

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.923.5

СИСТЕМНО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ

И.В. Турова¹, И.О. Логинова¹

¹ Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Россия, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

Резюме

Формирование коммуникативной компетентности является одной из ключевых задач подготовки будущих врачей, так как уровень владения навыками профессионального общения влияет на качество медицинской помощи и эффективность взаимодействия с пациентами. Несмотря на актуальность проблемы, до сих пор отсутствует комплексный инструмент для оценки всех компонентов данной компетентности. Цель исследования – разработка и валидация диагностического инструмента, позволяющего всесторонне оценивать уровень коммуникативной компетентности будущих врачей. В ходе работы был создан чек-лист для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей, включающий 28 критериев, сгруппированных по шести ключевым компонентам: когнитивному, поведенческому, эмоциональному, мотивационному, рефлексивному и ценностно-смысловому. Для проверки его диагностической ценности были рассчитаны показатели чувствительности и специфичности, а также использованы стандартизированные методики для подтверждения полученных результатов. В исследовании приняли участие 210 студентов 5-го курса, из которых 105 обучались по специальности «Лечебное дело», 105 – по специальности «Педиатрия». Среди участников было 163 женщины и 47 мужчин, средний возраст студентов составил 22,7 года. Результаты исследования показали, что разработанный чек-лист обладает высокой диагностической эффективностью. Наиболее высокие показатели чувствительности и специфичности были получены при оценке когнитивного компонента (чувствительность – 100%, специфичность – 88,57%), мотивационного компонента (чувствительность – 97,12%, специфичность – 95%), ценностно-смыслового компонента (чувствительность – 97,89%, специфичность – 95,59%). Эти данные подтверждают надежность чек-листа в оценке уровня сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей. Разработанный диагностический инструмент позволяет проводить комплексную оценку коммуникативной компетентности, выявлять как сильные стороны, так и дефициты в профессиональном общении. Чек-лист может быть эффективно использован в образовательных и профессиональных целях для мониторинга развития коммуникативной компетентности и формирования индивидуальных траекторий профессионального роста.

Ключевые слова: компетентность; коммуникация; общение; коммуникативная компетентность; коммуникативные навыки; будущие врачи; оценка компетентности; диагностика

Введение

Коммуникативная компетентность занимает важное место в профессиональной подготовке будущих врачей, обеспечивая их способность эффективно взаимодействовать с пациентами, коллегами и другими участниками лечебного процесса. Формирование и развитие данной компетентности влияет на качество медицинской помощи, уровень удовлетворенности пациентов и успешность междисциплинарного взаимодействия. Современные исследования подтверждают, что недостаточно сформированная коммуникативная компетентность врача приводит к увеличению числа пациентов, недовольных качеством медицинской помощи, числа медицинских ошибок, росту конфликтов и недоверию к системе здравоохранения (Бакунц, Шикина, 2024; Воронина и др., 2024; Капустина, Горшкова, Кадыров, Транковская, Худченко, 2024).

Кроме того, использование коммуникации как профессионального инструмента позволяет оптимизировать диагностику и лечение. Например, исследование, посвященное пилотному проекту «Введение станции объективного структурированного клинического экзамена – оценка навыков общения у выпускников», выявило значимую взаимосвязь между качеством коммуникативных навыков и точностью диагностики на ранних этапах взаимодействия с пациентом (Бадретдинова, Клименко, Ахуба, Остаев, Тигай, 2020). Надо отметить, что на данный момент станция «Сбор жалоб и анамнеза» введена в первичную и специализированную аккредитацию работников здравоохранения, что также подчеркивает актуальность формирования коммуникативной компетентности будущих врачей.

Другие исследователи указывают, что навыки общения не менее важны, чем клиническое мышление и владение мануальными техниками, поскольку пациенты, сталкивающиеся с врачами с низкой коммуникативной компетентностью, зачастую остаются неудовлетворенными результатами лечения, даже если оно проведено технически безупречно (Крутий, Молчанова, 2020; Rodrigues, 2021). Успешное взаимодействие между врачом и пациентом зависит не только от профессиональных знаний, но и от способности врача учитывать индивидуальные и социальные особенности пациента, проявлять эмпатию и использовать техники активного слушания (Виденичкин, 2024, Гуревич, Чечина, 2024; Yet, Napuhinne, Eu, Chong, Palanisamy, 2022; Watts et al., 2024).

Несмотря на многообразие исследований в данной области, многие существующие модели коммуникативной компетентности остаются ограниченