В. Яковлевой [164] также развивается проблематика компетентности врача, которая рассматривается

как достаточно высокий уровень успешности решения проблемных профессиональных ситуаций за счет их представленности в сознании объекта деятельности и наличия психологически грамотных способов их решения.

Н.В. Яковлева определяет психологическую компетентность врача как специфическое образование, «обеспечивающее оптимальный уровень активации и соорганизации отдельных компонентов профессиональной деятельности в целостную систему» [164].

Рассматривая вопросы профессионального становления личности, исследователи Э.Ф. Зеер [54], И.А. Зимняя [56], Н.В. Кузьмина [78], А.К. Маркова [96], Л.М. Митина [100] определяют коммуникативную компетентность как часть профессиональной компетентности специалиста, исходя из того, что общение, взаимодействие между людьми составляет основу большинства профессий социального профиля.

Примерами научных работ, где коммуникативная компетентность рассматривается, как важная составляющая профессиональной врачебной деятельности субъектов труда являются исследования М.Ф. Анкваб [8], А.Т. Араслановой [10], Л.Н. Васильевой [33], А.И. Кипиани [62], Ю.В. Суховершиной [140], Л.А. Цветковой [157], Н.В. Яковлевой [164].

Целесообразно обратить внимание, что в профессиональной врачебной деятельности важное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с пациентами и их родственниками, медицинским персоналом, что, несомненно, предъявляет высокие требования к коммуникативной компетентности современного врача.

Л.А. Цветкова [157], изучая коммуникативную компетентность педиатров и ее связь с успешностью их профессиональной деятельности, рассматривает это понятие как «сложное и многомерное образование, которое обуславливается системой отношений и особенностей личности, и проявляется в ситуации взаимодействия, обеспечивая эффективность общения» [102].

Исследователь Л.А. Цветкова также отмечает, что в ходе лечебно-диагностического процесса субъектам труда приходится взаимодействовать с самыми разными пациентами, на психику которых оказывает влияние то или иное психосоматическое заболевание, меняющее привычный образ жизни и отношение пациента к окружающим людям и самому себе. Соответственно, субъект труда должен уметь выбирать правильную тактику общения, соответствующую личностным характеристикам пациента.

Л.Н. Васильева [33] коммуникативную компетентность врача рассматривает как многоуровневое интегральное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Кроме того, автор считает, что коммуникативная компетентность является необходимым условием эффективного взаимодействия в системе «врач-пациент», для успешной реализации врачом в своей работе коммуникативного компонента врачебной деятельности.

Исследования, проведенные А.Т. Араслановой, позволили определить коммуникативную компетентность студентов – будущих медицинских работников среднего звена как интегративное качество личности, которое характеризуется готовностью к выполнению коммуникативно-ориентированных терапевтических задач разного уровня сложности и проявляется в толерантности, профессиональной эмпатии, стрессоустойчивости, милосердии, способствующих облегчению страданий, реабилитации, восстановлению здоровья пациента [10].

А.И. Кипиани [62] считает, что в деятельности врача-стоматолога коммуникативная компетентность играет особую роль в силу того, что контакт «врач – пациент» изобилует множеством проблемных ситуаций интерактивного, социально-перцептивного и информационного плана, а доверие и готовность к сотрудничеству являются психологическим

основанием установления необходимого контакта для эффективной стоматологической помощи [102].

По мнению М.Ф. Анкваб, одной из наиболее важных сфер профессиональной компетентности врача является профессиональное общение, а коммуникативная компетентность рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций личностного взаимодействия и учитывать региональные особенности [8].

Развитие диагностического потенциала с помощью современных инструментальных и лабораторных методов исследования ведет к учащению встреч пациентов с разнопрофильными специалистами, одновременно сокращая время на каждый прием. Это усложняет процесс эффективного обмена информацией между врачом и пациентом. В таком контексте прослеживается опасность смещения акцентов в медицинской парадигме – с углубленного внимания к личности пациента на узкопрофессиональное рассмотрение заболевания, что противоречит классической доктрине «Лечить не болезнь, а человека». Напротив, В.А. Ташлыков [143] подчеркивает, что качественное взаимодействие врача с пациентом несет ключевое значение для:

- глубокого изучения индивидуальных особенностей пациента,
- повышения действенности медицинских препаратов.

Таким образом, понимание коммуникативной компетентности субъекта труда связывают, прежде всего, с его деятельностью, а также способностью к выполнению определенных профессиональных действий, основу которых составляют необходимые профессиональные знания и умения, образующие «фундамент» профессионализма.

В рамках *первого подхода* анализа структуры коммуникативной компетентности основное внимание уделяется когнитивной составляющей коммуникативной компетентности, то есть на знаниях и способностях, необходимых для построения эффективного общения.

А.И. Артюхина [12] в структуре коммуникативной компетентности выделяет вербальные и невербальные средства общения, формы речевого этикета, а также знания о себе участников общения. З.С. Смелкова к коммуникативной компетентности относит знания о способах целенаправленного и релевантного использования речевых средств для решения задач общения, а В.А. Лабунская – знания о невербальной коммуникации, включая символы, знаки, жесты, обеспечивающие более высокую точность передачи информации [85].

Исследователи *второго подхода* дают описание структуры коммуникативной компетентности через коммуникативные умения. Так, А.В. Захарова и А.В. Мудрик говорят о совокупности коммуникативных умений, развитие которых приводит к повышению коммуникативной компетентности. К ключевым навыкам относятся эффективное владение языком, активное применение и понимание как вербальных, так и невербальных элементов общения, способность к инновациям в условиях коммуникативных задач и влияние на собеседника [72].

Европейские ученые разошлись во мнениях касательно составляющих коммуникативных навыков, так же, как и их американские исследователи. Например, Ф. Бурнард в качестве базовых коммуникативных умений считает основными навыки активного и эмпатического слушания, умение устанавливать зрительный контакт, выражать и воспринимать чувства других, а также задавать вопросы. Другие исследователи больше опираются на теоретические работы, чем на методики обучения эффективному общению. Примером такого подхода могут служить исследования М. Аргайла [11] и Р. Харре [168]. М. Аргайл фокусируется на навыках, демонстрирующих статистически значимые корреляции с такими критериями, как лидерские способности и социальная адаптация, включая навыки межличностного взаимодействия и эмпатии. Р. Харре, базируясь на своей теории человеческого действия, выделяет в качестве ключевых умение

интерпретировать действия партнера по общению и пояснять окружающим свои действия [168].

Третий подход представлен в трудах Н.В. Сидорова, где коммуникативная компетентность включает коммуникативные умения, коммуникативные способности и коммуникативные знания. Коммуникативные знания представляют собой теоретическую основу общения. К ним относятся знания о закономерностях и механизмах межличностного общения, представления о вербальных и невербальных средствах коммуникации, знания о психологических особенностях личности пациента, понимание возрастных, культурных и социальных различий, знания этических норм и принципов медицинского общения в системе взаимодействия «врач – пациент». Коммуникативные умения включают следующие умения: ясно и доступно объяснять медицинскую информацию, задавать вопросы и уточнять сведения, слушать и понимать собеседника, устанавливать доверительный контакт с пациентом и его родственниками. Коммуникативная способность трактуется как «природная одаренность человека в общении и коммуникативная производительность» [134, с. 560].

Л.Н. Васильева [32] в структуре коммуникативной компетентности врача выделяет три взаимосвязанных и самостоятельных уровня: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (операционный, технический).

Базовый уровень обеспечивает мотивацию общения, установки, ценностные ориентации и мотивы в коммуникативной сфере, а также возможности становления коммуникативной компетентности, облегчая или наоборот, затрудняя этот процесс. На содержательном уровне осуществляется перевод врачебных задач в коммуникативные, построение программ и тактических планов общения. Инструментальный уровень включает в себя владение коммуникативными умениями и навыками, обеспечивающими управление ходом процесса общения, эффективное

воздействие на партнеров по общению, а также оптимальную его саморегуляцию [102].

Исследуя структуру коммуникативной компетентности врачей-стоматологов, И.А. Кипиани выделила систему психологических знаний, умений и навыков, комплекс коммуникативных качеств субъекта профессионального общения, систему субъективного профессионального контроля [62].

На основе исследований Н.В. Александрова [3], Л.П. Урванцева [149] были выявлены ключевые коммуникативные умения и навыки, формирующие коммуникативную компетентность в медицинской практике:

- способность устанавливать и поддерживать доверительные отношения в начале и на протяжении всей консультации напрямую связана с успешностью профессиональной деятельности врача и удовлетворенностью пациентов;

- развитие способностей к активному слушанию – это умение воспринимать не только слова, но и эмоциональные сигналы пациента: изменение темпа речи, паузы, жесты и мимика, уточнение ожиданий пациента;

- ясное выражение своих идей во время предоставления важных сведений; осознание способа, которым пациент описывает свое заболевание, и принятие во внимание этой информации при взаимодействии с ним;

- эмпатический отклик на психологическое состояние больного: предоставление эмоциональной поддержки, демонстрация сочувствия, эмпатии, уважения и заинтересованного отношения.

Анализ психологической литературы позволил сделать выводы о том, что, несмотря на большой интерес к коммуникативной компетентности в отечественной психологии, это понятие определяется авторами весьма различно: как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективного коммуникативного действия (Ю.М. Жуков); как сложное многомерное образование в самом широком смысле слова (Л.А. Петровская);

уровень сформированности межличностного опыта (Ю.Н. Емельянов); владение сложными коммуникативными навыками и умениями (В.Н. Куницына); совокупность коммуникативных способностей, коммуникативных умений, коммуникативных знаний (Е.В. Сидоренко); сложное и многомерное образование, которое обуславливается системой отношений и особенностей личности, и проявляется в ситуации взаимодействия, обеспечивая успешность общения (Л.А. Цветкова); многоуровневое интегральное качество личности, направленное на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами (Л.Н. Васильева); способность человека использовать коммуникативную стратегию наивысшего уровня (О.И. Муравьева); система психологических знаний о себе и других, умений, навыков в общении, стратегий поведения в социальных ситуациях, позволяющая строить межличностное общение (И.В. Макаровская).

Опираясь на работы Б.Г. Ананьева, А.А. Бодалева, Л.Н. Васильевой в настоящем диссертационном исследовании коммуникативная компетентность студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда представляет собой интегративное профессионально важное качество, проявляющееся в готовности и способности устанавливать и поддерживать эффективное взаимодействие с участниками лечебно-диагностического процесса.

В многочисленных эмпирических исследованиях определены психологические характеристики коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, среди которых выделяются, прежде всего, эмпатические способности, коммуникативные качества, реализуемые в межличностном общении, коммуникативная толерантность и коммуникативный контроль, и другие.

Необходимо отметить, что в исследованиях В.В. Вялых, В.В. Неволина, Л.И. Паина, Л.П. Паршукова студенты медицинского вуза, независимо от

специальности и этапа обучения характеризуются преобладанием среднего уровня эмпатических способностей [38].

Кроме того, по данным научных исследований М.В. Ветлужской, М.Ф. Фоминых, Ю. П. Поваренкова у студентов медицинского вуза уровень эмпатии соответствует низкому уровню, и такая картина наиболее характерна для студентов 3-го курса, который рассматривается как кризисный [153].

В структуру когнитивного компонента коммуникативной компетентности входят рефлексивные способности, которые помогают осознавать успешность своей коммуникации, оценивать свою профессиональную позицию. По данным Л.П. Паршуковой, начальный этап обучения в медицинском вузе характеризуется низким уровнем рефлексии у студентов, который повышается к концу обучения, но достигает только среднего уровня. Рефлексия имеет тесную связь с эмпатией и преобладание их среднего уровня даже на завершающем этапе обучения свидетельствует о необходимости развития этих компонентов коммуникативной компетентности в процессе профессионального становления.

У студентов медицинского вуза недостаточно развиты интуитивный и рациональный каналы эмпатии, более развиты установки, способствующие эмпатии, что свидетельствует о потенциальной возможности развития эмпатийных качеств студентов. Для студентов характерно преобладание среднего уровня развития коммуникативной толерантности, среди качеств, отражающих развитие коммуникативной социальной компетентности более представлены общительность, чувствительность и логическое мышление (В.В. Вялых [38]).

У студентов – будущих субъектов труда на этапе профессионального обучения наблюдаются неразвитые навыки в создании атмосферы информационно-энергетического обмена при взаимодействии с пациентами, неразвита идентификация себя как субъекта эмпатийных отношений в будущей профессиональной деятельности (М.В. Фоминых [153]), имеются

сложности в создании атмосферы, способствующей доверительному общению (В.В. Неволлина).

Психологические характеристики коммуникативной компетентности положительно влияют на адаптацию студентов медицинского вуза к процессу обучения. По данным М.Б. Чижовой факторы успешной адаптации студентов-первокурсников наряду с интеллектом, включают эмоциональную зрелость и положительное отношение к себе и к жизни, принятия своего «Я»; социальную активность и значимость общения. Уже на первых этапах обучения положительное самоотношение, установка на значимость общения обеспечивают условия для профессионального становления будущего врача.

Студенты-медики 4-го курса, по сравнению со студентами-педагогами, по данным М.Ф. Фомина и др., демонстрируют менее толерантные коммуникативные установки к партнеру профессионального общения, менее терпимы к партнеру и к его дискомфортным состояниям, что отрицательно влияет на атмосферу общения в целом, и через это на стратегию подбора лечения для конкретного пациента. Студенты-медики эмоционально-напряженную ситуацию общения чаще воспринимают как безнадежную и сложно управляемую. Характерная для них оценочная позиция по отношению к партнеру затрудняет общение, а нетерпимость к эмоциональному состоянию пациента влечет за собой неэффективность стратегии лечения, служит источником профессионального стресса [153].

По результатам исследований М.Ф. Беликовой у студентов медицинского вуза низкий уровень развития когнитивного компонента коммуникативной компетентности выражается в недостаточном объеме коммуникативных знаний. При этом более 74% студентов отмечают значимую роль коммуникативного компонента в их будущей профессиональной деятельности, 56,3% студентов заявляют о недостатке знаний закономерностей общения и умений применять имеющиеся знания на практике, 24,5% студентов причиной низких знаний называют недостатки их собственной деятельности. Остальная часть трудностей связана с

отсутствием системы формирования коммуникативной компетентности в профессиональной подготовке. Студенты 2-го курса медицинского факультета в восприятии идеального врача отдают предпочтение его моральным качествам, таким как доброжелательность, человечность, отзывчивость, тактичность, терпеливость, внимательность. Это свидетельствует о том, что врачи осознают необходимость быть толерантными с пациентами, но, прежде всего, имеют в виду «трудных» пациентов [15].

Профессионально важные качества врача входят в структуру их профессиональной идентичности, которая включает коммуникативные и эмоциональные составляющие, связанные с профессиональной коммуникацией.

По опыту наблюдения на кафедре поликлинической терапии, осуществленному А.В. Сарапуловой, О.В. Тепляковой, у студентов 6-го курса медицинского вуза недостаточно развиты навыки самопрезентации, поддержания зрительного контакта с пациентами, активного слушания, навыки постановки открытых и закрытых вопросов, убеждения пациента. Недостаточное владение коммуникативными навыками ведет к потере уверенности в правильности своих действий и назначений, и затем к потере доверия со стороны пациента.

Развитие коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения прослежено в немногочисленных психологических исследованиях. Как отмечают М.М. Кашапов, О.Н. Солодочук динамика личностных качеств на этапах профессионализации врача, включая этап обучения в вузе отличается гетерохронностью, неравномерностью и чувствительностью. Переломными являются 4–6 курсы обучения, на которых в связи с появлением специализированных предметов, возрастает степень ответственности специалиста, в личностном профиле студентов, определяющее значение имеют три фактора: 1) компетентность, включая социоцентрическую

мотивацию, когнитивную осмысленность, 2) рефлексивность, включая динамическую эргичность, когнитивную осведомленность и 3) потребность в поисково-преобразовательной деятельности», включая вербальную креативность.

Необходимо отметить, что в теоретических и эмпирических исследованиях менее всего изучен когнитивный компонент коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, выделены особенности коммуникативной компетентности студентов в отношении эмпатических способностей отдельных коммуникативных качеств, коммуникативной толерантности и эмоционального интеллекта. Следует отметить неизученность коммуникативной установки, как важной составляющей коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза и также слабую изученность динамических аспектов коммуникативной компетентности.

Анализируя теоретические аспекты сущности коммуникативной компетентности и ее структуры, мы выделили несколько тенденций в контексте операционализации сущности данного понятия.

1. В исследованиях А.К. Марковой, Э.Ф. Зеера коммуникативная компетентность рассматривается как часть более широкого образования и понимается как:

- совокупность знаний, умений и навыков в сфере организации взаимодействия;

- совокупность профессиональных знаний в сфере общения в контексте деятельности педагогов (знание основных коммуникативных задач в общении с другими людьми, способов, фаз, стилей общения), профессиональных компетенций в сфере общения (приемы постановки широкого круга коммуникативных задач и приемы, способствующие достижению высокого уровня общения), профессиональных позиций и установок специалистов как равноправных субъектов общения, а также личностных свойств и качеств будущих специалистов;

– набор знаний и умений в области взаимодействия с социальными институтами и людьми, владение навыками профессионального общения и поведения.

Рассматривая проблему формирования личности профессионала, И.А. Зимняя, Л.М. Митина определяют коммуникативную компетентность как часть профессиональной компетентности специалистов, что основано на предположении о том, что общение, взаимодействие между людьми составляет основу большинства профессий социального профиля.

2. Коммуникативная компетентность рассматривается как самостоятельная личностная характеристика и составная часть других видов компетентности в работах Ю.М. Жукова, Л.А. Петровской. Кроме того, коммуникативная компетентность представляет собой систему знаний и умений, обеспечивающих успех коммуникативного процесса.

3. Коммуникативная компетентность определяется как самостоятельное образование в исследованиях Ю.Н. Емельянова, Н.Н. Обозова.

По мнению исследователей С.Л. Соловьевой, Л.А. Цветковой, Н.В. Яковлевой в профессиональной деятельности специалиста медицинского профиля значительное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с пациентами и их родственниками, что, предъявляет высокие требования к коммуникативной компетентности современного врача и рассматривается как:

– качество личности, опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами;

– интегративное качество личности, которое характеризуется готовностью к выполнению коммуникативно-ориентированных терапевтических задач разного уровня сложности и проявляется в толерантности, профессиональной эмпатии, стрессоустойчивости,

милосердии, способствующих облегчению страданий, реабилитации, восстановлению здоровья пациента.

В диссертационном исследовании коммуникативная компетентность студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда представляет собой интегративное профессионально важное качество, которое проявляется в готовности и способности устанавливать и поддерживать эффективное взаимодействие с пациентами, их родственниками и медицинским персоналом.

4. Анализ психолого-педагогических исследований позволил выделить когнитивный, поведенческий и эмоциональный компоненты, которые современные исследователи рассматривают в качестве составляющих структуры коммуникативной компетентности. При этом поведенческий компонент обычно рассматривается в современных исследованиях как имеющий операционно-деятельностную и мотивационно-потребностную направленность.

1.3 Современные исследования психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза

Профессиональное обучение студентов медицинского университета включает процессы саморазвития и направленного воздействия на обучающегося. Главная роль в этом процессе принадлежит самому студенту как субъекту учебно-профессиональной деятельности, его активности.

Психологическое сопровождение студента медицинского университета может рассматриваться как управляемое психологическое воздействие на обучающегося, цель которого – обеспечение условий для его профессионального становления, освоения профессии и формирования профессионально важных качеств [105].

Термин «психологическое сопровождение» в настоящее время является достаточно разработанным в научных исследованиях. М.Р. Битянова под «психологическим сопровождением понимает систему профессиональной деятельности психолога, обеспечивающей социально-психологические условия для успешного обучения и развития личности в условиях учебного взаимодействия» [16, с. 22].

При характеристике психологического сопровождения студентов вуза преобладает подход, в котором этот процесс относится к деятельности психологической службы вуза, основной целью которой является обеспечение условий для успешного профессионального развития студентов и профилактика трудностей, с которыми они могут столкнуться на каждом этапе обучения (И.Е. Декман [41], С.П. Жданова [51], М.В. Калтаева [58], Т.В. Киящук [63], Ю.В. Суховершина [140]).

По мнению С.П. Жданова, цель психологического сопровождения состоит в обеспечении условий для профессионального развития будущего специалиста, раскрытия его индивидуальности, а также, при необходимости, в проведении коррекционной работы, направленной на решение возможных затруднений в личностном развитии и саморазвитии студентов [51, с. 32].

Необходимость активного управления процессом формирования становления профессионала отмечается в работах В.Е. Бодрова [20], А.А. Деркача [43], Э.Ф. Зеера [54], Ю.П. Поваренкова [120], Е.Ю. Пряжниковой [125], Н.С. Пряжникова [124] и других авторов. Личностно-ориентированный подход к психологическому сопровождению профессионала (А.Г. Асмолов, Э.Ф. Зеер [54], Е.К. Фоминых [153]) делает акцент на активности личности в профессиональном самоопределении, самостоятельном выборе и освоении средств профессионального развития.

Н.С. Пряжников [124] разработал принципы психолого-образовательного сопровождения выбора профессии, психолого-педагогической поддержки, целью которой является профессиональное самоопределение личности.

Э.Ф. Зеером [55] предложена концепция психологического сопровождения профессионального становления личности, определены его цель, принципы, содержание на каждом этапе профессионального становления, включая этап профессионального образования.

Э.Ф. Зеер определяет «психологическое сопровождение студентов как создание условий для их профессионального становления, поддержку и при необходимости коррекцию их развития. Он подчеркивает важность разработки специальных программ, учитывающих потребности студентов в самоорганизации, самоопределении и саморазвитии, а также соответствующих технологиям профессионального роста» [54, с. 122].

Каждый этап профессионального становления в вузе, по мнению Э.Ф. Зеера, имеет свои специфические задачи и методы психологического сопровождения. В частности, на этапе интенсификации, который следует за этапом адаптации, целью сопровождения является создание условий для развития общих и специальных способностей обучаемых. Психологическое сопровождение на завершающем этапе профессионального образования – этапе идентификации – направлено на формирование профессиональной идентичности, готовности к практической деятельности.

Ю.П. Поваренков [119], соглашаясь с определением психологического сопровождения профессионала Э.Ф. Зеера, включает в его содержание понятие оценки и акцентирует внимание на активной роли в процессе сопровождения субъекта труда. Сопровождение профессионала автор рассматривает в качестве непрерывной системы взаимодействия и взаимосодействия субъекта труда и субъекта сопровождения, где каждый из них играет активную роль. С позиции субъекта сопровождения основная цель сопровождения профессионала заключается в поддержании процесса профессионализации личности на уровне социально-профессиональных требований. Ю.П. Поваренков рассматривает такие формы профессионального сопровождения, как профессиональная диагностика, профессиональное консультирование, проектирование профессиональной

карьеры, тренинги профессионального роста, профессиональная аттестация и другие [120, с. 202].

Ю.В. Суховершина [140] считает психологическое сопровождение важной частью личностно-профессионального развития студента. Это психолого-педагогическая деятельность, создающая условия для успешного обучения и подготовки к профессии. Особое внимание уделяется развитию профессионально важных качеств и коммуникативных навыков.

М.В. Калтаева рассматривает психологическое сопровождение студентов как создание условий для успешного обучения и профессиональной подготовки, выделяя этапы: «профориентация (довузовский этап), адаптация (1-ый курс), специализация (2–3 курсы), профессионализация (выпускные курсы)» [58, с. 182]. На каждом этапе решаются противоречия между личными целями и возможностями, требованиями к личности и ее развитием. С точки зрения данного автора, программа психологического сопровождения должна учитывать психологические особенности этапов, трудности студентов, и быть вариативной для корректировки в соответствии с целями подготовки и образовательными условиями.

Исследователи Т.А. Жалагина и М.В. Мороз, изучая сопровождение одаренных студентов, описывают его как системно-организованную деятельность коллектива специалистов по созданию психолого-педагогических и социальных условий для развития способностей [48, с. 69].

Т.В. Киящук, как и другие исследователи, отмечает «нелинейный характер процесса психологического сопровождения, который зависит от внутренних качеств субъектов и объектов сопровождения (знания, навыки, умения, опыт и т.д.) и внешних условий их деятельности» [63, с. 56]. Психологическое сопровождение имеет адаптивную и развивающую функцию. С одной стороны, студенты приспосабливаются к условиям и методам обучения, образовательным целям. С другой стороны, «принимая и

оценивая трудности и противоречия разных сторон учебной деятельности, они стремятся самостоятельно и конструктивно разрешать их» [63, с. 56].

Таким образом, психологическое сопровождение профессионального становления – это многосторонний, ступенчатый процесс изучения, формирования, оценки и коррекции профессионального становления личности на основе собственной активности субъекта труда с учетом закономерностей каждой стадии профессионального становления.

В многочисленных теоретических и эмпирических исследованиях обосновывается необходимость психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского университета.

Так, в научных исследованиях представлены различные модели и апробированные программы формирования различных компонентов коммуникативной компетентности будущих медицинских работников, предложены к внедрению дисциплины, курсы, системы занятий, выделены различные технологии и методы этого процесса.

Формирование коммуникативной компетентности выпускников медицинских вузов, как отмечает Г.Н. Шеметова, должно исходить из признания того факта, что ключевым субъектом медицинской помощи является пациент с его проблемами и правом на получение качественной и доступной медицинской помощи» [161, с. 691].

В апробированной Т.В. Малютиной модели психолого-педагогического сопровождения становления профессиональной идентичности студентов-медиков ее магистральное направление включает формирование личной готовности к принятию и соотнесению со своими качествами и способностями требований медицинской специальности, развитие профессионального поведения на этапе обучения в вузе [95].

Исследователи В.В. Вялых, В.В. Неволина продемонстрировали эффективность формирования коммуникативной компетентности студентов 1–2 курсов медицинского университета на основе личностно-

ориентированного и личностно-деятельностного подходов. Дискуссионный, диалогичный характер лекций, анализ и моделирование ситуаций из профессиональной практики, деловые и ролевые игры, дискуссии, просмотр и обсуждение фильмов способствуют развитию профессиональной коммуникативной компетентности у будущих медицинских работников [38].

Л.Н. Забродина отмечает эффективность активных методов обучения (дидактических игр, «медицинских боев», комментированных взаимопросов и др.), деловых игр, применения технологий развития критического мышления, ситуационного анализа (case-study) для формирования коммуникативных умений, навыков профессионального общения и развития личностных характеристик, необходимых для успешной коммуникации в процессе профессиональной медицинской деятельности [53, с. 81].

Е.В. Рощевской предложена комплексная программа развития коммуникативного ресурса как акмеологического фактора профессионального становления студентов медицинского университета. Коммуникативный ресурс, включающий систему знаний в области профессионального общения, профессионально значимые качества, социально-коммуникативную компетентность и индивидуальные модели коммуникативной активности являются фактором профессиональной успешности будущего медицинского работника. С точки зрения данного автора, «комплексная модель программы развития коммуникативного ресурса включает установочный, целевой, содержательный, инструментальный, развивающий модуль, апробацию моделей компетентного поведения, рефлексии, коррекцию, оценку» [130, с. 59].

Основываясь на интеграции компетентностного, системного, личностно-ориентированного и деятельностного подходов, М.Ф. Анкваб апробирована структурно-функциональная модель формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей, которая включает в себя «целевой, организационно-функциональный и оценочно-результативный блоки, и предполагает профессиональную

готовность преподавателей к реализации компетентного подхода в обучении. Владение преподавателями медицинского университета компетентным подходом к обучению признается как важное условие формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей» [8, с. 24].

Как отмечает Т.С. Бузина, при формировании образа будущей профессии в процессе профессионального обучения, для повышения психологической компетенции студентов-медиков предлагается ввести изучение психологических дисциплин на начальном этапе подготовки и дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине» на заключительном этапе обучения [26].

В целом, в научных исследованиях отмечается необходимость дополнять рабочие программы по дисциплине «Профессиональная коммуникация в медицине», которые ориентированы на развитие общих коммуникативных компетенций будущего врача модулями специализированной подготовки в конкретном направлении. Как отмечает М.И. Барсукова и другие авторы, формирование коммуникативных умений должно быть направлено на углубление академической подготовки, интеграцию академической и научно-исследовательской деятельности с коммуникативной практикой, стимулировать студентов к самостоятельному поиску коммуникативных решений.

Коллектив авторов во главе с И.О. Бугаевой обосновали эффективность преподавания дисциплины «Профессиональная коммуникация» для формирования общей коммуникативной компетентности медицинского специалиста и овладения так называемыми мягкими навыками (soft skills). В качестве методов развития коммуникативной компетентности использовались: разбор и самостоятельное составление ситуационных задач; составление сценариев диалогов с пациентами, медицинских интервью [25].

По мнению Т.Ю. Помыткиной, эффективность формирования коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов, обеспечивается

совместным обучением преподавателей клинических кафедр с преподавателями кафедры педагогики и психологии в рамках модульной дисциплины с использованием методики «стандартизированный пациент». Речь идет об обучении навыкам пациент ориентированного общения самих преподавателей клинических кафедр, разработке клинических сценариев, чек-листов и других методических материалов для создания базы клинических случаев по каждой медицинской специальности. Это позволит более широко применять методы симуляционного обучения в формировании навыков пациент ориентированного общения врача [122].

Е.Ю. Фетисова отмечает большие возможности педагогических и психологических дисциплин для формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского университета. Условия этого процесса включают проведение диагностики коммуникативного развития обучающихся, оптимальное сочетание индивидуальных и групповых форм обучения, развитие рефлексивных и креативных способностей студентов, навыков профессионального общения. Обоснована актуальность личностно-деятельностных технологий преподавания, проблематизации учебного диалога, включения в обучение решения коммуникативных ситуационных задач [152].

Необходимо отметить, что особую актуальность в современных условиях приобретает использование информационных технологий для решения задач формирования коммуникативной компетентности студентов. Создание адаптивной дистанционно-образовательной среды для преподавателей и студентов, обучение в видео формате, проведение коммуникативных тренингов онлайн студентами старших курсов, групповых онлайн-игр поможет сформировать практические коммуникативные навыки.

В целом, высказывается мнение о необходимости формирования профессиональных компетенций студентов-медиков, включая коммуникативную компетентность с самых первых курсов, в дальнейшем расширяя коммуникативные компетенции обучающихся через преподавание

коммуникативных программ на старших курсах и в ординатуре. Психологическое сопровождение этого процесса должно включать разработку программ сопровождения студентов с целью повышения их адаптационных ресурсов.

А.М. Короленко признает необходимость новых методов построения занятий в медицинском вузе, позволяющих применять полученные знания для установления эффективной профессиональной коммуникации между будущим врачом и пациентами на всех этапах ведения их выздоровления.

Группа докторов медицинских наук во главе с К. Амлаевым [5] и О.Б. Асриян [13] для формирования коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда предлагают введение курса «Коммуникации в медицине», включающего теоретический, практический и тренинговый блоки. Задачами курса являются формирование навыков эффективной коммуникации, оказания психологической помощи и поддержки, формирование эмпатических способностей; повышение психоэмоциональной устойчивости, расширение диапазона вербальных и невербальных средств коммуникации, навыки взаимодействия в коммуникативных ситуациях с высокой степенью неопределенности, формирование гибкой смены способов межличностной коммуникации. Стоит отметить, что курс «Коммуникации в медицине» призван формировать навыки устной и письменной коммуникации, владение информационными технологиями, навыки общения с разной категорией больных, их родственниками, навыки профессионального общения. В процессе изучения данного курса студентами должны не только продемонстрировать знание основных моделей коммуникации, но также показать осознанность ориентированной на пациента медицины в общении с пациентом, а также учитывать его потребности, культурные и личностные факторы.

Кроме того, авторы предлагаемого курса обращают внимание на необходимость формирования навыков коммуникации в так называемых трудных ситуациях, при сообщении плохих диагнозов, принимая во

внимание реакцию пациента, и демонстрируя чувствительность к состоянию неопределенности и тревоги, которые могут испытывать пациенты и члены их семей.

С нашей точки зрения, в течение первых двух лет обучения методы формирования коммуникативной компетентности должны включать проигрывание ситуаций со специально подготовленными преподавателями в роли пациентов или других студентов и использование видеоматериалов.

Исследователь С.И. Маджаева [93] предлагает ввести в программы подготовки врачей специальные курсы и тренинги, направленные на развитие навыков коммуникативного взаимодействия врача с пациентом, повышение уровня эмпатийности врачей, обучение психологическим техникам общения, повышающим толерантность к профессиональному стрессу.

В медицинском сообществе отмечаются барьеры в обучении коммуникативным навыкам студентов, вызванные недостаточной мотивацией и подготовкой преподавателей и управленческих кадров в системе здравоохранения. Исследователи Е.Ю. Васильева и Л.Б. Шубина предлагают создать координационный совет для обобщения лучших практик, проводить исследования на основе пациент-центрированного подхода, разработать обучающие проекты для преподавателей и разработать терминологию индикаторов коммуникативной компетентности [31].

В целом, коммуникативные трудности в эмоционально-напряженной ситуации общения в системе взаимодействия «врач – пациент», а также низкий уровень коммуникативных знаний и навыков свидетельствуют о необходимости целенаправленного формирования коммуникативной компетентности будущих врачей на этапе профессионального обучения, разработке программ психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского университета, где ведущая роль принадлежит решению и моделированию коммуникативных задач из медицинской практики.

Таким образом, на основании проведенного теоретического анализа современных исследований психологического сопровождения коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, можно сформулировать следующие выводы.

1. Психологическое сопровождение формирования коммуникативной компетентности у студентов-медиков на разных этапах профессионального обучения основано на сочетании компетентностного, личностно-ориентированного и деятельностного подходов, где за студентом как субъектом учебно-профессиональной деятельности признается ведущая роль в определении траектории профессионального развития, его право на свободное профессиональное самоопределение, саморазвитие.

2. Психологическое сопровождение формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского университета включает обеспечение условий для развития всех компонентов профессиональной компетентности: гностического, ценностного, личностного и деятельностного. Субъектами психологического сопровождения являются психологическая служба вуза, преподаватели, практикующие медицинские работники.

3. Внедрение программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности в профессиональном обучении студентов, направленной на снятие психического напряжения, снижение уровня эмоциональных барьеров и коммуникативной агрессивности, приобретение навыков улучшенных форм коммуникации, формирование адекватных реакций на различные ситуации позволит повысить эффективность качества медицинской помощи в системе взаимоотношений «врач – пациент».

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.

На основании проведенного теоретико-методологического анализа исследования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения можно сформулировать следующие выводы.

1. Профессиональное обучение студентов медицинского вуза рассматривается как один из этапов целостного процесса профессионализации, направленный на адаптацию будущего специалиста к системе профессионального образования, профессиональному образу мысли и образу действий, а также на формирование готовности к профессиональной деятельности, идентификацию студента-медика с профессией, профессиональное развитие. При этом каждый из указанных целевых аспектов профессионализации в период профессионального обучения имеет свои критерии и уровни развития. Процессуальный подход к профессиональному обучению у студентов медицинского вуза определяет его через стадии, периоды, фазы со свойственными им задачами, противоречиями, личностными и профессиональными новообразованиями. С позиции структурно-уровневого подхода профессиональное обучение у студентов медицинского вуза является цикличным, противоречивым процессом с критериями развития, ведущими формами деятельности, которые обеспечивают профессиональное развитие. С позиции компетентностного подхода коммуникативная компетентность является важной составляющей профессионализма врача и обязательным требованием к результатам профессионального обучения студентов медицинских вузов.

2. С нашей точки зрения, основные направления процесса профессионального обучения студентов медицинского вуза включают в себя:

– формирование установки на профессиональное развитие и четкое понимание требований, предъявляемых будущей профессией как к личности, так и к компетенциям будущего субъекта труда в системе здравоохранения;

– психологическое сопровождение формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

3. Исходя из первой задачи диссертационного исследования, нами было операционализировано понятие «коммуникативная компетентность студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда», которое проявляется в готовности и способности устанавливать и поддерживать эффективное взаимодействие с пациентами, их родственниками и медицинским персоналом.

Основные подходы к пониманию коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда базируются на когнитивной составляющей коммуникативной компетентности (на знаниях и способностях); коммуникативных умениях; коммуникативных умениях, способностях и знаниях; знаниях, умениях, навыках и личностных особенностях. Следует также отметить, что ряд исследователей выделяет в структуре коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда следующие компоненты: базовый, содержательный и инструментальный; мотивационно-личностный, когнитивный и поведенческий; психофизиологический, индивидуально-психологический и социально-психологический; когнитивный, эмоциональный и поведенческий.

4. Недостаточный уровень развития эмпатии и коммуникативной толерантности у студентов медицинского вуза, коммуникативные трудности в эмоционально напряженной ситуации общения, низкий уровень коммуникативных знаний свидетельствуют о необходимости целенаправленного формирования коммуникативной компетентности будущих врачей на этапе профессионального обучения, разработки программ психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, где ведущая роль принадлежит решению коммуникативных задач и моделированию ситуаций из медицинской практики, а также тренинговой работе.

ГЛАВА 2 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУБЪЕКТА ТРУДА

2.1 Коммуникативная компетентность как составляющая профессиональной деятельности врача как субъекта труда

Результаты последних исследований в медицине свидетельствуют о том, что качество лечения определяется различными аспектами, среди которых значимую роль играют психологические факторы, такие как умение субъекта труда адекватно взаимодействовать и понимать своего пациента. Эффективность терапевтических вмешательств в значительной степени опирается не только на точность диагностики, но и на готовность пациента активно участвовать в процессе лечения и следовать медицинским рекомендациям.

Согласно классификации профессий, разработанной Е.А. Климовым, профессия врача относится к типу «человек-человек». Это означает, что основная профессиональная деятельность субъекта труда связана с обучением, развитием, обслуживанием, руководством и взаимодействием с людьми. Исходя из этого, основными психологическими требованиями для данной категории являются: высокая потребность в общении и легкость в установлении контактов, умение управлять своими эмоциями, способность к рефлексии, понимание мотивов и настроений окружающих, навыки разрешения конфликтов и организации совместной деятельности. Кроме того, необходимы навыки анализа межличностных отношений, умение слушать и принимать во внимание точку зрения собеседника, владение речью, мимикой и жестами, а также развитая устная речь, способность находить общий язык с самыми разными категориями людей, умение убеждать людей, собранность, знание психологии людей [65].

Таким образом, профессиональная деятельность обладает особой специфичностью, так как в центр внимания помещает человека, который испытывает как психические, так и физические страдания, которые вызваны болезнью. При этом необходимо учитывать особую чувствительность, ранимость и сниженную психическую устойчивость пациента.

В соответствии с этим, профессиональная деятельность опирается не только на знание анатомо-физиологических особенностей человеческого организма, но и включает определенный уровень психологического воздействия на пациента, который базируется скорее на понимании закономерностей человеческого общения, чем на жестких запретах и предписаниях.

Для этого субъекту труда необходимы знания психологии человека, понимание процессов восприятия и взаимопонимания между людьми, а также владение коммуникативными умениями – слушать партнера и адекватно реагировать, регулировать свое состояние, а также владеть вербальными и невербальными средствами общения.

Независимо от того, насколько сложными и разнообразными могут быть процессы в медицине, в ее эпицентре всегда находится фигура врача. Именно через призму его профессионального взгляда И. Харди анализирует «структуру терапевтических мероприятий», выделяя четырехэтапную модель взаимодействия пациента с врачом, опираясь на временные рамки данного процесса [156].

1. Препатогенез – начальный этап заболевания, во время которого патологические процессы ещё не проявили себя клинически, и медицинский специалист прямо не задействован. Подчеркнуть важность профилактических мер со стороны врача – значит активизировать его участие в профилактике и своевременном обнаружении болезней у пациента.

2. Во время амбулаторного этапа врач осуществляет диагностику заболевания у пациента, ставит диагноз и выбирает стратегию лечения, решая, будет ли оно проводиться дома или требует госпитализации в

медучреждение. В случае недостаточного эффекта от домашнего лечения, пациент переходит к следующей стадии терапии.

3. Стационарный этап.

4. Этап реабилитации после выписки из больницы.

И. Харди выделяет три ключевых аспекта профессиональной деятельности: сбор анамнеза; диагностика на основе осмотра и исследований; разработка и реализация лечебного плана [156].

В целом, для успешного осуществления профессиональной деятельности в этой сфере от субъекта труда требуется развитие коммуникативной компетентности. Кроме того, нужны такие качества, как эмоциональная стойкость и умение управлять собственными эмоциями, аналитические способности для понимания поведения других и себя, умение разрешать конфликты, организовывать коллективные действия и гармонизировать взаимоотношения, а также проявлять терпимость, внимание и уважение к мнениям других. Субъекты труда должны владеть как вербальными, так и невербальными средствами коммуникации, уметь убеждать и вести диалог, поддерживая высокую степень внимания и концентрации на пациенте, владея психологическими аспектами межличностного взаимодействия.

Т.Ю. Базаров предлагает рассматривать вопрос о подготовленности будущих субъектов труда к профессиональной деятельности через призму трех ключевых терминов: «компетенция», «компетентность» и «квалификация». С его точки зрения, «квалификация» определяется образовательными стандартами; «компетенции» – это перечень задач, которые будущий субъект труда должен уметь выполнять; «компетентность» – это сформированные личностные качества, навыки и ценности. По мнению Т.Ю. Базарова, профессиональное обучение в вузе должно быть направлено на развитие коммуникативной компетентности и совершенствование личностных качеств будущего субъекта труда.

Ю.М. Жуков [52], анализируя психологические особенности компетенций субъекта труда, пришла к выводу, что результат лечебного процесса состоит не только из профессиональных знаний и умений врача, но и зависит от его психологических особенностей, определяющих исход трех видов отношений:

- «врач – пациент»;
- «врач – коллеги»;
- к себе как субъекту профессиональной деятельности.

Далее необходимо отметить, что структура современного высшего медицинского образования охватывает различные сферы, соответствующие спектру медицинских специализаций, которые включают следующие направления профессионального обучения будущих субъектов труда: «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», а также «Медико-профилактическое дело» [113, с. 106].

Технологией исследования избран анализ Образовательных стандартов высшего образования по направлению «Здравоохранение» и Общегосударственный классификатор «Виды экономической деятельности». Такой подход позволяет сформировать базу данных для деятельности субъекта труда основных медицинских специализаций.

Для будущего субъекта труда в области «Лечебное дело» нормативно определены семь основных направлений работы. Эти направления включают проведение профилактических мероприятий, оказание медицинской помощи, предоставление экспертных заключений и консультаций, ведение научных исследований, образовательную деятельность, управление и организацию медицинских услуг, а также выполнение и применение законодательных норм в сфере здравоохранения.

В рамках вышеназванных основных направлений работы будущий субъект труда в области «Лечебное дело» должен быть подготовлен к решению следующих профессиональных задач:

- профилактика заболеваний и улучшение здоровья населения (комплекс мер, направленных на поддержание и улучшение общего состояния здоровья людей);

- диагностика заболеваний, а также лечение и реабилитация пациентов;

- консультационная деятельность, решение экспертных вопросов по оценке здоровья и трудоспособности пациентов (оценка состояния здоровья и трудоспособности, предоставление профессиональных рекомендаций);

- информационно-аналитическая деятельность в целях оценки и прогнозирования состояния здоровья населения (анализ данных о здоровье населения для выявления закономерностей и прогнозирования будущих изменений);

- обучение медицинских работников;

- планирование, организация и управление оказанием медицинской помощи населению в организациях здравоохранения;

- владение и применение в профессиональной деятельности законодательной, правовой и нормативной базы, регулирующей деятельность системы здравоохранения [113].

Для будущего субъекта труда специальности «Стоматология» нормативно установлено шесть основных направлений работы: оказание неотложной помощи, проведение профилактических мер, стоматологическая медицинская помощь, участие в научных исследованиях, педагогическая и организационно-управленческая.

В рамках вышеназванных основных направлений работы будущий субъект труда в области «Стоматология», должен быть подготовлен к решению следующих профессиональных задач:

- организация и оказание неотложной медицинской помощи пациентам;

- профилактика заболеваний зубочелюстной системы и органов полости рта;

- диагностика стоматологических заболеваний, лечение и реабилитация пациентов, информационно-аналитическая деятельность в оценке и прогнозировании состояния здоровья населения;

- обучение медицинских работников [110].

Для будущего субъекта труда специальности «Педиатрия» нормативно установлено пять основных направлений работы: медицинская, профилактическая, научно-исследовательская, педагогическая и организационно-управленческая.

В рамках вышеназванных основных направлений работы будущий субъект труда в области «Педиатрия», должен быть подготовлен к решению следующих профессиональных задач:

- диагностика заболеваний и укрепление здоровья детей и подростков;
- обследование, терапия и восстановление здоровья детей и юношей;
- информационно-аналитическая деятельность в целях оценки и прогнозирования состояния здоровья детей и подростков;
- обучение медицинских работников [111].

Для будущего субъекта труда специальности «Медико-профилактическая деятельность» нормативно установлено восемь основных направлений работы: профилактика заболеваний, предоставление медицинской помощи, проведение экспертных оценок и консультаций, обучение и подготовка кадров, научные исследования в области медицины, а также применение и соблюдение законодательства в медицинской практике.

В рамках вышеназванных основных направлений работы будущий субъект труда в области «Медико-профилактическое дело», должен быть подготовлен к решению следующих профессиональных задач:

- превентивные меры для предотвращения развития болезней и повышение общего уровня здоровья общества;
- проведение санитарно-эпидемиологического контроля, мониторинга социально-гигиенической обстановки и оценка рисков;

- оказание медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни пациента состояниях;
- проведение специализированных консультаций, анализ и решение задач профессионального характера;
- организация, выполнение и анализ результатов лабораторных анализов;
- анализ и прогнозирование состояния здоровья населения, его различных социальных и возрастных категорий в зависимости от среды обитания, безопасности пищевых продуктов и производственной деятельности, планирование, организация и управление мероприятиями по пропаганде и внедрению здорового образа жизни среди населения;
- обучение медицинских кадров;
- независимая обработка данных, включая учебные, научные, законодательные, справочные и другие виды информации [112].

Таким образом, для будущих субъектов труда в рамках основных медицинских специальностей, таких как «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело», ключевое значение приобретает лечебно-диагностический процесс. Этот процесс основывается на динамике взаимоотношений между врачом и пациентом, носит характер интенсивного взаимодействия между двумя сторонами и составляет значительную часть всех профессиональных обязанностей будущего врача.

В целом, рассмотрение представленных выше требований к профессиональной деятельности врача как субъекта труда показывает, что в них отражена коммуникативная составляющая, которая характеризуется умением общаться и успешно взаимодействовать с пациентами и коллегами. Это позволяет выдвинуть предположение о том, что профессиональное обучение специалиста медицинского профиля должно включать коммуникативную подготовку как неотъемлемый компонент. Она направлена на формирование коммуникативной компетентности, которая выступает определяющим фактором организации оптимальных

взаимоотношений врача в системе «врач – пациент», «пациент – врач» и «врач – врач» и оказывает решающее влияние на полноту и точность диагностики, а также эффективность работы системы здравоохранения в целом.

2.2 Психологическая специфика коммуникативной компетентности в системе взаимоотношений «врач – пациент»

В настоящее время вопросы взаимоотношений в системе «врач – пациент» достаточно широко представлены в литературе по биомедицинской этике и деонтологии, а также медицинской диагностики и реабилитации (Е.К. Веселова [35], А.И. Климович [2], В.Н. Левина [86], Н.А. Магазаник [91], С.Х. Мадалиева [92], Е.В. Орлова [114], К.К. Платонов [118], Н.Н. Петрова [115], О.И. Полянцева [121], В.А. Ташлыков [143], М.Э. Телешевская [146], Л.П. Урванцев [149], Г.Н. Шеметова [161]).

Такие исследователи, как В.А. Ташлыков [143] и Л.П. Урванцев [149], подчеркивают важность информационно-познавательного аспекта во взаимоотношениях между врачом и пациентом для успешного лечения и взаимопонимания. В соответствии с данными, приведенными в «Руководстве по медицинской психологии», роль врача как ключевого источника информации для пациента оказывает существенное влияние на процесс выздоровления пациента.

Р. Витч выделил четыре модели морально-этических взаимоотношений между врачом и пациентом. Первая, «техническая модель», строится на образе врача-ученого, относящегося к больному бесстрастно и безоценочно; при этом врач, опираясь на факты, избегает ценностных суждений и, в частности, предоставляет все факты пациенту, оставляя за последним право на принятие решения. Вторая, модель «сакрального типа», описывает ситуацию, где врач, выступая в роли морального авторитета, ограничивает личную свободу и чувство собственного достоинства пациента. Третья,

«коллегиальная модель», основана на взаимном признании врача и пациента как партнеров, нацеленных на общую цель – борьбу с заболеванием и поддержание здоровья. Четвертая, «контрактная модель», предусматривает взаимоотношения, базирующиеся на соглашении и обоюдных обязательствах с ожидаемой взаимной пользой, где ключевым элементом является доверие [2].

Исследователь П.Д. Тищенко [147], придерживаясь представлений Р. Витча в контексте моделей морально-этических взаимоотношений между врачом и пациентом, отмечает, что рассмотренные им модели можно классифицировать и по другим критериям, по тому, каким – монологичным или диалогичным – представляется в них взаимодействие между врачом и пациентом. Одним из таких критериев выступает характер коммуникации – односторонний или двусторонний. Так, П.Д. Тищенко характеризует одностороннюю, или монологическую модель, как ситуацию, когда диалог складывается как однонаправленная передача информации от сверхсознательного медицинского эксперта к «непросвещенному слушателю». В контексте двусторонней, или диалогической, модели он видит взаимодействие между врачом и пациентом как равноправный разговор между партнерами, исследующими проблему с различных точек зрения и взаимно обогащающими познания для наиболее точного установления фактической ситуации.

Необходимо отметить, что П.Д. Тищенко делает вывод о том, что предложенные им модели служат в качестве идеальных типов, поскольку на практике они редко воплощаются в исключительно чистой форме. Он считает, что выбор между моделями должен определяться здоровьем пациента, спецификой необходимой медицинской помощи и уровнем подготовки лечащего врача.

С точки зрения С.Г. Стеценко [139], существуют следующие модели взаимоотношений врача и пациента: патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе), либерационная (врач сообщает

больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения), технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры) и интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациента).

Н.Н. Седова рассматривает три варианта коммуникации в системе «врач – пациент». Первый – когда действия врача основаны, прежде всего, на его знаниях. Пациент рассматривается не как индивидуальность, а как «представитель болезни». При втором варианте ведущими компонентами в деятельности врача являются оценки. Третий вариант – когда между врачом и пациентом устанавливаются отношения диалогизма «Я – Ты». Тогда процесс лечения превращается в процесс переживания друг друга, изменяется личность и пациента и врача. Жалобы больного вызывают персональную эмоциональную реакцию врача, он как бы принимает на себя страдания больного, а избавление от них становится его личной проблемой. Пациент при этом как бы проникается внутренними силами врача, не просто зная, что тот ему поможет, а чувствуя каждое мгновение этого процесса.

Исследователь Н.Н. Седова подчеркивает скрытую опасность диалогизма в медицине, поскольку процесс переживания за больного может привести к тому, что человек окончательно вытеснит врача, а эмоции заменят врачебные манипуляции. Недаром больше всех осложнений и неприятностей бывает тогда, когда врач лечит близких ему людей. Он не может абстрагироваться от эмоционального переживания, которое лишает его хладнокровия и логики. Правильное решение в данной ситуации гарантируется высоким профессионализмом [2].

В.И. Кашницкий [60] отмечает, что взаимоотношения врача и пациента в каждом конкретном случае складываются индивидуально, в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, его заболевания, индивидуально-психологических особенностей врача. Отмечается также, что на формирование коммуникаций влияют половые и возрастные различия,

уровень образования, социальный статус. При этом выделяются следующие три модели взаимоотношений.

Н.А. Магазаник выделяет две основные модели взаимодействия между врачом и пациентом в их диалоге. Первая модель предполагает авторитетный подход, где врач действует как неоспоримый эксперт и лидер, активно диктующий методы лечения, в то время как пациент принимает подчиненную роль, демонстрируя ограниченную инициативу. Вторая модель взаимодействия акцентирует на равноправном сотрудничестве, основанном на единстве целей врача и пациента. В данной модели врач уделяет значительное внимание установлению взаимоуважения и вовлеченности пациента в процесс лечения, что способствует активному участию пациента в терапевтическом процессе и усилению его мотивации к выздоровлению благодаря использованию процессов идентификации и моделирования в отношениях с лечащим врачом [91].

В работе Е.Ю. Васильевой «Навыки общения с пациентом в стоматологической практике» говорится о том, что «в мировой практике профессиональной подготовки студентов-медиков к взаимодействию с пациентами существует согласованный подход к обучению и оценке навыкам общения. В контексте данного подхода необходимо рассмотреть модель, которая была создана совместными усилиями ученых-медиков из Великобритании и Канады в конце XX века» [30, с. 37].

В Калгари-Кембриджской модели консультации выделяется пять последовательно сменяющих друг друга этапов (рисунок 2.1). «На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить, используя определенные навыки. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации» [30, с. 38].

Стоит отметить, что «Калгари-Кембриджские руководства широко распространены для использования в медицинской образовательной практике 73 основных навыка процесса общения, соответствующих целям и

задачам медицинской консультации, которую осуществляют врачи» [30, с. 37].



12

Рисунок 2.1 – Калгари-Кембриджская модель структуры медицинской консультации

Основная новизна данной модели, по мнению Е.Ю. Васильевой, в работе «Навыки общения с пациентом в стоматологической практике» заключается в том, что «традиционные способы документирования медицинской информации сохраняются, но их дополняют:

- перечень вопросов, которые пациент хочет решить;
- последовательность событий;
- «новое» содержание, отражающее позицию пациента;

- возможные альтернативы лечения, рассмотренные врачом;
- запись всего сказанного пациенту;
- согласованный план действий» [30, с. 14].

С нашей точки зрения, Калгари-Кембриджская модель коммуникации – это признанная во всем мире и научно обоснованная система, направленная на улучшения качества взаимодействия между субъектом труда и пациентом. Данная современная модель коммуникации обеспечивается структурированными этапами консультации, навыками активного слушания, эмпатии и участия пациента в принятии решений в контексте различных ситуаций. Кроме того, использование Калгари-Кембриджской модели коммуникации повышает приверженность лечению пациентов, а также удовлетворенность их качеством, оказываемой медицинской помощи, что делает ее важным инструментом в процессе профессиональной коммуникации в медицине.

В целом, развитие коммуникативной компетентности врача способствует доверию, созданию терапевтического альянса и приверженности пациента к лечению. Причина неэффективности лечения часто лежит не в «недобросовестности пациента», а в недостаточной коммуникативной компетентности врача. Современный врач должен осознавать свои профессиональные границы и обладать навыками для формирования терапевтического альянса.

В соответствии со взглядами Б.А. Ясько, ошибочное трактование медицинской терминологии со стороны пациента, в силу использования её врачами, часто приводит к развитию ятрогенных ситуаций – состояний здоровья, спровоцированных необдуманными высказываниями или поступками медицинского персонала. Пациенты, склонные к беспокойству и сомнениям, особенно чувствительны к невербальным проявлениям, включая выражения лица и жесты, со стороны доктора. Положительное или отрицательное влияние слов врача на пациента напрямую зависит от уровня доверия между ними; в контексте устойчивого взаимоотношения и

понимания это может способствовать как успокоению пациента, так и возникновению ятрогении. Эффективное взаимодействие и понимание между доктором и пациентом играют ключевую роль в успешном исцелении, поддерживая у пациентов уверенность в благоприятном исходе лечения [165].

И.Г. Климкович акцентировал, что врачи старшего возраста из-за накопленного профессионального опыта чаще вызывают доверие у пациентов, в то время как молодым специалистам приходится бороться с первоначальным скепсисом. Для врачебной практики ключевыми являются не только профессиональные навыки, но и личностные качества, такие как доброжелательность, эмпатия и способность быстро налаживать позитивное общение. Проявление безразличия может отрицательно сказаться на взаимодействии с пациентом. Важно строить отношения таким образом, чтобы пациент ощущал индивидуальный подход и внимание к его личности, а не восприятие его как обезличенный случай [64].

В.А. Ташлыков выделяет ключевую роль выбора методики коммуникации врачом с пациентом и необходимость контроля над этим процессом. Это требование обусловлено важностью предоставления пациенту возможности откровенного выражения своих переживаний, тем самым обеспечивая эмоциональную разгрузку, что В.А. Ташлыков описывает как «психическую вентиляцию». Эффективное взаимодействие и способность врача адекватно реагировать на слова пациента, поддерживая и поощряя его к открытой беседе, играют решающую роль. Отсутствие подобного подхода способствует формированию у пациента ощущений невнимания и недостаточной диагностической заботы. Автор делает акцент на значимости обладания врачом развитыми коммуникативными умениями, от которых зависит успех лечебно-диагностического процесса [143].

Согласно взглядам Р. Ригельмана, эффективное взаимодействие между медицинским специалистом и пациентом основывается на четырех ключевых

элементах: эмоциональной поддержке, глубоком понимании потребностей пациента, взаимном уважении и искреннем сочувствии [128].

Исследователь С.Л. Соловьева определяет следующие ключевые элементы коммуникативной компетентности в системе «врач – пациент»:

1. Приветствие пациентов способствует уважению их личности и стимулирует активное участие в общении. Обращение к пациенту по имени, особенно если он не новый для врача, выражает признание и подтверждение его идентичности.

2. Активное слушание охватывает применение вербальных и невербальных средств общения. Будущий субъект труда должен демонстрировать свое полное внимание к пациенту не только словами, но и через невербальные жесты, такие как поддерживающий взгляд, кивки, утвердительные утукания типа «да», «понятно», тем самым поддерживая двусторонний диалог. Эффективность активного слушания усиливается задаванием открытых вопросов, стимулирующих пациента к развернутому обсуждению проблемы.

3. Эмпатия, вовлеченность, искренность и поддержка – основополагающие элементы межличностного общения. Врачу необходимо излучать очевидные индикаторы интереса к переживаниям пациента, его проблематике и ее воздействию на жизнь пациента, интерес к его опасениям, а также к их стремлениям и ожиданиям [137].

4. Коллаборативное взаимодействие – ключевой элемент, позволяющий пациенту ощущать, что врач полностью осведомлён о его требованиях и готов к совместной работе для их реализации. Это достигается, когда программа лечения создаётся на основе детального разъяснения взглядов и глубокого понимания потребностей пациента, обеспечивая, таким образом, подготовку к осмысленному диалогу о деталях плана лечения.

5. Завершение интервью – ключевой аспект в процессе взаимодействия между врачом и пациентом, наряду с созданием адекватной обстановки для беседы и умением начинать и поддерживать диалог. Доктор должен четко

дать понять пациенту, что беседа приближается к концу, обычно это делается путем итогового обобщения обсуждаемой информации и пройденных вопросов.

6. Освоение техники молчания – важный навык, позволяющий мотивировать пациента к более полному и открытому самовыражению, обсуждению чувствительных тем и восстановлению ключевой информации.

7. Обобщение информации – ввиду огромного потока информации, поступающей во время медицинской консультации, врачу необходимо освоить навык выделения ключевых фактов, возникающих в процессе взаимодействия в системе «врач – пациент», а также следует удостовериться в совпадении его понимания с пониманием пациента [137].

В настоящее время патерналистская модель, где врач принимает все решения, устарела и неэффективна. Разнообразие причин требует отхода от нее. Во-первых, увеличение знаний населения благодаря информационным технологиям приводит к появлению «псевдограмотности».

Во-вторых, это повышение значимости ценностей свободы и автономии в современном мире, когда даже благие действия вопреки воле пациента считаются недопустимыми. Применение различного рода этических категорий возможно только при условии осуществления свободного выбора всеми участниками терапевтического альянса. И только в таком случае пациент, проявляя комплаентное поведение, способен самостоятельно нести ответственность за свои решения.

С нашей точки зрения, препятствием к выстраиванию гармоничного терапевтического альянса выступает реорганизация системы здравоохранения, сопровождающаяся существенными преобразованиями и приводящая к значительной перегрузке медицинских специалистов, что также создает барьеры для формирования прочного терапевтического альянса. Ограниченное время приема, длительное ожидание и повышенное психологическое напряжение пациентов существенно затрудняют

эффективное взаимодействие, установление доверительных отношений и формирование приверженности лечению.

Необходимо отметить, что создание прочного терапевтического союза между врачом и пациентом имеет не только, медицинское, психологическое, социальное, но и экономическое значение. Этот союз важен для всех медицинских специальностей, поскольку культура межличностных отношений в медицине – это не то, как больной человек относится к медицинскому работнику, это, прежде всего то, как медицинский работник относится к больному человеку.

Таким образом, коммуникативная компетентность врача имеет решающее значение для построения доверительных и позитивных отношений между врачом и пациентом:

- распознавать и лучше реагировать на вербальные и невербальные сигналы пациента и получать от него больше информации;
- добиться согласия пациента с планом лечения, поскольку, как показали исследования, обучение навыкам общения положительно влияет на принятие пациентом назначенных лекарств.

2.3 Коммуникативная компетентность в системе профессионально важных качеств врача

Необходимым и обязательным условием успешной профессиональной деятельности врача как субъекта труда является сформированность у него профессионально важных качеств. В психологической литературе приводится большое количество определений термина «профессионально важные качества» (ПВК).

По мнению В.Д. Шадрикова, под ПВК понимаются «индивидуальные качества субъекта, влияющие на эффективность деятельности и успешность её освоения» [160, с. 86].

Из приведенного определения следует, что профессионально важные качества напрямую связаны с эффективностью деятельности субъекта. По степени сформированности качеств, требуемых для данного вида трудовой деятельности, можно сделать вывод о способности человека реализоваться в выбранной им сфере. Исходя из этого, крайне важно знать и учитывать особенности и структуру интересующей деятельности, для того чтобы соотнести с ними свои способности.

С точки зрения А.В. Карпова, «ПВК представляют собой отдельные динамические черты личности, отдельные психические и психомоторные свойства (выражаемые уровнем развития соответствующих психических и психомоторных процессов), а также физические качества, соответствующие требованиям к человеку какой-либо определенной профессии и способствующие успешному овладению этой профессией» [59, с. 151].

В настоящее время исследованиями ПВК занимаются такие специалисты, как А.В. Карпов [59], Е.А. Климов [66], В.Д. Шадриков [160] и многие другие. Изучив работы данных исследователей, можно сделать вывод о том, что ПВК считаются структурообразующими для любой деятельности.

В целом, комплекс профессионально важных качеств для различных профессий можно найти в специальных прикладных исследованиях или в профессиограммах, в которых в обязательном порядке указываются необходимые для определённой деятельности ПВК и антиПВК (то есть те качества, которые могут негативно сказаться на эффективности работы).

Таким образом, ПВК – это сложная системная структура, определяющая успешность овладения специальностью и будущую профессиональную эффективность.

Исследования В.А. Ташлыкова помогли сориентировать общий для большинства пациентов образ «идеального» врача. Он включал в себя такие черты как ум, внимательность, увлеченность работой, чувство долга, терпеливость, чуткость, серьезность, доброта, чувство юмора. В целом,

пациенты предпочитали два типа врачей: «сопереживающий» и «нейтральный» [143].

В исследованиях В.В. Царькова и Д.А. Довнар было установлено, что у медицинского работника должны быть следующие качества: ответственность, самопожертвование, сочувствие, терпеливость, внимательность, человеколюбие. С точки зрения данных авторов наиболее важными являются: коммуникативная компетентность, ответственность, внимательность и человеколюбие.

Кроме того, полученные результаты свидетельствуют о том, что профессионально важные качества врача являются неотъемлемым компонентом профессионального развития студента медицинского вуза, как высококвалифицированного, специалиста, который умеет найти выход из любой ситуации и способен самостоятельно решать возникающие перед ним задачи.

В.Н. Левин выделяет ключевые черты характера, присущие успешному врачу, такие как строгое соблюдение порядка, стремление к дисциплине, точность в соблюдении времени, способность к решительным действиям, умение сохранять спокойствие в критических ситуациях, высокую работоспособность, способность к долгому терпению, настойчивость в достижении целей, а также ориентацию на конкретные результаты.

Отрицательные характеристики воли, мешающие эффективной реализации трудовых функций: апатия, неаккуратность, безответственность.

В.Н. Левин среди положительных характеристик ума медицинского специалиста выделяет следующие: знания в области медицины, способность к логическому анализу ситуаций, внимательность к деталям, умение видеть изменения в состоянии пациента, глубокое понимание сложных медицинских вопросов, высокий уровень профессиональных навыков, обширные знания в различных областях. Отрицательные черты ума, мешающие эффективной работе: незнание, отсутствие сосредоточенности [86].

Согласно взглядам Е.А. Вагнер, для диагностики и лечения, медицинскому специалисту необходимо быть наблюдательным, акцентируя внимание на деталях и конкретных проявлениях, что в итоге формирует комплексный образ симптоматики.

Эмоционально-этические аспекты профессионализма медицинского работника отражают его готовность в профессиональной сфере гармонизировать личные амбиции и нужды с ожиданиями и благополучием пациентов в контексте, установленном как кодексом медицинской этики, так и ценностями и принципами универсальной морали.

В.Н. Левин выделяет следующие положительные аспекты морально-эмоционального профиля медицинского работника: коммуникативную компетентность, благотворительность, осведомленность, гуманность, доброжелательность, сочувствие, умение деликатно общаться, правдивость.

Деструктивные психолого-этические черты характера, препятствующие профессиональной деятельности: отсутствие эмпатии, неумение вести диалог, невежество в обращении, безжалостность, апатия, скептицизм.

М.Ф. Анкваб [8] подчеркивает, что для успешной медицинской практики недостаточно лишь внедрения передовых технологий и обеспечения доступа к диагностическим и лекарственным средствам. Крайне важно, чтобы врач обладал личностными качествами, способствующими эффективному межличностному общению. К ним относятся: способность к эмоциональной устойчивости, стрессоустойчивость, самоконтроль, терпимость, открытость к диалогу, развитая речевая культура, способность к эмпатии, умение слушать. По ее мнению, коммуникативная компетентность является одной из базовых характеристик профессиональной деятельности врача.

Исследуя профессионально важные качества психотерапевта, А. Косевска [75] отмечает, что важным элементом коммуникативной компетентности врача является профессиональное владение так называемой «триадой Роджерса» (эмпатия, акцептация, аутентичность). Эти компоненты

позволяют врачу проявлять искреннюю доброжелательность и позитивное отношение. Проявление эмпатии заключается в способности врача ощущать и отражать эмоции пациента, демонстрируя понимание через невербальные сигналы, что требует подлинности в общении. Поскольку невербальное поведение человека в значительной степени неосознанно и трудно поддается контролю, для врача важно искренне испытывать положительные эмоции по отношению к пациенту. Акцептация означает безусловное принятие и уважение личности пациента, независимо от его недостатков, исключая при этом критику, высокомерие и оценочные суждения. Профессиональная аутентичность врача в коммуникации с пациентом заключается в полной согласованности его вербальных и невербальных проявлений. Это подразумевает искренность его эмоционального состояния и переживаний в процессе взаимодействия. Необходимым условием является принятие пациента и наличие позитивного отношения к нему. Значимость аутентичности возрастает в стрессовых ситуациях, таких как информирование о диагнозе. Неосознаваемые или подавляемые негативные установки врача неизбежно транслируются через невербальные каналы, что позволяет пациенту распознать истинное отношение и приводит к разрушению терапевтического альянса.

Проведенное исследование О.Г. Кукосяна [80] выявило, что профессиональная деятельность субъекта труда активно формирует специфический тип перцепции и межличностного познания людьми друг друга. Это проявляется в особенностях первого впечатления о пациенте, в интерпретации его внешнего вида и поведения, а также в способности постигать его внутренний мир. С точки зрения О.Г. Кукосяна истинная искренность в коммуникации достигается посредством аутентичного выражения эмоций, правдивости и открытости. Сущность искренности заключается в честности и откровенности по отношению к пациенту. Данное профессионально важное качество является важным фактором для обеспечения эффективности коммуникативного процесса, предоставляя

наилучшие возможности для сближения, доверия и формирования высших морально-этических норм общения в профессиональном коллективе.

И.Г. Климкович [64] отмечает, что профессионально значимые коммуникативные умения врача можно разделить на следующие группы:

- умение общаться с коллегой: организовывать совместную деятельность, внимательно слушать, концентрировать внимание, корректно и вежливо отвечать в дискуссии;

- умение общаться с пациентом: задавать вопросы и отвечать на них, внимательно выслушивать, выражать сочувствие, быть сдержанным в критических ситуациях;

- умение действовать в нестандартных ситуациях: быстро формулировать свою мысль, грамотно и быстро ориентироваться в справочной литературе, анализировать и оценивать ситуацию, давать квалифицированную информацию медицинскому персоналу;

- владение когнитивными умениями и навыками выполнения профессионально ориентированных видов деятельности: уметь проводить анализ, оценку и синтез профессиональной информации, последовательно излагать и описывать факты, явления, процессы;

- умения и навыки анализа и оценки лечебной ситуации: констатировать, аргументировать, интерпретировать и знать особенности профессионального диалога, выражать коммуникативную интенцию.

М.Э. Телешевская [146] в своем исследовании представила коммуникативные качества личности врача в перечне психодиагностических портретов субъектов труда в зависимости от их специализации. Так, хирурги отличаются такими личностными особенностями, как высокая стеничность, выносливость к перегрузкам, решительность, низкая эмпатийность, а у терапевтов, наоборот, наблюдается высокий уровень эмпатийности, и отмечаются хорошие коммуникативные способности.

Согласно С.Л. Соловьевой, коммуникативная компетентность входит в перечень важных психологических качеств субъектов труда как

профессионально значимое качество врача и профессиональный имидж [138].

Коммуникативная компетентность играет ключевую роль в обеспечении понимания и доверия в терапевтическом альянсе, что необходимо для успешного решения поставленных задач. Когда пациенты испытывают доверие к своим медицинским работникам и уверены в корректности установленного диагноза и предложенной схемы лечения, они стараются строго следовать медицинским предписаниям, что, в свою очередь, влияет на их предпочтения при выборе лечащего врача в будущем. Отсутствие эффективного взаимодействия может привести к игнорированию медицинских советов пациентом, запросам на консультации у других специалистов или даже к самостоятельному выбору методов лечения без соответствующей консультации.

Профессиональный имидж субъекта труда – это фундамент его уверенного поведения, который строится на основе невербальных аспектов. К ним относятся: открытые позы, способствующие установлению контакта; коммуникативные и выразительные жесты, направленные на создание определенного впечатления; мимика, транслирующая доброжелательность и спокойную уверенность. Не менее значимым является и внешний вид субъекта труда, а также особенности речи: доверительная, властная или спокойная интонация, грамотно построенная и плавная речь – все это повышает доверие к информации и уверенность в компетентности медицинского специалиста.

В ходе исследования коммуникативных аспектов в профессиональной деятельности субъектов труда, Е.В. Конева определила три группы мыслительных конструктов: нравственные, эстетические и интеллектуальные, влияющие на разрешение проблемной ситуации, сложившейся в коммуникации «врач – пациент».

Согласно Б. Шулеру и Д. Бартелми, ключевые ненаблюдаемые навыки охватывают: коммуникативную адаптивность, способность к переключению

ролей, эмпатические способности и открытость к чужому мнению. Эти атрибуты существенны для достижения эффективного общения и глубокого взаимопонимания с собеседником.

К перечню отмеченных коммуникативных способностей относятся: умение общаться, сотрудничать, разрешать конфликты и эффективно взаимодействовать внутри команды.

Одним из важных навыков, определяющих уровень сформированности коммуникативной компетентности у субъектов труда, является стремление к сотрудничеству и взаимодействию. Оно включает в себя несколько важных аспектов: способность к самостоятельной активности и налаживанию контактов и доверия; умение формировать общие цели, а также готовность нести ответственность за итоги коллективных усилий.

Среди важных навыков, определяющих формирование коммуникативной компетентности у врачей, выделяется умение управлять профессиональными конфликтами. Это умение охватывает оперативное обнаружение конфликта, анализ его корней и происхождения, выбор и тестирование методов для его разрешения.

Необходимо отметить, что ключевыми составляющими формирования необходимого уровня профессиональной коммуникативной компетентности являются соответствующие профессионально важные качества субъекта труда, обеспечивающие развитие данного вида компетентности. В данном аспекте выделяется *общительность*. Общительность представляет собой комплексное качество личности, включающее в себя выраженную потребность в межличностных взаимодействиях и их поддержании, а также способность человека к установлению доверительных отношений [102].

В.Н. Куницына [81], А.А. Кидрон [61], описывая контактность, подчеркивают ее связь с сочетанием интеллектуальных, перцептивных и коммуникативных способностей индивида, развивающихся на фоне высокой саморегуляции. Понимание контактности в данном аспекте рассматривается как способность вступать в психологический контакт, формировать в ходе

взаимодействия доверительные отношения. Эта способность подразумевает наличие развитых коммуникативных навыков и умений, а также личностных качеств, способствующих успешному взаимодействию в системе «врач – пациент».

Необходимо отметить, что профессионально значимым качеством медицинского работника является *коммуникативная толерантность* – терпимость, снисходительность. Толерантность представляет собой сложное личностное качество, выражающееся на нескольких уровнях. Важно исследовать, какие черты личности способствуют её формированию и проявлению. Анализ научной литературы выявляет, что основания для толерантности прослеживаются в когнитивной, эмоциональной, коммуникативной сферах, в системе ценностей и миропонимания, а также в самоосознании.

Коммуникативная толерантность является ключевым элементом формирования толерантного индивида. По мнению В.В. Бойко [22], она подразделяется на различные степени:

- ситуативный уровень – восприятие отдельного индивида (пациент);
- типологический аспект – взаимосвязь с коллективными характеристиками личностей или общностей;
- профессиональный уровень – взаимодействие с различными коллективами, задействованными в рамках специализированной работы;
- глобальное отношение – касается взаимодействия с обществом в целом.

Исследователи Р.В. Козьяков [68], Н.Л. Нестерова [109], С.Л. Соловьева [137] подчеркивают, что в основе формирования коммуникативной компетентности лежит такая важная психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними,

обозначается термином «*аффилиация*» – потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне аффилиация проявляется как чувство глубокой привязанности и лояльности, тогда как на поведенческом уровне она выражается в общительности, склонности к кооперации и специфических паттернах невербальной коммуникации [102].

Другой психологической характеристикой, обеспечивающей способность врача к коммуникации, является *эмоциональная устойчивость* – способность сохранять равновесие без импульсивных, сверхэмоциональных проявлений, сохранять контроль над эмоциональными реакциями и общим поведением. Эмоциональная устойчивость рассматривается как ключевой фактор для успешной работы врача. Она защищает от профессионального выгорания и конфликтных ситуаций, возникающих в коммуникации с пациентами. Необходимо также отметить, что спокойствие, уравновешенность и доброжелательность, способствуют формированию доверительных отношений в системе «врач – пациент» и благоприятной атмосферы лечения.

К числу психологических характеристик, способствующих эффективной коммуникации в системе «врач – пациент», относится *эмпатия*, проявляющаяся в способности к сочувствию, сопереживанию и состраданию, а также в глубокой психологической «включенности» в переживания пациента. Эмоциональное сопереживание играет ключевую роль в установлении психологического контакта с пациентом, что ведет к получению более полной и точной информации о нем и его состоянии. Она также формирует у пациента уверенность в компетентности врача и целесообразности проводимого лечебно-диагностического процесса, повышая тем самым уровень комплаенса [70, с. 84].

Представляется важным отметить, что для эффективной профессиональной коммуникации субъекту труда необходимо развивать такие профессионально важные качества, как доброта, терпимость,

стрессоустойчивость, решительность, эмпатия, гибкость, самостоятельность, навыки разрешения конфликтов, общительность, коммуникативная толерантность, эмоциональная стабильность, позитивные коммуникативные установки, самоконтроль и адекватное самоотношение.

Таким образом, коммуникативная компетентность является профессионально важным качеством врача, обеспечивающим взаимопонимание и доверие в отношениях, результативность в достижении поставленных целей, уверенность в собственных силах и устойчивость к стрессовым факторам, эмоциональным и информационным перегрузкам.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.

В профессиональной деятельности врача коммуникативная компетентность в психологии труда является важной составляющей, обеспечивающей эффективность врачебного общения. Посредством развития коммуникативной компетентности возможно создание доверия, терапевтического альянса и эффективное решение задач, среди которых важнейшей служит формирование приверженности пациента терапии. Достаточно часто вина за невыполнение врачебных рекомендаций и, как следствие, неэффективность лечения возлагается на «недобросовестного пациента», хотя комплаенс как залог решения медицинских задач во многом представляет собой результат коммуникативной компетентности врача. Для того чтобы инициировать принятие пациентом активной позиции, современный врач должен в первую очередь понимать границы своей компетентности, а также обладать определенными психологическими знаниями и умениями в области формирования терапевтического альянса.

Необходимо отметить, что препятствием к выстраиванию гармоничного терапевтического альянса выступает реорганизация системы здравоохранения, повлекшая за собой ряд преобразований, в условиях которых субъект труда испытывает значительные перегрузки. Краткосрочность приема, большие очереди, психологическое напряжение пациентов в значительной мере препятствуют продуктивному общению и созданию комплаентного поведения.

В целом, коммуникативная компетентность врача, лежащая в основе установления терапевтического альянса с пациентом как средство достижения комплаенса, позволяет:

– более эффективно проводить диагностику, поскольку она зависит, в том числе и от способности врача выявлять те симптомы, причины которых могут иметь психологическую или социальную природу;

– добиваться одобрения пациентом плана лечения, поскольку исследования показали, что тренировка коммуникативных навыков оказывает положительное влияние на согласие пациента принимать назначенное ему лекарственное средство;

– воздействовать на различные формы отражения болезни и активизировать компенсаторные механизмы.

Так, коммуникативная компетентность врача в профессиональной сфере включает понимание и толкование специальных терминов, понятий. В личностной сфере она подразумевает рефлекссию собственных установок на коммуникацию и дальнейшее их развитие; согласование собственных интересов с интересами других; понимание самого себя как «коммуникатора». В социальной сфере коммуникативная компетентность представлена осознанием своего участия в коммуникации; принятием решений в группе, связанных с обследованиями, планом лечения. Одним из условий успешного профессионального общения является развитие ряда профессионально важных качеств врача: доброты, терпимости, устойчивости, решительности, эмпатии, гибкости, самостоятельности, умений справляться с конфликтными ситуациями, общительности, коммуникативной толерантности, эмоциональной устойчивости, коммуникативных установок, самоконтроля, самоотношения и ряда других личностных качеств.

Таким образом, перспективным направлением, позволяющим развивать коммуникативную компетентность врача, является разработка программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов-медиков на разных этапах профессионального обучения.

ГЛАВА 3 АПРОБАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

3.1 Программа эмпирического исследования

Цель эмпирического исследования: разработать и апробировать программу психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Объект исследования: коммуникативная компетентность студентов медицинских специальностей как будущих субъектов труда.

Предмет исследования: программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Исходя из цели, объекта и предмета исследования определена необходимость решения следующих **задач**.

1. Подобрать психодиагностические методики для определения уровня выраженности изменений, происходящих в содержательном наполнении структуры коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

2. Выявить структуру коммуникативной компетентности в профессиональном обучении студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

3. Определить у студентов различных медицинских специальностей общие и специфические характеристики коммуникативной компетентности.

4. Провести математико-статистическую обработку, анализ полученных данных и осуществить содержательную интерпретацию результатов экспериментального исследования.

Выборка исследования: 713 студентов 1–6 курсов УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минска, обучающихся по медицинским специальностям «Стоматология», «Педиатрия», «Лечебное дело» и «Медико-профилактическое дело» в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст – 19 лет. Из них 88 юношей и 625 девушек.

Первую группу составили студенты 1–5 курсов стоматологического факультета (СФ). Общее количество 150 человек: из них 28 юношей и 122 девушки. Средний возраст – 19 лет. В данной группе в зависимости от курса обучения выделяются 5 подгрупп:

- студенты, обучающиеся на 1 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 29 девушек и 1 юноша;
- студенты, обучающиеся на 2 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 29 девушек и 1 юноша;
- студенты, обучающиеся на 3 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 21 девушка и 9 юношей;
- студенты, обучающиеся на 4 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 22 девушки и 8 юношей;
- студенты, обучающиеся на 5 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 21 девушка и 9 юношей.

Во вторую группу вошли студенты 1–6 курсов педиатрического факультета (ПФ). Общее количество – 181 человек, из них 21 юноша и 160 девушек. Средний возраст – 20 лет. В данной группе в зависимости от курса обучения выделяются 6 подгрупп:

- студенты, обучающиеся на 1 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 25 девушек и 5 юношей;
- студенты, обучающиеся на 2 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 25 девушек и 5 юношей;
- студенты, обучающиеся на 3 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 28 девушек и 2 юноши;

- студенты, обучающиеся на 4 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 29 девушек и 1 юноша;

- студенты, обучающиеся на 5 курсе. Общее количество – 31 человек, из них 26 девушек и 4 юноши;

- студенты, обучающиеся на 6 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 26 девушек и 4 юноши.

Третья группа представлена студентами 1–6 курсов медико-профилактического факультета (МПФ). Общее количество – 201 человек, из них 16 юношей и 185 девушек. Средний возраст – 20 лет. В данной группе в зависимости от курса обучения выделяются 6 подгрупп:

- студенты, обучающиеся на 1 курсе. Общее количество – 41 человек, из них 41 девушка;

- студенты, обучающиеся на 2 курсе. Общее количество – 33 человека, из них 32 девушки и 1 юноша;

- студенты, обучающиеся на 3 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 26 девушек и 4 юноши;

- студенты, обучающиеся на 4 курсе. Общее количество – 31 человек, из них 29 девушек и 2 юноши;

- студенты, обучающиеся на 5 курсе. Общее количество – 35 человек, из них 30 девушек и 5 юношей;

- студенты, обучающиеся на 6 курсе. Общее количество – 31 человек, из них 27 девушек и 4 юноши.

Четвертую группу составили студенты 1–6 курсов лечебного факультета (ЛФ). Общее количество – 181 человек, из них 23 юноши и 158 девушек. Средний возраст – 20 лет. В данной группе в зависимости от курса обучения выделяются 6 подгрупп:

- студенты, обучающиеся на 1 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 25 девушек и 5 юношей;

- студенты, обучающиеся на 2 курсе. Общее количество – 31 человек, из них 25 девушек и 6 юношей;

– студенты, обучающиеся на 3 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 30 девушек;

– студенты, обучающиеся на 4 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 30 девушек;

– студенты, обучающиеся на 5 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 24 девушки и 6 юношей;

– студенты, обучающиеся на 6 курсе. Общее количество – 30 человек, из них 24 девушки и 6 юношей.

Привлечение к участию в диссертационном исследовании студентов начального (1–2 курсы), среднего (3–4 курсы) и заключительного (5–6 курсы) этапов профессионального обучения обусловлено необходимостью разработки и апробации программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Диссертационное исследование проводилось с 2020 по 2025 годы и включало четыре основных этапа.

На первом этапе (2020–2021 гг.) изучена психологическая литература по проблеме диссертационного исследования, определены объект, предмет, цели и задачи эмпирического исследования, выбрана методология, методы и определена база исследования.

На втором (2021–2022 гг.) и третьем (2022–2023 гг.) этапах проводился констатирующий эксперимент, который включал два лонгитюдных среза по изучению структуры коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

На четвертом этапе (2024–2025 гг.) разработана и апробирована программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, проведен анализ, интерпретация и обобщение полученных результатов диссертационного исследования.

Основными *методами* в работе выступили теоретико-

библиографический анализ и обобщение, психодиагностические методы, включающие констатирующий и формирующий эксперименты. Методы обработки и интерпретации полученных данных в виде количественного и качественного анализа применялись с использованием статистического t-критерия Стьюдента, дисперсионного анализа (критерий F-Фишера), коэффициента линейной корреляции r-Пирсона, кластерного анализа и рассчитывались с помощью статистического пакета SPSS [72].

Для разработки и апробации программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения применялись методики: «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева), «Пятифакторный личностный опросник» (Р. МакКрае, П. Коста), «Диагностика коммуникативной толерантности» (В.В. Бойко), «Диагностика оценки самоконтроля в общении» (М. Снайдер), «Диагностика коммуникативной установки» (В.В. Бойко), «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко), «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» (Н.П. Фетискин, Г.М. Мануйлов, В.В. Козлов), «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В.В. Бойко), «Исследование особенностей реагирования в конфликтной ситуации» (К. Томас), «Уровень общительности» (В.Ф. Ряховский).

Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» Н.В. Яковлевой использовалась для выявления профессиональной коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей.

Методика «Диагностика коммуникативной социальной компетентности» Н.П. Фетискина, Г.М. Мануйлова, В.В. Козлова [151] применялась для изучения коммуникативной социальной компетентности, выявления способности устанавливать контакт и адекватно выражать собственную позицию, работать в команде.

Методика «Диагностика коммуникативной установки» В.В. Бойко способствовала выявлению признаков негативной установки, таких как завуалированная жестокость в отношениях с людьми, в суждениях о них; открытая жестокость к людям; обоснованный негативизм в суждениях о людях; брюзжание (то есть склонность делать необоснованные обобщения негативных фактов в области взаимоотношений с партнерами и в наблюдении за социальной действительностью); негативный личный опыт общения с окружающими.

Инструментарий, разработанный В.В. Бойко для «Диагностики коммуникативной толерантности», обеспечил возможность анализа данного качества, которое объединяет в себе девять шкал: неготовность или сложности в признании уникальности личности; оценивание других людей, исходя из собственных мерок; строгость и неподвижность в суждениях о других; отсутствие умения скрыть или смягчить раздражение при взаимодействии с необщительными свойствами собеседника; попытки изменить или перевоспитать окружающих; стремление адаптировать окружающих под собственные нужды; невозможность прощать ошибки, неловкость или случайно причиненные неудобства другим; неприятие физического или эмоционального дискомфорта собеседника; отсутствие способности налаживать контакт с партнерами.

Методика, разработанная В.В. Бойко «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении», использовалась для анализа препятствий в эмоциональном взаимодействии между людьми. Эта методика включает в себя оценку участниками исследования своих собственных эмоциональных преград, таких как сложности в контроле над своими чувствами, несоответствующее их выражение, стремление доминировать, а также отсутствие желания устанавливать эмоциональные связи с другими.

Методика «Оценка самоконтроля в общении», разработанная М. Снайдером, использовалась для определения уровня развития коммуникативного контроля в общении.

Для оценки способности к эмпатии будущих субъектов труда применялась методика, разработанная В.В. Бойко «Диагностика уровня эмпатических способностей».

Методика «Исследования особенностей реагирования в конфликтной ситуации» К. Томаса позволила выявить формы поведения, которые характерны испытуемым в ситуациях конфликтного взаимодействия: «Соревнование» («Соперничество»), «Приспособление», «Компромисс», «Избегание» («Уход») и «Сотрудничество».

Тест «Пятифакторный личностный опросник» Р. МакКрае и П. Коста использовался для изучения личностных качеств у студентов различных медицинских специальностей.

Достоверность и надежность полученных результатов и выводов обеспечены исходными теоретическими и методологическими позициями, применением современных средств планирования, организации и проведения научных исследований; соответствующим выбором комплекса методов исследования, адекватных его предмету, гипотезам, задачам; репрезентативностью выборки; стандартизацией процедуры исследования; использованием методов статистической обработки данных.

3.1.1 Структурная организация коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения

Структура коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза получена теоретико-эмпирическим путем, включающим следующие этапы: теоретический анализ структурных компонентов коммуникативной компетентности в психологических исследованиях; изучение требований, предъявляемых к профессиональной деятельности врача как субъекта труда в контексте коммуникативной компетентности; изучение психологических характеристик, составляющих коммуникативную компетентность у будущих

субъектов труда (общительность, гибкость, коммуникативная толерантность, эмоциональная стабильность, сензитивность к отвержению, эмпатия и другие); подбор диагностического инструментария, а на заключительном этапе – применение кластерного анализа.

В целом, структура коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, выделенная на основании теоретических и эмпирических результатов исследования, в ходе которого был применен кластерный анализ, включает пять компонентов (коммуникативно-установочный, эмоционально-оценочный, коммуникативно-инструментальный, личностно-оценочный и индивидуально-психологический) (см. рисунок 3.1).

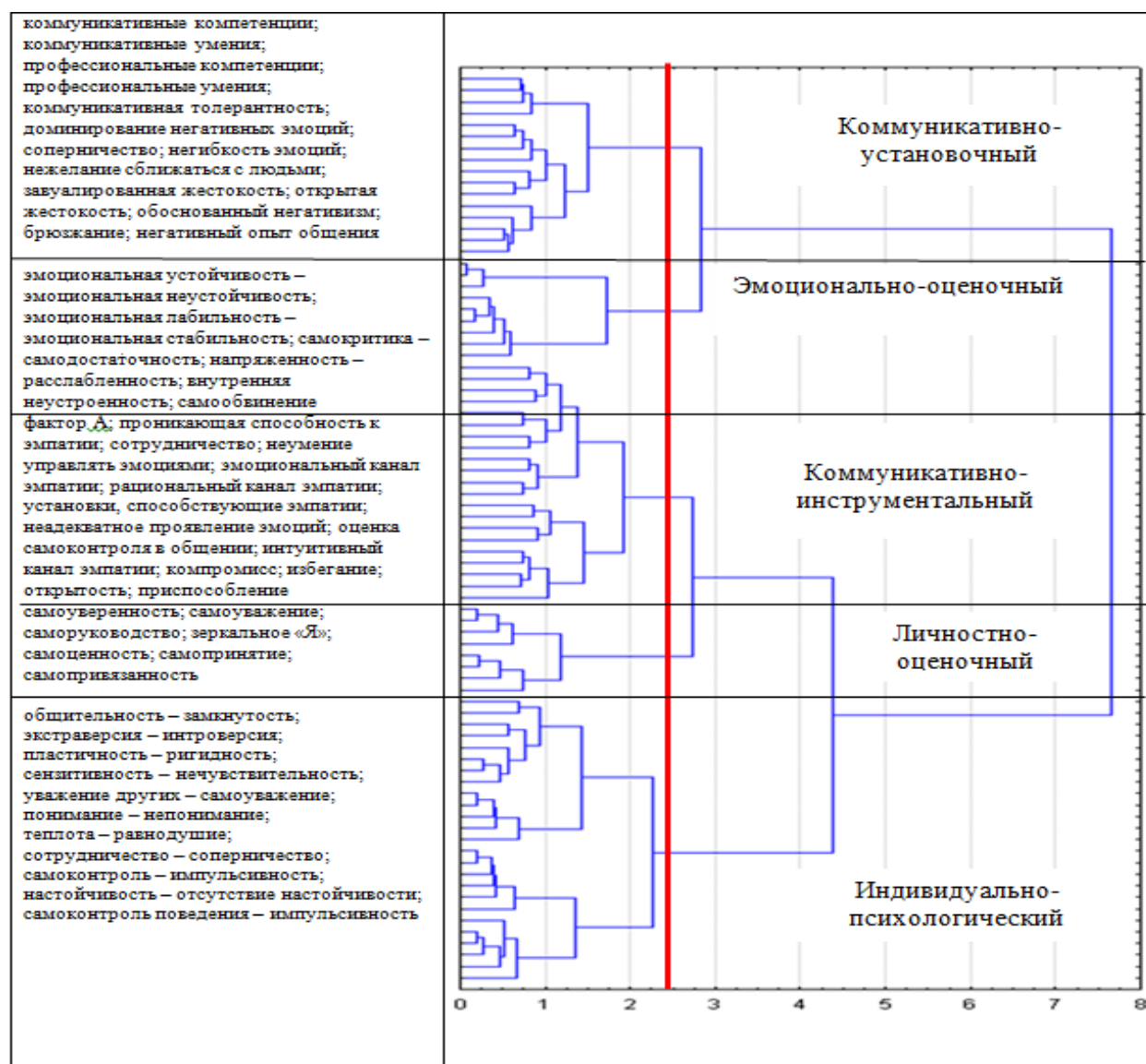


Рисунок 3.1 – Структура коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза

У студентов медицинского вуза коммуникативно-установочный компонент коммуникативной компетентности составили переменные методики «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» Н.В. Яковлевой; три переменные, обозначающие такие эмоциональные барьеры в межличностном общении, как «Нежелание сближаться с людьми», «Негибкость эмоций» и «Доминирование негативных эмоций»; а также переменные, соответствующие негативным коммуникативным установкам; переменная «Соперничество»; коммуникативная толерантность, уровень общительности.

Эмоционально-оценочный компонент коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза составили пять переменных: первичные факторы «Пятифакторного личностного опросника», составляющие основной фактор «Эмоциональная устойчивость - эмоциональная неустойчивость» и три переменные, измеренные с помощью методики исследования «Самоотношения»: «Конфликтность», «Внутренняя неустроенность», «Самообвинение», которые носят самооценочный характер.

Коммуникативно-инструментальный компонент коммуникативной компетентности составили переменные, характеризующие эмпатические способности, и две переменные, которые соответствуют двум эмоциональным барьерам в межличностном общении – «Неумение управлять эмоциями» и «Неадекватное проявление эмоций». В данном кластере также обнаруживают себя оценка самоконтроля в общении и факторы коммуникативной социальной компетентности: фактор А, обуславливающий степень общительности, открытости в общении; фактор С, определяющий «эмоциональную устойчивость – эмоциональную неустойчивость».

Личностно-оценочный компонент коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей составили переменные методики исследования «Самоотношения».

Индивидуально-психологический компонент коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза составили переменные, относящиеся к оценке таких основных факторов «Пятифакторного личностного опросника», как «Экстраверсия – интроверсия», «Экспрессивность - практичность», «Привязанность – обособленность» и «Самоконтроль – импульсивность».

3.1.2 Анализ и интерпретация результатов исследования структуры коммуникативной компетентности в профессиональном обучении студентов медицинского вуза

Сравнительный анализ коммуникативно-установочного компонента коммуникативной компетентности студентов в процессе профессионального обучения

С целью определения уровня выраженности изменений, происходящих в содержательном наполнении структуры коммуникативной компетентности у студентов медицинского университета на разных этапах профессионального обучения был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), который позволяет сравнивать средние значения выборок и делать выводы об их соотношении в генеральной совокупности (приложение 1, 2).

Результаты таблицы 3.1 констатируют о том, что в процессе изучения *коммуникативно-установочного компонента* коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения были выявлены достоверно значимые различия по профессиональным компетенциям, коммуникативным умениям, уровню коммуникативной толерантности, а также доминированию негативных эмоций.

Таблица 3.1 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для коммуникативно-установочного компонента коммуникативной компетентности студентов на разных этапах профессионального обучения

Шкалы	Курс						Крит. (F)	Знач. (p)
	1	2	3	4	5	6		
Коммуникативные компетенции	48,34	49,67	48,89	49,68	49,09	49,13	1,531	0,136
Профессиональные компетенции	49,33	49,53	49,62	49,83	49,1	49,47	2,331	0,006*
Коммуникативные умения	49,23	49,86	49,13	49,32	49,13	49,76	3,39	0,001*
Профессиональные умения	47,31	47,83	47,13	48,23	47,54	47,89	0,689	0,443
Уровень коммуникативной толерантности	39,23	46,29	42,29	46,44	45,12	47,87	3,667	0,003*
Доминирование негативных эмоций	1,19	1,79	1,4	1,7	1,76	1,80	2,087	0,008*
Соперничество	2,58	4,42	4,55	3,89	4,78	4,76	1,670	0,128
Негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	1,82	1,96	2,23	1,78	2,25	2,35	1,35	0,32
Нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе	1,67	1,76	1,77	2,23	1,69	1,89	1,59	0,125
Обоснованный негативизм	2,17	2,39	2,78	2,64	2,69	2,47	4,189	0,001*

Примечание – В таблице 3.1* отмечены уровни значимости различий (по F-критерию Фишера, при $p \leq 0,05$) студентов на разных этапах профессионального обучения.

По показателям коммуникативно-установочного компонента значимых различий не получено между студентами на разных этапах профессионального обучения (см. таблицу 3.1). Кроме того, были обнаружены достоверные различия по показателю *профессиональные компетенции* ($F(5, 707) = 2,331$; $p = 0,006$), что доказывает существование тенденции к его снижению на протяжении периода обучения студентов в медицинском вузе.

Результаты расчета апостериорного критерия Дункана показывают, что будущие субъекты труда первого курса обучения статистически значимо отличаются от будущих субъектов труда третьего, пятого и шестого курсов

обучения тем, что демонстрируют бóльшую степень включенности коммуникативной составляющей в их профессиональную врачебную деятельность.

В ходе исследования было установлено, что у студентов второго курса обучения значения по вышеназванной переменной по сравнению со студентами шестого курса обучения более высокие.

Представленные результаты, которые свидетельствуют о снижении включенности коммуникативной составляющей в профессиональную деятельность будущих субъектов труда, можно объяснить невысокой оценкой будущих субъектов труда значения коммуникативного компонента для своей профессиональной деятельности, а также тем, что коммуникативная компетентность не воспринимается респондентами как важная составляющая профессиональной Я-концепции.

Достаточно важным показателем коммуникативно-установочного компонента профессиональной коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда являются коммуникативные и профессиональные умения. Полученные данные позволяют говорить о том, что студенты-медики не различаются по шкале «Профессиональные умения», но имеют значимые различия по шкале «*Коммуникативные умения*» ($F(5, 707) = 3,39; p = 0,001$).

Результаты расчета апостериорного критерия Дункана свидетельствуют о том, что у будущих субъектов труда первого и второго курсов обучения статистически значимо отличаются от студентов всех остальных курсов обучения по уровню коммуникативных умений. Первокурсники и второкурсники оценивают свой уровень владения коммуникативными навыками выше, чем студенты более старших курсов.

В ходе исследования было также выявлено, что у девушек данный показатель выше, чем у юношей. По такой переменной, как профессиональные умения, статистически значимых различий не было выявлено. В целом, девушки и юноши демонстрируют хорошие коммуникативные и профессиональные умения: они уверенно принимают

знаки внимания, проявляют эмпатию, реагируют на справедливую критику, компетентны в общении, уверенно ведут себя при попытке другого вступить с ними в контакт.

На рисунке 3.2 установлено, что на разных этапах профессионального обучения у будущих субъектов труда наблюдается тенденция к снижению показателей коммуникативных умений. Так, наиболее значимое их снижение происходит при переходе со второго курса на третий. Полученные данные можно интерпретировать исходя из того, что успешность профессионального общения личности и уровень владения коммуникативными навыками не являются важными составляющими академической успешности, в результате уровень проявления навыков коммуникативных умений у студентов значительно снижается от курса к курсу.

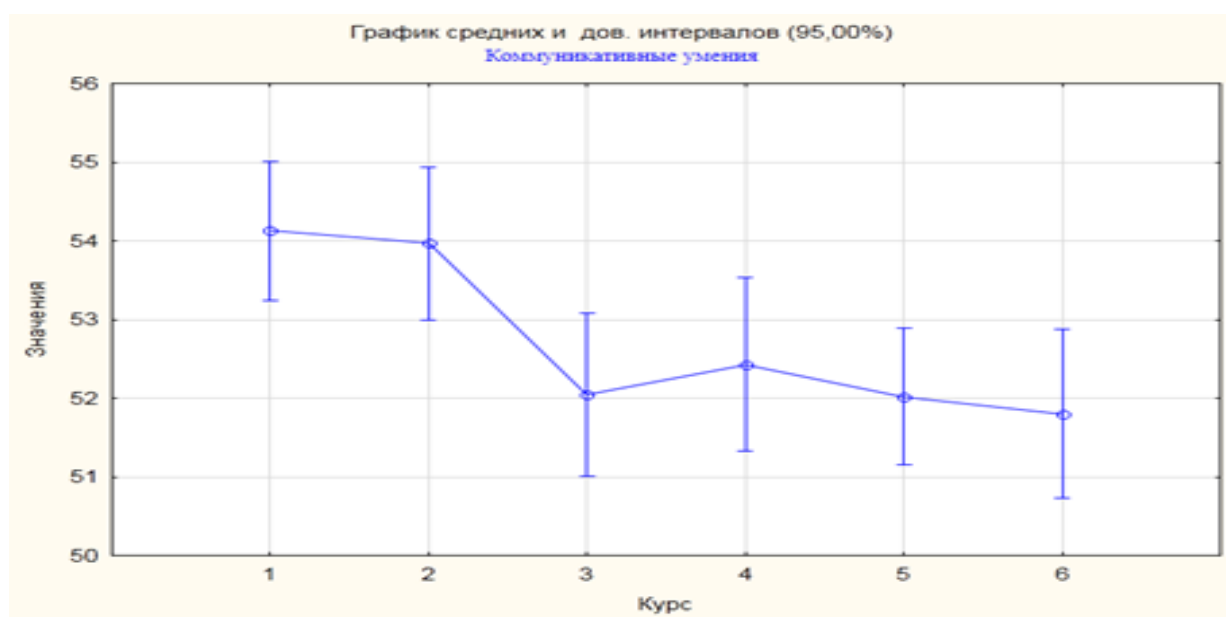


Рисунок 3.2 – График средних значений по шкале «Коммуникативные умения» студентов на разных этапах профессионального обучения

Целесообразно обратить внимание, что у старших курсов педиатрического и лечебного факультетов, чья будущая профессиональная деятельность предполагает более высокий уровень межличностного взаимодействия с пациентами и их родственниками, наблюдается

отрицательная динамика роста уровня коммуникативных умений. Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что в процессе профессионального обучения будущего субъекта труда как специалиста высокого класса следует уделять больше внимания развитию коммуникативных навыков и в особенности формированию коммуникативной компетентности. В качестве одного из возможных направлений для разрешения сложившейся ситуации нами предлагается введение специализированных курсов, направленных на развитие навыков межличностной коммуникации, а также организация и проведение тренинговых занятий с целью формирования навыков успешного взаимодействия в системе «врач – пациент».

В целом, уровень общительности у студентов на разных этапах профессионального обучения развивается неравномерно, достигая минимума на четвертом курсе и повышаясь до максимального значения на шестом. Так, у студентов на первом, втором, пятом и шестом курсах выявлен высокий уровень общительности, характеризующийся высоким уровнем самооценки, готовностью к практической деятельности по решению профессиональных задач на основе владения профессиональной лексикой, а также умением обращаться к закономерностям использования теоретических знаний в области коммуникации как средству развития личности и оптимизации деятельности. У студентов третьего и четвертого курсов обучения наблюдается средний уровень общительности, они характеризуются открытостью и легкостью в общении.

Представляется важным отметить, что на старших курсах наблюдается положительная динамика общительности. При этом в профессиональной деятельности требования к коммуникативной компетентности будущих субъектов труда возрастают. Студенты лечебного факультета характеризуются наиболее длительным и регулярным общением с пациентами и их родственниками в процессе профессионального взаимодействия. Следует подчеркнуть, что студенты педиатрического

факультета, работая с детьми разных возрастных групп, обязаны использовать различные коммуникативные техники и приемы для установления доверительных отношений не только с пациентом, но и с родителями больного ребенка.

Статистический анализ оценки различий между студентами по уровню выраженности *коммуникативной толерантности*, представленный в таблице 3.1, установил наличие значимых различий между студентами разных курсов ($F(5, 707) = 3,667$; $p = 0,003$). Так, первый курс отличается от всех остальных, кроме третьего по переменной «Коммуникативная толерантность». У студентов первого курса значения по данному показателю в среднем статистически значимо ниже, чем у студентов вышеуказанных курсов. В процессе исследования было установлено, что будущие субъекты труда первого курса обладают большей терпимостью к окружающим, нежели студенты других курсов. Кроме того, следует отметить, что по коммуникативной толерантности различаются третьекурсники и шестикурсники: у первых она значимо выше.

По результатам исследования на разных этапах профессионального обучения у будущих субъектов труда наблюдается наличие тенденции к увеличению уровня коммуникативной толерантности. Значимое увеличение коммуникативной толерантности после первого курса с нашей точки зрения объясняется необходимостью выстраивать взаимоотношения с новыми людьми в процессе обучения в вузе. С академической точки зрения третий курс является наиболее трудным, так как изучаемые на этом курсе предклинические дисциплины требуют значительных усилий, особенно при подготовке к экзаменам. Кроме того, с третьего курса будущие субъекты труда приходят в клинику, начинают взаимодействовать с пациентами, что требует внимательного и терпимого отношения к ним, в связи с чем на старших курсах данный показатель возрастает (рисунок 3.3).

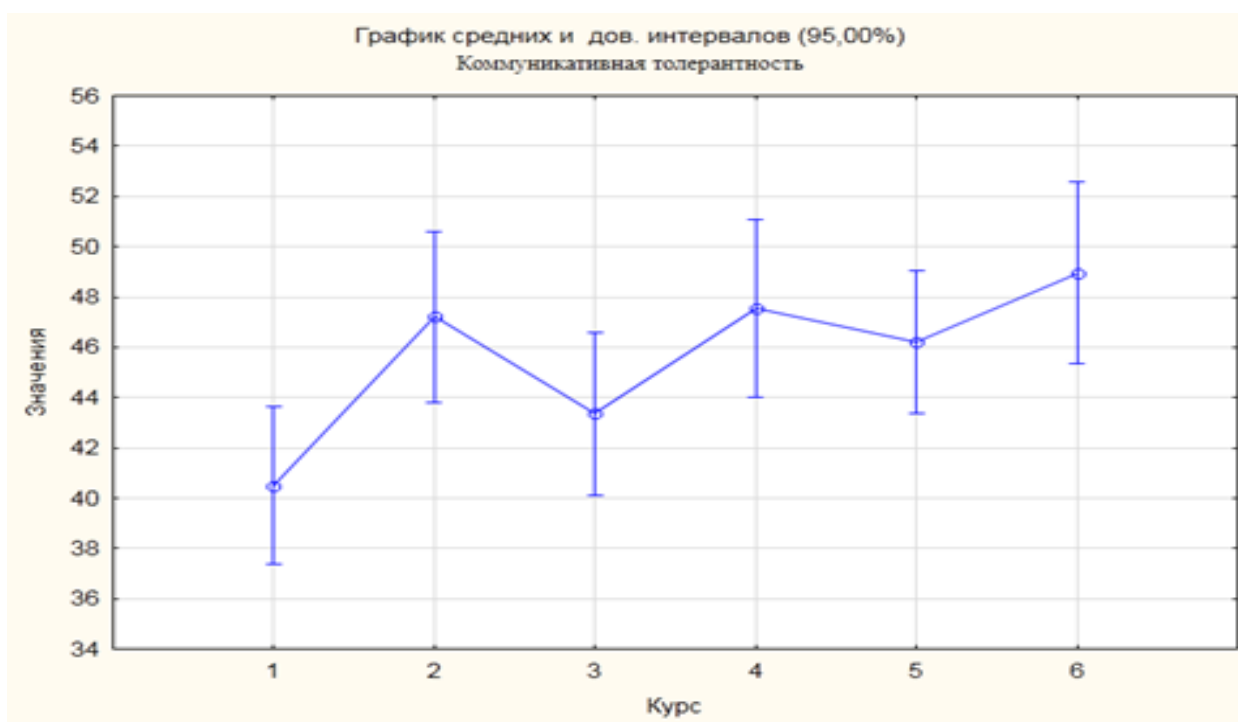


Рисунок 3.3 – График средних значений по шкале «Коммуникативная толерантность» студентов на разных этапах профессионального обучения

Статистический анализ показал также значимые различия между юношами и девушками по уровню выраженности коммуникативной толерантности. Кроме того, было установлено, что у юношей данные результаты выше, чем у девушек. Это значит, что юноши склонны проще относиться к людям, а также лучше переносят негативное отношение партнеров по взаимодействию.

Значимые различия были выявлены по шкале «Доминирование негативных эмоций» ($F(5, 707) = 2,087$; $p = 0,008$). Результаты расчета апостериорного критерия Дункана свидетельствуют о том, что студенты первого курса отличаются от студентов второго, четвертого, пятого и шестого курсов тем, что для них менее характерно доминирование негативных эмоций (рисунок 3.4).

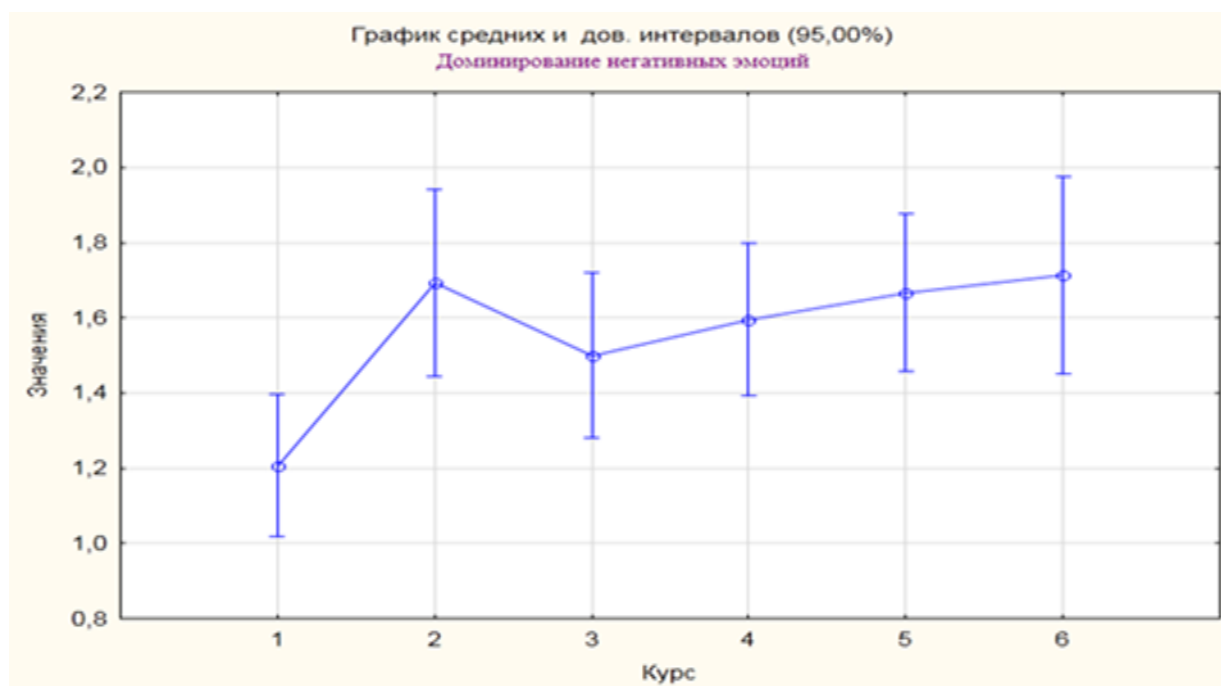


Рисунок 3.4 – График средних значений по шкале «Доминирование негативных эмоций» студентов на разных этапах профессионального обучения

У будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения наблюдается увеличение уровня доминирования негативных эмоций после первого курса. Данные результаты связаны с адаптацией к учебному процессу, сложностью учебного материала, а также высокие требования, предъявляемые к студентам-медикам, также создают стрессовые условия, что провоцирует негативный окрас эмоциональной сферы.

В контексте показателя *коммуникативной установки* анализировались шкалы «Открытая жестокость», «Завуалированная жестокость», «Негативный опыт общения, «Обоснованный негативизм»» (см. таблицу 3.1). Значимых различий между студентами разных курсов не обнаружено по шкалам «Открытая жестокость», «Завуалированная жестокость» и «Негативный опыт общения» [72]. Статистически значимые различия были обнаружены только по шкале «Обоснованный негативизм» ($F(5, 707) = 4,189$; $p = 0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что будущие субъекты труда первого и второго курсов обучения значимо отличаются от

более старших курсов. Так, в ходе исследования было установлено, что студенты первого курса отличаются от третьекурсников, четверокурсников и пятикурсников, а второкурсники – от третьекурсников и пятикурсников. Кроме того, для студентов первого курса, в отличие от студентов второго, четвертого, пятого и шестого курсов, менее характерно доминирование негативных эмоций.

Кроме того, на рисунке 3.5 отражены результаты, свидетельствующие о том, что самый высокий уровень обоснованного негативизма наблюдается у студентов третьего курса. В целом, обоснованный негативизм на высоком уровне держится с третьего курса по пятый, а затем немного снижается. С нашей точки зрения, важным фактом является возрастание показателей обоснованного негативизма при переходе со второго курса на третий.

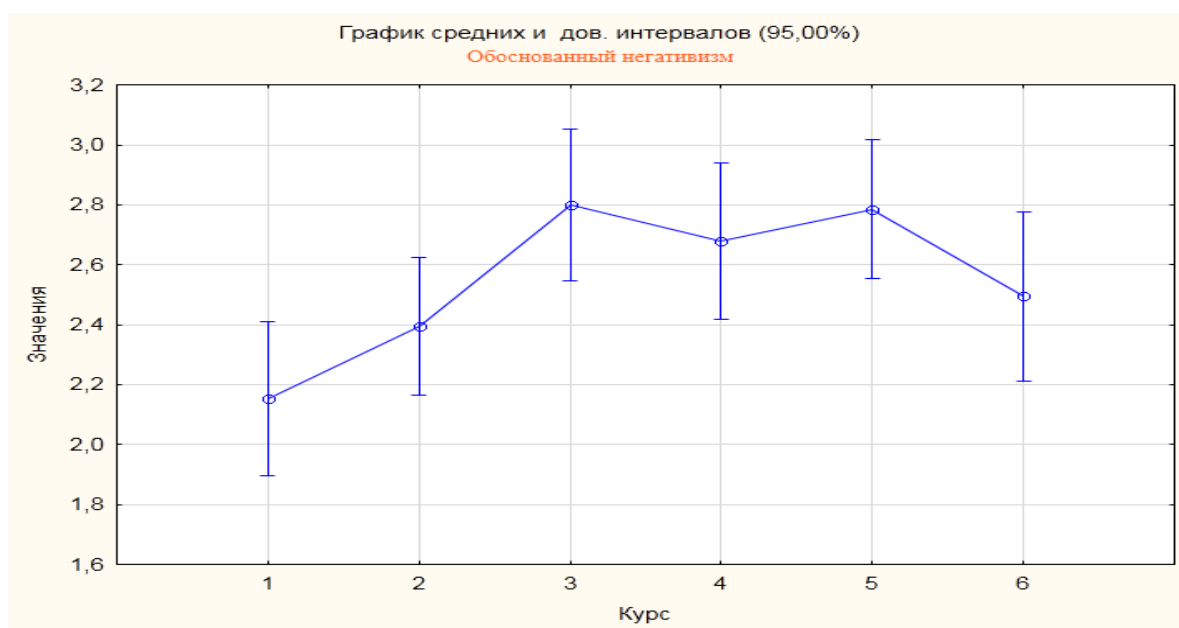


Рисунок 3.5 – График средних значений по шкале «Обоснованный негативизм» студентов на разных этапах профессионального обучения

Анализ результатов по шкалам коммуникативной установки указывают на то, что на разных этапах профессионального обучения у будущих субъектов труда преобладают открытая и завуалированная жестокость, а также негативный опыт общения. Полученные данные можно объяснить изменением отношения их к окружающим в процессе профессионального

обучения. Возможно, во многом это связано с погружением в специальность и моделированием стереотипного поведения врача – критичного к окружающим. Кроме того, статистическая обработка результатов исследования не позволила выявить значимых различий между юношами и девушками по данному показателю.

Сравнительный анализ эмоционально-оценочного компонента коммуникативной компетентности студентов в процессе профессионального обучения

Результаты исследования свидетельствует о том, что в ходе изучения *эмоционально-оценочного компонента* коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения были выявлены достоверно значимые различия по шкалам «Самопринятие», «Внутренняя неустроенность», «Самообвинение» и «Конфликтность».

Между студентами стоматологического и педиатрического факультетов были обнаружены значимые различия по шкале «*Самопринятие*». Так, студенты педиатрического факультета по данной шкале имеют показатели гораздо выше, чем студенты стоматологического факультета. Данные результаты свидетельствуют о том, что студенты педиатрического факультета в большей степени демонстрируют согласие со своими внутренними побуждениями и проявляют чувство симпатии к себе, тогда как студенты стоматологического факультета в большей степени склонны к самообвинению. Мы можем предположить, что будущие субъекты труда педиатрической практики работают в основном с детьми, поэтому им важно быть терпимее к их поведению. Кроме того, для установления доверительных отношений с ребенком будущий субъект труда должен хорошо понимать детские чувства и детское поведение (таблица 3.2) [72].

Таблица 3.2 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для эмоционально-оценочного компонента коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей (по F-критерию Фишера, при $p \leq 0,05$)

Шкалы	Факультеты (среднее арифм.)				Критерий (F)	Значимость (p)
	СФ	ПФ	МПФ	ЛФ		
Эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость	10,65	10,68	10,48	10,59	0,159	0,912
Эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность	48,69	51,08	49,67	50,89	0,859	0,471
Самокритика – самодостаточность	10,39	10,76	10,19	10,49	0,889	0,439
Напряженность – расслабленность	9,79	10,43	10,17	10,10	1,399	0,249

Анализ различий между студентами разных курсов по уровню выраженности характеристик самоотношения позволил выявить значимые различия по шкале «Самообвинение» ($F(5, 707) = 2,240$; $p = 0,046$) (таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для эмоционально-оценочного компонента коммуникативной компетентности студентов на разных этапах профессионального обучения

Шкалы	Курс						Крит. (F)	Знач. (p)
	1	2	3	4	5	6		
Эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость	11,22	10,89	10,32	10,87	10,44	10,17	1,682	0,114
Эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность	51,25	51,69	49,79	50,71	49,58	49,12	1,029	0,389
Самокритика – самодостаточность	10,68	10,59	10,43	10,89	10,49	9,90	1,479	0,187
Внутренняя неустроенность	11,49	11,78	11,23	10,86	9,31	9,59	4,345	0,001*
Конфликтность	6,56	6,72	6,79	5,82	5,10	5,14	5,078	0,000*
Самообвинение	5,04	5,12	4,78	4,91	4,19	4,39	2,240	0,046*

Примечание – В таблице 3.3* отмечены уровни значимости различий (по F-критерию Фишера, при $p \leq 0,05$) студентов на разных этапах профессионального обучения.

По данной шкале студенты медицинского вуза пятого курса обучения статистически значимо отличаются от студентов первого, второго и четвертого курсов. Студенты пятого курса, в отличие от остальных, не склонны к самообвинению, не демонстрируют готовность поставить себе в вину свои неудачи и недостатки. По внутренней неустроенности низкими значениями также характеризуются представители пятого и шестого курсов. Студенты пятого курса обучения достоверно значимо отличаются от всех остальных обучающихся, за исключением шестикурсников, которые отличаются от тех же, что и пятикурсники, курсов, кроме четвертого.

Кроме того, студенты пятого и шестого курсов обучения, в отличие от студентов младших курсов, не демонстрировали явного негативного самоотношения. На разных этапах профессионального обучения у будущих субъектов труда прослеживается тенденция к снижению уровня самообвинения. По нашему мнению, основной причиной снижения уровня самообвинения на старших курсах является преодоление студентами самого сложного периода профессионального обучения в медицинском вузе и принятие себя в качестве зрелой личности (рисунок 3.6).

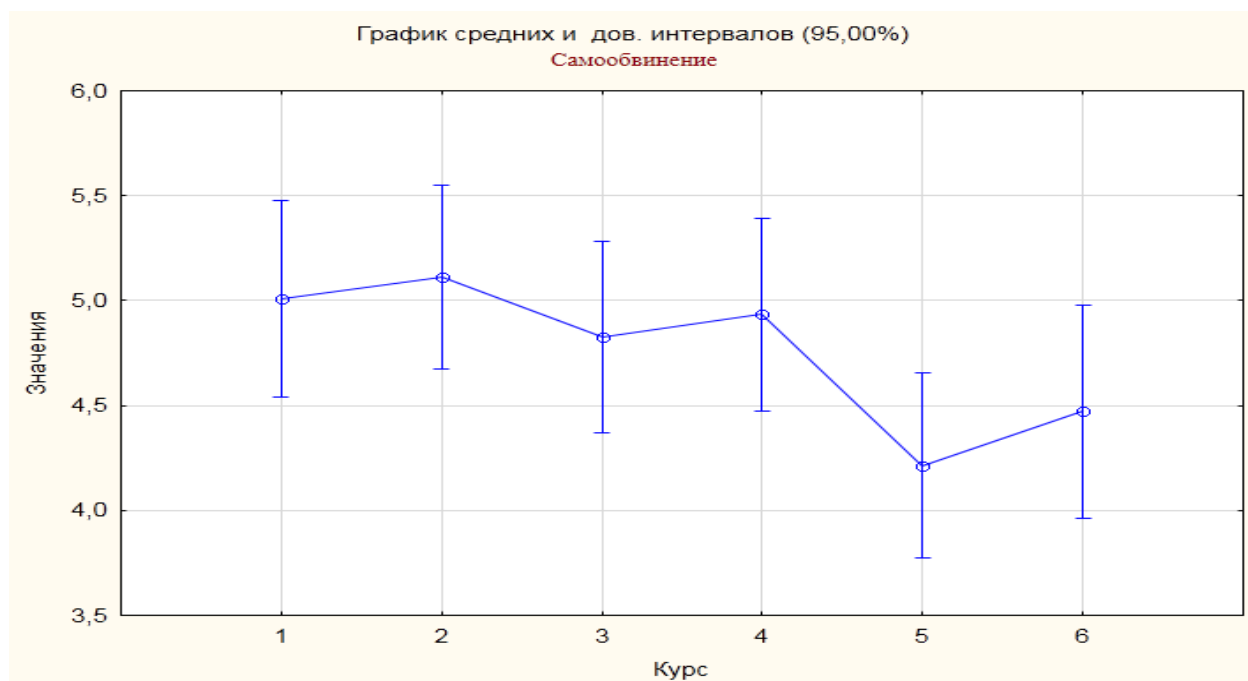


Рисунок 3.6 – График средних значений по шкале «Самообвинение» студентов на разных этапах профессионального обучения

Достоверно значимые различия по шкале «Внутренняя неустроенность» ($F(5, 707) = 4,345$; $p = 0,001$) свидетельствует о сомнениях, неудовлетворенности собой, переживании чувства вины, заниженной самооценке, которая часто связана с высоким давлением, ежедневным стрессом, высоким уровнем ответственности, но по мере обучения в вузе студенты учатся справляться как со своими внутренними конфликтами, так и с внешним давлением. Студенты пятого курса обучения значимо отличаются от всех остальных обучающихся, за исключением шестикурсников. Последние отличаются от тех же, что и пятикурсники, кроме четвертого курса.

Полученные результаты позволяют говорить о снижении уровня внутренней неустроенности у студентов на протяжении всего периода профессионального обучения. Кроме того, статистически значимым является снижение уровня внутренней неустроенности при переходе с четвертого курса на пятый. По нашему мнению, полученные данные можно рассматривать как достижение будущими субъектами труда на пятом курсе максимального уровня адаптации и переориентации их с текущей учебной деятельности на профессиональную (рисунок 3.7).

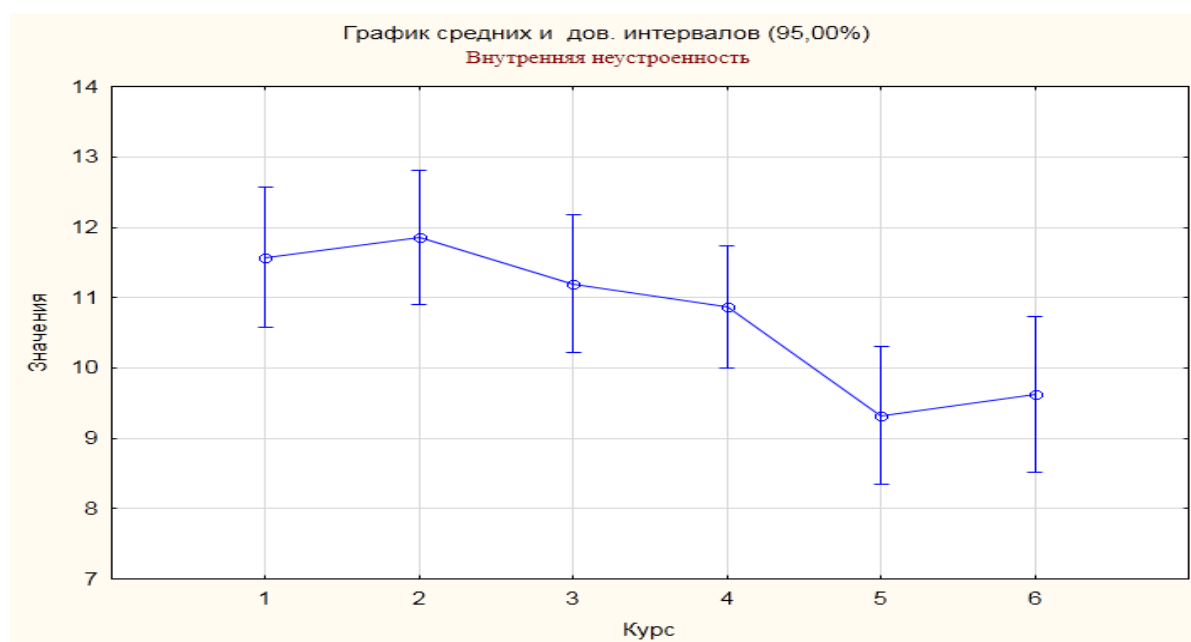


Рисунок 3.7 – График средних значений по шкале «Внутренняя неустроенность» студентов на разных этапах профессионального обучения

На разных этапах профессионального обучения между студентами установлены различия по уровню выраженности шкалы «*Конфликтность*» ($F(5, 707) = 5,078$; $p = 0,000$). Стоит отметить, что статистически значимо отличаются студенты пятого и шестого курсов обучения от студентов первого, второго и третьего курсов. Полученные результаты, представленные на рисунке 3.8, свидетельствуют о тенденции к снижению уровня конфликтности у студентов на разных этапах профессионального обучения в вузе, при этом наиболее значимое его снижение наблюдается в период между третьим и пятым курсами профессионального обучения.

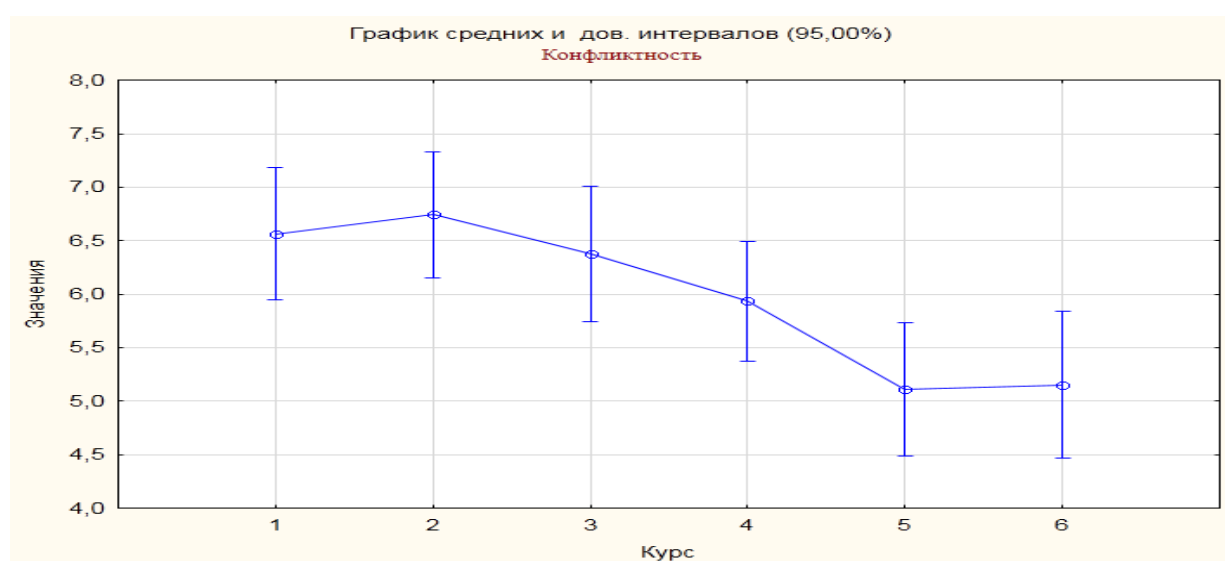


Рисунок 3.8 – График средних значений по шкале «Конфликтность» студентов на разных этапах профессионального обучения

В целом, у будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения по шкалам «Эмоциональная лабильность – эмоциональная стабильность», «Эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость», «Самокритика – самодостаточность», значимых различий между студентами разных курсов не выявлено.

Сравнительная оценка самоконтроля в общении у будущих субъектов труда позволила выявить значимые различия. В частности, было установлено, что уровень самоконтроля в общении у юношей значимо выше,

чем у девушек. Следует подчеркнуть, что по данному показателю юноши считают, что окружающие относятся к ним положительно, но не всегда предполагают ценность своего «Я» для других, не всегда уверены, что их личность, характер и деятельность способны вызывать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание. Юноши также положительно оценивают свои качества и достижения, ощущают ценность собственной личности, стремятся осознать и понять свои трудности, могут быть критичны по отношению к себе. Что касается девушек, то у них сформировано представление о себе, как о самостоятельных, волевых, энергичных, надежных людях, которых есть за что уважать.

Сравнительный анализ коммуникативно-инструментального компонента коммуникативной компетентности студентов в процессе профессионального обучения

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в процессе изучения *коммуникативно-инструментального компонента* коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения были выявлены достоверно значимые различия по следующим шкалам: «Неумение управлять эмоциями», «Неадекватное проявление эмоций», «Интуитивный канал эмпатии», а также «Фактор А (открытость – замкнутость)».

Анализ результатов таблицы 3.4 показывает, что достоверно значимые различия были выявлены у студентов на разных этапах профессионального обучения по шкале «Неумение управлять эмоциями» ($F(5, 707) = 2,32$; $p = 0,042$). Стоит отметить, что у будущих субъектов труда на протяжении профессионального обучения в медицинском вузе наблюдается тенденция к повышению значений неумения управлять эмоциями.

Таблица 3.4 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для коммуникативно-инструментального компонента коммуникативной компетентности студентов на разных этапах профессионального обучения

Шкалы	Курс						Крит. (F)	Знач. (p)
	1	2	3	4	5	6		
Неумение управлять эмоциями	1,89	2,3	2,2	2,26	2,33	2,41	2,324	0,042*
Неадекватное проявление эмоций	2,6	2,87	2,52	2,64	2,48	2,38	2, 32	0,028*
Рациональный канал эмпатии	3,12	3,2	3,06	3,02	2,92	2,75	1,930	0,087
Эмоциональный канал эмпатии	3,33	3 37	3,23	3,18	3,35	3,31	0,440	0,82
Интуитивный канал эмпатии	3,05	3,06	2,65	2,78	2,56	2,64	2,230	0,05*
Установки, способствующие эмпатии	,79	3,66	3 4	3,38	3,49	3,66	2,121	0,061
Проникающая способность к эмпатии	3,45	3,23	3,3	3,17	3,28	3,19	0,795	0,55
Идентификация в эмпатии	3,4	3,38	3,05	3,1	2,95	3,15	2,216	0,051
Фактор А (открытость – замкнутость)	13,56	12,6	12,48	12,23	12,79	12,2	3,1 2	0,008*

Примечание – В таблице 3.4* отмечены уровни значимости различий (по F-критерию Фишера, при $p \leq 0,05$) студентов на разных этапах профессионального обучения.

С помощью апостериорного критерия Дункана были выявлены различия между первым курсом, с одной стороны, и четвертым, пятым и шестым – с другой. Кроме того, достоверно значимое увеличение уровня неумения управлять эмоциями, наблюдаемое при переходе с первого курса на второй, отмечено на рисунке 3.9.



Рисунок 3.9 – График средних значений по шкале «Неумение управлять эмоциями» студентов на разных этапах профессионального обучения

Принципиально значимым является тот факт, что у будущих субъектов труда на протяжении профессионального обучения в медицинском университете наблюдаются психологические затруднения, которые снижают результаты обмена информацией между будущим врачом и пациентом, приводящие к нарушению согласованности их взаимодействия, а также препятствующие достижению между ними эффективного восприятия, понимания и оценивания друг друга.

Достоверно значимые различия были установлены между студентами разных курсов по шкале «Неадекватное проявление эмоций» ($F(5, 707) = 2,32$; $p = 0,028$). Так, в процессе эмпирического исследования было выявлено, что студенты второго курса обучения, в сравнении со студентами третьего, пятого и шестого курсов обучения, более склонны к демонстрации неадекватного проявления своих эмоций.

Результаты, свидетельствующие о снижении полученных данных на протяжении всего периода профессионального обучения в медицинском вузе, отражены на рисунке 3.10. При этом стоит отметить значимое его увеличение при переходе с первого курса на второй и снижение при переходе со второго курса на третий. У будущих субъектов труда снижение данного показателя можно объяснить повышением их уровня зрелости, изменением статуса, который требует большей ответственности.

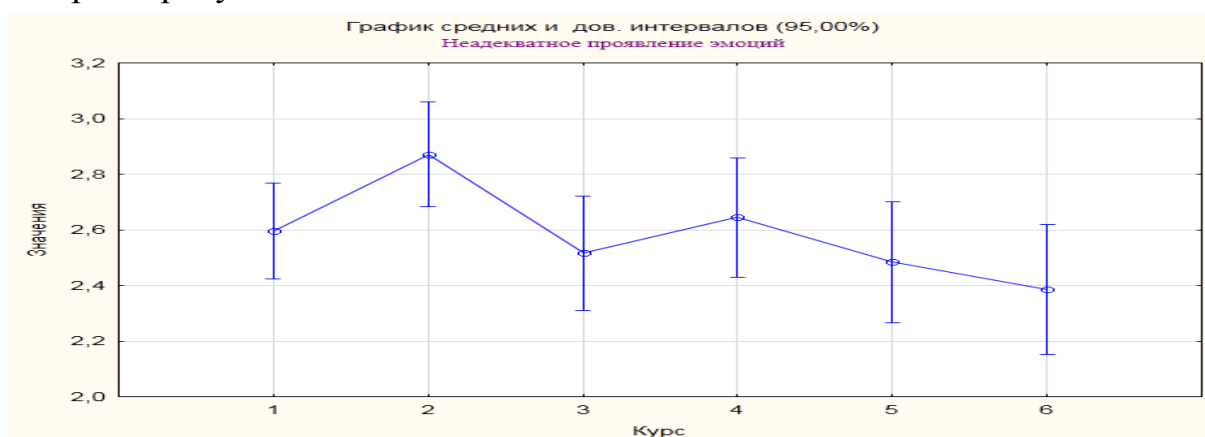


Рисунок 3.10 – График средних значений по шкале «Неадекватное проявление эмоций» студентов на разных этапах профессионального обучения

Важным показателем эмпатического компонента коммуникативной компетентности является также развитость *эмпатических способностей*. В целом, у 75% испытуемых наблюдается низкий уровень эмпатических способностей. Такой уровень эмпатии, объясняется тем, что для эффективного профессионального общения важнее всего не постоянное и бурное сопереживание пациенту, а владение «когнитивной эмпатией». Иными словами, показатель эмпатийности не должен быть слишком высоким, иначе решение других задач врачебной деятельности будет затруднено, а иногда и невозможно. В то же время у 25% испытуемых диагностирован средний и высокий уровни эмпатических способностей, что свидетельствуют о способности будущих врачей с подобной выраженностью исследуемого качества к сопереживанию.

В рамках данной психологической характеристики, влияющей на формирование коммуникативной компетентности будущих субъектов труда, анализировались следующие шкалы: «Интуитивный канал эмпатии», «Рациональный канал эмпатии», «Установки, способствующие эмпатии или препятствующие ей», «Проникающая способность к эмпатии», «Эмоциональный канал эмпатии», «Идентификация в эмпатии».

Статистический анализ результатов, отраженных в таблице 3.4, показал, что значимых различий между будущими субъектами труда на разных этапах профессионального обучения по шкалам «Рациональный канал эмпатии» и «Эмоциональный канал эмпатии» выявлено не было.

Достоверно значимые различия были выявлены между будущими субъектами труда на разных этапах профессионального обучения по шкале «*Интуитивный канал эмпатии*» ($F(5, 707) = 2,23$; $p = 0,05$). Что касается сформированности интуитивного канала эмпатии, то по данному свойству имеются различия между пятым курсом и первым и вторым. Студенты первого и второго курсов характеризуются более развитыми способностями видеть и распознавать поведение партнера по общению на уровне интуиции, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании.

Необходимо отметить, что у будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения наблюдается тенденция к снижению показателей по этой шкале. Так, наиболее значительное снижение данного показателя наблюдается при переходе со второго курса на третий (рисунок 3.11).

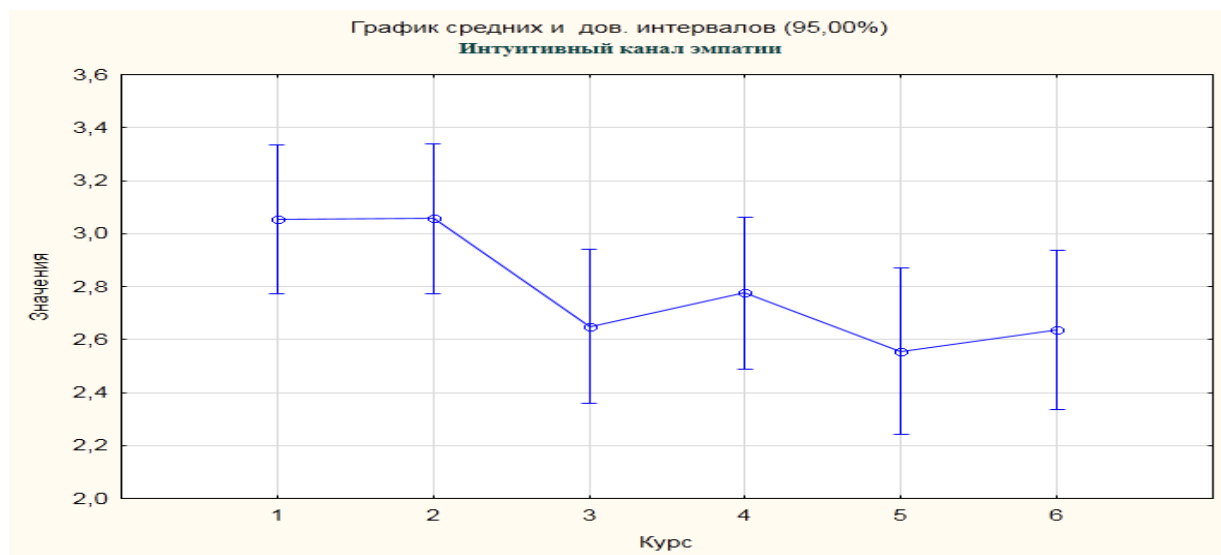


Рисунок 3.11 – График средних значений по шкале «Интуитивный канал эмпатии» студентов на разных этапах профессионального обучения

Таким образом, стоит отметить, что снижение способности студентов использовать интуицию связано с высоким уровнем ответственности, который характеризует профессиональную деятельность врача. В результате принятия решений в ситуации неопределенности опора на интуицию является менее желательной для врача, чем опора на практический опыт и полученные знания. Несмотря на отсутствие значимых различий, определена тенденция к снижению показателей всех исследуемых переменных.

Различие между студентами разных курсов выявлено по шкале «Фактор А (открытость – замкнутость)» ($F(5, 707) = 3,12$; $p = 0,008$). По фактору А студенты первого курса обучения отличаются от студентов второго, третьего, четвертого и шестого курсов обучения. У первокурсников он находится на более высоком уровне. Это значит, что на первом курсе

студенты – будущие субъекты труда являются более коммуникабельными, открытыми, легкими в общении (рисунок 3.12).

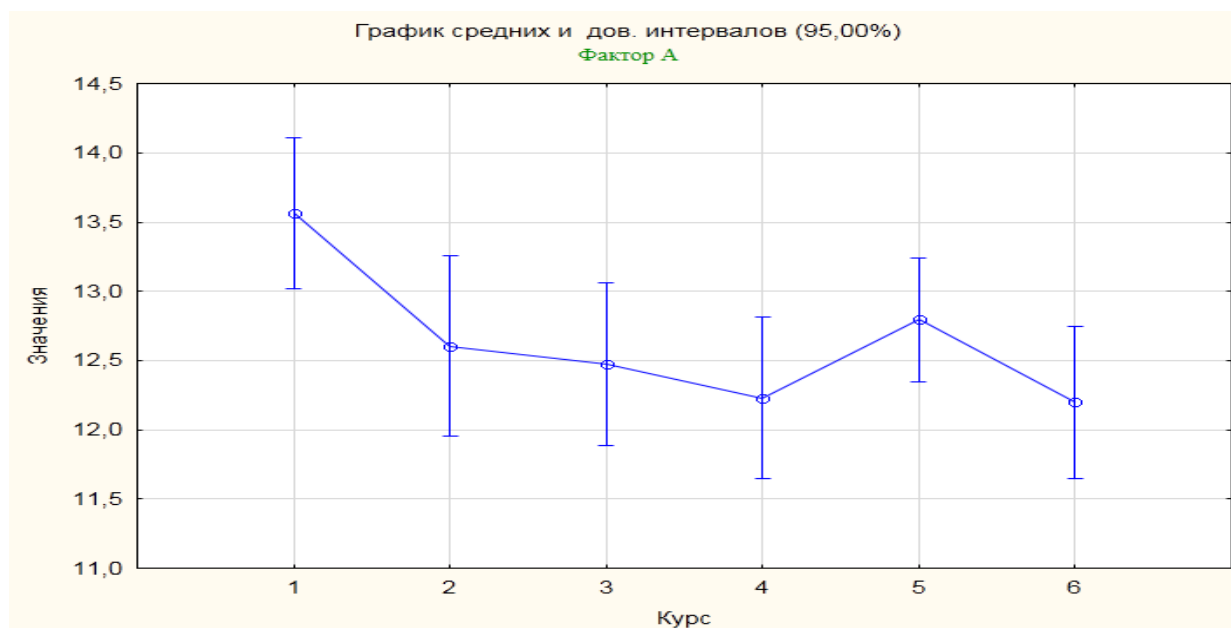


Рисунок 3.12 – Средние значения по шкале фактора А «Открытость – замкнутость» студентов на разных этапах профессионального обучения

Одним из важных показателей, который входит в структуру коммуникативно-инструментального компонента коммуникативной компетентности, являются *стили реагирования в конфликтной ситуации* (соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание, приспособление).

В целом на разных этапах профессионального обучения в вузе у будущих субъектов труда преобладает такая форма поведения в конфликтных ситуациях как компромисс. Иными словами, будущие субъекты труда сходятся на частичном удовлетворении своего желания и желания другого человека, обмениваясь уступками для разработки компромиссного решения.

Среди показателей, составляющих коммуникативно-инструментальный компонент коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда, выделяются три переменные, по которым различаются будущие специалисты: «Сотрудничество» ($F(3, 70) = 2,718$; $p = 0,044$), «Компромисс»

($F(3, 70) = 4,372$; $p = 0,005$) и «Неумение управлять эмоциями» ($F(3, 70) = 2,89$; $p = 0,034$) (таблица 3.5).

Было установлено, что у студентов лечебного факультета результаты по шкале «Сотрудничество» выше, чем у студентов других факультетов. Нам представляется важным предположить, что студенты лечебного факультета в большей степени демонстрируют умение приходить к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон, чем студенты других факультетов (рисунок 3.13).

Таблица 3.5 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для коммуникативно-инструментального компонента коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей

Шкалы	Факультет (среднее арифм.)				Критерий (F)	Значимость (p)
	СФ	ПФ	МПФ	ЛФ		
Сотрудничество	6,05	5,97	6 06	6,6	2,718	0,044*
Неумение управлять эмоциями	2,39	2,31	2,15	2,02	2,890	0,034*
Неадекватное проявление эмоций	2 55	2,64	2,61	2,56	0,227	0,878
Рациональный канал эмпатии	3,13	2,98	3,0	3,01	0,486	0,692
Эмоциональный канал эмпатии	3,18	3,41	3,28	3,33	0 849	0,467
Интуитивный канал эмпатии	3,0	2,75	2,9	2,57	2,306	0,076
Установки, способствующие эмпатии	3,47	3,6	3, 1	3,67	0,839	0,473
Проникающая способность к эмпатии	3,15	3,23	3,29	3,41	1,297	0,274
Идентификация в эмпатии	3,28	3,06	3,19	3,19	0,766	0,132
Приспособление	5,83	5,95	6,1	6,02	0,838	0,473
Компромисс	7,56	7,76	7,13	7,8	4,372	0,005*

Примечание – В таблице 3.5* отмечены уровни значимости различий (по F-критерию Фишера, при $p \leq 0,05$) студентов медицинских специальностей.

Целесообразно обратить внимание на то, что данное профессионально важное качество у будущих субъектов труда способно значительно облегчить их будущую профессиональную деятельность, которая связана с большим количеством разнообразных взаимодействий в системе «врач – пациент».

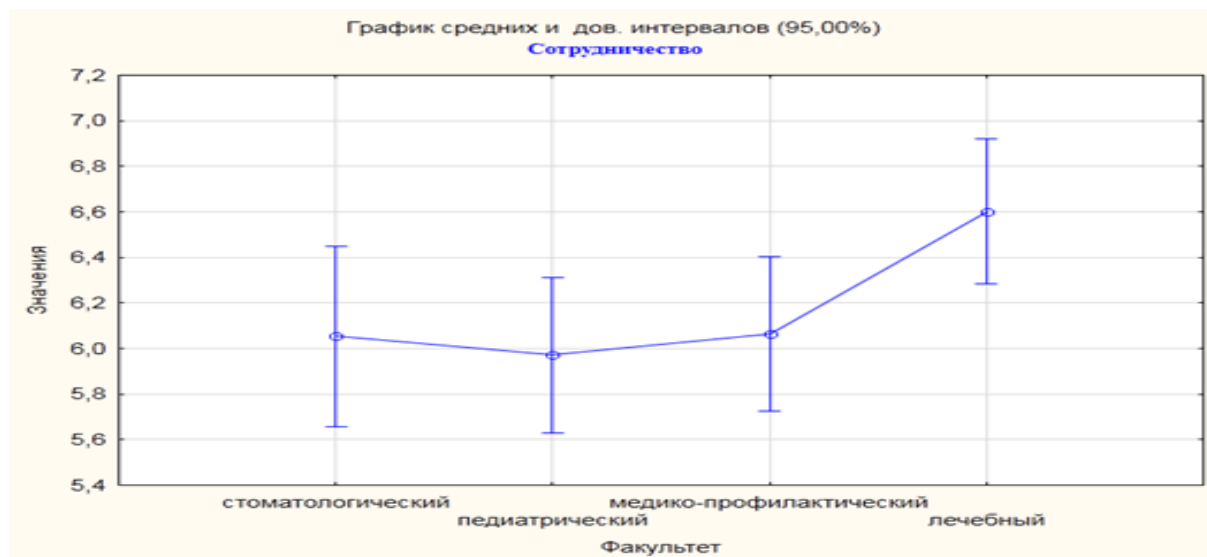


Рисунок 3.13 – График средних значений по шкале «Сотрудничество» студентов медицинских специальностей

Следует подчеркнуть, что достоверно значимые различия, выявленные между будущими субъектами труда по шкале «Компромисс» показали дифференцированный способ поведения в конфликтной ситуации (таблица 3.5). В ходе исследования было установлено, что результаты студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов выше, чем у студентов медико-профилактического факультета.

Так, студенты медико-профилактического факультета гораздо реже студентов других факультетов в конфликтных ситуациях идут на соглашение на основе взаимных уступок, предлагают варианты, снимающие возникшие противоречия. В то же время им в большей степени свойственны соперничество и приспособление [72].

По нашему мнению, такое различие в особенностях реагирования в конфликтных ситуациях может быть обусловлено спецификой будущей профессиональной деятельности студентов данной медицинской

специальности, которая во многом связана с выполнением функций контроля и мониторинга (рисунок 3.14).

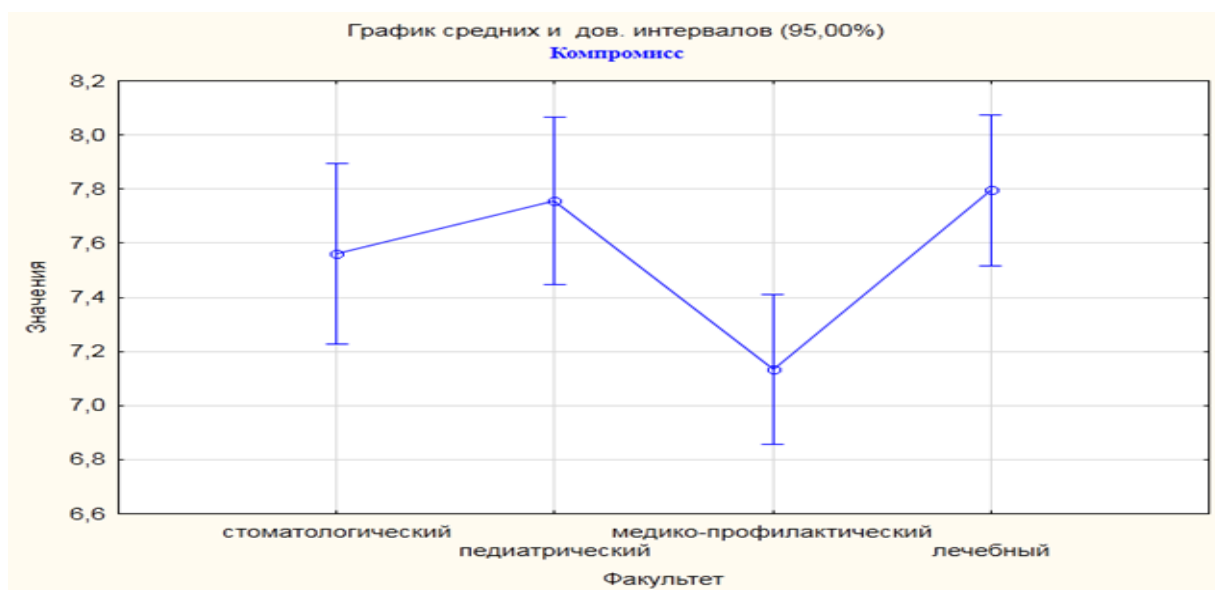


Рисунок 3.14 – График средних значений по шкале «Компромисс» студентов медицинских специальностей

Стоит также отметить, что студенты лечебного факультета в большей степени ориентированы на поиск компромисса в конфликтных ситуациях и не готовы провоцировать конфликт ради отстаивания своей точки зрения, исходя из особенностей профессиональной деятельности.

Полученные результаты по шкале «Приспособление» не показали значимых различий между студентами различных факультетов. Однако следует подчеркнуть, что приспособление в наибольшей степени свойственно студентам медико-профилактического факультета и в наименьшей – студентам стоматологического факультета, а избегание в наибольшей степени характерно для студентов стоматологического факультета и в наименьшей – для студентов педиатрического факультета [72].

Статистический анализ результатов исследования выявил значимые различия по шкале «Неумение управлять эмоциями». Так, студенты лечебного факультета статистически значимо отличаются от студентов

стоматологического и педиатрического факультетов по уровню умения управлять своими эмоциями в межличностном общении. Кроме того, неумение управлять эмоциями в большей степени свойственно студентам стоматологического и педиатрического факультетов и в меньшей – студентам медико-профилактического и лечебного факультетов (рисунок 3.15).

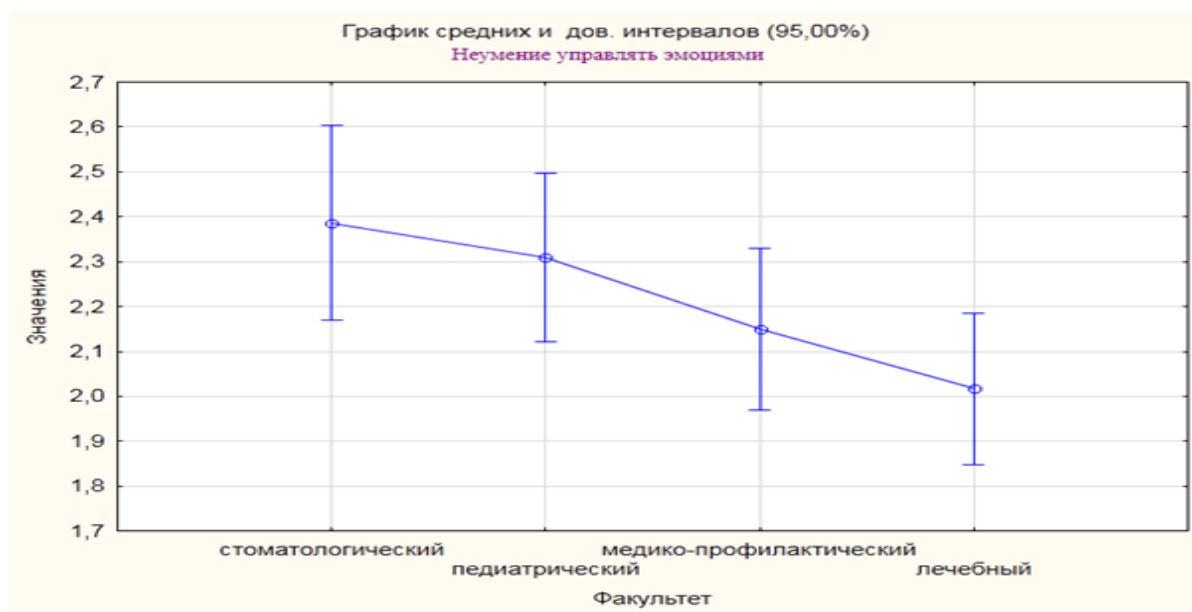


Рисунок 3.15 – График средних значений по шкале «Неумение управлять эмоциями» студентов медицинских специальностей

Представленные данные можно объяснить спецификой будущей профессиональной деятельности. У студентов лечебного и педиатрического факультетов целенаправленно формируются навыки управления эмоциями как необходимое условие для успешного профессионального становления в процессе взаимодействия в системе «врач – пациент», тогда как для студентов стоматологического и медико-профилактического факультетов эти навыки являются менее значимыми.

В профессиональной коммуникации будущего субъекта труда важное значение имеет способность контролировать свое поведение при взаимодействии с пациентами. *Коммуникативный контроль* рассматривается как необходимая психологическая характеристика коммуникативной

компетентности будущего субъекта труда, а также показатель профессионализма и предпосылка для создания оптимальных условий конструктивного межличностного взаимодействия в системе «врач – пациент».

В процессе исследования было выявлено, что 13 % испытуемых характеризуются низким коммуникативным контролем, у 54 % – выявлен средний уровень коммуникативного контроля, а у 33 % – высокий. Тот факт, что на всех факультетах преобладает средний уровень коммуникативного контроля, можно объяснить тем, что все студенты медицинских специальностей имеют длительное и регулярное общение с пациентами в процессе профессионального взаимодействия.

Однако некоторую настороженность может вызвать тот факт, что низкий уровень коммуникативного контроля также выявлен у студентов всех специальностей. На наш взгляд, одной из причин этого следует считать широкое использование лечебно-диагностического оборудования и, как следствие, замену межличностного общения врача и пациента на инструментальное.

Сравнительный анализ личностно-оценочного компонента коммуникативной компетентности студентов в процессе профессионального обучения

У студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения *личностно-оценочный компонент* коммуникативной компетентности представлен показателями «Самоотношение» и «Самоконтроль в общении». В рамках данного компонента у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения проанализированы следующие шкалы: «Самоуважение», «Самоуверенность», «Саморуководство», «Зеркальное Я», «Самоценность», «Самопринятие», «Самопривязанность», «Аутосимпатия» (таблица 3.6).

Таблица 3.6. – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для личностно-оценочного компонента коммуникативной компетентности студентов на разных этапах профессионального обучения

Шкалы	Курсы						Крит. (F)	Знач. (p)
	1	2	3	4	5	6		
Самоуважение	30,63	29,94	28,94	29, 9	30,04	29,1	1,208	0,304
Самоуверенность	9,99	9,74	9,42	9,64	9,83	9,23	1,362	0,237
Саморуководство	7,52	7,72	7,2	7,31	7,22	7,15	1,041	0,39
Зеркальное «Я»	,62	6,18	5,95	6,19	6,48	6,3	1,565	0,168
Самоценность	9,49	9,35	9,18	9,21	10,01	9,74	1,889	0,0 4
Самопринятие	7,86	7,53	7,85	7,82	7,87	7,55	0,708	0,618
Самопривязанность	4,52	4,87	4,79	4,67	5,03	4,91	0,759	0, 79

В ходе исследования достоверно значимых различий между студентами разных курсов не было установлено по следующим шкалам: «Самоуважение», «Самоуверенность», «Саморуководство», «Зеркальное Я», «Самоценность», «Самопринятие», «Самопривязанность», «Открытость» (см. таблицу 3.6).

Сравнительная оценка уровня такого важного показателя в структуре личностно-оценочного компонента коммуникативной компетентности, как *самоконтроль в общении* у студентов разных курсов, не позволил выявить значимых различий. У будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения в медицинском вузе наблюдается средний уровень самоконтроля в общении, свидетельствующий об их искренности, но несдержанности в своих эмоциональных проявлениях в поведении с окружающими людьми, а также пациентами. Следует также отметить, что наблюдается тенденция снижения уровня самоконтроля в общении от младших курсов к старшим.

В целом изучение данного компонента показало, что по показателю «самоотношения» значимые различия были выявлены только по шкале «Самопринятие» ($F(3, 709) = 2,75$; $p = 0,041781$) между студентами

педиатрического и стоматологического факультетов. Кроме того, в ходе исследования было установлено, что у студентов педиатрического факультета по данной шкале результаты выше, чем у студентов стоматологического факультета. Полученные результаты свидетельствуют о том, что студенты педиатрического факультета в большей степени проявляют чувство симпатии к самим себе, демонстрируют согласие со своими внутренними побуждениями, тогда как студенты стоматологического факультета больше склонны к самообвинению (рисунок 3.16) [72].

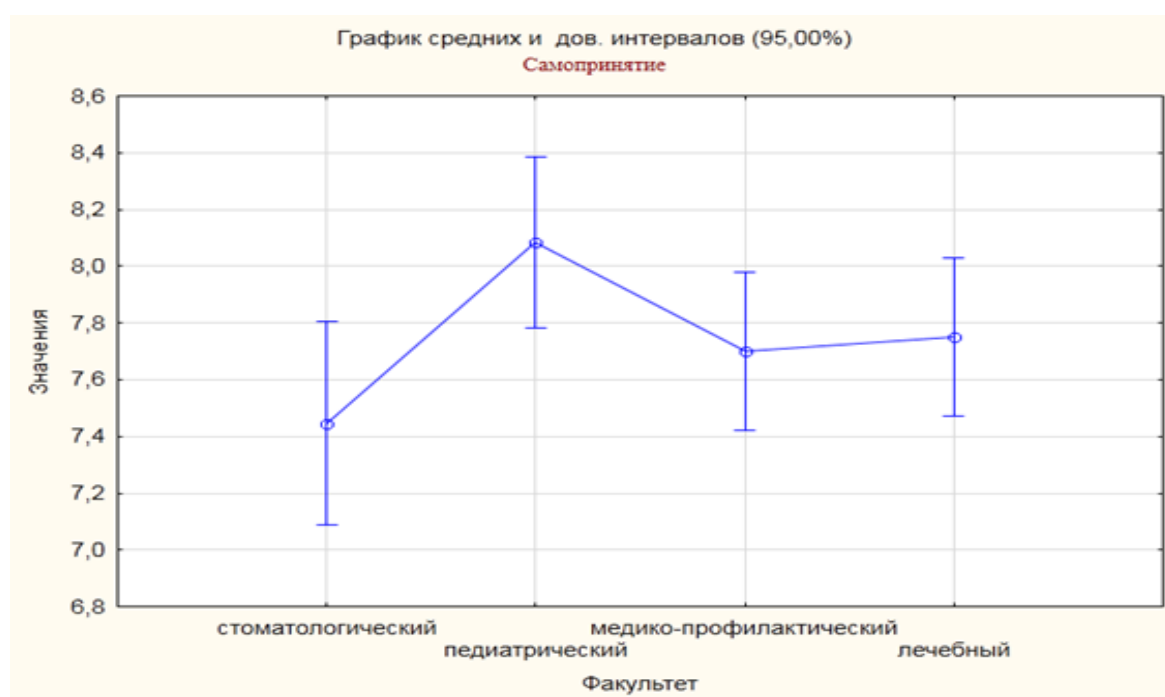


Рисунок 3.16 – График средних значений по шкале «Самопринятие» студентов медицинских специальностей

Необходимо отметить, что у будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения в медицинском вузе в рамках показателя «самоотношения» анализировались такие переменные, как открытость и конфликтность. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии статистически значимых различий между студентами различных медицинских специальностей по уровню выраженности данных переменных.

Сравнительный анализ индивидуально-психологического компонента коммуникативной компетентности студентов в процессе профессионального обучения

В процессе изучения *индивидуально-психологического компонента* коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения были выявлены достоверно значимые различия по шкалам «Пластичность – ригидность», «Теплота – равнодушие», «Понимание – непонимание», «Настойчивость – отсутствие настойчивости», «Понимание – непонимание», «Уважение других – самоуважение».

Статистический анализ результатов исследования у будущих субъектов труда различных медицинских специальностей выявил существование значимых различий по шкале по шкале «*Пластичность – ригидность*» ($F(2, 799) = 2,80$; $p = 0,039267$) (таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для индивидуально-психологического компонента коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей

Шкалы	Факультеты (среднее арифм.)				Крит. (F)	Знач. (p)
	СФ	ПФ	МПФ	ЛФ		
Общительность – замкнутость	9,83	9,49	9,73	9,99	1,347	0,258
Экстраверсия – интроверсия	11,07	10,7	10,38	10,61	1,901	0,128
Пластичность – ригидность	55,65	57,13	55,75	57,97	2,799	0,039*
Сензитивность – нечувствительность	10,4	10,51	10,2	10,4	0,644	0,587
Теплота – равнодушие	10,83	11,27	11,03	11,55	2,644	0,049*
Понимание – непонимание	11,57	11,77	11,32	11,93	2,654	0,048*
Уважение других – самоуважение	54,83	56,27	54,17	57,23	3,606	0,013*
Самоконтроль – импульсивность	10,75	11,19	10,57	10,81	1,431	0,233
Сотрудничество – соперничество	9,95	10,12	9,69	10,33	1,777	0,15
Настойчивость – отсутствие настойчивости	11,29	11,77	11,06	11,75	3,613	0,013*
Самоконтроль поведения – импульсивность (отсутствие самоконтроля)	10,75	11,19	10,57	10,81	2,057	0,105

Примечание – В таблице 3.7* отмечены уровни значимости различий (по F-критерию Фишера, при $p \leq 0,05$) студентов медицинских специальностей.

С помощью апостериорного критерия Дункана было установлено, что студенты лечебного факультета статистически значимо отличаются от студентов стоматологического и педиатрического факультетов. В ходе исследования было установлено, что студенты лечебного факультета более пластичны, чем студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов, которые склонны проявлять ригидность (рисунок 3.17).

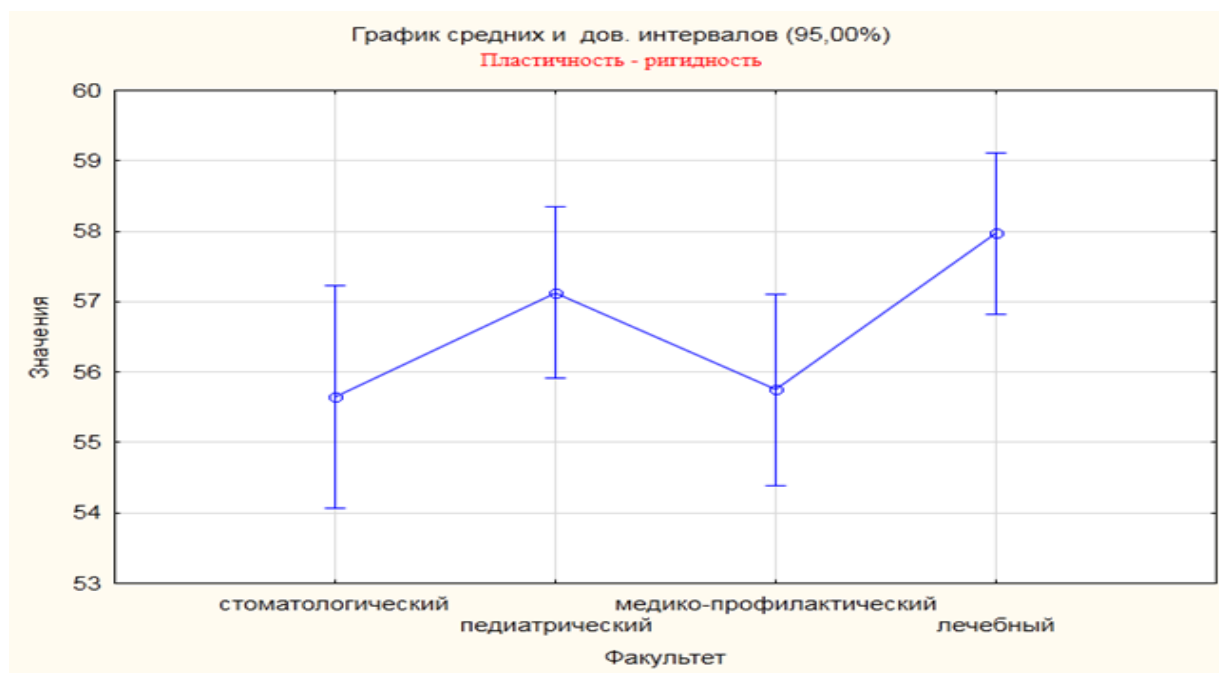


Рисунок 3.17 – График средних значений по шкале «Пластичность – ригидность» студентов медицинских специальностей

Использование апостериорного критерия Дункана позволило установить, что по данной шкале первокурсники статистически значимо отличаются от всех других студентов разных курсов. При этом большей пластичностью, нежели представители четвертого и шестого курсов, характеризуются второкурсники.

На рисунке 3.18 видно, что у будущих субъектов труда на протяжении профессионального обучения в медицинском вузе снижается уровень пластичности и увеличивается уровень ригидности.

Необходимо отметить, что наиболее значимый переход от пластичности к ригидности наблюдается между первым и вторым курсами обучения. С нашей точки зрения, полученные данные исследования можно объяснить формированием будущего субъекта труда, а также становлением зрелости личности будущего специалиста в медицинском вузе. Так, с годами их поведение становится более устойчивым, консервативным и привычным, при этом гибкость и податливость сменяются ригидностью.

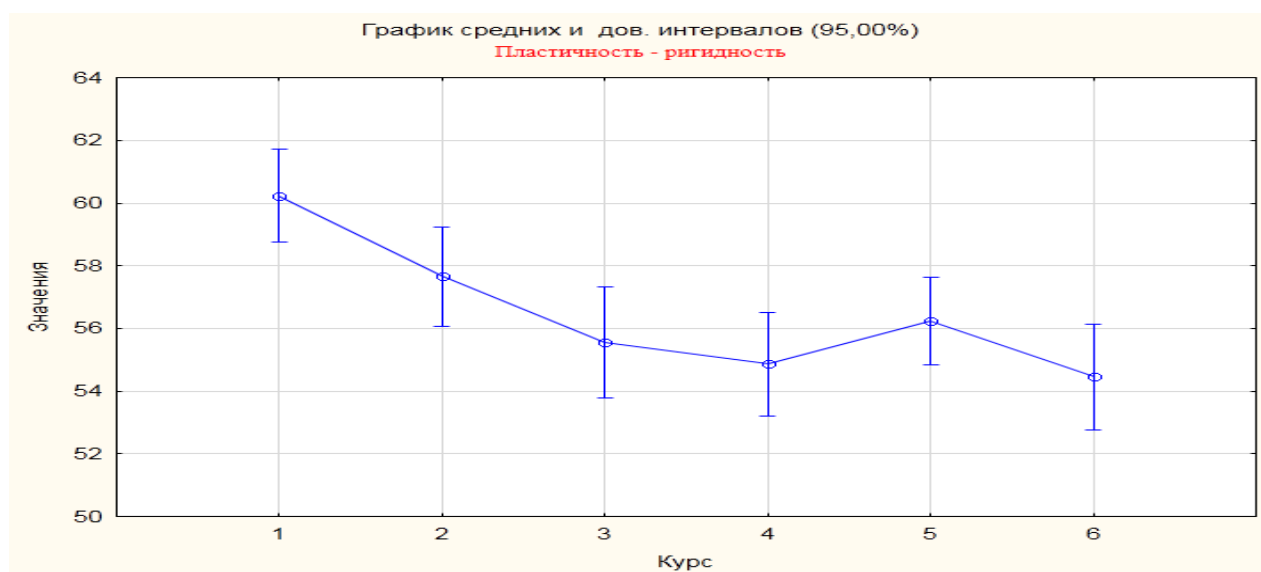


Рисунок 3.18 – Средние значения по шкале «Пластичность – ригидность» студентов на разных этапах профессионального обучения

Статистический анализ данных таблицы 3.7 также позволил обнаружить значимые различия между студентами различных факультетов по шкале «Понимание – непонимание» ($F(3, 709) = 2,65$; $p = 0,048$). Согласно результатам расчета критерия Дункана, у студентов лечебного факультета данный показатель представлен бóльшими значениями, в то время как у студентов медико-профилактического факультета по данному показателю наблюдаются значимо более низкие значения.

Результаты рисунка 3.19 свидетельствуют о том, что студенты лечебного факультета в большей степени склонны проявлять понимание других людей, чем студенты медико-профилактического факультета.

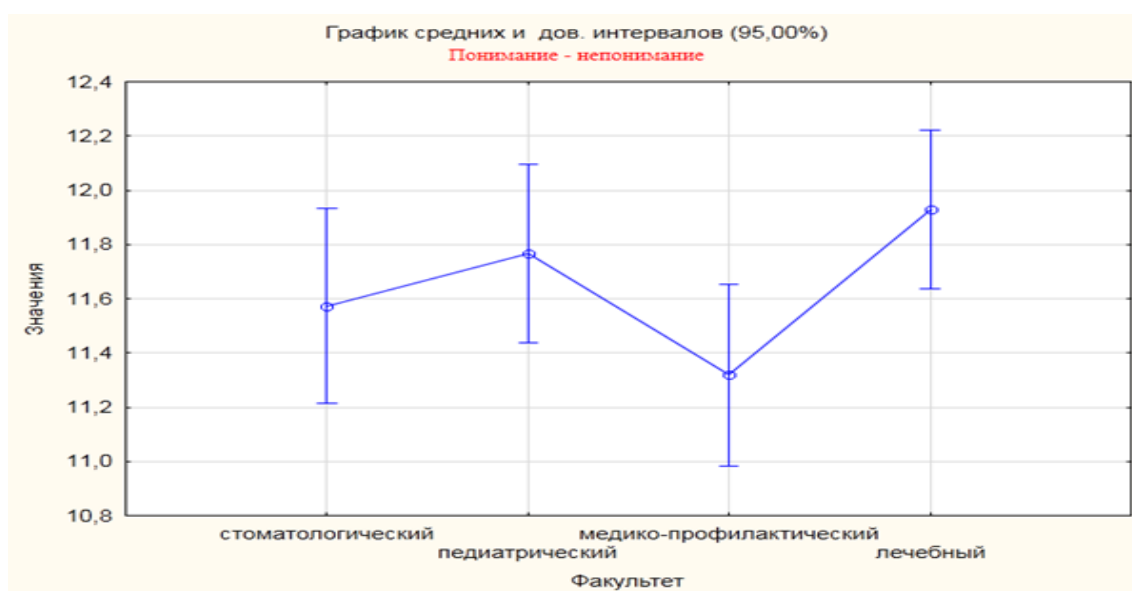


Рисунок 3.19 – Средние значения по шкале
«Понимание – непонимание» студентов медицинских специальностей

В процессе диссертационного исследования полученные результаты можно объяснить большим разнообразием профессиональных знаний и профессиональных навыков, которые получают студенты лечебного факультета (так, на медико-профилактическом факультете функционирует 10 кафедр, на лечебном – 22, на стоматологическом – 15, на педиатрическом – 14). На наш взгляд, в результате изучения большего числа заболеваний, будущие субъекты труда учатся коммуницировать с пациентами и их родственниками с целью установления межличностного взаимодействия.

Между студентами разных курсов на разных этапах профессионального обучения в вузе по шкале «Понимание – непонимание» ($F(5, 707) = 4,48$; $p = 0,000502$) также установлены значимые различия. В процессе исследования было установлено, что студенты первого курса обучения чаще демонстрируют понимание других людей в сравнении с их товарищами, обучающимися на третьем – шестом курсах. Более понимающими являются студенты второго курса, менее – студенты третьего курса [72].

Представленные на рисунке 3.20 данные говорят о том, что по данной шкале прослеживается тенденция последовательного изменения от понимания к непониманию. У будущих субъектов труда снижение уровня понимания можно объяснить необходимостью взаимодействовать с большим числом людей как в процессе обучения, так и на практике. В результате снижается возможность глубоко воспринимать поступающую от людей информацию, развиваются стереотипные представления о людях и их потребностях.

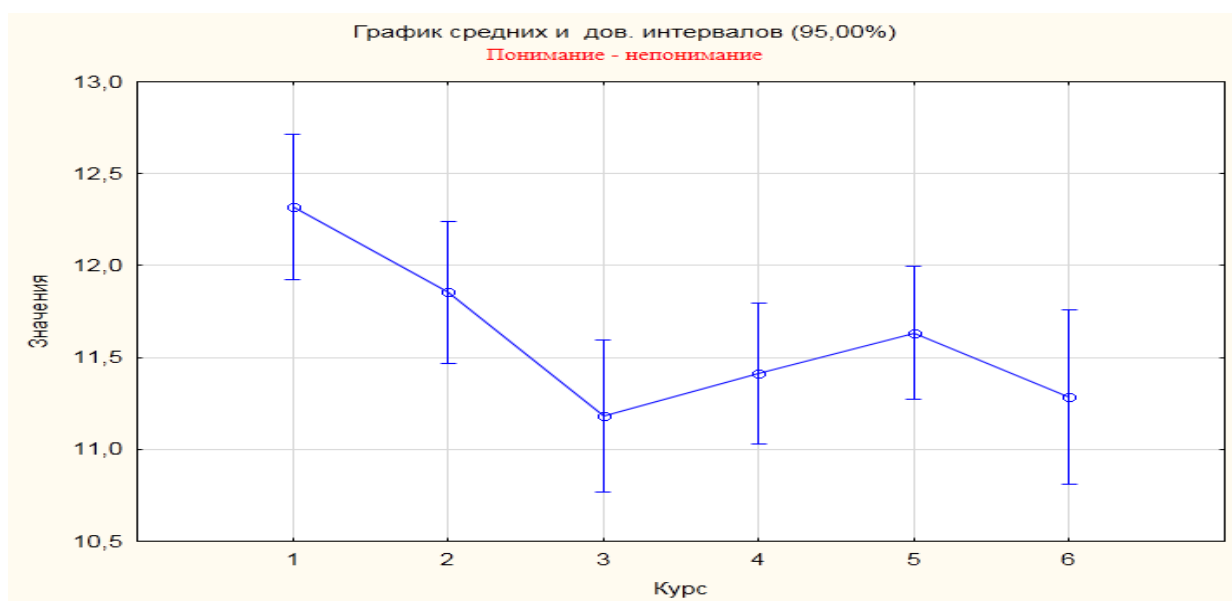


Рисунок 3.20 – Средние значения по шкале «Понимание – непонимание» студентов на разных этапах профессионального обучения

Кроме того, между студентами различных факультетов были также обнаружены значимые различия по шкале «Теплота – равнодушие» ($F(3, 709) = 2,64$; $p = 0,049$). Теплота – свойство личности, связанное со склонностью к сочувствующему и понимающему поведению, когда человек сочувствует неудачам и понимает переживания окружающих. Равнодушие, наоборот, описывает человека безразличного к переживаниям других. Необходимо отметить, что на разных этапах профессионального обучения в вузе статистически значимо по данной шкале различаются стоматологический и лечебный факультеты, причем студенты последнего менее равнодушны, чем

студенты первого. Так, студенты лечебного факультета в большей степени склонны демонстрировать теплоту, чем студенты стоматологического факультета. Можно предположить, что специальность стоматолога предполагает меньшее проявление теплоты, чем другие врачебные специальности.

Достоверно значимые различия между студентами различных факультетов были выявлены также по шкале «Уважение других – самоуважение» ($F(3, 709) = 3,606$; $p = 0,013$), что свидетельствует о том, что студенты лечебного факультета в большей степени склонны демонстрировать уважение к другим, чем студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов. У людей с высоким уровнем уважения других, как правило, уважение к другим выше, чем к себе, поэтому авторитетом в их жизни пользуются не они сами, а окружающие. В то же время доминирование самоуважения снижает роль других людей в жизни испытуемых (рисунок 3.21).

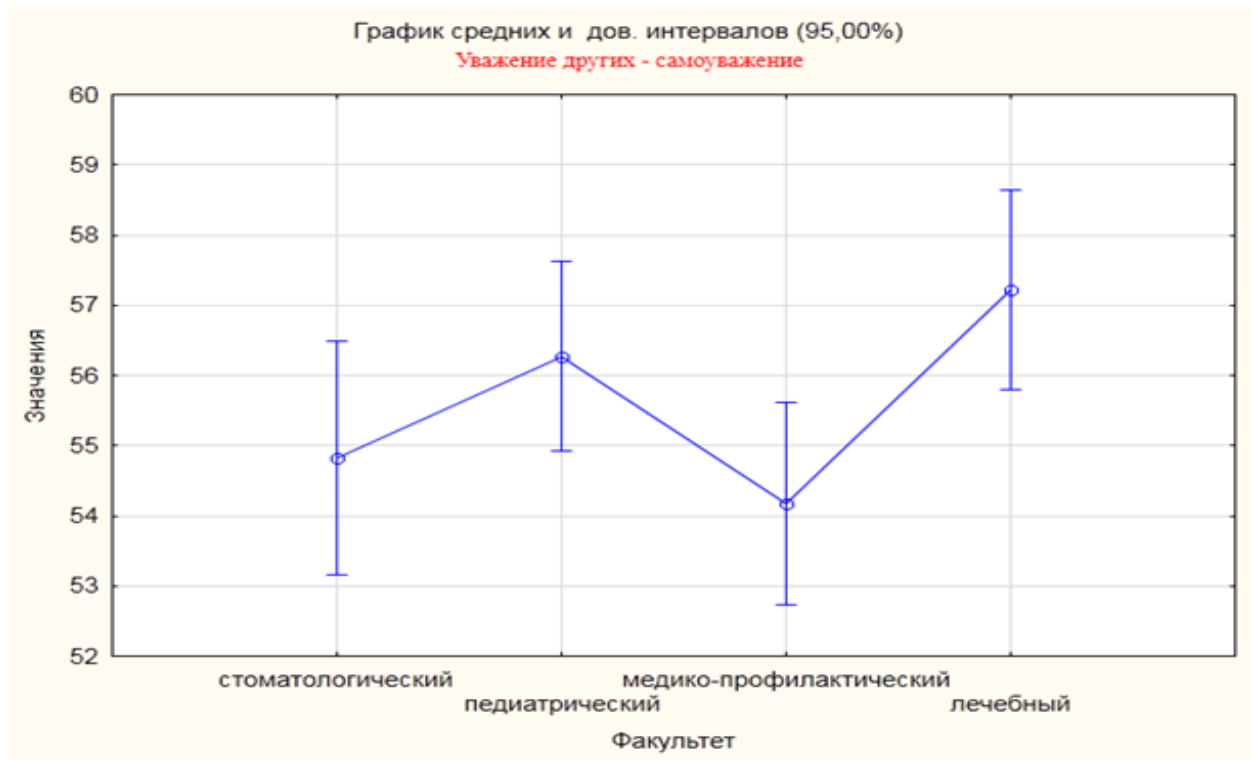


Рисунок 3.21 – Средние значения по шкале

«Уважение других – самоуважение» студентов медицинских специальностей

Данные рисунка 3.21 свидетельствуют, что студенты лечебного факультета в большей степени склонны демонстрировать уважение других, чем студенты стоматологического факультета; студенты педиатрического факультета в большей степени склонны демонстрировать уважение к другим, чем студенты медико-профилактического факультета; студенты лечебного факультета в большей степени склонны демонстрировать уважение к другим, чем студенты медико-профилактического факультета.

Полученные результаты хорошо согласуются с особенностями студентов, описанными выше. Как видно, студенты лечебного и педиатрического факультетов характеризуются большей степенью уважения к другим, чем студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов. Основными причинами этого являются иные требования к личности врача, предъявляемые пациентами и преподавателями университета.

В частности, выпускникам лечебного и педиатрического факультетов в большей степени необходимо уметь взаимодействовать с пациентами при постановке диагноза и выстраивании долгосрочных профессиональных отношений, тогда как специфика врачебных специальностей, которым обучаются студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов, предполагает в большинстве случаев кратковременные, разовые взаимодействия с пациентами.

Между студентами разных курсов были выявлены значимые различия по шкале *«Уважение других – самоуважение»* ($F(5, 707) = 7,63$; $p = 0,000001$). Среди личностных особенностей первокурсников следует указать стремление уважать в первую очередь других. Тем самым они статистически значимо отличаются от остальных студентов медицинского университета, которым важнее уважать, прежде всего, себя. Уважение других также значимо более характерно для второкурсников по сравнению со старшими курсами, за исключением пятикурсников.

В целом на разных этапах профессионального обучения в вузе у будущих субъектов труда наблюдается снижение уровня уважения других. При этом наиболее значимые изменения выявлены при переходе с первого курса на второй и со второго на третий. Снижение у студентов данного показателя, вероятно, обусловлено получением молодыми людьми большей самостоятельности и независимости от родителей и других родственников. В то же время рост уровня самоуважения от первого курса к третьему может быть связан с изменением личностного статуса студентов, который способствует повышению самооценки и самоуважения (рисунок 3.22).

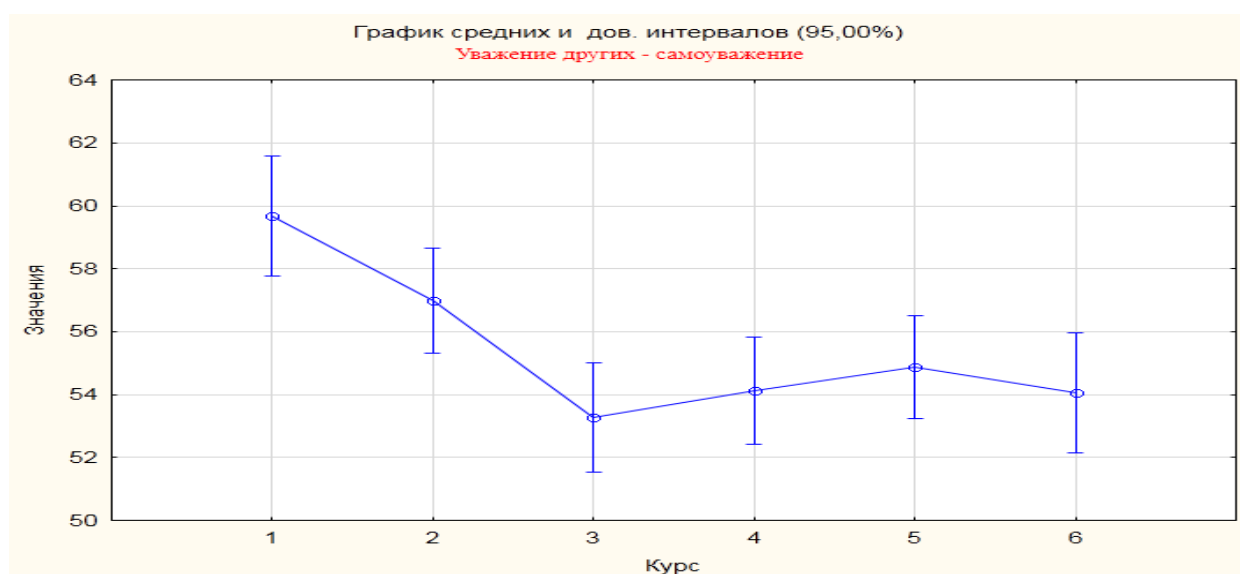


Рисунок 3.22 – Средние значения по шкале «Уважение других – самоуважение» студентов на разных этапах профессионального обучения

По шкале «*Настойчивость – отсутствие настойчивости*» между студентами различных факультетов также были выявлены значимые различия ($F(3, 709) = 3,61$; $p = 0,013077$), что свидетельствует о том, что студенты медико-профилактического факультета статистически значимо отличаются от тех, кто обучается на педиатрическом и лечебном факультетах. В ходе исследования было установлено, что по данной шкале результаты студентов педиатрического факультета выше, чем у студентов

стоматологического и медико-профилактического факультетов (рисунок 3.23).



Рисунок 3.23 – Средние значения по шкале «Настойчивость – отсутствие настойчивости» студентов медицинских специальностей

Полученные результаты исследования показывают, что от студентов педиатрического и лечебного факультетов в рамках их профессиональной деятельности в большей степени требуются добросовестность, аккуратность, ответственность, самоконтроль и настойчивость в делах в результате длительного взаимодействия с пациентами и их родственниками, чем от студентов стоматологического и медико-профилактического факультетов.

Таким образом, студенты педиатрического факультета в большей степени склонны проявлять настойчивость, чем студенты стоматологического и медико-профилактического факультетов. Полученные результаты по данной шкале у студентов лечебного факультета выше, чем у студентов медико-профилактического факультета.

Анализ таблицы 3.7 свидетельствует о том, что в результате статистической обработки данных значимых различий между студентами различных факультетов по таким личностным качествам, как

«Общительность – замкнутость», «Экстраверсия – интроверсия», выявлено не было.

Полученные в ходе исследования данные также показали наличие различий между студентами разных курсов по шкале «Настойчивость – отсутствие настойчивости» ($F(5, 707) = 2,54$; $p = 0,027215$) [98]. Было установлено, что менее настойчивыми в сравнении со студентами второго и пятого курсов являются студенты третьего курса.

Представленные на рисунке 3.24 результаты позволяют констатировать неравномерный характер развития настойчивости у студентов. Данный показатель снижается от первого и второго курсов к третьему, затем увеличивается на протяжении четвертого и пятого курсов и снова снижается на шестом курсе. При этом статистически значимое снижение уровня настойчивости происходит между вторым курсом и третьим, а повышение – между третьим и пятым.

Высокий уровень настойчивости на первом и втором курсах университета студенты проявляют для лучшей адаптации к новой среде.

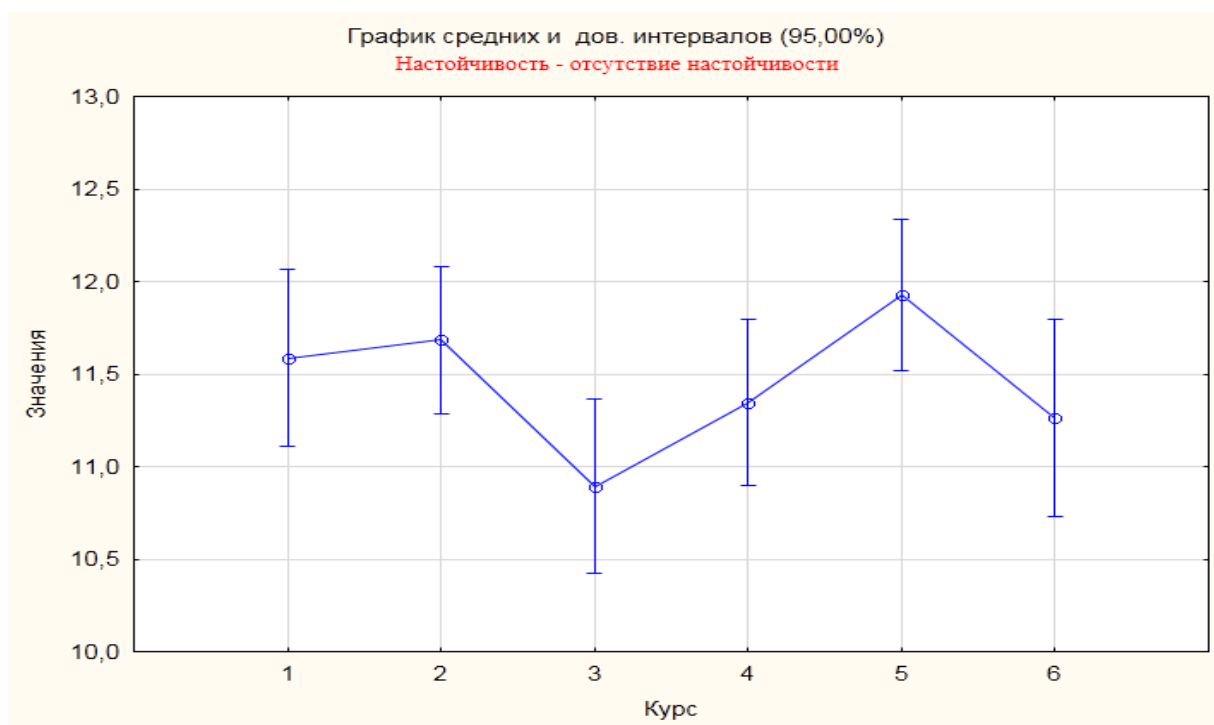


Рисунок 3.24 – Средние значения по шкале «Настойчивость – отсутствие настойчивости» студентов на разных этапах профессионального обучения

Настойчивость помогает им более успешно осваивать учебный материал и достигать высоких результатов в будущей профессиональной деятельности. Однако, достигнув определенных академических успехов, на третьем курсе они значительно снижают уровень настойчивости. Тем не менее на четвертом курсе возникает понимание необходимости прилагать активные усилия для достижения высоких результатов в учебном процессе, научной и практической деятельности.

Таким образом, исходя из второй задачи диссертационного исследования, на данном этапе нами была выявлена структура коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей, которая была получена теоретико-эмпирическим путем. Исследование включало следующие этапы: теоретический анализ структурных компонентов коммуникативной компетентности в психологических исследованиях; изучение требований, предъявляемых к профессиональной деятельности врача как субъекта труда в контексте коммуникативной компетентности; изучение психологических характеристик, составляющих коммуникативную компетентность у будущих субъектов труда (общительность, гибкость, коммуникативная толерантность, эмоциональная стабильность, сензитивность к отвержению, эмпатия и др.), подбор диагностического инструментария, а на заключительном этапе – применение кластерного анализа.

Необходимо также отметить, что результаты, полученные на данном этапе исследования, подтвердили нашу первую частную гипотезу: структура коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей включает пять компонентов: коммуникативно-установочный, эмоционально-оценочный, коммуникативно-инструментальный, личностно-оценочный и индивидуально-психологический.

Исходя из третьей задачи диссертационного исследования, на данном этапе исследования были определены общие и специфические

характеристики коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда.

Результаты эмпирического исследования *общих характеристик* коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда свидетельствуют о том, что у 75% респондентов преобладает низкий уровень эмпатических способностей. Полученные результаты указывают на то, что у данной категории не сформированы способность к сопереживанию и сочувствию, а также направленность на восприятие и понимание другого человека. Для 45% будущих субъектов труда характерно проявление уважения, доброжелательности и терпимого отношения к пациентам; установление доверительных отношений, основанных на взаимном доверии, заинтересованности, стремлении понять другого; сдержанность при столкновении с некоммуникабельными качествами пациентов. У 51% будущих субъектов труда выявлен средний уровень общительности, свидетельствующий о том, что студенты различных медицинских специальностей стремятся расширить круг своих знакомых, занимаются общественной деятельностью и проявляют инициативу в коммуникации. У 33% будущих субъектов труда на высоком уровне выявлено умение управлять эмоциями, эмоциональные проблемы в повседневном общении наблюдаются у 41% студентов-медиков, а у 26% опрошенных отмечено наличие эмоциональных барьеров в межличностном общении в контексте коммуникативной компетентности. Сформированность коммуникативного контроля (средний и высокий уровни) наблюдается у 87% студентов. Данная категория будущих субъектов труда обладает способностью к эффективному межличностному взаимодействию, быстрому налаживанию контактов с окружающими и самостоятельному принятию решений.

Результаты исследования *специфических характеристик* коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда различных медицинских специальностей, полученные с помощью однофакторного дисперсионного анализа с применением апостериорного критерия Дункана

показали, что студенты лечебного факультета в большей степени пластичны ($F = 2,80$; $p = 0,039$), склонны проявлять понимание других людей ($F = 2,65$; $p = 0,048$), демонстрировать теплоту ($F = 2,64$; $p = 0,049$), уважение других ($F = 3,61$; $p = 0,013$), доверчивость ($F = 2,85$; $p = 0,037$), чем студенты медико-профилактического и стоматологического факультетов, которые склонны проявлять ригидность. Студенты педиатрического факультета в большей степени склонны проявлять настойчивость ($F = 3,61$; $p = 0,013$), чувство симпатии к самим себе, демонстрируя согласие со своими внутренними побуждениями, тогда как студенты стоматологического факультета склонны к самообвинению. Студенты медико-профилактического факультета реже других студентов в конфликтных ситуациях идут на соглашение на основе взаимных уступок, предлагают варианты, снимающие возникшие противоречия. Им в большей степени свойственны соперничество и приспособление. Такое различие в особенностях реагирования в конфликтных ситуациях связано со спецификой будущей профессиональной деятельности студентов медико-профилактического факультета, которая связана с выполнением функций мониторинга и контроля [104].

В целом степень выраженности коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда опосредуется профилем медицинской специальности: на педиатрическом, стоматологическом и лечебном факультете наблюдается высокий уровень сформированности коммуникативной компетентности, а на медико-профилактическом факультете – средний уровень. Полученные данные можно объяснить тем, что отличительной особенностью будущих субъектов труда лечебного и педиатрического факультетов является наиболее длительная и регулярная коммуникация с пациентами и их родственниками в процессе профессионального взаимодействия, в сравнении с другими специалистами в сфере оказания медицинских услуг. Исходя из этого, именно к данной категории будущих субъектов труда предъявляются высокие требования к коммуникативной компетентности, к умению не только психологически

правильно строить отношения с пациентами, а также оставаться в рамках профессиональной роли в процессе этих отношений. Высокий потенциал будущих субъектов труда стоматологического факультета может быть обусловлен их стремлением развивать частную практику, которая в этой области медицины наиболее представлена.

Важно отметить, что результаты, полученные на данном этапе исследования, подтвердили нашу вторую частную гипотезу: коммуникативная компетентность будущего субъекта труда включает общие характеристики, которые проявляются в среднем уровне общительности, коммуникативного контроля, умения управлять эмоциями, коммуникативной толерантности и низком уровне эмпатических способностей, а также специфические характеристики, которые выражаются в особенностях коммуникативной установки, настойчивости, понимания, пластичности и стратегии к сотрудничеству.

Исходя из четвертой задачи диссертационного исследования, на данном этапе исследования были выявлены изменения, происходящие в содержательном наполнении структуры коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения исходя из медицинской специальности.

Изменения в содержательном наполнении *коммуникативно-установочного компонента* коммуникативной компетентности будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения, исходя из медицинской специальности, проявились в снижении от второго к третьему курсу уровней профессиональных компетенций ($F = 3,24$; $p = 0,007$) и коммуникативных умений ($F = 4,42$; $p = 0,001$). Снижение уровня коммуникативных умений отмечено у будущих субъектов труда педиатрического и лечебного факультетов от пятого к шестому курсу. На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют о снижении включенности коммуникативной составляющей в профессиональную деятельность будущих субъектов труда.

Изменения в содержательном наполнении *эмоционально-оценочного компонента* коммуникативной компетентности будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения выявили отрицательную динамику уровней самообвинения ($F = 2,26$; $p = 0,047$), внутренней неустроенности ($F = 4,36$; $p = 0,001$), конфликтности ($F = 5,09$; $p = 0,000$) от третьего к пятому курсу обучения. Мы считаем, что основной причиной снижения уровня самообвинения на старших курсах является преодоление будущими субъектами труда самого сложного периода обучения в университете и принятие себя в качестве зрелой личности.

Необходимо также отметить, что при переходе от второго к третьему курсу обучения у будущих субъектов труда возросли показатели обоснованного негативизма ($F = 4,18$; $p = 0,001$), а также выявлена тенденция роста уровня коммуникативной толерантности ($F = 3,57$; $p = 0,003$). Это свидетельствует о значимом увеличении коммуникативной толерантности после первого курса и связано с необходимостью выстраивания взаимоотношений с новыми людьми в процессе обучения в медицинском вузе. Кроме того, на третьем курсе этот показатель снижается, а на четвертом и шестом снова повышается. Данные результаты могут быть связаны с тем, что с третьего курса будущие субъекты труда приходят в клинику и взаимодействуют с пациентами, что требует более внимательного и терпимого отношения. Поэтому модель поведения будущего субъекта труда становится более эффективной, что приводит к увеличению данного показателя.

Изменения в содержательном наполнении *коммуникативно-инструментального компонента* коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения выявило снижение уровня умения управлять эмоциями ($F = 2,32$; $p = 0,042$) и увеличение уровня внимательности ($F = 4,42$; $p = 0,001$) от младших курсов к старшим. В ходе исследования была установлена тенденция к снижению уровня интуитивного канала эмпатии ($F = 2,23$; $p = 0,05$) и открытости

($F = 3,18$; $p = 0,008$), свидетельствующая о том, что у будущих субъектов труда на протяжении обучения в вузе наблюдаются психологические затруднения, которые снижают результаты обмена информацией между будущим субъектом труда и пациентом и приводят к нарушению согласованности их межличностного взаимодействия.

Изменения в содержательном наполнении *личностно-оценочного компонента* коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения проявились в снижении уровня уважения других ($p < 0,01$) и самоконтроля в общении ($p < 0,01$) от первого к третьему курсу, что свидетельствует об искренности и несдержанности в своих эмоциональных проявлениях в поведении с окружающими людьми. Также прослеживается тенденция снижения уровня самоконтроля в общении от младших курсов к старшим.

Изменения в содержательном наполнении *индивидуально-психологического компонента* коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда на разных этапах профессионального обучения проявились в снижении уровней пластичности ($F = 7,24$; $p = 0,000$) от первого ко второму курсу, сензитивности ($F = 4,61$; $p = 0,000$), любознательности ($F = 5,07$; $p = 0,000$), жизнерадостности ($F = 4,80$; $p = 0,000$), доминирования ($F = 4,63$; $p = 0,000$) и теплоты ($F = 4,60$; $p = 0,000$). Полученные результаты указывают на то, что будущие субъекты труда становятся более сдержанными, консервативными, серьезными, реалистичными и практичными. С нашей точки зрения, эти данные можно объяснить формированием профессиональной и личностной компетентности будущего субъекта труда.

Таким образом, результаты, полученные на данном этапе исследования, подтвердили нашу третью частную гипотезу.

3.1.3 Профессионально важные качества, составляющие коммуникативную компетентность студентов медицинского вуза

Главное место в процессе профессионального обучения в медицинском вузе у будущих субъектов труда должно занимать развитие комплекса профессионально важных качеств, относящихся к формированию коммуникативной компетентности субъекта труда: эмпатические способности, коммуникативная толерантность, умение управлять эмоциями, общительность и другие.

Психологически важным качеством, обеспечивающим успешную коммуникативную компетентность в системе взаимоотношений «врач – больной», является *эмпатия* – своеобразная включенность в мир переживаний больного. Будущий субъект труда должен обладать эмпатией, которая характеризуется способностью к сочувствию, сопереживанию, состраданию, эмоциональной отзывчивостью, умением упреждать конфликты и находить компромиссное решение. В связи с этим важным показателем эмоционального компонента коммуникативной компетентности является развитость эмпатических способностей.

Для диагностики эмпатии, как необходимого качества личности в контексте изучения основных психологических характеристик коммуникативной компетентности применялась методика «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко). В результате проведенного исследования было выявлено, что среди испытуемых низкий уровень эмпатии наблюдается у 75%. Данные показатели объясняются тем, что для эффективного профессионального общения важнее всего не постоянное сопереживание пациенту, а владение «действенной эмпатией». То есть показатель эмпатийности не должен быть слишком высоким для достижения эффективности коммуникации, иначе решение других задач врачебной деятельности (в частности, постановка диагноза, оказание лечебной помощи) будет затруднено, а иногда и невозможно. У 24% респондентов

выявлен средний уровень эмпатии и высокий уровень эмпатии диагностирован у 1% испытуемых.

При высоком уровне эмпатии врачу часто свойственно болезненно развитое сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, наличие чувства вины из-за опасения причинить другим людям беспокойство, повышенная психологическая уязвимость и ранимость. Эти качества препятствуют выполнению профессионального ролевого поведения вследствие эмоциональных перегрузок, эмоционального и физического истощения при избыточном эмпатическом вовлечении в переживания больного.

Сравнение выраженности уровня эмпатических способностей у студентов различных медицинских специальностей свидетельствует о том, что на всех факультетах преобладает низкий уровень эмпатических способностей (таблица 3.8) [72].

Таблица 3.8 – Распределение испытуемых по уровням эмпатических способностей по всей выборке у студентов различных медицинских специальностей

Уровень	Стоматологический факультет		Медико-профилактический факультет		Педиатрический факультет		Лечебный факультет	
	(n=150)	%	(n=201)	%	(n=181)	%	(n=181)	%
Низкий	118	78	147	73	132	72	137	76
Средний	31	21	52	26	48	7	43	23
Высокий	1	1	2	1	1	1	1	1

Статистический анализ свидетельствует о том, что значимых различий ($p \leq 0,05$) между студентами стоматологического, медико-профилактического, педиатрического и лечебного факультетов по уровню эмпатических способностей не выявлено.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что студенты различных медицинских специальностей значимо не различаются между собой по уровню эмпатических способностей.

Так, у студентов стоматологического факультета наиболее сформированным оказался рациональный канал эмпатии, а наименее – интуитивный, у испытуемых лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов наиболее сформирован эмоциональный канал эмпатии, а наименее – интуитивный [70].

Также для успешной коммуникации в системе взаимоотношений «врач – пациент» будущему субъекту труда необходимо уметь управлять и контролировать свои эмоции. С целью изучения *умений управления эмоциями* в общении нами применялась методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В.В. Бойко).

В результате исследования было выявлено, что 33% респондентов характеризуются высоким уровнем эмоциональных барьеров в межличностном общении, что свидетельствует о полном отсутствии проблем с эмоциями при общении и соответствует эффективному взаимодействию в коммуникации; у 41% опрошенных наблюдается средний уровень: выявлены некоторые эмоциональные проблемы в повседневном общении и у 26% испытуемых выявлен низкий уровень эмоциональных барьеров в общении, которое осложняет взаимодействие в системе «врач – пациент».

Сравнение выраженности эмоциональных барьеров в межличностном общении у представителей различных факультетов показало, что низкий уровень наиболее выражен у студентов стоматологического (30%) и медико-профилактического факультетов (26%). Полученные данные свидетельствуют о неумении управлять эмоциями, доминировании негативных эмоций, нежелании сближаться с людьми на эмоциональной основе. В меньшей степени выражены эмоциональные барьеры у студентов педиатрического (23%) и лечебного факультетов (24%) (таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Распределение испытуемых по уровням диагностики эмоциональных барьеров в межличностном общении по всей выборке у студентов различных медицинских специальностей

Уровень	Стоматологический факультет		Медико-профилактический факультет		Педиатрический факультет		Лечебный факультет	
	(n=150)	%	(n=201)	%	(n=181)	%	(n=11)	%
Низкий	45	30	53	2	42	23	43	24
Средний	51	34	92	46	79	44	71	39
Высокий	54	36	56	28	60	33	67	37

Следует подчеркнуть, что в межличностных отношениях такие личности склонны судить о других по поступкам, а не доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве случаев они находятся под самоконтролем, в общении внимательны, стараются понять больше, чем сказано со слов пациента, стараются понять переживания больного, его опасения, но тем не менее создают некоторый барьер между собой и пациентом. Это можно объяснить тем, что к данной категории врачей предъявляются высокие требования к умению не только психологически правильно строить отношения с пациентом, но и оставаться в рамках профессиональной роли в процессе этих отношений.

В целом несмотря на некоторые межфакультетские различия по изученному показателю, следует констатировать, что более половины студентов-медиков (77%) имеют высокий (33%) и средний уровень (41%), что свидетельствует об отсутствии проблем с эмоциями при общении и соответствует эффективному взаимодействию в системе «врач – пациент». При этом у 26% испытуемых были выявлены эмоциональные барьеры в межличностном общении в контексте коммуникативной компетентности будущих врачей, что говорит о необходимости улучшения качества преподавания по психологическим дисциплинам и навыкам коммуникации [70].

Психологически важным качеством, обеспечивающим успешную коммуникативную компетентность в системе взаимоотношений «врач – больной» является общительность. С целью изучения *уровня общительности* у студентов использовалась методика В.Ф. Ряховского «Оценка уровня общительности». В результате проведенного исследования было установлено, что 48% опрошенных имеют высокий уровень общительности, свидетельствующий о том, что данная категория студентов способна легко устанавливать контакт, разговорчива, любит высказываться по разным вопросам, охотно знакомится с новыми людьми, любит быть в центре внимания, никому не отказывает в просьбах, хотя и не всегда может их выполнить и старается принимать участие во всех дискуссиях. У 51% испытуемых был выявлен средний уровень, для которого характерны открытость, легкость и общительность, а у 1% опрошенных был выявлен низкий уровень, свидетельствующий о необщительности и замкнутости, новая работа и необходимость новых контактов выводят их из равновесия.

Сравнение выраженности уровня общительности у студентов различных медицинских специальностей свидетельствует о том, что на стоматологическом (49%) и медико-профилактическом факультетах (52%) преобладает высокий уровень общительности, а на педиатрическом (55%) и лечебном (53%) факультетах наиболее представлен средний уровень общительности (таблица 3.11).

Таблица 3.11 – Распределение испытуемых по уровням общительности по всей выборке у студентов различных медицинских специальностей

Уровень	Стоматологический факультет		Медико-профилактический факультет		Педиатрический факультет		Лечебный факультет	
	(n=150)	%	(n=201)	%	(n=81)	%	(n=181)	%
Низкий	3	3	1	1	1	1	0	0
Средний	73	48	96	47	100	55	96	53
Высокий	74	49	104	52	80	44	85	47

В целом у студентов наблюдается высокий (48%) и средний (51%) уровни общительности, свидетельствующие о том, что эти студенты не теряются в новой обстановке, быстро находят новых друзей, постоянно стремятся расширить круг своих знакомых, занимаются общественной деятельностью, помогают близким, друзьям, проявляют инициативу в общении, способны принять самостоятельное решение в трудной ситуации. Все это они делают не по принуждению, а согласно внутренним устремлениям.

Психологически важным качеством, обеспечивающим успешную коммуникативную компетентность в системе взаимоотношений «врач – больной» является коммуникативная толерантность.

Для определения *уровня коммуникативной толерантности* у студентов использовалась методика В.В. Бойко «Диагностика коммуникативной толерантности». В ходе проведённого исследования было установлено, что более половины респондентов (45%) имеют высокий уровень коммуникативной толерантности. Демонстрация высокого уровня коммуникативной толерантности характерна для особого, так называемого синергического коммуникативного стиля. Средний уровень коммуникативной толерантности выявлен у 54% опрошенных, свидетельствующий об умении находить общий язык с больными, темы для общения с разными категориями людей в различных ситуациях, умении слушать собеседника, отсутствии агрессии по отношению к окружающим людям, высокой адаптивности. И 1% студентов имеют низкий уровень коммуникативной толерантности, который выражается в активных деструктивных формах поведения будущего врача при взаимодействии с больными, провоцируя конфликты и демонстрируя тем самым неумение приспосабливаться в общении, неумение скрывать или сглаживать неприятные чувства, а также избирательное проявление толерантности в общении.

Сравнение уровня коммуникативной толерантности у представителей различных факультетов показало, что у студентов всех факультетов

преобладает средний и высокий уровень, а у студентов стоматологического, медико-профилактического и педиатрического факультетов наблюдается и низкий уровень коммуникативной толерантности (таблица 3.12) [70].

Таблица 3.12 – Распределение испытуемых по уровням коммуникативной толерантности по всей выборке у студентов различных медицинских специальностей

Уровень	Стоматологический факультет		Медико-профилактический факультет		Педиатрический факультет		Лечебный факультет	
	(n=50)	%	(n=201)	%	(n=181)	%	(n=181)	%
Низкий	3	2	3	2	2	1	0	0
Средний	79	53	115	57	102	56	89	49
Высокий	68	45	83	41	77	43	92	51

Таким образом, средний и высокий уровень развития коммуникативной толерантности у студентов-медиков как будущих субъектов труда, которым предстоит взаимодействие с людьми в профессиональной деятельности, является важным средством создания комфортности их вхождения в новую для себя среду.

На основании вышеизложенного следует, что коммуникативная толерантность как составляющая коммуникативной компетентности будущего субъекта труда – это одно из важнейших профессиональных качеств, смысл которой выражается в высоком уровне межличностного взаимодействия на основе социальных, психологических и культурных особенностей больного на всех этапах терапевтического союза, что обеспечивает эффективность общения с разными категориями пациентов.

Для исследования *профессиональной коммуникативной компетентности* будущего субъекта труда был использован тест «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (ПККВ), который был разработан Н.В. Яковлевой под руководством профессора Л.П. Урванцева [149].

В результате проведенного эмпирического исследования с целью изучения уровня профессиональной коммуникативной компетентности у студентов медицинского университета были получены следующие общие результаты (таблица 3.13).

Таблица 3.13 – Распределение испытуемых по уровням профессиональной коммуникативной компетентности по всей выборке

Блоки	Уровень	Всего	
		Количество (n=713)	%
1-й блок (КИ)	Низкий	1	0
	Средний	629	88
	Высокий	83	2
2-ой блок (ПИ) -	Низкий	109	15
	Средний	591	83
	Высокий	13	2
3-ий блок (КУ)	Низкий	0	0
	Средний	565	79
	Высокий	148	21
4-ый блок (ПУ)	Низкий	11	2
	Средний	687	96
	Высокий	15	2

Из таблицы 3.13 видно, что у 88% респондентов наблюдается средний уровень общих коммуникативных ценностей (КИ), который характеризуется ярко выраженной потребностью в общении и установлением продуктивных контактов с людьми, а также умением контролировать себя, управлять выражением своих эмоций и состояний;

– у 83% респондентов выявлен средний уровень коммуникативных умений (КУ), который свидетельствует о том, что эти студенты хорошие собеседники, умеют слушать, понять, оценить и принять позицию другого, выбрать вербальные и невербальные средства общения в соответствии с его целями и задачами, доброжелательны, эмоционально отзывчивы, коммуникабельны;

– у 79% испытуемых наблюдается средний уровень профессионально – инструментальных (ПИ) компетенций, свидетельствующий о том, что данная категория студентов способна найти общий язык, договориться с различными людьми, быть толерантной, открытой и искренней;

– у 96% испытуемых преобладает средний уровень профессиональных умений (ПУ).

Эмпирическое исследование показало также, что степень развития коммуникативной компетентности будущих врачей по факультетам является также средневыраженной. В то же время можно отметить, что наиболее сильно выражены коммуникативные ценности (КИ) у студентов педиатрического (12%) и лечебного факультетов (14%), а коммуникативные умения (КУ) наиболее выражены у студентов педиатрического факультета (3%) и медико-профилактического факультета (2%). Важно подчеркнуть, что у студентов педиатрического факультета высокий уровень профессионально-инструментальных (ПИ) компетенций встречается чаще (23%), чем у студентов других факультетов.

Таким образом, изучение профессионально важных качеств, формирующих коммуникативную компетентность у будущих субъектов труда (коммуникативный контроль, эмпатические способности, коммуникативная толерантность, умение управлять эмоциями, общительность), позволило нам в дальнейшем разработать и внедрить в образовательный процесс программу психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, которая нами представлена в разделе 3.2 диссертационного исследования.

3.2 Структура и содержание программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения

В основу разработки программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения положены значительные теоретические положения теории личности как активного развивающегося субъекта (А.К. Альбуханова-Славская [1], Л.А. Петровская [116], С.Л. Рубинштейн [131]), основные положения теории психологической компетентности в общении (Е.Ю. Васильева [31], Ю.Н. Емельянов [47], Е.М. Кузьмина [78], А.К. Маркова [96], Л.М. Митина [100], Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер [135]), принципы и правила построения психологического тренинга и системы методов активного обучения (Е.С. Сидоренко [133], С.В. Петрушин [117] и др.).

Программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения предполагает осуществление целенаправленной, последовательной и поэтапной деятельности, и состоит из трех этапов:

- 1) овладение студентами базовыми коммуникативными навыками;
- 2) развитие коммуникативных навыков в системе «врач – пациент»;
- 3) овладение специализированными коммуникативными навыками, связанными с особенностями профессиональной специализации [104].

Данная программа рассчитана на шесть месяцев, состоит из трех этапов и направлена на формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

На первом этапе обучения работу по формированию коммуникативной компетентности целесообразно начинать с овладения студентами базовыми

навыками, которые необходимы всем специалистам, работающим в системе «человек-человек». Основная цель данного этапа – приобретение навыков эффективной межличностной коммуникации с любым партнером вне профессиональной сферы. Развитие базовых навыков осуществляется в течение первого и второго курсов обучения. Такое распределение объясняется следующими факторами: на первом и втором курсах студенты изучают общеобразовательные дисциплины, не обучаются на медицинских базах и не имеют опыта профессионального общения и взаимодействия [104]. Также опыт преподавания коммуникативных навыков в медицинском вузе показывает, что многие студенты на начальном этапе профессионального обучения имеют личностные особенности (неадекватно заниженную или завышенную самооценку, высокий уровень интровертированности, отсутствие коммуникативной направленности, низкий уровень эмпатии), которые могут создавать барьер и препятствовать осуществлению эффективной коммуникации. Знание закономерностей коммуникативного процесса и приобретение базовых навыков коммуникации способствует и психологической коррекции личности будущего субъекта труда. Основными базовыми коммуникативными навыками эффективной коммуникации являются.

1. Умение устанавливать контакт с собеседником (презентовать себя; представиться; производить благоприятное впечатление: улыбка, взгляд, тон голоса, интонация; умение контролировать свои невербальные проявления).

2. Умение рефлексивно слушать собеседника и понимать содержание его высказываний, используя техники: выяснения, перефразирования, резюмирования (проявлять соучастие и интерес к партнеру; выслушивать, выяснять проблему партнера; развивать мысли партнера; прояснять, конкретизировать проблему партнера; выражать свое отношение к высказываниям партнера).

3. Умение считывать невербальную информацию собеседника для понимания его психологического состояния (осознавать и понимать

невербальные сигналы партнера; понимать интонационные особенности речи партнера; эмоциональное состояние партнера по общению).

Необходимо также отметить, что на данном этапе проводится входная психологическая диагностика, включающая в себя опросники, тесты и методики:

- «Диагностика коммуникативной толерантности» (В.В. Бойко),
- «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко),
- «Уровень общительности» (В.Ф. Ряховский).

По итогам проведения входной диагностики коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза начинается следующий этап – процесс формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, который представлен двумя блоками.

Первый блок – это спецкурс «Коммуникативная компетентность врача», который включает в себя цикл лекционных, семинарских и практических занятий, направленных на овладение студентами базовыми навыками, которые необходимы всем специалистам, работающим в системе «человек-человек» (таблица 3.14).

Спецкурс «Коммуникативная компетентность врача» реализуется параллельно с тренингом «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей» и состоит из девяти занятий. Стоит отметить, что каждое занятие нацелено на повышение уровня коммуникативной компетентности и осознание необходимости актуализации собственных резервов в общении, а также на формирование позитивной установки у студентов медицинского вуза в профессиональном обучении (приложение 3) [72].

Таблица 3.14 – Программа спецкурса «Коммуникативная компетентность врача»

Занятие 1		
Тема занятия	Цель занятия	Аннотированное содержание темы
Основные положения теории коммуникации. Приемы и алгоритмы эффективной коммуникации в медицине.	Изучить основные положения теории коммуникации в психологических исследованиях, а также приемы и алгоритмы эффективной коммуникации в медицине.	Определение понятия «коммуникация». Основные принципы и цели коммуникации в здравоохранении. Схема коммуникации. Базовые коммуникативные навыки взаимоотношений «врач-пациент»: приветствие пациентов, активное слушание, эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка, взаимоотношение сотрудничества, закрытое интервью, навыки сбора информации, молчание, управление потоком информации, суммирование.
Занятие 2		
Психологические основы коммуникативного процесса.	Развить представление о сущности коммуникативных процессов и о том, как они влияют на взаимодействие врача и пациента.	Коммуникативный процесс. Тактические средства общения. Позиции коммуникатора. Общая характеристика социальной перцепции. Характеристики субъекта, объекта и процесса социального восприятия и познания. Эффекты и ошибки социальной перцепции. Аттракция и рефлексия как механизмы социальной перцепции. Вербальная и невербальная коммуникация. Типы и виды взаимодействия. Формирование навыков межличностного общения (активное слушание, ведение беседы, типы вопросов, обратная связь).

Занятие 3		
Коммуникативная компетентность врача и ее характеристики.	Изучить структуру, а также психологические факторы, повышающие и понижающие коммуникативную компетентность врача.	Понятие «коммуникативная компетентность врача». Структура и содержание коммуникативной компетентности врача. Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача. Психологические характеристики, снижающие коммуникативную компетентность врача.
Занятие 4		
Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации.	Изучить модель медицинской консультации для эффективного общения с пациентами.	Пациент-ориентированная модель общения врача при оказании медицинской помощи. Начало консультации. Сбор информации. Объяснение и планирование. Завершение консультации.
Занятие 5		
Коммуникативные навыки, необходимые при первичной беседе с пациентом.	Изучить коммуникативные навыки, необходимые при первичной беседе с пациентом.	Использование навыка самопрезентации. Установление контакта. Использование навыка зрительного контакта. Использование навыка активного слушания. Использование навыка постановки закрытых и открытых вопросов. Использование навыка работы с депрессивными, тревожными и конфликтными пациентами.
Занятие 6		
Комплаенс в медицине. Виды комплаенса.	Рассмотреть понятие «комплаенс» в медицине, а также виды комплаенса.	Понятие «комплаенс» в медицине. История становления понятия «комплаенс» в медицине. Как работает медицинский комплаенс? Виды комплаенса в медицине.

		Способы повышения уровня комплаенса в медицине.
Занятие 7		
Барьеры, препятствующие эффективному общению врача с пациентом. Конфликты и пути их разрешения.	Изучить барьеры, препятствующие эффективному общению врача с пациентом; рассмотреть конфликты в медицинской практике и пути их разрешения.	Конфликт в медицинской практике. Стратегия и тактика предотвращения конфликта. Причины конфликтов и возможные пути решения конфликтных ситуаций в медицинской практике.
Занятие 8		
Коммуникативные навыки врача в трудных и чрезвычайных ситуациях.	Изучить коммуникативные навыки в трудных и чрезвычайных ситуациях.	Отношения с пострадавшими в системе «врач – пациент». Сообщение печальных новостей. Этические аспекты работы врача с умирающим больным, с его родственниками.
Занятие 9		
Этические основы профессиональной коммуникации в медицине.	Рассмотреть этические основы профессиональной коммуникации в медицине.	Этические аспекты коммуникации врача и пациента. Мотивы и ценности. Этические аспекты конфликтов, возникающих в медицинской практике. Законодательство и этика. Автономия и информированное согласие. Долг, милосердие, конфиденциальность, справедливость и честность как этические категории, их роль в коммуникативном процессе.

Второй блок – это тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей» (приложение 4).

Основная цель тренинга состоит в развитии навыков вербального и невербального общения; отработке навыков эффективного общения в

системе «врач – пациент», аргументации своей точки зрения; развитии умений снижать эмоциональное напряжение пациента.

В тренинговую программу включены упражнения, ситуационные задачи, а также ролевые игры.

Целевой аудиторией данного тренинга выступили студенты первого, третьего и пятого курсов таких специальностей, как «Лечебное дело» и «Педиатрия».

В таблице 3.15 представлена программа тренинга «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей. Данная программа тренинга состоит из трех модулей, в каждом из которых по четыре занятия (приложение 4).

Первый модуль «Базовые коммуникативные навыки» направлен на овладение студентами базовыми коммуникативными навыками.

Второй модуль «Коммуникативные навыки в системе “врач – пациент”» направлен на развитие навыков профессионального общения в ситуациях «врач – пациент».

Третий модуль «Специализированные коммуникативные навыки» связан с особенностями профессиональной специализации студентов медицинского вуза и направлен на укрепление доверия пациентов к профессионализму будущего субъекта труда в контексте эффективности процесса и результата лечения.

Таблица 3.15 – Программа тренинга «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей»

Модуль 1. Базовые коммуникативные навыки	
Занятие 1. «Вводное» Цель: создание психологической атмосферы в группе, содержательное определение целей и задач тренинга.	Упражнения: «Приветствие», «Представление», «Комплимент».
Занятие 2. «Вербальная и невербальная коммуникация» Цель: развитие навыков вербального и	Упражнения: «Приветствие», «Скульптура»,

невербального общения, снятие эмоционального напряжения; отработка навыков эффективного общения, аргументация своей точки зрения; анализ межличностного взаимодействия; развитие способностей выражать свои чувства, мысли, переживания.	«Найди свое животное», «Разговор через стекло», «Шеренга».
Занятие 3. «Коммуникация чувств и эмоций» Цель: развитие умений снижать эмоциональное напряжение пациента; развитие толерантности, способности к эмпатии.	Упражнения: «Беседа об эмоциях и чувствах», «Мое эмоциональное состояние», «МПС», «Групповое рисование».
Занятие 4. «Тренинг сензитивности» Цель: развитие доверительных отношений, обеспечивающих возможность установления контакта и взаимодействия в группе; развитие навыков эффективного вербального и невербального общения; развитие сензитивности, толерантности, способности к эмпатии; переживание телесных ощущений в отношениях «доверия-недоверия».	Упражнения: «Поздороваемся!», «Печатная машинка», «Слепой и поводырь», «Дождь».
Модуль 2. Коммуникативные навыки в системе «врач – пациент»	
Занятие 5 «Профессиональные навыки слушания и понимания пациента» Цель: развитие навыков активного слушания, в системе «врач – пациент»; развитие умений задавать открытые вопросы, сплочение группы.	Упражнения: «Самопрезентация», «Гений общения», «Пространство», «Образ достижений».
Занятие 6 «Начало консультации: как установить контакт с пациентом». «Информирование пациента» Цель: формирование навыков, необходимых для установления контакта с пациентом на начальном этапе консультации.	Лекция «Модель профилактического консультирования». Установление первичного контакта, приветствие и представление, объяснение своей роли и характер консультации, представление пациента, проявление интереса и уважения в системе «врач – пациент».

Занятие 7 «Расспрос пациента: сбор жалоб и анамнеза» Цель: формирование навыков общения, необходимых для сбора информации.	Лекция «Объяснение пациенту», ролевая игра, имитирующая типичные формы взаимодействия врача и пациента на этапе «Контроль понимания советов и готовность к их выполнению», упражнение на рефлекссию.
Занятие 8 «Завершение консультации» Цель: формирование умений подведения итогов консультации в системе «врач – пациент» и пояснение пациенту порядка записи на углубленное профилактическое консультирование.	Работа в подгруппах, ролевая игра, имитирующая типичные формы взаимодействия врача и пациента на этапе «Завершение консультирования», упражнение на рефлекссию.
Модуль 3. Специализированные коммуникативные навыки	
Занятие 9 «От сопротивления пациента к комплаентности: техники сопротивления» Цель: рассмотрение основных механизмов возникновения сопротивления пациента рекомендациям врача, комплаентности.	Лекция «От сопротивления пациента к комплаентности: техники сопротивления», работа в подгруппах, ролевая игра, упражнение на рефлекссию.
Занятие 10 «Профилактика конфликта и техники выхода из конфликтной ситуации» Цель: изучение стратегий и тактик предотвращения конфликта; рассмотрение принципов общения с конфликтными пациентами, а также изучение причин конфликтов и возможных путей решения конфликтных ситуаций во врачебной практике.	Лекция «Стратегия и тактика предотвращения конфликта», работа в подгруппах, ситуационные задачи, упражнение на рефлекссию.
Занятие 11 «Плохие новости: тактика сообщения пациенту» Цель: формирование навыка сообщения плохих	Лекция «Плохие новости: понятие, классификации, как

новостей; рассмотреть разницу между плохой новостью и неприятной новостью; изучить классификацию плохих и неприятных новостей с учетом своей врачебной специальности.	сообщить пациенту», упражнения на самосовладание, упражнение на рефлекссию.
Занятие 12 «Общение с пациентами пожилого возраста» Цель: изучить особенности общения с пациентами пожилого возраста на различных этапах медицинской консультации; рассмотреть основные стратегии общения с пожилыми пациентами.	Лекция «Общение с пациентами пожилого возраста»; упражнения: «Я расту».

Следует подчеркнуть, что, начиная с первого и до третьего этапа (шесть месяцев) реализуются спецкурс и тренинг коммуникативной компетентности у будущих субъектов труда, которые являются основными компонентами программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Основная задача второго этапа – развитие коммуникативных навыков в ситуациях «врач – пациент». Именно на третьем и четвертом курсах будущие субъекты труда начинают обучаться в медицинских клиниках: изучают базовые медицинские дисциплины, осваивают техники приема пациентов и приобретают опыт взаимодействия и общения с пациентами. Наблюдение за процессом приема пациентов, опыт самостоятельной диагностики и лечения пациентов способствуют реализации базовых коммуникативных навыков в профессиональной деятельности. На этом этапе обучения студенты приобретают углубленные профессиональные коммуникативные навыки (таблица 3.14; 3.15) [104]. К значимым навыкам данного этапа можно отнести:

1) умение передавать информацию в соответствии с психологическими особенностями пациента;

2) владение навыками убеждающей речи (высказывать свою точку зрения; аргументировать свою речь; показать достоинства новых технологий

и материалов для лечения; снимать напряжение в разговоре с помощью юмора; гибко реагировать на возражение пациента).

На пятом и шестом курсах обучения будущие субъекты труда приобретают специализированные коммуникативные навыки, связанные с особенностями профессиональной специализации (таблица 3.14; 3.15).

Основная цель третьего этапа развития коммуникативных навыков – формирование позитивного впечатления у пациентов о своем профессионализме, об эффективности процесса и результата лечения. Именно на этом этапе все приобретенные ранее навыки должны приобрести устойчивый характер и способствовать формированию коммуникативной компетентности, интегрального профессионально важного качества, влияющего на эффективность деятельности и успешность профессиональной самореализации [104].

Психологическими характеристиками такого интегрального профессионально важного качества, являющегося результатом высокого уровня коммуникативного мастерства и свободы в профессиональном общении, являются высокий уровень включенности в профессиональное взаимодействие, отсутствие фрустрированности и напряженности в процессе общения, высокая контактность, коммуникативный контроль, умение управлять эмоциями, эмпатия, совместимость, гибкость, адаптивность и хорошие навыки саморегуляции. Основные коммуникативные навыки этого этапа связаны с умением специалиста устанавливать прочные доверительные отношения и эффективно сотрудничать с пациентом.

Завершается программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза оценкой уровня коммуникативной компетентности у студентов-медиков с помощью теста «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева).

Все вышеописанное обобщено и представлено в единой программе психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза в таблице 3.16.

Данная программа состоит из девяти этапов, рассчитана на шесть месяцев и, включает в себя спецкурс «Коммуникативная компетентность врача» и тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей».

Таблица 3.16 – Программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения

Период	Этап	Описание мероприятий
Первый и второй месяцы	Этап 1 (1 курс)	Проведение входной психологической диагностики с использованием следующих инструментов: – методика «Диагностика коммуникативной толерантности» (В.В. Бойко), – методика «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко), – тест «Уровень общительности» (В.Ф. Ряховский).
		1) Обучение: программа спецкурса «Базовые коммуникативные навыки», занятие 1–3 (таблица 3.1). 2) Обучение: программа тренинга «Базовые коммуникативные навыки», занятие 1–4 (таблица 3.2); 3) Самостоятельная работа: отработка на практике полученных знаний. 4) Психологическое просвещение в виде лекций и бесед.
		Проведение повторной психологической диагностики с использованием следующих диагностических инструментов: – методика «Диагностика коммуникативной толерантности» (В.В. Бойко), – методика «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко), – тест «Уровень общительности» (В.Ф. Ряховский).
Третий и четвертый месяцы	Этап 2 (3 курс)	Проведение входной психологической диагностики с использованием следующего инструмента: – методика «Оценка самоконтроля в общении» (М. Снайдера), – методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В.В. Бойко).
		1) Обучение: Блок 2. Коммуникативные навыки в системе «врач – пациент». Занятие 4–6 (таблица 3.1). 2) Обучение: Блок 2. Коммуникативные навыки в системе «врач – пациент».

		Занятие 5–9 (таблица 3.2); 3) Самостоятельная работа: отработка на практике полученных знаний. 4) Психологическое просвещение в виде лекций и бесед.
		Проведение повторной психологической диагностики с использованием следующего инструмента: – методика «Оценка самоконтроля в общении» (М. Снайдера), – методика «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В.В. Бойко).
	Пятый и шестой месяцы	Проведение входной психологической диагностики с использованием следующего инструмента: – методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева).
		1) Обучение: Блок 3. Специализированные коммуникативные навыки. Занятие 7–9 (таблица 3.1). 2) Обучение: Блок 3. Специализированные коммуникативные навыки. Занятие 10–12 (таблица 3.2); 3) Самостоятельная работа: отработка на практике полученных знаний. 4) Психологическое просвещение в виде лекций и бесед.
	Этап 3 (5курс)	Проведение повторной психологической диагностики с использованием следующего инструмента: – методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева).

В целом на всех этапах процесса формирования коммуникативной компетентности в программу психологического сопровождения включаются лекции, практические, семинарские занятия, а также клинические ситуации, ролевые игры и круглые столы, направленные на психологическое просвещение будущих субъектов труда.

Таким образом, исходя из пятой задачи диссертационного исследования, на данном этапе нами была разработана и представлена программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, состоящая из спецкурса «Коммуникативная компетентность врача» и тренинга «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей». Далее нами проведена оценка эффективности программы психологического сопровождения формирования коммуникативной

компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения результаты которой представлены в разделе 3.3.

3.3 Оценка эффективности программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения

После реализации программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения со студентами педиатрического и лечебного факультетов проведена повторная диагностика показателей коммуникативной компетентности, которая имела избирательный характер.

Со студентами 1-го курса лечебного и педиатрического факультетов повторно проводилась диагностика таких показателей коммуникативной компетентности, как коммуникативная толерантность, общительность, а также эмпатия по следующим методикам:

- «Диагностика коммуникативной толерантности» (В.В. Бойко),
- «Диагностика уровня эмпатических способностей» (В.В. Бойко),
- «Уровень общительности» (В.Ф. Ряховский).

Вышеуказанные показатели коммуникативной компетентности мы выбрали исходя из того, что на первом этапе программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов-медиков является овладение ими базовыми коммуникативными навыками. Исходя из этого, основными базовыми компетенциями эффективной коммуникации у студентов медицинского вуза выступают:

- умение устанавливать контакт с собеседником;

- умение рефлексивно слушать собеседника и понимать содержание его высказываний, используя техники;
- умение считывать невербальную информацию собеседника для понимания его психологического состояния.

Основная цель данного этапа – приобретение навыков эффективной межличностной коммуникации с любым партнером вне профессиональной сферы. Развитие базовых навыков осуществляется в течение первого курса обучения.

Со студентами 3-го курса лечебного и педиатрического факультетов повторно проводилась диагностика по таким показателям коммуникативной компетентности у студентов-медиков, как умение коммуникативного контроля и умение управлять эмоциями в общении с одноклассниками, а также с пациентами с помощью таких методик как [104]:

- «Оценка самоконтроля в общении» (М. Снайдера),
- «Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении» (В.В. Бойко).

Данные показатели коммуникативной компетентности были выбраны исходя из того, что на втором этапе программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов-медиков является развитие коммуникативных навыков в ситуациях «врач – пациент». Именно на третьем курсе студенты начинают обучаться в медицинских клиниках: изучают базовые медицинские дисциплины («Профессиональная коммуникация в медицине», «Личностно-профессиональное развитие специалиста», «Психология межличностных отношений», «Биомедицинская этика и деонтология»), осваивают техники приема пациентов и приобретают опыт взаимодействия и общения с пациентами и родственниками.

Наблюдения за процессом приема пациентов, опыт самостоятельной диагностики и лечения пациентов способствует реализации базовых коммуникативных навыков в профессиональную деятельность. На этом этапе

обучения студенты приобретают углубленные профессиональные коммуникативные навыки [104]. К значимым навыкам данного этапа можно отнести умение передавать информацию в соответствии с психологическими особенностями пациента.

Со студентами 5-го курса лечебного и педиатрического факультетов повторно проводилась диагностика по таким показателям коммуникативной компетентности, как выраженность общих коммуникативных ценностей, а также степень включенности коммуникативной составляющей в профессиональную врачебную деятельность с помощью методики «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева) [72].

Для статистического подтверждения различий в показателях психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов на разных этапах профессионального обучения применялся непарный Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок. Результаты статистических расчетов отражены в приложении 5 (таблицы 5.7 – 5.12). Таблица 3.17 показывает анализ различий в показателях психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического и лечебного факультетов.

Таблица 3.17 – Различия в показателях психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического и лечебного факультетов

Показатели коммуникативной компетентности	Лечебный ф-т				Педиатрический ф-т			
	До	После	Z	p	До	После	Z	p
Коммуникативная толерантность	38,50	39,93	3,21	0,001	42,76	43,50	2,69	0,006
Рациональный канал эмпатии	3,50	4,00	2,66	0,007	2,83	3,20	2,93	0,003
Эмоциональный канал эмпатии	3,46	3,76	2,52	0,011	3,50	4,00	2,66	0,007
Интуитивный канал эмпатии	2,80	3,40	2,93	0,003	3,03	3,86	3,29	0,000

Установки, способствующие эмпатии	3,80	4,13	2,36	0,017	3,73	4,13	2,66	0,006
Проникающая способность к эмпатии	3,56	3,96	2,80	0,005	3,13	3,76	2,93	0,003
Идентификация в эмпатии	3,26	3,80	2,93	0,003	3,06	3,83	3,51	0,000
Общительность	13,46	14,73	3,05	0,002	14,06	15,3	4,01	0,000

Представленные в таблице 3.17 расчеты произведены в программе Статистика 6.0, которая автоматически конвертирует критерий Вилкоксона в величину Z, отражающую величину критерия. Рисунок 3.25 показывает наглядно динамику показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета до и после реализации программы.



Рисунок 3.25 – Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета до и после реализации программы

Анализ данных рисунка 3.25 свидетельствует о том, что все показатели коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета после реализации программы повысились. Наиболее выражена динамика в развитии показателя «интуитивный канал эмпатии», где среднее значение увеличилось с 2,80 до 3,40 ($Z = 2,93$, $p < 0,01$). Это говорит о статистически значимом улучшении способности к пониманию чувств других людей на интуитивном уровне. Повысились также результаты по

показателю «рациональный канал эмпатии»: среднее значение увеличилось с 3,50 до 4,00 ($Z = 2,66$, $p < 0,01$).

Положительная динамика наблюдалась и в отношении показателя «установки, способствующие эмпатии» с увеличением среднего значения с 3,80 до 4,13 ($Z = 2,36$, $p < 0,05$). Статистически значимые изменения были зафиксированы по показателям «эмоциональный канал эмпатии» (с 3,46 до 3,76; $Z = 2,52$, $p < 0,05$), «проникающая способность к эмпатии» (с 3,56 до 3,96; $Z = 2,80$, $p < 0,01$) и «идентификация в эмпатии» (с 3,26 до 3,80; $Z = 2,93$, $p < 0,01$). Статистически значимое изменение по показателю «общительность» (среднее значение увеличилось с 3,46 до 4,73; $Z = 3,05$, $p < 0,01$) выразилось в способности легко устанавливать контакт с пациентами, откликаться на просьбы о помощи, быть открытыми для разных ситуаций общения. Положительная динамика по показателю «коммуникативная толерантность» ($Z = 38,50$ и $39,93$; $Z = 3,21$, $p < 0,01$) выразилась в более высоком уровне принятия индивидуальности другого человека, снижении категоричности в оценках людей, стремлении переделать, подогнать партнера под себя.

Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического факультета до и после реализации программы отражена на рисунке 3.26.

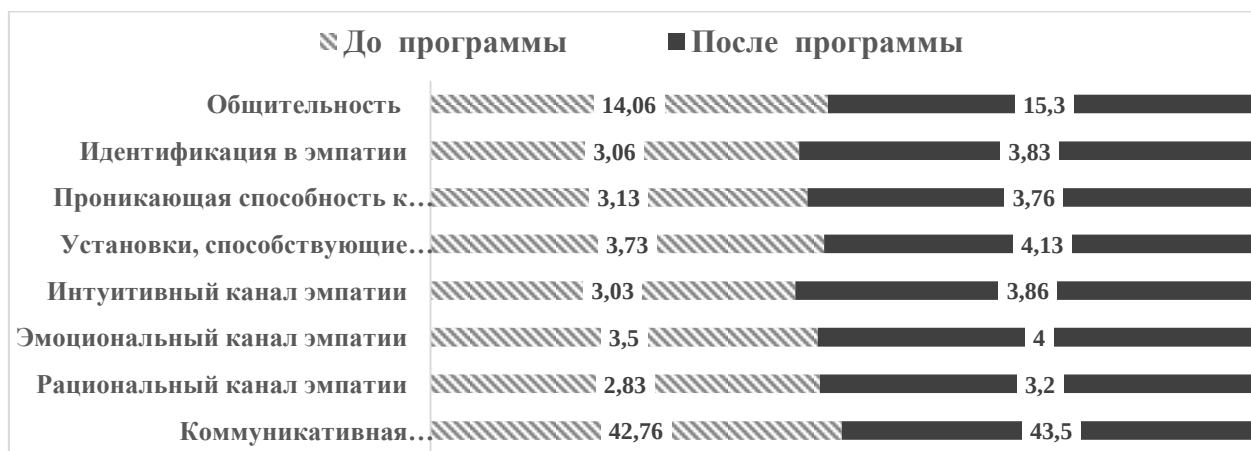


Рисунок 3.26 – Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического факультета до и после реализации программы

Результаты проведённого анализа показывают, что после реализации программы наблюдается статистически значимое увеличение по всем исследуемым показателям коммуникативной компетентности ($p < 0,01$ для большинства показателей). По показателю «общительность» среднее значение увеличилось с 14,06 до 15,3 ($Z = 4,01$, $p < 0,001$), по показателю «идентификация в эмпатии» – с 3,06 до 3,83 ($Z = 3,51$, $p < 0,001$), по показателю «интуитивный канал эмпатии» – с 3,03 до 3,86 ($Z = 3,29$, $p < 0,001$), по показателю «коммуникативная толерантность» – с 42,76 до 43,50 ($Z = 2,69$, $p < 0,01$), по показателю «рациональный канал эмпатии» – с 2,83 до 3,20 ($Z = 2,93$, $p = 0,001$), по показателю «эмоциональный канал эмпатии» – с 3,50 до 4,00 ($Z = 2,66$, $p < 0,01$), по показателю «установки, способствующие эмпатии» – с 3,73 до 4,13 ($Z = 2,66$, $p = 0,01$), по показателю «проникающая способность к эмпатии» – с 3,13 до 3,76 ($Z = 3,51$, $p < 0,001$). Полученные данные можно объяснить частым и тесным общением врачей-педиатров с пациентами, направленностью на общение и необходимостью развития эмпатии для лучшего понимания эмоциональных потребностей пациентов и их родственников.

Таблица 3.18 демонстрирует различия в показателях психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного и педиатрического факультетов.

Таблица 3.18 – Различия в показателях психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного и педиатрического факультетов

Показатели коммуникативной компетентности	Лечебный ф-т				Педиатрический ф-т			
	До	После	Z	p	До	После	Z	p
Неумение управлять эмоциями, дозировать их	1,63	2,40	2,93	0,003	1,96	2,70	3,29	0,000
Неадекватное проявление эмоций	2,50	2,96	2,36	0,017	2,63	3,06	2,66	0,007
Негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	2,10	2,60	2,36	0,017	2,00	2,73	2,93	0,003

Доминирование негативных эмоций	1,56	2,40	3,17	0,001	1,43	2,30	3,17	0,001
Нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе	1,50	2,63	3,40	0,000	2,00	2,60	3,05	0,002
Оценка самоконтроля в общении	5,23	5,93	2,80	0,005	5,56	6,30	3,05	0,002

Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного факультета до и после реализации программы отражена на рисунке 3.27.

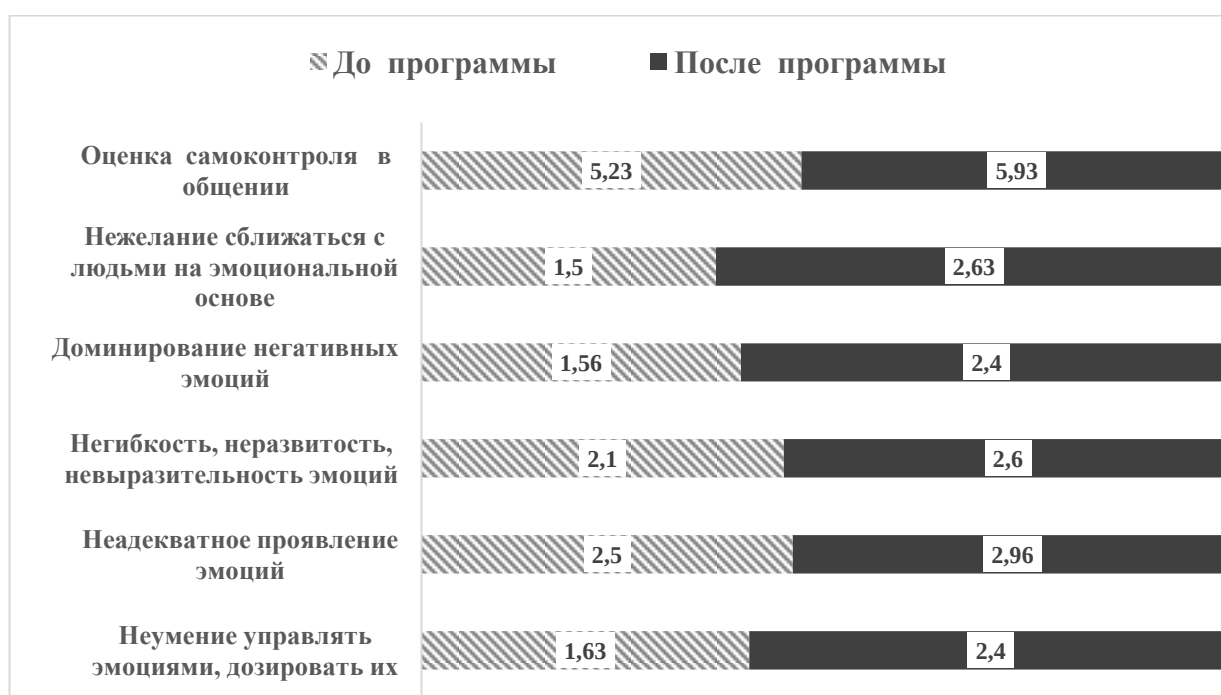


Рисунок 3.27 – Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного факультета до и после реализации программы

Наиболее выраженная динамика характерна для показателей «неумение управлять эмоциями, дозировать их» (среднее значение увеличилось с 1,63 до 2,40; $Z = 2,93$, $p < 0,01$), «доминирование негативных эмоций» (среднее значение увеличилось с 1,56 до 2,40; $Z = 3,17$, $p < 0,001$) и «нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе» (среднее значение увеличилось с 1,50 до 2,63; $Z = 3,40$, $p < 0,001$). Оценка самоконтроля в

общении у студентов лечебного факультета также повысилась (среднее значение увеличилось с 5,23 до 5,93; $Z = 2,80$, $p < 0,01$). Это выразилось в развитии способности лучше контролировать свои эмоциональные реакции, проявлять более высокую гибкость в общении, считаться с потребностями собеседника, подстраиваться под его манеру общения.

Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса педиатрического факультета до и после реализации программы отражена на рисунке 3.28.

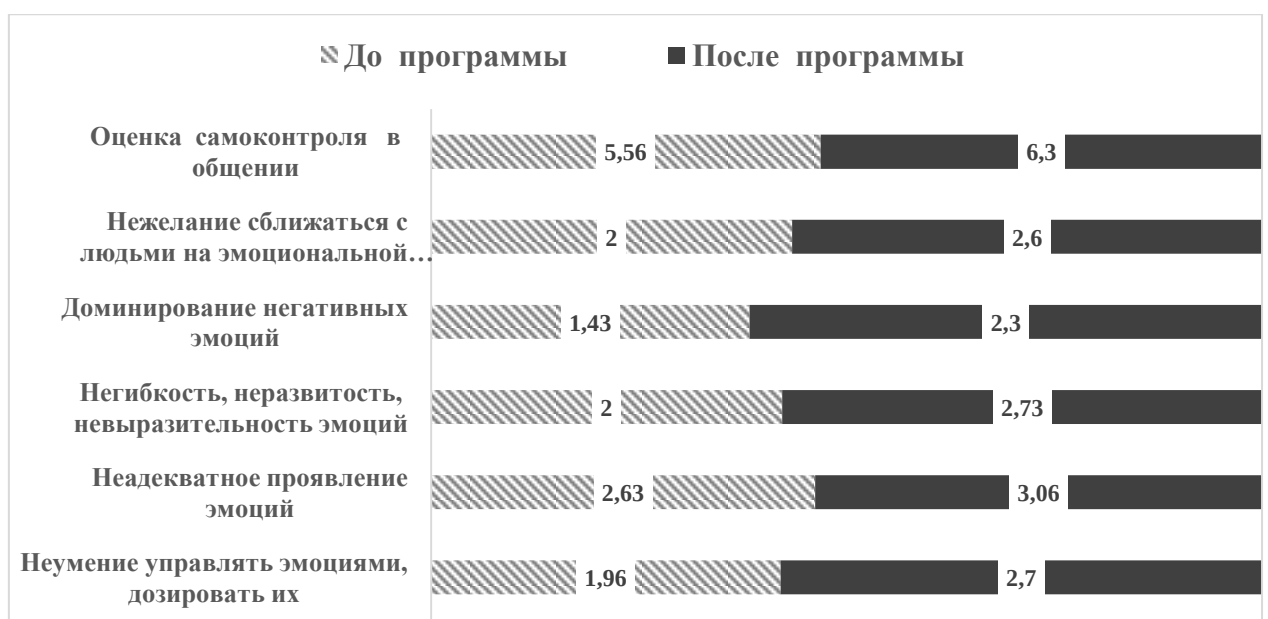


Рисунок 3.28 – Динамика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса педиатрического факультета до и после реализации программы

У студентов педиатрического факультета более выраженная динамика характерна для показателей «неумение управлять эмоциями, дозировать их» (среднее значение увеличилось с 1,96 до 2,70; $Z = 3,29$, $p < 0,001$), «доминирование негативных эмоций» (среднее значение увеличилось с 1,43 до 2,30; $Z = 3,17$, $p < 0,001$), «нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе» (среднее значение увеличилось с 2,00 до 2,73; $Z = 2,93$; $p < 0,01$). Выявленные показатели помех в установлении эмоциональных контактов после проведенной работы стали соответствовать

уровню, при котором эмоции являются барьером для общения. У студентов педиатрического факультета выраженная динамика характерна также для коммуникативного контроля (среднее значение увеличилось с 5,56 до 6,30; $Z = 3,05$, $p < 0,01$).

Обобщая результаты исследования, отметим, что у студентов двух групп наиболее выражена динамика в показателях «доминирование негативных эмоций» и «нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе». У студентов педиатрического факультета более выражена динамика в показателях «неумение управлять эмоциями, дозировать их» и «коммуникативный контроль» по сравнению со студентами лечебного факультета.

В таблице 3.19, а также в приложении 5 представлен анализ различий в показателях профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического и лечебного факультетов (таблица 5.17 – 5.21).

Таблица 3.19 – Анализ различий показателей профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса лечебного и педиатрического факультетов

Показатели коммуникативной компетентности	Лечебный ф-т				Педиатрический ф-т			
	До	После	Z	p	До	После	Z	p
Коммуникативно-инструментальный блок –	52,90	56,03	3,90	0,000	53,10	53,90	3,17	0,001
Коммуникативные умения	50,90	54,96	3,72	0,000	53,53	54,13	2,74	0,006
Профессионально-инструментальный блок –	53,43	55,86	3,72	0,000	55,26	55,86	2,78	0,005
Профессиональные умения	48,36	49,53	3,91	0,022	48,43	49,03	2,93	0,003

Динамика показателей профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса лечебного факультета отражена на рисунке 3.29.

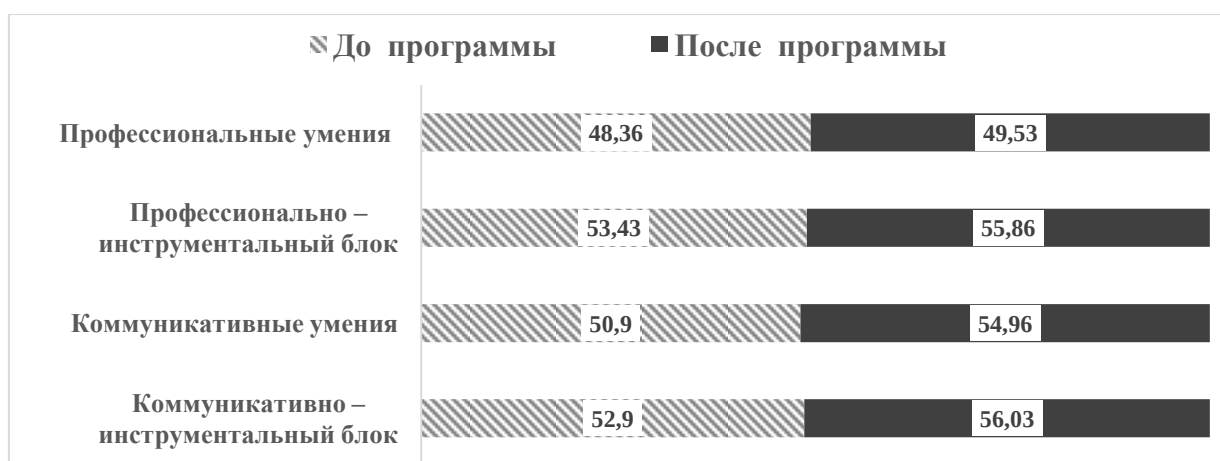


Рисунок 3.29 – Динамика показателей профессиональной коммуникативной компетентности студентов 5-го курса лечебного факультета

У студентов 5-го курса лечебного факультета положительная динамика характерна для показателя «коммуникативные умения» (среднее значение увеличилось с 50,90 до 54,96; $Z = 3,72$, $p < 0,001$), что отражает уровень владения коммуникативными техниками на основании самооценки. Менее всего изменился показатель «профессиональные умения» (среднее значение увеличилось с 48,36 до 49,53; $Z = 3,29$, $p < 0,05$). Это связано с тем, что предметом коррекции у будущих субъектов труда являлись прежде всего коммуникативные навыки.

Динамика показателей профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического факультета отражена на рисунке 3.30.



Рисунок 3.30 – Динамика показателей профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического факультета

У студентов 5-го курса педиатрического факультета более выражена динамика в развитии показателя «коммуникативные умения» (среднее значение увеличилось с 53,53 до 54,13; $Z = 2,74$, $p < 0,01$), менее выражена – в показателях «профессионально-инструментальный блок» (среднее значение увеличилось с 55,26 до 55,86; $Z = 2,78$, $p < 0,01$) и «профессиональные умения» (среднее значение увеличилось с 48,43 до 49,03; $Z = 2,93$, $p < 0,01$). Предположительно это обусловлено изначально более высоким уровнем профессиональной коммуникативной компетентности у студентов педиатрического факультета, осознанием актуальности коммуникативных умений для будущей профессиональной деятельности.

Анализ полученных данных показал, что у студентов 5-го курса лечебного факультета различия в показателях профессиональной коммуникативной компетентности определены на более высоком уровне статистической значимости, кроме показателя «профессиональные умения», динамика которого выше у студентов педиатрического факультета. Это свидетельствует о том, что студенты лечебного факультета более чувствительны к коррекционным воздействиям. У студентов 5-го курса двух специальностей наиболее выражена положительная динамика в показателе «коммуникативно-инструментальный блок».

Таким образом, статистически подтверждена эффективность программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза в профессиональном обучении.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3.

Результаты, представленные в разделе 3.1.1, подтверждают нашу первую частную гипотезу и свидетельствуют о том, что в данном диссертационном исследовании структура коммуникативной компетентности студентов различных медицинских специальностей рассматривается как сложное интегральное образование, состоящее из пяти компонентов.

Первый из них – *индивидуально-психологический*, который является основным и включает в себя личностные качества будущего субъекта труда (общительность, экстраверсию, устойчивый интерес к пациентам, настойчивость, ответственность за результаты своей деятельности, гибкость, понимание, уважение к другим и способность к сотрудничеству).

Второй компонент – *коммуникативно-установочный*, который включает установки, ценностные ориентации и мотивы в коммуникативной сфере (коммуникативные ценности и установки, такие как потребность в общении, ориентация на профессионально-социальные контакты, коммуникативная толерантность, общительность, а также негативные установки: нежелание сближаться с людьми как барьер в общении, способный привести к негибкости эмоций и доминированию негативных эмоций).

Третий компонент – *коммуникативно-инструментальный*, который включает в себя навыки и умения, необходимые для управления процессом общения, достижения эффективного воздействия на собеседников и оптимизации саморегуляции в общении (способность к эмпатии, управление эмоциями, самоконтроль в общении, умение выслушать собеседника и поддерживать с ним общение).

Четвертый компонент – *личностно-оценочный*, который представлен показателями отраженного самоотношения, самооценности, саморуководства, самоуверенности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения, а пятый компонент – *эмоционально-оценочный*, включающий

эмоциональную устойчивость, конфликтность, самообвинение, самопринятие, самоконтроль, самокритику, которые обеспечивают оценивание и анализ собственной коммуникативной компетентности.

Представленные в разделе 3.1.2 данные подтверждают нашу вторую частную гипотезу и свидетельствуют о том, что в содержательных характеристиках коммуникативной компетентности определены общие и специфические характеристики студентов медицинских специальностей.

Студенты обладают такими *общими характеристиками* коммуникативной компетентности, как средний уровень общительности, коммуникативного контроля, умений управлять эмоциями, коммуникативной толерантности и низкий уровень эмпатических способностей. *Специфические характеристики* выражаются в особенностях пластичности, доверчивости, настойчивости, любопытства, понимания, сотрудничества и коммуникативной установки в зависимости от медицинской специальности.

Установлены изменения в структуре коммуникативной компетентности у студентов медицинских специальностей на разных этапах профессионального обучения. Наиболее выражены они в коммуникативно-установочном и индивидуально-психологическом компонентах и наименее – в коммуникативно-инструментальном, личностно-оценочном и эмоционально-оценочном компонентах.

Изменения в структуре *коммуникативно-установочного компонента* коммуникативной компетентности проявились в снижении от второго к третьему курсу уровней профессиональных компетенций ($F = 3,24$; $p = 0,007$) и коммуникативных умений ($F = 4,42$; $p = 0,001$). Снижение уровня коммуникативных умений отмечено также у студентов педиатрического и лечебного факультетов от пятого к шестому курсу. Это можно объяснить невысокой оценкой студентами значимости коммуникативного компонента для своей профессиональной деятельности и недостаточным восприятием коммуникативных навыков как важной составляющей профессиональной Я-концепции. При переходе от второго к третьему курсу у будущих врачей

выявлен рост уровня коммуникативной толерантности ($F = 3,57$; $p = 0,003$). Значимое увеличение коммуникативной толерантности после первого курса объясняется необходимостью выстраивать взаимоотношения с новыми людьми в процессе обучения в университете. На третьем курсе этот показатель снижается, а на четвертом и шестом снова повышается. С третьего курса студенты приходят в клинику, взаимодействуют с пациентами, что требует внимательного и терпимого отношения, поэтому модель поведения будущего врача становится более эффективной, в связи с чем на старших курсах наблюдается увеличение данного показателя.

Изменения в структуре *индивидуально-психологического компонента* коммуникативной компетентности проявились в снижении уровня пластичности ($F = 7,24$; $p = 0,000$) от первого ко второму курсу. Общительность у будущих врачей снизилась от второго к четвертому курсу и повысилась от четвертого к шестому ($F = 2,40$; $p = 0,036$). Отмечено снижение уровней сензитивности ($F = 4,61$; $p = 0,000$), любопытства ($F = 4,46$; $p = 0,001$), любознательности ($F = 5,07$; $p = 0,000$), жизнерадостности ($F = 4,80$; $p = 0,000$), теплоты ($F = 4,60$; $p = 0,000$), в результате чего будущие субъекты труда становятся более серьезными, сдержанными, консервативными, реалистичными и практичными. Полученные данные можно объяснить формированием профессиональной и личностной компетентностей специалиста.

Изменения в структуре *коммуникативно-инструментального компонента* коммуникативной компетентности показали снижение уровня умения управлять эмоциями ($F = 2,32$; $p = 0,042$) и увеличение уровней логического мышления ($F = 4,21$; $p = 0,001$) и внимательности ($F = 4,42$; $p = 0,001$) от младших курсов к старшим. Установлена тенденция к снижению уровня интуитивного канала эмпатии ($F = 2,23$; $p = 0,05$) и открытости ($F = 3,18$; $p = 0,008$). Студенты становятся менее чувствительными ($F = 4,22$; $p = 0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у будущих субъектов труда на разных этапах

профессионального обучения наблюдаются социально-психологические затруднения, которые снижают результаты обмена информацией между будущим врачом и пациентом, приводят к нарушению согласованности их взаимодействия и препятствуют достижению между ними эффективного восприятия, понимания и оценивания друг друга.

Изменения в структуре *эмоционально-оценочного компонента* коммуникативной компетентности выявили отрицательную динамику уровней самообвинения ($F = 2,26$; $p = 0,047$), внутренней неустроенности ($F = 4,36$; $p = 0,001$), конфликтности ($F = 5,09$; $p = 0,000$) от третьего к пятому курсу обучения. Основной причиной снижения уровня самообвинения на старших курсах является преодоление студентами самого сложного периода обучения в вузе и принятие себя в качестве зрелой личности. На пятом курсе будущие субъекты труда достигают максимального уровня адаптации, происходит их переориентация с учебной деятельности на профессиональную.

Изменения в структуре *личностно-оценочного компонента* коммуникативной компетентности проявились в снижении уровня уважения других ($p < 0,01$) и самоконтроля в общении ($p < 0,01$) от первого к третьему курсу, что говорит об искренности и несдержанности в своих эмоциональных проявлениях в поведении с окружающими людьми.

На основании проведенного эмпирического исследования нами была разработана и апробирована программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, состоящая из трех этапов: овладение студентами базовыми коммуникативными навыками; развитие коммуникативных навыков в ситуациях «врач – пациент»; овладение специализированными коммуникативными навыками, связанными с особенностями профессиональной специализации. Данная программа рассчитана на шесть месяцев, состоит из трех этапов и направлена на формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского

вуза на разных этапах профессионального обучения. Программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза включает спецкурс «Коммуникативная компетентность врача», а также тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей». Программа спецкурса «Коммуникативная компетентность врача» рассчитана на 18 часов, из них: лекции – 6 часов, практические занятия – 6 часов, а также семинарские занятия – 6 часов. Программа тренинга «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей» состоит из трех модулей, в каждом из которых по четыре занятия. Первый модуль «Базовые коммуникативные навыки» направлен на овладение студентами базовыми коммуникативными навыками. Второй модуль «Коммуникативные навыки в системе “врач – пациент”» направлен на развитие навыков профессионального общения в ситуациях «врач – пациент». Третий модуль «Специализированные коммуникативные навыки» связан с особенностями профессиональной специализации студентов медицинского вуза.

Статистически подтверждена эффективность программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Таким образом, полученные результаты эмпирического исследования подтверждают диссертационные гипотезы, включая основную, что программа психологического сопровождения способствует формированию коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашей работе исследована проблема психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

1. Операционализировано понятие «коммуникативная компетентность студентов медицинского вуза как будущих субъектов труда», представляющее собой интегративное профессионально важное качество, которое проявляется в готовности и способности устанавливать и поддерживать эффективное взаимодействие с пациентами, их родственниками и медицинским персоналом.

2. Выявлена структура коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза, включающая следующие компоненты: *личностно-оценочный* (представлен показателями отраженного самоотношения, самооценности, саморуководства, самоуверенности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения), *индивидуально-психологический* (общительность, экстравертированность, устойчивый интерес к пациентам, любознательность, аккуратность, настойчивость, ответственность за результаты своей деятельности, пластичность, понимание, уважение других), *эмоционально-оценочный* (эмоциональная устойчивость, самоконтроль, самокритика), *коммуникативно-установочный* (коммуникативные ценности и установки: потребность в общении, ориентация на профессионально-социальные контакты, коммуникативную толерантность, общительность; негативную коммуникативную установку) и *коммуникативно-инструментальный* (способность к эмпатии, умение управлять эмоциями, оценка самоконтроля в общении, умение слушать собеседника, поддерживать общение, творческий склад мышления).

3. Определены *общие* (средний уровень общительности, коммуникативного контроля, умений управлять эмоциями, коммуникативной толерантности и низкий уровень эмпатических способностей) и

специфические (выражаются в особенностях пластичности, доверчивости, настойчивости, любопытства, понимания, сотрудничества и коммуникативной установки в зависимости от медицинской специальности) характеристики коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей как будущих субъектов труда.

Для студентов *лечебного факультета* характерен самый высокий уровень общительности: они в меньшей степени проявляют негативные эмоции по отношению к окружающим, реже склонны делать негативные выводы в области взаимоотношений с партнерами. Эта категория будущих субъектов труда характеризуется креативностью в общении, умением быстро приспосабливаться к внешним воздействиям, склонностью к сочувствующему и понимающему поведению, проявлением искреннего интереса, уважения, доброжелательности, доверия по отношению к собеседнику.

У студентов *стоматологического факультета* выявлен высокий уровень самоуважения, они характеризуются критическим отношением к себе, повышенным равнодушием и безразличием к переживаниям других людей, низкой гибкостью своего поведения и неумением управлять эмоциями, чаще обладают скрытыми негативными установками по отношению к окружающим и склонны проявлять к ним определенную подозрительность.

Студенты *медико-профилактического факультета* в межличностных взаимодействиях склонны к соперничеству или приспособлению, реже идут на компромисс в конфликтных ситуациях, характеризуются высоким уровнем коммуникативной толерантности и самоуважения, умеют управлять эмоциями, обладают развитым чувством эмпатии.

Для студентов *педиатрического факультета* характерно чувство безусловного принятия себя и других, искреннее любопытство и интерес к новым людям и событиям, доверчивость, эмпатия и настойчивость при установлении социальных взаимоотношений, при этом они демонстрируют

низкий уровень общительности, что проявляется в неумении управлять эмоциями.

Выявленные особенности коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей позволяют констатировать необходимость ее развития у студентов различных медицинских специальностей как интегрального профессионально важного качества – от базовых навыков через навыки профессионального общения в диаде «врач – пациент» к специализированным коммуникативным навыкам с целью повышения эффективности деятельности и успешности профессиональной самореализации.

4. Разработана и апробирована программа психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, состоящая из трех этапов: овладение студентами базовыми коммуникативными навыками; развитие коммуникативных навыков в ситуациях «врач – пациент»; овладение специализированными коммуникативными навыками, связанными с особенностями профессиональной специализации. Программа включает спецкурс «Коммуникативная компетентность врача» и тренинг «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей».

Статистически подтверждена эффективность программы психологического сопровождения формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения. Программа оказалась эффективной для развития всех показателей коммуникативной компетентности у студентов 1, 3 и 5-го курсов лечебного и педиатрического факультетов. У студентов 1-го курса двух специальностей разработанная программа оказалась наиболее эффективной для интуитивного канала эмпатии, идентификации в эмпатии и общительности. У студентов 3-го курса двух специальностей наиболее

выражена динамика в показателях «доминирование негативных эмоций», «нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе». У студентов 5-го курса двух специальностей более выражена положительная динамика в коммуникативно-инструментальном блоке и развитии коммуникативных умений.

Полученные результаты эмпирического исследования подтверждают диссертационные гипотезы, включая основную: программа психологического сопровождения способствует формированию коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

Полагая, что впервые в психологии труда проанализировано психологическое сопровождение формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, целесообразно обозначить возможные перспективы дальнейших исследований. Одним из направлений исследований может выступить создание комплексной модели формирования коммуникативной компетентности студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения, общей целью которой является формирование гармонично развитой личности студента медицинского вуза как будущего субъекта труда.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская, К. А. Принцип субъекта в отечественной психологии / К. А. Абульханова-Славская // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2005. – Т. 2. – № 4. – С. 321.
2. Актуальные проблемы биомедицинской этики и коммуникаций в здравоохранении : учебно-методическое пособие / А. И. Климович [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 196 с.
3. Александрова, Н. В. Коммуникативная компетентность: эффективность в профессии / Н. В. Александрова, В. А. Тарабанова, Э. Г. Эйдемиллер // Журн. практ. психолога. – 1999. – № 7/8. – С. 36–41.
4. Алексеева, Л. Л. Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / Л. Л. Алексеева. – СПб., 2002. – 174 л.
5. Амлаев, К. Обучение студентов эффективной коммуникации / К. Амлаев, В. Кошель, А. Ходжаян // Врач. – 2017. – № 4. – С. 80–82.
6. Ананьев, Б. Г. Некоторые проблемы психологии взрослых / Б. Г. Ананьев // Психология развития / С.-Петербург. гос. ун-т ; гл. ред. Е. Н. Строганова. – СПб., 2001. – С. 298–329.
7. Андреева, Г. М. Общение и межличностное отношение / Г. М. Андреева // Хрестоматия по психологии / Л. Я. Аверьянов [и др.] ; под ред. Л. Я. Аверьянова. – М., 2013. – С. 75–109.
8. Анкваб, М. Ф. Формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях региона : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / М. Ф. Анкваб ; Сев.-Осет. гос. ун-т. – Владикавказ, 2012. – 22 с.
9. Анцыферова, Л. И. К психологии личности как развивающейся системы / Л. И. Анцыферова // Психология формирования и развития личности / Акад. наук СССР, Ин-т психологии ; отв. ред. Л. И. Анцыферова. – М., 1990. – С. 3–18.

10. Арасланова, А. Т. Педагогические условия формирования культуры профессионального общения студентов медицинского колледжа / А. Т. Арасланова // Вестн. Башк. ун-та. – 2007. – № 2. – С. 125–128.
11. Аргайл, М. Психология счастья : пер. с англ. / М. Аргайл ; общ. ред., вступ. ст. М. В. Кларина. – М. : Прогресс, 1990. – 332 с.
12. Артюхина, А. И. Профессионально-личностное развитие студентов в образовательной среде медицинского вуза : учеб. пособие / А. И. Артюхина. – Волгоград : Волгогр. гос. мед. ун-т, 2006. – 122 с.
13. Асриян, О. Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача / О. Б. Асриян // Педагогика. – №4. – 2016. – С. 93–97.
14. Баландина, Е. В. Коммуникативная компетентность медицинских работников / Е. В. Баландина // Высш. образование в России. – 2016. – № 11. – С. 152–153.
15. Беликова-Анкваб, М. Ф. О проблеме формирования профессиональной коммуникативной компетентности будущего врача в условиях региона / М. Ф. Беликова-Анкваб, З. К. Каргиева // Науч. проблемы гуманитар. исслед. – 2011. – № 11. – С. 84–90.
16. Битянова, М. Р. Модели деятельности психолога в образовательном; учреждении / М. Р. Битянова, Т. Беглова // Школьный психолог. 2015. – № 2. – С. 22–28.
17. Богданова, Л. В. Коммуникативная компетентность как компонент профессионализма и конкурентоспособности будущих (специалистов) менеджеров / Л. В. Богданова // Болонский процесс: реализация компетентностного подхода в сфере образования : сб. ст. / Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург, 2009. – С. 25–31.
18. Бодалев, А. А. Психология общения : избр. психол. тр. / А. А. Бодалев. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1996. – 256 с.
19. Бодров, В. А. Профессиогенетический подход к проблеме формирования профессионала / В. А. Бодров // Психология субъекта

профессиональной деятельности / Под ред. А. В. Брушлинского и А. В. Карпова. М. – Ярославль. – 2001. – С. 54–72.

20. Бодров, В. А. Психологическая адаптация к профессиональной деятельности: Основные направления и результаты современных исследований / В. А. Бодров, Л. Г. Дикая, А. Л. Журавлев // Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики. Выпуск 3 / Под ред. В. А. Бодрова, А. Л. Журавлева. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. – С. 9–32.

21. Бодров, В. А. Психология профессиональной пригодности. Учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – М. : ПЕР СЭ, 2020. – 519 с.

22. Бойко, В. В. Субъектные отношения во взаимодействии стоматолога с пациентом : учеб.-метод. пособие / В. В. Бойко, Т. Ш. Мчелидзе. – СПб. : Сударыня, [2005]. – 22 с.

23. Болотов, В. А. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе / В. А. Болотов, В. В. Сериков // Педагогика. – 2013. – № 10. – С. 8–14.

24. Борзова, Е. Ю., Панченко, Г. Д. Актуализация творческой и лидерской одаренности студентов медицинских вузов (Методические указания для преподавателей и студентов), Харьков, 2000. – С. 24.

25. Бугаева, И. О. Способы формирования коммуникативных навыков у студентов медицинских вузов: педагогический опыт / И. О. Бугаева, Н. А. Клоктунова, Е. А. Ремпель, С. В. Федюков, С. В. Слесарев // КПЖ. – 2021. – № 3 (146). – С. 109–115.

26. Бузина, Т. С. Определение стратегически важных направлений в работе психологической службы медицинского вуза / Т. С. Бузина, С. М. Олейников, И. В. Макарова // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2023. – №1. – С. 120–130.

27. Булгакова, Е. В. Профессиональное становление студентов вуза в процессе гуманитарной подготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Е. В. Булгакова. – Кемерово, 2005 – 230 с.

28. Буртовая, Н. В. Коммуникативная компетентность личности и социально-психологические факторы ее развития: на примере студентов – будущих педагогов-психологов : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Н. В. Буртовая. – Томск, 2004. – 176 л.

29. Ванчакова, Н. П. Исследование уровня готовности к целостному восприятию пациента у студентов медицинского вуза / Н. П. Ванчакова, А. И. Яременко, М. Н. Мальцева, Е. А. Вацкель, В. А. Денищенко // Ярославский педагогический вестник. – 2021. – № 5 (122). – С. 97–105.

30. Васильева, Е. Ю. Навыки общения с пациентами в стоматологической практике : учебное пособие / Е. Ю. Васильева, Г. Ф. Оводова, Л. Н. Кузьмина. – Москва : КНОРУС, 2023. – 212 с. – (Ординатура).

31. Васильева, Е. Ю. Согласованный подход в обучении коммуникативным навыкам в медицинском образовании: барьеры на пути реализации / Е. Ю. Васильева, Л. Б. Шубина // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2022. – № 4 (48). – С. 20–30.

32. Васильева, Л. Н. Исследование коммуникативной компетентности студентов-медиков на стадии завершения обучения в вузе / Л. Н. Васильева // Личность в современных исследованиях : сб. науч. тр. / Ряз. гос. мед. ун-т. – Рязань, 2008. – Вып. 11 : Материалы VIII международной научно-практической конференции «Проблемы развития личности: психологическое консультирование и психотерапия». – С. 159–164.

33. Васильева, Л. Н. Коммуникативная компетентность в профессионально-личностном становлении будущего врача : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Л. Н. Васильева ; Костром. гос. ун-т. – Кострома, 2010. – 24 с.

34. Василькова, А. П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов-медиков : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / А. П. Василькова ; С.-Петерб. мед. ун-т. – СПб., 1998. – 17 с.

35. Веселова, Е. К. Психологическая деонтология: мировоззрение и нравственность личности / Е. К. Веселова. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2012. – 313 с.

36. Винарчик, Е. А. Психология профессионального развития личности : учеб. пособие / Е. А. Винарчик, В. А. Капустина ; Владим. гос. ун-т им. А. Г. и Н. Г. Столетовых. – Владимир : Изд-во ВлГУ, 2020. – 96 с.

37. Воробьева, А. В. Коммуникативная компетентность молодого специалиста медицинского профиля как одна из основных квалификационных составляющих его профессиональной деятельности (обзор литературы) / А. В. Воробьева // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2017. – № 2. – С. 373–378.

38. Вялых, В. В. Формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих медицинских работников на этапе обучения в вузе / В. В. Вялых, В. В. Неволлина // Дискуссия. – 2015. – № 6(58). – С. 136–140.

39. Глушко, А. Н. Психолого-эргономические основы и средства профессионализации студентов медицинских вузов: автореф. дисс. докт. психол. наук. – М., 2006. – 44 с.

40. Горшунова, Н. К. Формирование коммуникативной компетентности современного врача / Н. К. Горшунова, Н. В. Медведев // Успехи соврем. естествознания. – 2010. – № 3. – С. 36–37.

41. Декман, И. Е. Психологическое сопровождение образовательного процесса в вузе / И. Е. Декман, Л. А. Овчинникова // АНИ: педагогика и психология. – 2020. – № 3 (32). – С. 329–332.

42. Демиденко, Н. Н. Актуальные проблемы психологического сопровождения развития профессионализма преподавателя высшей школы / Н. Н. Демиденко // Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология». – 2020. – № 4 (53). – С. 28–34.

43. Деркач, А. А. Психолого-акмеологические основания и средства оптимизации личностно-профессионального развития конкурентоспособного специалиста / А. А. Деркач // Акмеология. – 2012. – № 4 (44). – С. 11–17.

44. Деркач, А. А. Акмеологическая культура личности: содержание, закономерности, механизмы развития / А. А. Деркач, Е. В. Селезнева. – Москва ; Воронеж, 2016. – 250 с.

45. Дроздова, Н. В. Компетентностный подход как новая парадигма студентоцентрированного образования / Н. В. Дроздова, А. П. Лобанов. – Минск : Респ. ин-т высш. шк., 2021. – 99 с.

46. Дружилов, С. А. Психология профессионализма. Инженерно-психологический подход, 2-е изд., испр., доп. : Издательство «Гуманитарный Центр», 2017. – 360 с.

47. Емельянов, Ю. Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности / Ю. Н. Емельянов. – М. : Просвещение, 1995. – 183 с.

48. Жалагина, Т. А. Психолого-педагогическое сопровождение одаренных студентов в вузе / Т. А. Жалагина, М. В. Мороз // Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология». – 2013. – № 2. – С. 69–74.

49. Жалагина, Т. А. Психологическое сопровождение профессиональной деятельности педагогических работников в новых социальных условиях / Т. А. Жалагина // Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология». – 2022. – № 4. – С. 58–67.

50. Жарких, Н. Г. Особенности коммуникативной компетентности студентов с разными типами реакций в ситуациях фрустрации : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Н. Г. Жарких. – М., 2010. – 182 л.

51. Жданова, С. П. Психологическое сопровождение профессионального развития студентов-психологов / С. П. Жданова. – М. : Академия, 2018. – 205 с.

52. Жуков, Ю. М. Диагностика и развитие компетентности в общении : практ. пособие / Ю. М. Жуков, Л. А. Петровская, П. В. Растянников. – Киров : ЭНИОМ, 1991. – 94 с.

53. Забродина, Л. Н. Формирование профессионально-речевой культуры студентов медицинского вуза : диссертация на соискание ученой

степени кандидата педагогических наук : 13.00.08 / Л. Н. Забродина ; Тольяттинский государственный университет. – Тольятти, 2015. – 189 с.

54. Зеер, Э. Ф. Психология профессий : учебное пособие / Э. Ф. Зеер. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : Академический Проект, 2020. – 336 с.

55. Зеер, Э. Ф. Психология профессионального образования : учебник для вузов / Э. Ф. Зеер. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2024. – 395 с.

56. Зимняя, И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования / И. А. Зимняя // Высш. образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 34–42.

57. Иванов, Д. А. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструментарий : учеб.-метод. пособие / Д. А. Иванов, К. Г. Митрофанов, О. В. Соколова. – М. : Academia : Акад. повышения квалификации и преподгот. работников образования, 2013. – 98 с.

58. Калтаева, М. В. Теоретические и организационные основы становления и развития психологической службы вуза : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.07 / М. В. Калтаева ; Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т. – Нижний Новгород, 2011. – 265 с.

59. Карпов, А. В. Психология труда : учебник и практикум для вузов / А. В. Карпов [и др.] ; под редакцией А. В. Карпова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2022. – 364 с.

60. Кашницкий, В. И. Диагностика базового уровня коммуникативной компетентности личности / В. И. Кашницкий // Психология и практика : сб. науч. тр. / Костром. гос. ун-т. – Кострома, 2012. – Вып. 2. – С. 79–84.

61. Кидрон, А. А. Коммуникативная способность и ее совершенствование : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / А. А. Кидрон. – Л., 1981. – 199 л.

62. Кипиани, А. И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности : автореф. дис. ...

канд. психол. наук : 19.00.03 / А. И. Кипиани ; Сев.-Кавк. гос. техн. ун-т. – Ставрополь, 2006. – 23 с.

63. Киящук, Т. В. Психологическое сопровождение иностранных студентов в период обучения в российском вузе : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.01 / Киящук Тарас Васильевич ; Рос. ун-т дружбы народов. – Москва, 2009. – 239 с.

64. Климкович, И. Г. Модель специалиста медицинского профиля : лекция / И. Г. Климкович. – М. : Центр. ин-т усовершенствования врачей, 2009. – 34 с.

65. Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е. А. Климов. – Ростов н/Д: Феникс, 1996. – 510 с.

66. Климов, Е. А., Носкова, О. Г. Психология труда : учебник для вузов / Е. А. Климов [и др.] ; под редакцией Е. А. Климова, О. Г. Носковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Издательство Юрайт, 2024. – 308 с.

67. Клоктунова, Н. А. Формирование коммуникативных навыков врача в процессе обучения в медицинском вузе / Н. А. Клоктунова, М. И. Барсукова, Е. А. Ремпель, И. В. Шешнева, А. Я. Рамазанова // Гуманитарные науки и образование. – 2018. – Т. 9, № 3. – С. 50–56.

68. Козьяков, Р. В. Основные подходы к пониманию коммуникативной компетентности / Р. В. Козьяков // X межвузовские студенческие чтения «XXI век: гуманитарные и социально-экономические науки» : тез. докл. / Тул. гос. ун-т. – Тула, 2001. – С. 52–53.

69. Копылова, Н. В. Психолого-акмеологические закономерности и механизмы становления иноязычной коммуникативной компетентности будущих специалистов в неязыковых вузах : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.13 / Н. В. Копылова. – М., 2005. – 634 л.

70. Копылова, Н. В., Михайлюк, Ю. В. Психологические характеристики коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей / Н. В. Копылова, Ю. В. Михайлюк // Вестник Тверского

государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2022. №1 (58). – С. 84–94.

71. Копылова, Н. В., Михайлюк, Ю. В. Особенности структурно-содержательных характеристик коммуникативной компетентности студентов-медиков / Н. В. Копылова, Ю. В. Михайлюк // Проблемы и перспективы современной науки : сб. ст. участников Респ. науч.-практ. семинара молодых ученых, Минск, 15 апреля 2022 г. / Мин. инновац. ун-т [и др.] ; редкол.: В. В. Гедранович [и др.]. – Минск, 2022. – С. 41–43.

72. Копылова, Н. В., Михайлюк, Ю. В. Формирование коммуникативной компетентности студентов различных медицинских специальностей в контексте профессиональной подготовки / Н. В. Копылова, Ю. В. Михайлюк // Психология труда, организации и управления в условиях цифровой трансформации общества. Коллективная монография. – Тверь, 2022. – Гл. 22. – С. 300–330.

73. Копылова, Н. В., Михайлюк, Ю. В. Психологическое сопровождение формирования профессиональной коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза / Н. В. Копылова, Ю. В. Михайлюк // Психология развития человека и общества: проблемы и перспективы. Коллективная монография. – Тверь, 2024. – С. 70–82.

74. Копылова, Н. В., Михайлюк, Ю. В. Концептуальные подходы к исследованию феномена профессионального становления студентов медицинского вуза / Н. В. Копылова, Ю. В. Михайлюк // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2025. – №1 (70). – С. 72–82.

75. Косевска, А. Личность психотерапевта / А. Косевска // Групповая психотерапия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледер. – М. : Медицина, 1990. – 158 с.

76. Кудрявцев, Т. В. Психологический анализ динамики профессионального самоопределения личности / Т. В. Кудрявцев, В. Ю. Шегурова // Вопросы психологии. – 1993. – № 2 – С. 51–60.

77. Кузнецова, И. В., Поваренков Ю. П. Профессиональное развитие студентов педагогического вуза : учебное пособие / И. В. Кузнецова, Ю. П. Поваренков. – Сыктывкар : Коми пединститут, 2003 – 128 с.

78. Кузьмина, Н.В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения. – М. : Высш. Школа, 1990. – 119 с.

79. Кузьмина, Е. М. Формирование коммуникативной компетентности студентов вуза : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Е. М. Кузьмина ; Волж. гос. инженер.-пед. ун-т. – Н. Новгород, 2006. – 23 с.

80. Кукосян, О. Г. Профессия и познание людей / О. Г. Кукосян ; науч. ред. А. А. Бодалев. – Ростов н/Д : Изд-во Рост. ун-та, 1991. – 158 с.

81. Куницына, В. Н. Межличностное общение : учебник / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб. : Питер : Питер бук, 2001. – 544 с.

82. Курбатов, В. И. Искусство управлять общением / В. И. Курбатов. – Ростов н/Д : Феникс, 1997. – 352 с.

83. Кутузова, О. Б. Социально-коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности будущих медицинских работников / О. Б. Кутузова // Вестн. Саратов. гос. техн. ун-та. – 2012. – № 1, вып. 1. – С. 186–190.

84. Кяэрст, М. Рассмотрение компетентности в психологической концепции совершенствования управления производственной ситуацией : сб. ст. / М. Кяэрст // Учен. зап. / Тарт. гос. ун-т. – Тарту, 1990. – Вып. 529 : Актуальные проблемы психологии труда. Труды по психологии, IX. – С. 40 – 45.

85. Лабунская, В. А. Психология затрудненного общения. Теория. Методы. Диагностика. Коррекция : учеб. пособие / В. А. Лабунская. – М. : Академия, 2001. – 288 с.

86. Левина, В. Н. Личностные качества врача в сотрудничестве с пациентом : учебное пособие / В. Н. Левина. – Ижевск, 2016. – 60 с.

87. Леонтьев, А. А. Психология общения : учеб. пособие / А. А. Леонтьев. – 3-е изд. – М. : Смысл : Академия, 2001. – 365 с.
88. Левитан, К. М. Личность педагога : становление и развитие / К. М. Левитан. – Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 1991. – 163 с.
89. Ломов, Б. Ф. Системность в психологии / Б. Ф. Ломов. – Москва : МПСИ, 2011. – 280 с.
90. Любимова, Г. Ю. От первокурсника до выпускника: проблемы профессионального и личностного самоопределения студентов-психологов / Г. Ю. Любимова // Вестник Моск. ун-та, Серия 14. Психология. – 2000. № 1. – С. 34–37.
91. Магазаник, Н. А. Искусство общения с больным / Н. А. Магазаник. – М. : Медицина, 1991. – 110 с.
92. Мадалиева, С. Х. Особенности формирования коммуникативной компетентности в условиях медицинского вуза / С. Х. Мадалиева, К. Т. Кашаганова // Междунар. журн. эксперим. образования. – 2013. – № 3. – С. 141–143.
93. Маджаева, С. И. Эмпатия как лингвоэкологический фактор профессии врача / С. И. Маджаева // Известия ВГПУ. – 2020. – № 1 (134). – С. 207–213.
94. Макаровская, И. В. Коммуникативная компетентность и представление учителя о себе : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / И. В. Макаровская. – СПб., 2003. – 195 л.
95. Малютина, Т. В. Модель психолого-педагогического сопровождения становления профессиональной идентичности студентов-медиков / Т. В. Малютина // Медицинский альманах. – 2017. – № 5 (50). – С. 13–15.
96. Маркова, А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. – М. : Знание, 1996. – 308 с.
97. Меновщиков, В. Ю. Социально-психологические аспекты подготовки среднего медицинского персонала : автореф. дис. ... канд.

психол. наук : 19.00.05 / В. Ю. Меновщиков ; С.-Петербург. гос. ун-т. – СПб., 1995. – 16 с.

98. Мильруд, Р. П. Компетентность в изучении языка / Р. П. Мильруд // Иностр. яз. в shk. – 2004. – № 7. – С. 30–36.

99. Митина, Л. М. Психология личностно-профессионального развития субъектов образования: монография / Л. М. Митина. – Санкт-Петербург : Нестор-История, 2014. – 375 с.

100. Митина, Л. М. Психология личностного и профессионального развития человека в современном социокультурном пространстве / Л. М. Митина // Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л. Н. Толстого. – 2015. – № 3. – С. 79–85.

101. Михайлова, О. В. Особенности коммуникативной компетентности студентов в поликультурной среде : дисс. к. псих. наук: 19-00-05 / О. В. Михайлова. – СПб., 2009. – 240 с.

102. Михайлюк, Ю. В. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты) : учеб.-метод. пособие / Ю. В. Михайлюк, В. А. Хриптович, В. А. Манулик. – Минск : Белорус. гос. мед. ун-т, 2015. – 66 с.

103. Михайлюк, Ю. В. Исследование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза в контексте профессионально-личностного становления / Ю. В. Михайлюк, В. А. Манулик // Науч. тр. / Респ. ин-т высш. shk. – Минск, 2015. – Вып. 15, ч. 2. – С. 146–154.

104. Михайлюк, Ю. В. Исследование структурных компонентов коммуникативной компетентности у студентов-медиков / Ю. В. Михайлюк // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. – 2021. №1 (54). С. 199–206.

105. Михайлюк, Ю.В., Копылова, Н.В. Теоретические аспекты изучения психологического сопровождения формирования коммуникативной

компетентности у студентов медицинского университета / Ю.В. Михайлюк, Н.В. Копылова // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки : сб. науч. ст. : в 4 ч. / редкол.: В. А. Гайсенок (пред.) [и др.]. – Минск : РИВШ, 2026. – Вып. 26, ч. 3. – С. 181–188.

106. Муравьева, О. И. Основные стратегии в структуре коммуникативной компетентности : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / О. И. Муравьева. – Томск, 2001. – 158 л.

107. Мясищев, В. Н. Психология отношений / В. Н. Мясищев ; под ред. А. А. Бодалева. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1995. – 356 с.

108. Навыки общения с пациентами: симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе: методическое руководство/ под науч. ред. д-р мед. наук, проф. Н.С. Давыдовой, канд. псих. наук, доц. Е. В. Дьяченко. Екатеринбург : Типография ООО «АТГрупп», 2020. – 128 с.

109. Нестерова, Н. Л. Психологическое сопровождение процесса формирования профессиональной компетентности студентов медицинского училища / Н. Л. Нестерова // Вестн. Моск. гос. обл. ун-та. Сер.: Психол. науки. – 2019. – № 4. – С. 154–159.

110. Образовательный стандарт Республики Беларусь. Высшее образование. Первая ступень. Специальность 1-79 01 07 Стоматология. Квалификация врач. ОСРБ 1-79 01 07-2008 [Электронный ресурс] : утв. и введ. в действие постановлением М-ва образования, 2 мая 2008 г., № 40 // Naviny : информ. портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://naviny.org/2008/05/02/by30354/page54.htm>. – Дата доступа: 09.09.2024.

111. Образовательный стандарт Республики Беларусь. Высшее образование. Первая ступень. Специальность 1-79 01 02 Педиатрия. Квалификация врач. ОСРБ 1-79 01 02-2008 [Электронный ресурс] : утв. и введ. в действие постановлением М-ва образования, 2 мая 2008 г., № 40 //

КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

112. Образовательный стандарт Республики Беларусь. Высшее образование. Первая ступень. Специальность 1-79-01 03 Медико-профилактическое дело. Квалификация врач. ОСРБ 1-79 01 03-2008 [Электронный ресурс] : утв. и введ. в действие постановлением М-ва образования, 2 мая 2008 г., № 40 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

113. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.01.2002 г. // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020.

114. Орлова, Е. В. Общение врача и пациента : учебное пособие по чтению и развитию речи на русском языке для иностранных студентов медицинских вузов / Е. В. Орлова. – СПб. : Златоуст, 2020. – 216 с.

115. Петрова, Н. Н. Психология для медицинских специальностей : учебник / Н. Н. Петрова. – М. : Академия, 2016. – 318 с.

116. Петровская, Л. А. Компетентность в общении : соц.-психол. тренинг / Л. А. Петровская. – М. : Изд-во Моск. гос. ун-та, 1999. – 216 с.

117. Петрушин, С. В. Психологический тренинг в многочисленной группе: методика развития компетентности в общении в группах от 40 до 100 человек / С. В. Петрушин. – М. : Акад. проект, 2012. – 251 с.

118. Платонов, К. К. Методологические проблемы медицинской психологии / К. К. Платонов. – М. : Медицина, 2007. – 95 с.

119. Поваренков, Ю. П. Проблемы профессионального становления личности / Ю. П. Поваренков. – Саратов, изд-во СГСЭУ. – 2012. – 500 с.

120. Поваренков, Ю. П. Уточнение психологического содержания уровней профессионального становления и реализации личности / Ю. П. Поваренков // Ярославский педагогический вестник. – 2016. – № 4. – С. 202–210.

121. Полянцева, О. И. Психология для средних медицинских учреждений : учеб. пособие / О. И. Полянцева ; под ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 4-е, испр. – Ростов н/Д : Феникс, 2008. – 414 с.

122. Помыткина, Т. Ю. обучение навыкам общения студентов медицинского вуза // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». – 2021. – № 3. – С. 343–349.

123. Попов, С. А. Психологические особенности становления профессионального самосознания субъекта труда на этапе вузовского обучения : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Попов Сергей Алексеевич. – Тверь, 2002 – 172 с.

124. Пряжников, Н. С. Профориентация / Н. С. Пряжников, Е. Ю. Пряжникова. – М. : Академия. – 2010. – 496 с.

125. Пряжникова, Е. Ю. Психология труда: теория и практика: учебник для вузов / Е. Ю. Пряжникова. – Москва: Юрайт, 2024. – 520 с.

126. Психология медицинского труда : курс лекций : учеб. пособие / Б. А. Ясько. – Краснодар : Изд-во Ин-та им. Россинского, 2013. – 270 с.

127. Равен, Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация : пер. с англ. / Дж. Равен. – М. : Когито-центр, 2002. – 394 с.

128. Ригельман, Р. К. Как избежать врачебных ошибок: книга практикующего врача / Р. К. Ригельман; под ред. М. А. Осипова; пер. с англ. Ю. Л. Амченкова. – М. : Практика, 1994. – 203 с.

129. Рощевская, Е. В. Гендерные особенности выраженности коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза / Е. В. Рощевская // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения : сб. материалов XXIV Междунар. науч.-практ. конф., 10 дек. 2012 г. / Центр развития науч. сотрудничества ; под общ. ред. С. С. Чернова. – Новосибирск, 2012. – С. 285–290.

130. Рощевская, Е. В. Акмеологические особенности профессионального становления студентов-медиков : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Е. В. Рощевская. – Ростов н/Д, 2013. – 180 л.
131. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – Москва : Издательство АСТ, 2024. – 960 с.
132. Саенко, Л. А. Особенности профессионального становления студентов в вузе / Л. А. Саенко, Т. Г. Затеева // МНКО. – 2020. – № 4 (83). – С. 271–273.
133. Сидоренко, Е. В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии / Е. В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2023. – 208 с.
134. Сидорова, Н. В. Значение коммуникативных компетенций при подготовке врача общей практики / Н. В. Сидорова, Г. Н. Шеметова, Г. В. Губанова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – №3. – С. 560–563.
135. Сильверман, Дж.; Кёрц, С.; Дрейпер, Дж. Навыки общения с пациентами / Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер. Пер. с англ. – М. : ГРАНАТ, 2020. – 304 с.
136. Соколов, А. В. Общая теория социальной коммуникации : учеб. пособие / А. В. Соколов. – СПб. : Михайлов, 2022. – 459 с.
137. Соловьева, С. Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача : учеб. пособие / С. Л. Соловьева. – СПб. : Сев.-Зап. гос. мед. ун-т, 2011. – 55 с.
138. Соловьева, С. Л. Личность врача : учеб.-метод. пособие / С. Л. Соловьева, Е. Б. Одерышева, И. Р. Муртазина. – СПб. : Изд-во Сев.-Зап. гос. мед. ун-та, 2014. – 35 с.
139. Стеценко, С. Г. Медицинское право : учебник / С. Г. Стеценко. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 260 с.
140. Суховершина, Ю. В. Психологическое сопровождение личностно-профессионального развития студента службой практической психологии вуза : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук.

наук : 19.00.07 / Суховершина Юлия Валерьевна ; Московский открытый социальный университет. – Курск, 2006. – 172 с.

141. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: коммуникативные навыки : метод. рекомендации / М. К. Телеусов [и др.]. – Караганда : Изд-во Караганд. гос. мед. ун-та, 2010. – 46 с.

142. Сыманюк, Э. Э. Психологические особенности кризисов профессионального становления личности (На примере педагогов начального профессионального образования) : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Э. Э. Сыманюк. – Екатеринбург, 1999. – 197 с.

143. Ташлыков, В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина, 1994. – 192 с.

144. Творогова, Н. Д. Обучение студентов общению / Н. Д. Творогова, И. Б. Ханина, Д. В. Кулешов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 464 с.

145. Творогова, Н. Д. Психология общения с пациентом / Н. Д. Творогова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 448 с.

146. Телешевская, М. Э. Вопросы врачебной деонтологии / М. Э. Телешевская, Н. И. Погибко. – Л. : Медицина, 1998. – 159 с.

147. Тищенко, П. Д. Врач и пациент : типы и формы взаимоотношений : учеб. пособие / П. Д. Тищенко. – М. : Прогресс-Традиция, 2018. – 158 с.

148. Толочек, В. А. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности. Методики профессионального отбора / В.А. Толочек. Учебное пособие для вузов. – Москва, 2020. – 186.

149. Урванцев, Л. П. Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача / Л. П. Урванцев, Л. Н. Васильева // Ярослав. психол. вестн. – 2012. – Вып. 9. – С. 99–105.

150. Учебное пособие «Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования» – учебное пособие / С. Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель, О. М. Драпкина. – М. : ФГБУ «НМИЦ ТПМ». – 2023. – 60 с.

151. Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., Мануйлов, Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Психотерапия, 2019. – 544 с.

152. Фетисова, Е. Ю. Методика реализации педагогических условий формирования коммуникативной культуры будущих врачей в ходе изучения дисциплины «Педагогика» / Е. Ю. Фетисова // Педагогика. Вопросы теории и практики. – 2020. – № 4. – С. 564–568.

153. Фоминых, М. Ф. Психолого-акмеологическое сопровождение продуктивного личностного самоопределения субъекта образовательной деятельности / М. Ф. Фоминых // Ученые записки казанского государственного университета. – 2009. – Том 151, Кн.5, ч.1. – С. 248–254.

154. Фонарев, А. Р. Психология личностного становления профессионала : автореферат дис. ... докт. психол. наук : 19.00.13 / А. Р. Фонарев; Калуж. гос. пед. ун-т им. К.Э. Циолковского. – Калуга, 2004. – 46 с.

155. Хабермас, Ю. Моральное сознание и коммуникативное действие : пер. с нем. / Ю. Хабермас ; под ред. Д. В. Складнева. – Изд. 2-е, стер. – СПб. : Наука, 2006. – 377 с.

156. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди ; под ред. проф. М.В. Коркиной и проф. В.М. Шкловского. – Изд. 5-е, АН Венгрии, 1988. – 338 с.

157. Цветкова, Л. А. Коммуникативная компетентность врачей-педиатров : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Л. А. Цветкова ; С.-Петерб. гос. ун-т. – СПб., 1994. – 23 с.

158. Чернова, Г. Р., Слотина, Т. В. Психология общения : учебное пособие. – СПб.: Питер, 2017. – 240 с.

159. Чусовлянова, С. В. Коммуникативная культура студентов медицинского вуза в контексте их жизненных и профессиональных ценностей в российском обществе начала XXI века : дис. ... канд. социол. наук : 14.00.52 / С. В. Чусовлянова. – Новосибирск, 2009. – 153 с.

160. Шадриков, В. Д. Психология деятельности человека / В. Д. Шадриков. – «КогитоЦентр», 2022. – 463 с.

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

162. Шнейдер, Л. Б. Сценарии профессионального самоопределения и особенности личности педагогов / Л. Б. Шнейдер, А. А. Кулямзина // Высшее образование сегодня. – 2018. – № 2. – С. 51–58.

163. Эррера, Л. М. Развитие коммуникативной компетентности студентов-менеджеров в условиях вузовского обучения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Л. М. Эррера ; Моск. гос. открытый пед. ун-т. – М., 2002. – 22 с.

164. Яковлева, Н. В. Психологическая компетентность врача и ее формирование в процессе обучения в мед. вузе / Н. В. Яковлева // Медицинские и социально-гигиенические аспекты работоспособности и здоровья населения : сб. науч. тр. / Ряз. гос. мед. ун-т. – Рязань, 1994. – С. 25–27.

165. Ясько, Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03 / Б. А. Ясько. – Краснодар, 2004. – 458 л.

166. Cavell, T. A. Social adjustment, social performance and social skills: a three component model of social competence / T. A. Cavell // J. of Clinical Child Psychology. – 1999. – Vol. 19, № 2. – P. 111–112.

167. Danziger, K. Interpersonal communication / K. Danziger. – New York : Pergamon Press, 1996. – XXII, 238 p.

168. Harre, R. Motives and mechanisms: an introduction to the psychology of action / R. Harre, D. Clark, N. De Carlo. – London. – London : Methuen, 1995. – X, 161 p.

169. Habermas, J. Toward a theory of communicative competence / J. Habermas // Inquiry. – 1990. – Vol. 13, № 1/4. – P. 360–375.

170. Hymes, D. H. On communicative competence / D. H. Hymes // Sociolinguistics: selected readings / ed.: J. .B. Pride, J. Holmes. – Harmondsworth, 1992. – P. 269–293.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Сравнительные значения показателей коммуникативной компетентности
между студентами различных медицинских специальностей

Таблица 1.1 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для
сравнения студентов различных медицинских специальностей

	Сум.ква д	Ст. св.	Ср.квад.	Сум.ква д	Ст. св.	Ср.квад.	F	p
Коммуникативно-инструментальный блок	27,011	3	9,0035	22312,9	709	31,4709	0,286090	0,835464
Коммуникативные умения	172,701	3	57,5671	21372,6	709	30,1447	1,909693	0,126600
Профессионально-инструментальный блок	208,068	3	69,3560	25749,7	709	36,3184	1,909667	0,126604
Профессиональные умения	134,638	3	44,8793	18383,5	709	25,9288	1,730868	0,159263
Фактор А	17,645	3	5,8816	7046,2	709	9,9382	0,591816	0,620504
Фактор В	135,048	3	45,0159	8360,2	709	11,7916	3,817630	0,009887
Фактор С	41,153	3	13,7177	7175,5	709	10,1206	1,355421	0,255321
Фактор Д	20,253	3	6,7511	4768,2	709	6,7253	1,003840	0,390507
Фактор К	73,540	3	24,5132	6361,8	709	8,9729	2,731903	0,042925
Фактор М	5,364	3	1,7878	5443,0	709	7,6770	0,232882	0,873487
Фактор Н	16,814	3	5,6047	4557,1	709	6,4274	0,871995	0,455213
Фактор Л	22,641	3	7,5470	6790,5	709	9,5776	0,787986	0,500806
Фактор П	80,938	3	26,9794	12510,7	709	17,6456	1,528960	0,205669
Завуалированная жестокость	344,691	3	114,8969	16001,8	709	22,5696	5,090791	0,001716
Открытая жестокость	2592,027	3	864,0089	80606,8	709	113,6909	7,599632	0,000052
Обоснованный негативизм	12,967	3	4,3223	1393,6	709	1,9656	2,198957	0,086904
Брюзжание	95,441	3	31,8138	5287,5	709	7,4577	4,265903	0,005351
Негативный опыт общения	205,934	3	68,6448	22215,3	709	31,3333	2,190797	0,087838
Коммуникативная толерантность	1771,748	3	590,5826	235741,6	709	332,4987	1,776195	0,150300
Неумение управлять эмоциями	13,973	3	4,6576	1138,7	709	1,6061	2,899960	0,034278
Неадекватное проявление эмоций	0,875	3	0,2917	911,4	709	1,2854	0,226932	0,877676
Негибкость эмоций	7,644	3	2,5481	1557,3	709	2,1965	1,160082	0,324127
Доминирование негативных эмоций	4,883	3	1,6276	1065,4	709	1,5027	1,083156	0,355466
Нежелание сближаться с людьми	8,744	3	2,9146	967,6	709	1,3648	2,135586	0,094414
Оценка самоконтроля в общении	7,001	3	2,3337	2505,9	709	3,5344	0,660283	0,576677
Рациональный канал эмпатии	2,078	3	0,6927	1010,5	709	1,4253	0,486021	0,692092
Эмоциональный канал эмпатии	4,775	3	1,5918	1328,6	709	1,8739	0,849450	0,467111
Интуитивный канал эмпатии	18,211	3	6,0704	1866,7	709	2,6329	2,305615	0,075549

Продолжение 1.1

Установки, способствующие эмпатии	4,046	3	1,3486	1139,3	709	1,6069	0,839244	0,472578
Проникающая способность к эмпатии	6,114	3	2,0382	1114,5	709	1,5719	1,296652	0,274485
Идентификация в эмпатии	4,381	3	1,4604	1351,4	709	1,9060	0,766200	0,513192
Уровень общительности	23,236	3	7,7453	14960,7	709	21,1011	0,367059	0,776809
Открытость	4,552	3	1,5173	2310,9	709	3,2594	0,465510	0,706440
Самоуверенность	27,966	3	9,3221	4478,6	709	6,3168	1,475764	0,219848
Саморуководство	23,386	3	7,7952	3637,9	709	5,1310	1,519233	0,208196
Зеркальное Я	28,463	3	9,4875	3182,4	709	4,4886	2,113682	0,097153
Самоценность	26,016	3	8,6718	4726,2	709	6,6659	1,300916	0,273051
Самопринятие	34,292	3	11,4306	2944,7	709	4,1534	2,752141	0,041781
Самопривязанность	21,161	3	7,0535	3892,1	709	5,4896	1,284891	0,278473
Конфликтность	37,417	3	12,4725	8370,3	709	11,8058	1,056473	0,366939
Самообвинение	8,976	3	2,9921	4609,7	709	6,5016	0,460211	0,710168
Самоуважение	163,408	3	54,4692	27248,9	709	38,4328	1,417257	0,236484
Аутосимпатия	71,658	3	23,8859	18671,2	709	26,3346	0,907015	0,437219
Внутренняя неустроенность	75,272	3	25,0906	21177,4	709	29,8694	0,840010	0,472167
Соперничество	100,959	3	33,6530	6491,6	709	9,1559	3,675547	0,012002
Приспособление	6,552	3	2,1841	1847,3	709	2,6055	0,838271	0,473102
Компромисс	53,409	3	17,8030	2887,1	709	4,0720	4,372015	0,004625
Избегание	14,524	3	4,8413	2431,4	709	3,4293	1,411740	0,238112
Сотрудничество	45,132	3	15,0440	3924,0	709	5,5345	2,718228	0,043716
Экстраверсия - интроверсия	41,402	3	13,8007	5147,8	709	7,2607	1,900748	0,128070
Активность - пассивность	9,554	3	3,1845	4468,9	709	6,3031	0,505229	0,678782
Доминирование - подчиненность	23,600	3	7,8665	5869,7	709	8,2789	0,950196	0,415841
Общительность - замкнутость	23,950	3	7,9833	4202,6	709	5,9274	1,346831	0,258044
Поиск - избегание впечатлений	2,972	3	0,9908	3959,5	709	5,5847	0,177411	0,911716
Появление - избегание чувств	137,174	3	45,7246	55042,8	709	77,6344	0,588973	0,622369
Привязанность - обособленность	42,433	3	14,1443	5275,7	709	7,4411	1,900835	0,128055
Теплота - равнодушие	49,157	3	16,3856	4411,1	709	6,2216	2,633654	0,048934
Сотрудничество - соперничество	41,809	3	13,9364	5559,0	709	7,8407	1,777459	0,150057
Доверчивость - подозрительность	55,638	3	18,5461	4619,3	709	6,5152	2,846604	0,036820
Понимание - непонимание	39,448	3	13,1495	3512,6	709	4,9544	2,654130	0,047618
Уважение других - самоуважение	1059,706	3	353,2353	69456,5	709	97,9641	3,605764	0,013199
Самоконтроль - импульсивность	29,130	3	9,7101	4811,6	709	6,7865	1,430790	0,232536

Окончание 1.1

Настойчивость - отсутствие настойчивости	68,133	3	22,7112	4457,3	709	6,2867	3,612570	0,013077
Ответственность - безответственность	9,875	3	3,2917	4613,9	709	6,5076	0,505826	0,678370
Самоконтроль поведения - импульсивность	38,905	3	12,9683	4470,2	709	6,3049	2,056855	0,104619
Предусмотрительность - беспечность	356,484	3	118,8279	66128,6	709	93,2703	1,274017	0,282207
Эмоциональная устойчивость - неустойчивость	3,917	3	1,3057	5706,6	709	8,0489	0,162219	0,921774
Тревожность - беззаботность	8,357	3	2,7858	5057,9	709	7,1338	0,390506	0,759877
Напряженность - расслабленность	30,393	3	10,1309	5028,5	709	7,0925	1,428402	0,233228
Депрессивность - эмоциональная комфортность	46,038	3	15,3459	4437,5	709	6,2588	2,451907	0,062286
Самокритика - самодостаточность	21,255	3	7,0851	5642,8	709	7,9588	0,890215	0,445778
Эмоциональная лабильность - стабильность	280,255	3	93,4184	78301,6	709	110,4395	0,845879	0,469018
Экспрессивность - практичность	16,372	3	5,4573	4053,3	709	5,7169	0,954586	0,413717
Любопытство - консерватизм	66,400	3	22,1334	4905,1	709	6,9184	3,199217	0,022910
Любознательность - реалистичность	27,111	3	9,0371	4327,4	709	6,1035	1,480629	0,218515
Артистичность - отсутствие артистичности	72,786	3	24,2619	3863,5	709	5,4492	4,452375	0,004141
Сенситивность - нечувствительность	9,613	3	3,2044	3528,6	709	4,9769	0,643850	0,587002
Пластичность - ригидность	672,000	3	223,9999	56749,5	709	80,0416	2,798542	0,039267

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Сравнительные значения показателей коммуникативной компетентности студентов на разных этапах профессионального обучения

Таблица 2.1 – Результаты однофакторного дисперсионного анализа для сравнения студентов на разных этапах профессионального обучения

	Сум.кв ад	Ст.св .	Ср.квад	Сум.ква д	Ст.с в.	Ср.квад.	F	p
Коммуникативно-инструментальный блок	256,328	5	51,266	22083,6	707	31,2356	1,641254	0,146784
Коммуникативные умения	652,802	5	130,560	20892,5	707	29,5509	4,418152	0,000572
Профессионально-инструментальный блок	582,085	5	116,417	25375,7	707	35,8921	3,243526	0,006652
Профессиональные умения	103,689	5	20,738	18414,5	707	26,0459	0,796202	0,552551
Фактор А	155,451	5	31,090	6908,4	707	9,7714	3,181761	0,007546
Фактор В	245,820	5	49,164	8249,5	707	11,6683	4,213477	0,000882
Фактор С	38,025	5	7,605	7178,7	707	10,1537	0,748978	0,586990
Фактор Д	157,120	5	31,424	4631,3	707	6,5507	4,797032	0,000255
Фактор К	186,506	5	37,301	6248,8	707	8,8385	4,220284	0,000870
Фактор М	65,206	5	13,041	5383,2	707	7,6141	1,712762	0,129326
Фактор Н	32,018	5	6,404	4541,9	707	6,4241	0,996792	0,418694
Фактор Л	48,034	5	9,607	6765,1	707	9,5687	1,003986	0,414321
Фактор Ц	119,673	5	23,935	12472,0	707	17,6407	1,356779	0,238644
Завуалированная жестокость	114,151	5	22,830	16232,4	707	22,9595	0,994369	0,420174
Открытая жестокость	351,926	5	70,385	82846,9	707	117,1810	0,600654	0,699483
Обоснованный негативизм	40,406	5	8,081	1366,2	707	1,9324	4,182016	0,000943
Брюзжание	44,755	5	8,951	5338,2	707	7,5505	1,185481	0,314558
Негативный опыт общения	147,840	5	29,568	22273,4	707	31,5041	0,938548	0,455241
Коммуникативная толерантность	5845,779	5	1169,156	231667,6	707	327,6769	3,568014	0,003410
Неумение управлять эмоциями	18,639	5	3,728	1134,1	707	1,6040	2,324010	0,041502
Неадекватное проявление эмоций	16,048	5	3,210	896,2	707	1,2676	2,532003	0,027709
Негибкость эмоций	14,284	5	2,857	1550,7	707	2,1933	1,302510	0,260860
Доминирование негативных эмоций	22,759	5	4,552	1047,5	707	1,4816	3,072179	0,009429

Продолжение 2.1

Нежелание сближаться с людьми	11,151	5	2,230	965,2	707	1,3652	1,63353 6	0,14878 9
Оценка самоконтроля в общении	26,752	5	5,350	2486,1	707	3,5164	1,52156 2	0,18075 2
Рациональный канал эмпатии	13,637	5	2,727	999,0	707	1,4130	1,93034 4	0,08717 7
Эмоциональный канал эмпатии	4,139	5	0,828	1329,2	707	1,8801	0,44029 3	0,82044 5
Интуитивный канал эмпатии	29,267	5	5,853	1855,7	707	2,6247	2,23015 0	0,04967 9
Установки, способствующие эмпатии	16,893	5	3,379	1126,5	707	1,5933	2,12053 5	0,06115 7
Проникающая способность к эмпатии	6,267	5	1,253	1114,3	707	1,5761	0,79523 9	0,55324 4
Идентификация в эмпатии	20,920	5	4,184	1334,8	707	1,8880	2,21615 2	0,05102 2
Уровень общительности	96,068	5	19,214	14887,8	707	21,0578	0,91242 3	0,47228 1
Открытость	6,493	5	1,299	2309,0	707	3,2659	0,39765 1	0,85057 2
Самоуверенность	43,001	5	8,600	4463,6	707	6,3134	1,36220 6	0,23651 2
Саморуководство	26,760	5	5,352	3634,5	707	5,1407	1,04109 9	0,39226 6
Зеркальное Я	35,145	5	7,029	3175,8	707	4,4919	1,56481 2	0,16775 1
Самоценность	62,651	5	12,530	4689,5	707	6,6330	1,88906 1	0,09404 3
Самопринятие	14,830	5	2,966	2964,2	707	4,1926	0,70745 1	0,61796 0
Самопривязанность	20,903	5	4,181	3892,4	707	5,5055	0,75935 5	0,57934 5
Конфликтность	291,898	5	58,380	8115,8	707	11,4792	5,08566 5	0,00013 7
Самообвинение	72,542	5	14,508	4546,1	707	6,4301	2,25630 7	0,04725 9
Самоуважение	232,131	5	46,426	27180,1	707	38,4443	1,20762 1	0,30377 4
Аутосимпатия	131,629	5	26,326	18611,3	707	26,3243	1,00006 1	0,41670 3
Внутренняя неустroенность	635,205	5	127,041	20617,5	707	29,1619	4,35639 8	0,00065 2
Соперничество	81,062	5	16,212	6511,4	707	9,2100	1,76030 1	0,11878 3
Приспособление	20,027	5	4,005	1833,8	707	2,5938	1,54418 4	0,17384 5
Компромисс	9,627	5	1,925	2930,9	707	4,1455	0,46448 0	0,80280 8
Избегание	9,197	5	1,839	2436,7	707	3,4465	0,53367 2	0,75085 8
Сотрудничество	56,528	5	11,306	3912,6	707	5,5340	2,04290 8	0,07074 8
Экстраверсия - интроверсия	20,453	5	4,091	5168,8	707	7,3108	0,55953 6	0,73108 2
Активность - пассивность	49,262	5	9,852	4429,2	707	6,2648	1,57266 0	0,16548 2

Окончание 2.1

Доминирование - подчиненность	186,97 7	5	37,395	5706,3	707	8,0712	4,63319 2	0,00036 2
Общительность - замкнутость	70,456	5	14,091	4156,1	707	5,8784	2,39708 9	0,03604 0
Поиск - избегание впечатлений	58,770	5	11,754	3903,7	707	5,5215	2,12873 9	0,06021 8
Появление - избегание чувства вины	1135,0 27	5	227,005	54045,0	707	76,4427	2,96961 5	0,01160 2
Привязанность - обособленность	174,01 9	5	34,804	5144,2	707	7,2760	4,78335 5	0,00026 2
Теплота - равнодушие	140,57 0	5	28,114	4319,7	707	6,1099	4,60136 4	0,00038 7
Сотрудничество - соперничество	171,93 8	5	34,388	5428,9	707	7,6788	4,47826 4	0,00050 3
Доверчивость - подозрительность	159,02 3	5	31,805	4515,9	707	6,3874	4,97929 3	0,00017 2
Понимание - непонимание	109,07 9	5	21,816	3443,0	707	4,8699	4,47975 8	0,00050 2
Уважение других - самоуважение	3611,2 25	5	722,245	66905,0	707	94,6323	7,63212 2	0,00000 1
Самоконтроль - импульсивность	11,331	5	2,266	4829,4	707	6,8309	0,33174 9	0,89386 1
Аккуратность - неаккуратность	32,195	5	6,439	4349,9	707	6,1527	1,04653 0	0,38911 0
Настойчивость - отсутствие настойчивости	79,893	5	15,979	4445,5	707	6,2879	2,54118 9	0,02721 5
Ответственность - безответственность	27,937	5	5,587	4595,8	707	6,5004	0,85955 0	0,50793 4
Самоконтроль поведения - импульсивность	33,072	5	6,614	4476,0	707	6,3310	1,04475 8	0,39013 8
Предусмотрительность - беспечность	497,69 8	5	99,540	65987,4	707	93,3344	1,06648 5	0,37766 9
Эмоциональная устойчивость - неустойчивость	71,506	5	14,301	5639,0	707	7,9760	1,79301 3	0,11198 8
Тревожность - беззаботность	30,663	5	6,133	5035,5	707	7,1224	0,86104 2	0,50690 7
Напряженность - расслабленность	31,966	5	6,393	5027,0	707	7,1103	0,89915 9	0,48108 1
Депрессивность - эмоциональная комфортность	75,087	5	15,017	4408,4	707	6,2354	2,40840 1	0,03525 8
Самокритика - самодостаточность	58,692	5	11,738	5605,4	707	7,9284	1,48054 6	0,19388 9
Эмоциональная лабильность - стабильность	571,80 7	5	114,361	78010,0	707	110,3395	1,03645 0	0,39498 3
Экспрессивность - практичность	100,30 0	5	20,060	3969,4	707	5,6144	3,57295 7	0,00337 5
Любопытство - консерватизм	151,90 4	5	30,381	4819,6	707	6,8170	4,45662 1	0,00052 7
Любознательность - реалистичность	150,59 0	5	30,118	4203,9	707	5,9461	5,06514 5	0,00014 3
Артистичность - отсутствие артистичности	100,80 1	5	20,160	3835,5	707	5,4250	3,71615 4	0,00250 6
Сенситивность - нечувствительность	111,79 3	5	22,359	3426,5	707	4,8465	4,61338 6	0,00037 7

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Программа спецкурса
«Коммуникативная компетентность врача»**

Цель изучения спецкурса – сформировать у студентов систему знаний, навыков и умений, необходимых для успешного осуществления профессиональных коммуникаций в медицинской деятельности.

Задачи изучения спецкурса:

- развитием навыков и умений установления психологического контакта, поддержания необходимых взаимоотношений в профессиональном взаимодействии «врач – пациент»;
- освоением навыков и умений правомерного психологического влияния при осуществлении медицинской деятельности;
- формированием навыков и умений осуществлять профессиональную коммуникацию в конфликтных ситуациях;
- развитием профессионально важных качеств, способствующих успешному осуществлению профессионального взаимодействия и коммуникаций в медицинской деятельности.

В результате изучения **спецкурса** «Коммуникативная компетентность врача» студенты должны **знать:**

- основные средства профессиональной коммуникации в медицинской деятельности;
- основные параметры и признаки психологической оценки человека в процессе коммуникации;
- правила и приемы установления психологического контакта и поддержания необходимых взаимоотношений в профессиональном взаимодействии «врач – пациент»;
- цели и методы правомерного психологического влияния при осуществлении медицинской деятельности;
- приемы и рекомендации по осуществлению коммуникаций в конфликтной ситуации, в системе «врач – пациент»;
- рекомендации по психологически оптимальной коммуникации при осуществлении медиации, общении с одноклассниками, пациентами, коллегами, руководством.

Студент должен уметь:

- использовать средства коммуникации, необходимые для успешного осуществления медицинской деятельности;
- осуществлять психологическую оценку человека в процессе коммуникации;
- устанавливать психологический контакт и поддерживать необходимые взаимоотношения в системе «врач-пациент».

Владеть навыками:

– осуществления профессиональной коммуникации в конфликтной ситуации.

Программа спецкурса рассчитана всего на 18 часов, из них: лекции – 6 часов, практические занятия – 6 часов, а также семинарские занятия – 6 часов.

Распределение аудиторных часов по видам занятий.

Семестр	Количество академических часов				
	Всего	Аудит.	Из них		
			Лекции	Практические занятия	Семинарские занятия
1, 5, 9	18	18	6	6	6
Всего	18	18	6	6	6

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Занятие 1.

Тема 1. Основные положения теории коммуникации. Приемы и алгоритмы эффективной коммуникации в медицине

Определение понятия «коммуникация». Основные принципы и цели коммуникации в здравоохранении. Схема коммуникации. Базовые коммуникативные навыки взаимоотношений «врач – пациент»: приветствие пациентов, активное слушание, эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка, взаимоотношение сотрудничества, закрытое интервью, навыки сбора информации, молчание, управление потоком информации, суммирование.

Занятие 2.

Тема 2. Психологические основы коммуникативного процесса

Коммуникативный процесс. Тактические средства общения. Позиции коммуникатора. Общая характеристика социальной перцепции. Характеристики субъекта, объекта и процесса социального восприятия и познания. Эффекты и ошибки социальной перцепции. Аттракция и рефлексия как механизмы социальной перцепции. Вербальная и невербальная коммуникация. Типы и виды взаимодействия. Формирование навыков межличностного общения (активное слушание, ведение беседы, типы вопросов, обратная связь).

Занятие 3.

Тема 3. Коммуникативная компетентность врача и ее характеристики

Понятие «коммуникативная компетентность врача». Структура и содержание коммуникативной компетентности врача. Особенности коммуникативной компетентности в сфере медицины. Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача, а

также психологические характеристики, снижающие коммуникативную компетентность врача.

Занятие 4.

Тема 4. Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации

Пациент-ориентированная модель общения врача при оказании медицинской помощи. Начало консультации. Сбор информации. Объяснение и планирование. Завершение консультации.

Занятие 5.

Тема 5. Коммуникативные навыки, необходимые при первичной беседе с пациентом

Использование навыка самопрезентации. Установление контакта. Использование навыка зрительного контакта. Использование навыка активного слушания. Использование навыка постановки закрытых и открытых вопросов. Использование навыка работы с депрессивными, тревожными и конфликтными пациентами.

Занятие 6.

Тема 6. Комплаенс в медицине. Виды комплаенса

Понятие «комплаенс» в медицине. История становления понятия «комплаенс» в медицине. Как работает медицинский комплаенс? Виды комплаенса в медицине. Способы повышения уровня комплаенса в медицине.

Занятие 7.

Тема 7. Барьеры, препятствующие эффективному общению врача с пациентом. Конфликты и пути их разрешения

Конфликт в медицинской практике. Стратегия и тактика предотвращения конфликта. Причины конфликтов и возможные пути решения конфликтных ситуаций в медицинской практике.

Занятие 8.

Тема 8. Коммуникативные навыки врача в трудных и чрезвычайных ситуациях

Отношения с пострадавшими в системе «врач – пациент». Сообщение печальных новостей. Этические аспекты работы врача с умирающим больным, с его родственниками.

Занятие 9.

Тема 9. Этические основы профессиональной коммуникации в медицине

Этические аспекты коммуникации врача и пациента. Мотивы и ценности. Этические аспекты конфликтов, возникающих в медицинской практике. Законодательство и этика. Автономия и информированное согласие. Долг, милосердие, конфиденциальность, справедливость и честность как этические категории, их роль в коммуникативном процессе.

Тематика семинарских занятий

Семинарское занятие №1

Тема: Коммуникативная компетентность врача: понятие и этапы формирования.

Теоретические вопросы:

Определение и структура коммуникативной компетентности врача. Требования к уровню коммуникативной компетентности будущего врача в зависимости от этапа профессионального обучения. Коммуникативные барьеры в медицинской практике [102].

Семинарское занятие №2

Тема: Профилактика конфликта и техники выхода из конфликтных ситуаций в системе отношений «врач – пациент».

Теоретические вопросы:

Стратегии и тактики предотвращения конфликтов (пациент как участник конфликта, или почему он «готов» к конфликту, врач как участник конфликта, или почему он может спровоцировать конфликт).

Причины конфликтов и возможные пути решения конфликтных ситуаций в медицинской практике [102].

Семинарское занятие №3

Тема: Коммуникативные умения и способности. Общительность как профессиональное качество.

Теоретические вопросы:

Проблема коммуникативных умений и способностей в научной литературе. Классификация коммуникативных умений.

Компоненты общительности: коммуникабельность, альтруистические эмоции. Параметры личности, влияющие на общительность. Общительность как профессиональное качество личности врача.

Методы определения уровня развитости коммуникативных способностей человека. Проблема формирования коммуникативных умений и навыков. Пути совершенствования коммуникативных умений и навыков у студентов-медиков [102].

Тематика практических занятий

Практическое занятие №1

Тема: Теория и практика обучения общению. Саморегуляция человека в процессе деятельности своего психического состояния.

Теоретические вопросы:

Проблема управления эмоциональным состоянием в процессе профессионального общения.

Методы психической саморегуляции: противострессовые упражнения, самоубеждение, самопоощрение, самовнушение (медитация, аутогенная тренировка) [102].

Самотестирование:

Определение ведущей репрезентативной системы: методика на определение ведущей модальности; тест «Ведущая репрезентативная система».

Оценка уровня общительности: «Уровень общительности» (В.Ф. Ряховский).

Тренинговое упражнение: определение системы модальностей собеседника.

Практическое занятие №2

Тема: Эмпатическое восприятие и понимание пациента врачом.

Теоретические вопросы:

Общение как восприятие партнеров. Особенности перцептивной стороны профессионального общения врача и пациента.

Механизмы восприятия в медицинской практике: эмпатия, рефлексия, идентификация. Эффекты межличностного восприятия: стереотипизация, социальная аттракция, трансфер и контртрансфер.

Практическое занятие №3

Тема: Выявление уровня сформированности коммуникативной компетентности у студентов-медиков.

Теоретическая часть:

Понятие коммуникативной компетентности студентов-медиков. Критерии оценки, уровни сформированности коммуникативной компетентности у студентов-медиков [102].

Самотестирование:

Определение уровня понимания невербалики собеседника: тест «Что говорят мимика и жесты»; тест «Определите свое умение читать язык мимики и жестов».

Упражнение: пары студентов демонстрирует соответствующие знаки невербалики. Учебная группа определяет их значение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**Программа тренинга
«Формирование коммуникативной компетентности у студентов
различных медицинских специальностей»**

Программа тренинга «Формирование коммуникативной компетентности у студентов различных медицинских специальностей» состоит из трех модулей, в каждом из которых по четыре занятия.

Первый модуль «Базовые коммуникативные навыки» направлен на овладение студентами базовыми коммуникативными навыками.

Второй модуль «Коммуникативные навыки в системе “врач – пациент”» направлен на развитие навыков профессионального общения в ситуациях «врач – пациент».

Третий модуль «Специализированные коммуникативные навыки» связан с особенностями профессиональной специализации студентов медицинского вуза [72].

Модуль 1 «Базовые коммуникативные навыки» состоит из четырех занятий.

Занятие 1. «Вводное»

Цель занятия: создание психологической атмосферы в группе, а также определение основных целей и задач тренинга.

Теоретические вопросы:

Принципы и задачи тренинговой группы.

Методы работы в группах тренинга.

Основные виды тренинговых групп. Значение тренинга в профессиональном общении медицинского работника [102].

1. Упражнение «Приветствие»

Участникам предлагается назвать свое тренинговое имя и высказать пожелание группе по поводу дальнейшей совместной работы.

В конце выполнения упражнения группа повторяет краткое содержание прозвучавших пожеланий в виде лозунгов, которые фиксируются на листе ватмана. Например: Будь открыт, весел, терпим к другим!

2. Упражнение «Представление»

Участникам предлагается оформить визитку, на которой необходимо записать следующую информацию:

«Я – (записывается десять прилагательных, наиболее полно характеризующих Вашу индивидуальность).

На обратной стороне карточки записываются:

«Мой девиз:...».

«Моя психологическая роль в общении...».

На выполнение задания отводится 3 минуты. Затем каждый участник озвучивает написанное, передавая эстафету следующему.

3. Упражнение «Комплимент»

Каждый участник по кругу должен сказать комплимент, соседу основываясь на его конкретном качестве (внешность, поведение, характер) выразив комплимент одной фразой: «Вы...».

Каждому участнику предлагается сказать комплимент группе в целом: «Вы все...».

В конце выполнения упражнения проводится обобщение высказываний [102].

4. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 2. «Вербальная и невербальная коммуникация»

Цель занятия: развитие навыков вербального и невербального общения в системе «врач – пациент», отработка навыков эффективного общения в системе «врач – пациент», анализ межличностного взаимодействия в системе «врач – пациент».

1. Упражнение «Приветствие»

Цель: развитие навыков невербального общения.

Процедура проведения: поздороваться по-разному невербально.

2. Краткая беседа о вербальном и невербальном общении. Рассматриваются основные функции общения вербального и невербального общения, а также их роль и значение в общении человека в контексте медицинского аспекта.

3. Упражнение «Скульптура»

Цель: передача информации с помощью невербальных средств общения, развитие сензитивности.

Процедура проведения: «участники тренинга закрывают глаза или отворачиваются. Один задумывает скульптурный образ и «лепит» из участника, который стоит с закрытыми глазами, свою «мысленную» модель. Затем следующий, открыв глаза, повторяет ту же скульптуру с другим участником и так до последнего члена группы» [158, с. 190].

4. Упражнение «Найди свое животное»

Цель: развитие навыков невербального общения, релаксация.

Процедура проведения: «все участники получают парные карточки, затем без слов и звуков нужно найти свою пару (свое животное)» [158, с. 191].

5. Упражнение «Разговор через стекло»

Цель: развитие способности к эмпатии, анализ межличностного взаимодействия в системе «врач – пациент»; развитие способности поддерживать контакт при ограниченных средствах коммуникации в системе «врач – пациент».

Процедура проведения: «каждый участник смотрит на группу и выбирает того, кого он меньше всего знает. Они объединяются и представляют себе, что между ними находится звуконепроницаемое стекло. Им нужно поговорить на какую-либо тему в течение 10 минут. После задания проводится обсуждение» [158, с. 191].

6. Упражнение «Шеренга»

Цель: подчеркивание общности, нахождение индивидуальных особенностей. Сплочение группы.

Процедура проведения: выстроиться в шеренгу: по цвету глаз, по росту, по возрасту.

7. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 3. «Коммуникация чувств и эмоций»

Цель занятия: развитие умений снижать эмоциональное напряжение пациента; знакомство с основными техниками снижения напряжения в системе «врач – пациент»; развитие толерантности, способности к эмпатии в системе «врач – пациент».

Упражнение 1. «Беседа об эмоциях и чувствах»

Цель: сплочение группы, развитие умения слушать других, развитие навыков отображения своего и понимания чужого эмоционального состояния.

Процедура проведения: «тренер предлагает обсудить вопрос о том, что такое эмоции и чувства в контексте взаимоотношений в системе «врач-пациент». Затем каждый участник по очереди называет эмоцию или чувство и как он это понимает, ситуации в системе «врач-пациент», где они могут ярко проявиться» [158, с. 187].

2. Упражнение «Мое эмоциональное состояние»

Цель: развитие навыков оценивания своего эмоционального состояния.

Процедура проведения: «показать число пальцев, соответствующее своему эмоциональному состоянию на данный момент» [158, с. 187].

3. Упражнение «Мой правый сосед»

Цель: развитие навыков умения задавать открытые и закрытые вопросы в системе «врач – пациент».

Процедура проведения: «МПС» – мой правый сосед. Один из участников группы должен догадаться, что такое МПС.

4. Упражнение «Групповое рисование»

Цель: снятие эмоционального напряжения, сплочение группы.

Процедура проведения: «у каждого участника листок бумаги, он начинает рисовать что-нибудь, по хлопку тренера листок передается по часовой стрелке; и так до тех пор, пока не вернется к своему хозяину» [158, с. 189].

5. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 4. «Тренинг сензитивности»

Цель четвертого занятия: развитие доверительных отношений, обеспечивающих возможность установления контакта и взаимодействия в группе; развитие навыков эффективного вербального и невербального общения; развитие сензитивности, толерантности, способности к эмпатии; переживание телесных ощущений в отношениях «доверия-недоверия».

1. Упражнение «Поздороваемся!»

Цель: развитие доверительных отношений в группе, обеспечивающих возможность контакта и взаимодействия в коллективе.

Процедура проведения: «здороваемся руками, ногами, глазами, ушами со всеми» [158, с. 192].

2. Упражнение «Печатная машинка»

Цель: объединение группы, развитие навыков невербального общения, обучение коммуникативным навыкам.

Процедура проведения: каждый участник называет букву, из них складывается известная пословица, стихотворение.

3. Упражнение «Слепой и поводырь»

Цель: развитие сензитивности, доверия, ответственности.

Процедура проведения: «группа делится на пары, один из каждой пары становится «слепым» (завязывает глаза), второй – его «поводырем». В течение 5-10 минут нужно показать «слепому» территорию аудитории, коридор, лестницу и т.д., при этом, не говоря ни слова. Взаимодействие осуществляется путем контакта рук, плеч. Затем в паре меняются роли слепого и поводыря. Важно помнить о физической и психологической безопасности участников» [158, с. 193].

4. Упражнение «Дождь»

Цель: развитие доверительных отношений, релаксация, активизация совместной деятельности, сплочение группы.

Процедура проведения: «движения, напоминающие звук начинающегося дождя, постепенно производят все участники (щелчки, хлопки по коленям, топание ногами). В результате создается впечатление шума дождя» [158, с. 194].

5. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

*Модуль 2 «Коммуникативные навыки в системе “врач – пациент”»***Занятие 5 «Профессиональные навыки слушания и понимания пациента»**

Цель занятия: формирование навыков активного слушания в системе «врач – пациент», знакомство с основными техниками активного слушания в системе «врач – пациент»; развитие умений задавать открытые вопросы в системе «врач – пациент», развитие навыков эффективного слушания в системе «врач – пациент» [102].

1. Упражнение «Самопрезентация»

Цель: рефлексия барьеров общения и затруднений в плане саморегуляции и самоконтроля; развитие гибкости в общении.

Процедура проведения: участникам группы предлагается подготовить краткое сообщение на тему: «Я Ваш врач». Время подготовки 5 минут.

Лист для анализа коммуникации:

Суть получения сообщения.

Характеристики сообщения.

Как понято сообщение другими участниками?

Характеристика коммуникатора.

Характер отношений с коммуникатором группы.

Какие чувства Вы испытывали по отношению к группе и ситуации выступления; себе как коммуникатору.

2. Упражнение «Гений общения»

Цель: расширение индивидуального опыта взаимодействия с позиций «врач – пациент».

Процедура проведения: участники группы располагаются по кругу, образуя достаточно плотное кольцо. По очереди один из участников тренинга оказывается вне круга, его задача попасть в круг, договорившись о сотрудничестве с группой, оказывающей сопротивление. Вести переговоры необходимо с разных позиций: уверенного в своей правоте, уверенного в своей способности управлять другими и т.д.

В конце обсуждается успешность поведения участников и чувства, возникающие в процессе выполнения задания. При распределении позиций тренер использует альтернативный принцип; участники получают задание играть роль, противоположную их реальной внутренней позиции в общении.

3. Упражнение «Пространство»

Цель: рефлексия чувств сопровождающих взаимодействие с другими и самим собой.

Процедура проведения: группа делится на микрогруппы по 5 человек. Каждая микрогруппа образует свой круг. Участникам предлагается подойти к членам своей группы на то расстояние, которое они считают наиболее оптимальным для эффективного общения. В конце выполнения упражнения

проводится рефлексия чувств возникающих при приближении к партнеру на разную дистанцию.

4. Упражнение «Образ достижений»

Цель: актуализация внутренних ресурсов и программирование позитивных установок и действий, направленных на развитие коммуникативной компетентности.

Процедура проведения: предварительно участникам предлагается описать портрет психологически компетентного врача, используя десять прилагательных. Затем каждому участнику предоставляется возможность выбрать в группе человека, который более всего подходит под это описание. Свой выбор необходимо обосновать [102].

5. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 6 «Начало консультации: как установить контакт с пациентом». «Информирование пациента»

Цели занятия: формирование навыков информирования пациента о результатах первого диагностического этапа лечения.

1. Лекция «Модель профилактического консультирования».

«Содержание лекции: особенности Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и модели превентивного консультирования.

Особенности первого этапа профилактического консультирования «Начало консультирования» – установление правил психологического контакта, правил работы с пациентом в начале консультирования» [150, с. 20].

Лекция «Методическое обеспечение формирования умений врачей в проведении профилактического консультирования».

«Содержание лекции: Формированию умений проведения профилактического консультирования в рамках коммуникативной компетенции.

Требования принципа информирования. Дидактические особенности правила информирования – сообщение о результатах обследования конкретного пациента должно сочетаться с доминированием ясной установки на возможность решения существующей проблемы» [150, с. 25].

2. Работа в подгруппах (4-7 человек)

«На основании представленной преподавателем на предыдущем занятии схемы каждая подгруппа составляет свой список наиболее значимых умений врача в проведении первого этапа профилактического консультирования:

- приветствие пациента;
- проявление заинтересованности и заботы об удобстве пациента;
- знакомство с пациентом;

- уточнение формы обращения к пациенту;
- одобрение пациента за ответственность и организованность в прохождении диспансеризации;
- уточнение наличия у пациента желания познакомиться с результатами обследования» [150, с. 26].

3. Работа в подгруппах (4-5 человек).

«На основании представленной преподавателем на предыдущем занятии схемы каждая подгруппа составляет свой список наиболее значимых умений

врача в проведении этапа «Информирование пациента»:

- общение пациенту о результатах обследования;
- обращение внимания пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрение состояния пациента при отсутствии проблем;
- уточнение у пациента, что ему известно о влиянии фактора риска на здоровье» [150, с. 27].

4. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 7 «Объяснение пациенту». «Контроль усвоения / понимание советов и готовность к их выполнению»

Цель занятия: формирование умений врача в осуществлении контроля усвоения советов и готовности пациента следовать им.

1. Лекция «Речевые и неречевые средства педагогического общения во взаимодействии «врач-пациент».

«Содержание лекции: дидактические особенности принципов научности и доступности при объяснении информации. Правило разъяснения – изложение, разъясняющее информацию, соответствующую уровню развития и подготовленности пациента, его индивидуальным особенностям и возрасту.

Правило доказательности – без фактов нет доказательности. Правило планирования – в достижении цели необходима целенаправленная и последовательная этапность» [150, с. 30].

Лекция «Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению».

«Содержание лекции: Преимущества отказа от негативных поведенческих привычек. Убеждение пациента в необходимости следовать рекомендациям врача. Проверка усвоения и понимания пациентом советов и готовность к их выполнению» [150, с. 37].

2. Работа в подгруппах (5-6 человек).

«На основании представленной преподавателем на предыдущем занятии схемы каждая подгруппа составляет свой список наиболее значимых умений врача в проведении этапа «Объяснение пациенту»:

- механизма негативного влияния выявленных факторов риска на его здоровье;
- причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни;
- использование для объяснения понятных для пациента терминов, доводов, примеров, соответствующих интересам пациента;
- информирование пациента о возможности углубленного консультирования по выявленным факторам риска» [150, с. 32].

3. Работа в подгруппах (4-5 человек).

«На основании представленной преподавателем на предыдущем занятии схемы каждая подгруппа составляет свой список наиболее значимых умений врача в проведении этапа «Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению»:

- содействие активному выражению пациентом мнения по предложенным советам, задавая уточняющий вопрос;
- уточнение готовности пациента следовать советам и предложение ознакомиться с информационным раздаточным материалом;
- одобрение согласия пациента следовать советам» [150, с. 38].

4. Ролевая игра, имитирующая типичные формы взаимодействия врача и пациента на этапе «Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению».

«Преподаватель предлагает паре участников разыграть роль врача и роль пациента в соответствии с алгоритмом деятельности врача при проведении профилактического консультирования» – 4 этап «Контроль усвоения/понимание советов и готовность к их выполнению» в течении 1 минуты» [150, с. 37]. «Преподаватель дает инструкцию участнику в роли врача: «В течение 1 минуты Вы должны показать преимущества отказа от негативных поведенческих привычек пациента, приводящих к заболеванию. Содействовать убеждению пациента в необходимости следовать рекомендациям врача. Проверить усвоение и понимание пациентом советов и готовность к их выполнению» [150, с. 38].

Ход игры:

«Исходная ситуация:

Пациент к этому этапу имеет определенные представления о влиянии фактора риска на его здоровье, о возможности снижения этого негативного влияния. Ему понятна последовательность конкретных действий в профилактике его заболевания. Однако у него еще нет твердого убеждения в необходимости следования рекомендациям врача. Пациент находится в состоянии принятия первого решения – следовать советам врача или пока подождать, так как решение потребует от него определенных усилий, изменения привычного образа жизни. И эти волевые действия по изменению

привычек пугают его. Но, с другой стороны, врач убедительно показал реальную возможность положительных изменений, приводящих к сохранению здоровья, активного образа жизни, свободы в выборе своих занятий и увлечений.

На этом этапе врач должен осознавать всю сложность психологического состояния пациента, так как определяется направление дальнейшего следования пациента – будет ли он с врачом (именно сейчас зарождается приверженность) или останется со своей болезнью. От этого выбора зависит мотивация пациента к реальным действиям.

Часто врачи ошибочно считают, что знания являются убеждениями. Нередко пациент знает, как следует поступать в тех или иных конкретных ситуациях, знает, какую точку зрения следует поддерживать в споре, но не использует эти знания в своей жизни. У такого пациента слово расходится с делом, единства знаний и поведения у него нет, его знания не стали убеждениями.

О наличии убеждений говорит сформированная потребность действовать в соответствии со своими знаниями. Убеждения выступают важным мотивом деятельности, стимулирующим внутреннюю активность пациента.

По окончании ролевой игры преподаватель просит участников высказать мнения – что удалось реализовать, что вызвало затруднения» [150, с. 39].

5. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 8 «Завершение консультации»

Цель занятия: формирование умений подведения итогов консультации и пояснение пациенту порядка записи на углубленное профилактическое консультирование.

1. Работа в подгруппах (5-6 человек).

«На основании представленной преподавателем на предыдущем занятии схемы каждая подгруппа составляет свой список наиболее значимых умений врача в проведении этапа «Завершение консультирования»:

– подведение итогов консультации и пояснение пациенту порядка записи на углубленное профилактическое консультирование» [150, с. 41].

2. Ролевая игра, имитирующая типичные формы взаимодействия врача и пациента на этапе «Завершение консультирования».

«Преподаватель предлагает паре участников разыграть роль врача и роль пациента в соответствии с алгоритмом деятельности врача при проведении профилактического консультирования» – 5 этап «Завершение консультирования» в течение 1 минуты» [150, с. 41]. «Преподаватель дает

инструкцию участнику в роли врача: «В течении 1 минуты Вы должны подвести итоги удостовериться, что пациент согласен с планом рекомендаций, ответить на возникающие вопросы» [150, с. 42].

Ход игры:

«Исходная ситуация:

Пациент ознакомлен с рекомендациями врача и планом последующих действий. У него сложилось позитивное отношение к врачу. Он хотел бы выполнить данные советы.

Краткое подведение итогов консультирования и прояснение плана лечения не только даст врачу и пациенту лишний шанс подтвердить то, о чем договорились заранее, но и позволит пациенту поставить под сомнение или подправить восприятие врача.

Такое подведение итогов хорошо помогает точности понимания и, следовательно, последующей приверженности к лечению.

Умения врача в завершении консультирования помогают пациенту лучше освоиться, с согласованным планом, отчетливо осознать, что будет дальше, и более спокойно смотреть в будущее» [150, с. 42].

3. «Круглый стол».

«Полученные во время тренинга коммуникативные умения многие участники пробуют применять немедленно, в своей текущей профессиональной деятельности. Полученные при этом эффекты и эмоции также являются материалом для обсуждения и фактором, мотивирующим к изменениям остальных участников тренинга.

Некоторые участники отмечают, что действительно обнаружили в себе особенности, о которых раньше не задумывались, и впервые смогли сформулировать и систематизировать задачи и этапы своего профессионального и личностного развития» [150, с. 43].

4. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Модуль 3 «Специализированные коммуникативные навыки»

Занятие 9 «От сопротивления пациента к комплаентности: техники сопротивления»

Цель занятия: рассмотреть механизмы возникновения сопротивления пациента рекомендациям врача, комплаентности.

1. Лекция «От сопротивления пациента к комплаентности: техники сопротивления».

Содержание лекции: «сопротивление в коммуникации с пациентом, что такое комплаентность к лечению? Причины недостаточной приверженности, установки на комплаентное поведение у пациентов. Правило разъяснения –

изложение, разъясняющее информацию, соответствующую уровню развития и подготовленности пациента, его индивидуальным особенностям и возрасту» [30, с. 80].

2. Ролевая игра, имитирующая типичные формы взаимодействия врача и пациента на этапе «От сопротивления пациента к комплаентности: техники сопротивления».

«Воспроизведите взаимодействие врача и пациента в ситуациях:

- пациент отказывается подписывать согласие на проведение операции;
- пациент отказывается от рентгенологического исследования, считая его вредным для здоровья;
- пациент отказывается от назначенных процедур.

По окончании ролевой игры преподаватель просит участников высказать мнения – что удалось реализовать, что вызвало затруднения» [30, с. 81].

3. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 10 «Профилактика конфликта и техники выхода из конфликтной ситуации»

Цель занятия: изучить стратегию и тактику предотвращения конфликта в системе отношений «врач-пациент»; рассмотреть принципы общения с конфликтным пациентом, а также причины конфликтов и возможные пути решения конфликтных ситуаций во врачебной практике.

1. Лекция «Стратегия и тактика предотвращения конфликта».

Содержание лекции: причины конфликтов, виды конфликтогенного поведения у пациентов и возможные пути решения конфликтных ситуаций в медицинской практике [102].

2. Работа в подгруппах (5-6 человек).

Задание: «составить перечень возможных конфликтных ситуаций с учетом особенностей вашей врачебной специальности. Спроектируйте одну из ситуаций и решите эту ситуацию в подгруппах:

- длительное ожидание пациентом приема (врач опоздал на прием, задержался, принимая предыдущего пациента);
- врач, по мнению пациента, был груб;
- врач допускает нарушение принципов этики и деонтологии;
- пациент опоздал на прием. И врач отказывается его принимать;
- пациент сомневается в компетенции врача из-за его возраста/пола» [30, с. 94].

3. Ситуационные задачи, имитирующие типичные формы взаимодействия врача и пациента в конфликтных ситуациях.

Пациентка, записанная на прием к врачу, зашла в кабинет, где находилась медицинская сестра. Медсестра на вопрос «где доктор?» ответила, чтобы пациентка закрыла дверь с другой стороны, и научилась читать объявления на дверях. Женщина была возмущена грубым ответом. Выяснив, что доктор заболел, а ради приема она отпросилась с работы, она сказала об этом медсестре. На что она сказала, что это ее проблемы. Пациентка позвонила с жалобой на горячую линию с просьбой разобраться с грубым поведением медицинского персонала. Как должна была вести себя медсестра?

У больной, после выполнения инъекции в области локтевого сгиба появилась большая гематома. Она обратилась к старшей сестре отделения с требованием провести беседу со своими подчиненными, объясняя свое требование тем, что процедурная медицинская сестра невнимательна, недобросовестно относится к своим обязанностям. Старшая медицинская сестра была возмущена жалобой пациентки и предложила обратиться в частную клинику, так как у нее все медсестры перегружены и не могут быть внимательны к каждому пациенту. Как должна была вести себя медсестра?

4. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 11 «Плохие новости: тактика сообщения пациенту»

Цель одиннадцатого занятия: формирование навыка сообщения плохих новостей; изучить классификацию плохих и неприятных новостей с учетом врачебной специальности

1. Лекция «Плохие новости: понятие, классификации, как сообщить пациенту».

Содержание лекции: «сообщение плохих новостей пациентам: как это делать? Предложения по сообщению плохих новостей» [30, с. 137].

2. Упражнение «Расслабляющее дыхание»

Цель: рефлексия собственных чувств и эмоций, снятие эмоционального напряжения.

Процедура проведения: «для выполнения упражнения нужен внутренний счет, считайте «про себя» в темпе движения секундной стрелки («раз-и-два-и-три-и»). Сделайте вдох через нос на 4 счета (раз-и-два-и-три-и-четыре-и), паузу на 2 счета (раз-и-два-и), выдох через рот на 6 или 8 счетов (в идеале для расслабления выдох должен быть в 2 раза длиннее, чем вдох), затем опять паузу на 2 счета. Затем повторите весь цикл 10-20 раз. Внимание! Если нужно, наоборот мобилизоваться, мы делаем вдох более долгим, а выдох – резким, форсированным» [30, с. 138].

3. Дискуссия «Эффективность профессионального общения медицинского работника в системе «врач – пациент».

I этап

Группа разбивается на микрогруппы, которые расходятся по разным сторонам аудитории и обсуждают тему «Эффективность профессионального общения медицинского работника. Критерии эффективности и условия реализации».

II этап

Вся группа собирается вместе для защиты своей работы в групповой дискуссии. От каждой группы выступает один или несколько человек в течение 7-10 минут. После выступления другая группа задает вопросы на понимание, выражает свое согласие или несогласие. После выступления всех групп ведущий дискуссии совместно с участниками подводит итоги, давая качественный анализ всех сообщений.

Домашнее задание:

Ответьте на 2 вопроса:

– за что меня ценят?

– за что меня можно критиковать? [102].

4. Общее обсуждение

Цель: сплочение группы.

Процедура проведения: обсуждение происходит в порядке очереди (по кругу).

Занятие 12 «Общение с пациентами пожилого возраста»

Цель двенадцатого занятия: изучить особенности общения с пациентами пожилого возраста на различных этапах медицинской консультации.

1. Лекция «Общение с пациентами пожилого возраста».

Содержание лекции: развитие навыков общения с пациентами пожилого возраста.

«Правило разъяснения – изложение, разъясняющее информацию, соответствующую уровню развития и подготовленности пациента, его индивидуальным особенностям и возрасту» [30, с. 183].

2. Упражнение «Я расту»

Цель: рефлексия самоощущения, возникающего по мере прохождения тренинга.

Процедура проведения: на память о работе, каждый участник рисует в символической форме себя «до» и «после» тренинга.

Рисунки кратко анализируются, подчеркивается позитивная динамика и возможности дальнейшего развития [102].

В целом, завершение тренинга направлено на осознание содержания процесса формирования коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза на разных этапах профессионального обучения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Таблица 5.1 – Эмпирические показатели психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета в баллах

№ п-п	Пол	коммуникативная толерантность	рациональный канал эмпатии	эмоциональный канал эмпатии	интуитивный канал эмпатии	установки, способствующие эмпатии	проникающая способность к эмпатии	Идентификация в эмпатии.	общительность
До реализации программы									
1	женский	33	4	3	5	4	3	4	10
2	женский	30	5	4	3	5	4	5	10
3	женский	51	1	3	1	2	2	1	20
4	женский	48	4	4	3	4	2	2	14
5	мужской	55	5	3	2	4	3	3	18
6	мужской	45	4	2	2	2	5	5	12
7	женский	13	3	4	1	4	6	2	14
8	женский	29	5	2	4	5	4	1	6
9	женский	25	2	3	2	2	3	4	13
10	женский	58	4	1	5	2	3	2	13
11	женский	44	4	6	3	3	5	4	10
12	женский	28	5	4	3	5	4	2	14
13	женский	57	3	5	4	6	5	4	18
14	мужской	63	3	4	0	3	4	4	16
15	женский	42	3	4	5	5	4	5	16
16	женский	50	4	6	1	6	2	3	12
17	женский	43	4	3	1	4	5	4	5
18	мужской	41	4	5	2	5	1	2	18
19	женский	39	4	5	5	5	5	4	14
20	мужской	2	2	4	4	6	5	5	8
21	женский	15	3	3	3	2	4	3	10
22	женский	64	5	4	3	4	3	3	15
23	женский	33	4	4	3	3	4	5	9
24	женский	21	3	1	5	4	4	5	8
25	женский	46	2	2	2	4	2	2	14
26	женский	23	2	4	0	3	3	3	17
27	женский	49	4	4	5	2	4	3	18
28	женский	24	3	2	4	3	2	2	20
29	женский	34	3	3	2	5	4	3	8
30	женский	50	3	2	1	2	2	3	24
После реализации программы									
1	женский	33	4	3	5	4	4	4	14
2	женский	35	5	4	3	5	4	5	13
3	женский	53	5	4	3	3	2	3	20
4	женский	48	4	4	3	4	3	3	14
5	мужской	54	5	3	2	4	3	4	18

6	мужской	45	4	2	4	4	5	5	14
7	женский	15	3	4	3	4	6	2	14
8	женский	30	5	4	4	5	4	4	10
9	женский	27	4	3	2	2	4	4	16
10	женский	58	4	2	5	4	4	3	14
11	женский	43	4	6	4	3	5	4	10
12	женский	30	5	4	3	5	4	3	14
13	женский	56	4	5	4	6	5	4	18
14	мужской	63	3	5	2	4	4	4	16
15	женский	43	3	4	5	5	4	5	16
16	женский	50	4	6	1	6	4	4	12
17	женский	43	4	3	3	4	5	4	10
18	мужской	41	4	5	2	5	3	2	18
19	женский	40	4	5	5	5	5	4	14
20	мужской	18	4	4	4	6	5	5	10
21	женский	18	3	3	4	3	4	4	14
22	женский	64	5	4	3	4	4	4	15
23	женский	34	4	5	4	3	4	5	10
24	женский	22	4	2	5	4	4	5	12
25	женский	46	4	2	2	4	3	4	14
26	женский	27	3	4	2	4	3	3	17
27	женский	49	4	4	5	2	4	3	18
28	женский	26	4	3	4	3	3	4	20
29	женский	36	3	3	3	5	4	3	13
30	женский	51	4	3	3	4	3	3	24

Таблица 5.2 – Эмпирические показатели психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического факультета в баллах

№ п-п	Пол	коммуникативная толерантность	рациональный канал эмпатии	эмоциональный канал эмпатии	интуитивный канал эмпатии	установки, способствующие эмпатии	проникающая способность к эмпатии	Идентификация в эмпатии.	общительность
До реализации программы									
1	женский	46	2	4	5	3	1	4	16
2	женский	27	3	3	2	5	1	2	14
3	женский	39	4	2	5	5	2	4	10
4	мужской	44	2	1	1	5	4	3	15
5	женский	19	5	3	4	6	5	4	16
6	женский	51	1	5	3	2	4	2	21
7	женский	31	3	5	4	5	4	3	17
8	женский	49	5	4	3	6	4	6	18
9	женский	30	3	5	3	4	4	2	16
10	женский	20	4	6	3	6	2	4	12
11	женский	56	3	3	3	0	5	3	18
12	мужской	50	1	2	4	2	3	5	11
13	женский	36	3	4	5	3	1	3	13
14	женский	53	3	3	2	3	5	4	8
15	мужской	53	2	0	4	3	4	3	8
16	мужской	47	4	3	3	5	3	4	10
17	женский	43	3	3	2	3	2	1	18
18	женский	31	2	4	0	2	3	3	16
19	женский	34	3	3	5	2	3	5	6
20	женский	68	4	3	6	4	1	2	17
21	женский	37	1	6	3	3	2	3	22
22	женский	42	2	4	3	3	3	2	14
23	женский	57	3	5	1	5	3	5	17
24	мужской	18	2	5	0	3	6	3	7
25	женский	9	1	3	5	4	4	3	6
26	женский	37	2	2	3	3	4	2	10
27	женский	64	0	4	3	5	3	2	18
28	женский	67	4	4	3	4	3	0	15
29	женский	21	6	4	2	4	2	3	14
30	женский	104	4	2	1	4	3	2	19
После реализации программы									
1	женский	46	3	4	5	3	3	4	18
2	женский	29	3	3	4	5	3	3	16
3	женский	39	4	2	5	5	4	4	11
4	мужской	44	2	3	3	5	4	4	15
5	женский	22	5	3	4	6	5	4	16
6	женский	52	2	5	3	4	4	2	22
7	женский	33	3	5	4	5	4	3	17

8	женский	49	5	4	4	6	4	6	18
9	женский	30	3	5	4	4	4	4	18
10	женский	22	4	6	3	6	3	4	15
11	женский	56	3	3	4	3	5	4	18
12	мужской	50	2	4	4	2	3	5	14
13	женский	36	3	4	5	3	3	3	14
14	женский	53	3	3	4	4	5	5	9
15	мужской	53	3	3	4	3	4	4	9
16	мужской	49	4	4	3	5	3	4	12
17	женский	46	3	3	4	4	4	3	18
18	женский	31	3	4	3	2	3	3	18
19	женский	36	3	3	5	3	3	5	9
20	женский	68	4	4	6	4	4	4	18
21	женский	39	2	6	5	3	2	4	24
22	женский	42	2	4	3	4	3	4	14
23	женский	57	3	5	4	5	4	5	18
24	мужской	20	3	5	2	4	6	4	9
25	женский	12	3	4	5	4	4	3	10
26	женский	37	2	4	4	4	4	4	12
27	женский	64	2	4	3	5	3	3	18
28	женский	66	4	5	4	4	4	2	16
29	женский	22	6	4	2	4	3	4	14
30	женский	102	4	4	3	5	5	4	21

Таблица 5.3 – Эмпирические показатели психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного факультета в баллах

№ п-п	Пол	неумение управлять эмоциями, дозировать их	неадекватное проявление эмоций	негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	доминирование негативных эмоций	нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе.	оценка самоконтроля в общении
До реализации программы							
1	женский	1	4	0	2	0	9
2	женский	3	1	4	4	1	4
3	женский	3	3	2	2	4	6
4	женский	2	3	3	0	2	2
5	женский	3	2	2	2	0	6
6	женский	2	1	2	1	2	4
7	женский	1	3	1	2	1	8
8	женский	1	2	4	4	1	5
9	женский	1	3	4	2	2	5
10	женский	2	4	2	2	2	6
11	женский	0	4	0	2	0	8
12	женский	1	3	2	2	4	7
13	женский	1	4	4	3	2	4
14	женский	2	1	4	2	1	5
15	женский	2	2	0	2	1	6
16	женский	3	2	2	0	0	3
17	женский	1	2	3	0	0	5
18	женский	0	4	1	1	1	5
19	женский	2	3	0	0	1	8
20	женский	1	2	0	3	2	7
21	женский	3	4	0	1	1	9
22	женский	1	1	1	0	2	4
23	женский	2	3	1	3	3	2
24	женский	2	1	2	0	2	2
25	женский	1	0	4	0	0	3
26	женский	2	2	5	2	2	1
27	женский	2	2	5	1	1	5
28	женский	2	3	2	1	2	4
29	женский	1	3	1	1	1	7
30	женский	1	3	2	2	4	7
После реализации программы							
1	женский	3	4	2	2	3	9
2	женский	3	3	4	4	1	4
3	женский	3	3	2	2	4	6
4	женский	2	3	3	3	2	4
5	женский	3	2	2	2	3	6
6	женский	2	3	2	1	2	4
7	женский	3	3	3	2	3	8
8	женский	3	2	4	4	3	5
9	женский	1	3	4	2	2	5
10	женский	2	4	2	2	2	6

11	женский	2	4	0	3	2	8
12	женский	1	3	2	2	4	7
13	женский	1	4	4	3	2	4
14	женский	2	3	4	3	3	6
15	женский	2	2	3	2	3	7
16	женский	3	2	2	2	2	6
17	женский	1	2	3	2	2	7
18	женский	3	4	1	3	3	5
19	женский	2	3	3	2	3	8
20	женский	3	3	2	3	2	7
21	женский	3	4	2	3	3	9
22	женский	3	3	1	2	2	4
23	женский	2	3	1	3	3	5
24	женский	2	3	2	2	2	5
25	женский	3	3	4	3	4	3
26	женский	2	2	5	2	2	4
27	женский	2	2	5	3	3	5
28	женский	3	3	2	1	4	6
29	женский	3	3	2	2	1	8
30	женский	4	3	2	2	4	7

Таблица 5.4 – Эмпирические показатели психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса педиатрического факультета в баллах

№ п-п	Пол	неумение управлять эмоциями, дозировать их	неадекватное проявление эмоций	негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций;	доминирование негативных эмоций	нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе.	оценка самоконтроля в общении
До реализации программы							
1	женский	1	3	0	1	1	7
2	женский	2	2	3	2	3	7
3	женский	2	3	5	3	1	4
4	женский	3	3	5	2	5	2
5	женский	1	2	3	1	1	4
6	женский	1	3	3	2	3	6
7	женский	1	2	1	0	1	7
8	женский	1	2	4	2	3	4
9	женский	4	3	1	1	2	6
10	женский	2	2	4	2	2	5
11	женский	3	3	1	1	2	8
12	женский	1	2	0	2	1	10
13	женский	2	3	3	2	1	3
14	женский	1	2	1	2	3	8
15	женский	1	2	2	0	2	6
16	женский	1	4	2	2	3	5
17	женский	1	3	0	1	3	6
18	женский	1	1	2	3	4	2
19	женский	3	3	3	1	3	7
20	женский	3	4	3	4	4	6
21	женский	4	2	0	2	1	7
22	женский	4	2	2	0	0	5
23	женский	2	4	0	0	3	5
24	женский	1	1	1	0	0	5
25	мужской	0	2	4	0	2	5
26	женский	3	3	0	1	1	4
27	женский	3	3	0	0	2	8
28	женский	1	4	4	3	2	5
29	женский	3	3	0	1	0	6
30	мужской	3	3	3	2	1	4
После реализации программы							
1	женский	3	3	2	2	2	7
2	женский	2	2	3	2	3	7
3	женский	3	3	5	3	3	6
4	женский	3	4	5	2	5	5
5	женский	1	2	3	2	1	6
6	женский	3	3	3	2	3	6
7	женский	3	2	2	3	2	7
8	женский	1	2	4	2	3	4
9	женский	4	4	1	1	2	6
10	женский	2	3	4	2	2	5
11	женский	3	3	2	3	3	8
12	женский	2	2	2	2	2	10
13	женский	2	3	3	2	1	4
14	женский	3	3	1	2	3	8
15	женский	3	2	3	3	2	6

16	женский	1	4	2	2	3	6
17	женский	2	3	2	2	3	6
18	женский	2	3	2	3	4	6
19	женский	3	3	3	3	3	7
20	женский	3	4	3	4	4	6
21	женский	4	4	3	2	2	7
22	женский	4	2	2	2	3	7
23	женский	3	4	3	2	3	5
24	женский	1	4	1	3	2	7
25	мужской	4	2	4	2	3	7
26	женский	3	4	3	1	1	5
27	женский	4	3	2	2	3	8
28	женский	2	4	4	3	2	5
29	женский	4	3	2	3	3	7
30	мужской	3	4	3	2	2	5

Таблица 5.5 – Эмпирические показатели профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса лечебного факультета в баллах

№ п-п	Пол	коммуникативно-инструментальный блок	коммуникативные умения	профессионально – инструментальный блок	профессиональные умения
До реализации программы					
1	женский	57	50	52	51
2	женский	45	47	46	52
3	женский	56	55	64	53
4	мужской	50	57	57	64
5	мужской	54	49	60	47
6	женский	41	41	62	50
7	мужской	49	50	56	47
8	женский	55	49	59	57
9	женский	53	53	56	40
10	женский	51	54	46	47
11	женский	57	52	48	46
12	женский	47	48	46	49
13	женский	49	46	54	48
14	женский	57	54	54	52
15	мужской	53	48	50	42
16	мужской	44	54	59	48
17	мужской	52	54	52	58
18	женский	56	50	54	45
19	женский	55	52	53	45
20	женский	58	53	52	53
21	женский	54	54	57	42
22	женский	66	45	52	47
23	женский	53	54	51	45
24	женский	53	52	52	51
25	женский	52	53	52	46
26	женский	49	44	51	44
27	женский	62	47	63	46
28	женский	48	53	46	48
29	женский	54	51	55	43
30	женский	57	58	44	45
После реализации программы					
1	женский	59	54	54	52
2	женский	55	54	54	52
3	женский	56	55	64	53
4	мужской	52	57	61	65
5	мужской	54	56	63	48
6	женский	50	54	62	50
7	мужской	53	50	58	48
8	женский	55	51	60	57
9	женский	58	55	56	42
10	женский	51	54	50	47
11	женский	57	53	51	49
12	женский	57	49	53	49
13	женский	50	53	54	52
14	женский	61	54	55	52
15	мужской	54	58	52	49

16	мужской	57	54	59	48
17	мужской	52	54	54	58
18	женский	57	57	54	50
19	женский	60	52	54	45
20	женский	58	53	52	55
21	женский	55	59	57	47
22	женский	68	57	55	46
23	женский	54	54	51	51
24	женский	55	52	52	46
25	женский	54	61	57	44
26	женский	50	58	51	47
27	женский	60	57	66	48
28	женский	57	55	54	43
29	женский	59	61	55	46
30	женский	63	58	58	47

Таблица 5.6 – Эмпирические показатели профессиональной коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического факультета в баллах

№ п-п	Пол	коммуникативно-инструментальный блок	коммуникативные умения	профессионально – инструментальный блок	профессиональные умения
До реализации программы					
1	женский	56	54	52	48
2	женский	48	46	50	48
3	женский	48	56	57	49
4	женский	44	54	50	46
5	мужской	50	51	57	43
6	женский	53	50	50	48
7	женский	51	52	52	41
8	женский	57	56	53	37
9	женский	46	60	56	50
10	женский	57	60	59	52
11	женский	50	54	61	56
12	женский	48	53	50	48
13	женский	57	54	49	45
14	женский	59	57	55	46
15	женский	54	50	61	51
16	женский	50	54	46	46
17	женский	54	55	58	44
18	женский	61	55	64	54
19	женский	62	58	54	50
20	женский	51	59	58	46
21	женский	49	44	55	46
22	женский	55	53	54	53
23	женский	57	59	56	55
24	женский	53	47	60	43
25	мужской	47	51	62	52
26	мужской	50	51	49	52
27	женский	54	50	74	56
28	женский	57	52	55	45
29	мужской	55	51	52	52
30	женский	60	60	49	51
После реализации программы					
1	женский	56	54	52	49
2	женский	49	48	50	48
3	женский	48	56	57	49
4	женский	47	54	51	47
5	мужской	50	52	57	43
6	женский	53	50	52	48
7	женский	53	52	52	45
8	женский	57	56	53	37
9	женский	48	61	57	50
10	женский	57	63	59	52
11	женский	50	54	61	56
12	женский	50	53	52	50
13	женский	57	55	49	45
14	женский	59	57	55	47
15	женский	54	50	61	51

16	женский	52	54	49	46
17	женский	54	56	58	45
18	женский	63	55	66	54
19	женский	62	58	54	50
20	женский	53	59	59	47
21	женский	49	47	55	47
22	женский	55	53	56	53
23	женский	59	58	59	55
24	женский	53	47	61	46
25	мужской	49	52	62	52
26	мужской	51	51	49	52
27	женский	54	52	73	56
28	женский	58	52	55	47
29	мужской	55	52	52	52
30	женский	62	63	50	52

Таблица 5.7 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета до реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
коммуникативная толерантность	30	38,5000	2,00000	64,0000	15,3819
рациональный канал эмпатии	30	3,5000	1,00000	5,0000	1,04221
эмоциональный канал эмпатии	30	3,46667	1,00000	6,0000	1,27937
интуитивный канал эмпатии	30	2,8000	0,00000	5,0000	1,56249
установки, способствующие эмпатии	30	3,8000	2,00000	6,0000	1,32353
проникающая способность к эмпатии	30	3,56667	1,00000	6,0000	1,22287
идентификация в эмпатии	30	3,26667	1,00000	5,0000	1,22990
общительность	30	13,46667	5,00000	24,0000	4,53898

Таблица 5.8 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета после реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
рациональный канал эмпатии	30	4,0000	3,0000	5,0000	0,64327
эмоциональный канал эмпатии	30	3,76667	2,0000	6,0000	1,10433
интуитивный канал эмпатии	30	3,4000	1,0000	5,0000	1,13259
установки, способствующие эмпатии	30	4,13333	2,0000	6,0000	1,04166
проникающая способность к эмпатии	30	3,96667	2,0000	6,0000	0,85029
идентификация в эмпатии	30	3,8000	2,0000	5,0000	0,84690
общительность	30	14,7333	10,0000	24,0000	3,38285

Таблица 5.9 – Расчет Т-критерия Вилкоксона для показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса лечебного факультета до и после реализации программы

Пары переменных	Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet24)			
	Marked tests are significant at p < ,05000			
	N	T	Z	p-уровень значимости
коммуникативная толерантность & коммуникативная толерантность	30	15,000	3,21937	0,001285
рациональный канал эмпатии & рациональный канал эмпатии	30	0,000	2,66557	0,007686
эмоциональный канал эмпатии & эмоциональный канал эмпатии	30	0,000	2,52050	0,011719
интуитивный канал эмпатии & интуитивный канал эмпатии	30	0,000	2,93405	0,003346
установки, способствующие эмпатии & установки, способствующие эмпатии	30	0,000	2,36643	0,017961
проникающая способность к эмпатии & проникающая способность к эмпатии	30	0,000	2,80306	0,005062
идентификация в эмпатии & идентификация в эмпатии	30	0,000	2,93405	0,003346
общительность & общительность	30	0,000	3,05941	0,002218

Таблица 5.10 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического факультета до реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
коммуникативная толерантность	30	42,76667	9,000000	104,0000	18,94035
рациональный канал эмпатии	30	2,833333	0,000000	6,0000	1,36668
эмоциональный канал эмпатии	30	3,500000	0,000000	6,0000	1,38340
интуитивный канал эмпатии	30	3,033333	0,000000	6,0000	1,51960
установки, способствующие эмпатии	30	3,733333	0,000000	6,0000	1,41259
проникающая способность к эмпатии	30	3,133333	1,000000	6,0000	1,30604
идентификация в эмпатии	30	3,066667	0,000000	6,0000	1,28475
общительность	30	14,06667	6,000000	22,0000	4,38598

Таблица 5.11 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 1-го курса педиатрического факультета после реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
коммуникативная толерантность	30	43,50000	12,00000	102,0000	18,04544
рациональный канал эмпатии	30	3,200000	2,000000	6,0000	0,99655
эмоциональный канал эмпатии	30	4,000000	2,000000	6,0000	0,94686
интуитивный канал эмпатии	30	3,866667	2,000000	6,0000	0,93710
установки, способствующие эмпатии	30	4,133333	2,000000	6,0000	1,07425
проникающая способность к эмпатии	30	3,766667	2,000000	6,0000	0,85836
идентификация в эмпатии	30	3,833333	2,000000	6,0000	0,87428
общительность	30	15,36667	9,000000	24,0000	3,96957

Таблица 5.12 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного факультета до реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
неумение управлять эмоциями, дозировать их	30	1,633333	0,000000	3,000000	0,850287
неадекватное проявление эмоций	30	2,500000	0,000000	4,000000	1,106408
негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	30	2,100000	0,000000	5,000000	1,583318
доминирование негативных эмоций	30	1,566667	0,000000	4,000000	1,165106
нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе.	30	1,500000	0,000000	4,000000	1,167077
оценка самоконтроля в общении	30	5,233333	1,000000	9,000000	2,144493

Таблица 5.13 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного факультета после реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
неумение управлять эмоциями, дозировать их	30	2,400000	1,000000	4,000000	0,770132
неадекватное проявление эмоций	30	2,966667	2,000000	4,000000	0,668675
негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	30	2,600000	0,000000	5,000000	1,220514
доминирование негативных эмоций	30	2,400000	1,000000	4,000000	0,723974
нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе.	30	2,633333	1,000000	4,000000	0,850287
оценка самоконтроля в общении	30	5,933333	3,000000	9,000000	1,638614

Таблица 5.14 – Расчет Т-критерия Вилкоксона для показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса лечебного факультета до и после реализации программы

Пары переменных	Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet24)			
	N	T	Z	p-уровень значимости
неумение управлять эмоциями, дозировать их & неумение управлять эмоциями, дозировать их	30	0,0000	2,934058	0,003341
неадекватное проявление эмоций & неадекватное проявление эмоций	30	0,0000	2,366432	0,017961
негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций & негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	30	0,0000	2,366432	0,017961
доминирование негативных эмоций & доминирование негативных эмоций	30	0,0000	3,179797	0,001474
нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе & нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе	30	0,0000	3,407771	0,000651
оценка самоконтроля в общении & оценка самоконтроля в общении	30	0,0000	2,803060	0,005062

Таблица 5.15 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса педиатрического факультета до реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст. откл.
неумение управлять эмоциями, дозировать их	30	1,966667	0,000000	4,000000	1,129032
неадекватное проявление эмоций	30	2,633333	1,000000	4,000000	0,808717
негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	30	2,000000	0,000000	5,000000	1,640017
доминирование негативных эмоций	30	1,433333	0,000000	4,000000	1,072648
нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе.	30	2,000000	0,000000	5,000000	1,259447
оценка самоконтроля в общении	30	5,566667	2,000000	10,000000	1,813424

Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса педиатрического факультета после реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
неумение управлять эмоциями, дозировать их	30	2,70000	1,00000	4,00000	0,95231
неадекватное проявление эмоций	30	3,06666	2,00000	4,00000	0,78491
негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	30	2,73333	1,00000	5,00000	1,04826
доминирование негативных эмоций	30	2,30000	1,00000	4,00000	0,65125
нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе	30	2,60000	1,00000	5,00000	0,89442
оценка самоконтроля в общении	30	6,30000	4,00000	10,00000	1,29054

Расчет Т-критерия Вилкоксона для показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 3-го курса педиатрического факультета до и после реализации программы

Пары переменных	Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet24)			
	N	T	Z	р-уровень значимости
неумение управлять эмоциями, дозировать их & неумение управлять эмоциями, дозировать их	30	0,0000	3,29576	0,00098
неадекватное проявление эмоций & неадекватное проявление эмоций	30	0,0000	2,66557	0,00768
негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций & негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	30	0,0000	2,93405	0,00334
доминирование негативных эмоций & доминирование негативных эмоций	30	0,0000	3,17979	0,00147
нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе & нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе	30	0,0000	3,05941	0,00221
оценка самоконтроля в общении & оценка самоконтроля в общении	30	0,0000	3,05941	0,00221

Таблица 5.16 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса лечебного факультета до реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
коммуникативно-инструментальный блок	30	52,9000	41,0000	66,0000	5,18851
коммуникативные умения	30	50,9000	41,0000	58,0000	3,91592
профессионально - инструментальный блок	30	53,4333	44,0000	64,0000	5,25017
профессиональные умения	30	48,3666	40,0000	64,0000	5,14267

Таблица 5.17 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса лечебного факультета после реализации программы

Перменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
коммуникативно-инструментальный блок	30	56,0333	50,0000	68,0000	4,046994
коммуникативные умения	30	54,9666	49,0000	61,0000	2,918234
профессионально - инструментальный блок	30	55,8666	50,0000	66,0000	4,183163
профессиональные умения	30	49,5333	42,0000	65,0000	4,768672

Таблица 5.18 – Расчет Т-критерия Вилкоксона для показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса лечебного факультета до и после реализации программы

Пары переменных	Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet24)			
	Marked tests are significant at p < ,05000			
	N	T	Z	р-уровень значимости
коммуникативно-инструментальный блок & коммуникативно-инструментальный блок	30	9,5000	3,908321	0,000093
коммуникативные умения & коммуникативные умения	30	0,0000	3,723555	0,000190
профессионально - инструментальный блок & профессиональные умения	30	77,0000	2,869195	0,004115
профессиональные умения & профессиональные умения	30	44,0000	2,277295	0,022769

Таблица 5.19 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического факультета до реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст.откл.
коммуникативно-инструментальный блок	30	53,1000	44,0000	62,0000	4,663505
коммуникативные умения	30	53,5333	44,0000	60,0000	4,125057
профессионально - инструментальный блок	30	55,2666	46,0000	74,0000	5,729135
профессиональные умения	30	48,4333	37,0000	56,0000	4,538590

Таблица 5.20 – Описательная статистика показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического факультета после реализации программы

Переменные	Descriptive Statistics (Spreadsheet24)				
	N	M среднее	Мин.	Макс.	Ст. откл.
коммуникативно-инструментальный блок	30	53,9000	47,0000	63,0000	4,428357
коммуникативные умения	30	54,1333	47,0000	63,0000	4,116689
профессионально - инструментальный блок	30	55,8666	49,0000	73,0000	5,488127
профессиональные умения	30	49,0333	37,0000	56,0000	4,131321

Таблица 5.21 – Расчет Т-критерия Вилкоксона для показателей психологических характеристик коммуникативной компетентности у студентов 5-го курса педиатрического факультета до и после реализации программы

Пары переменных	Wilcoxon Matched Pairs Test (Spreadsheet24)			
	Marked tests are significant at p < ,05000			
	N	T	Z	р-уровень значимости
коммуникативно-инструментальный блок & коммуникативно-инструментальный блок	30	0,000	3,179797	0,001474
коммуникативные умения & коммуникативные умения	30	4,000	2,745628	0,006040
профессионально - инструментальный блок & профессионально - инструментальный блок	30	3,500	2,784849	0,005356
профессиональные умения & профессиональные умения	30	0,000	2,934058	0,003346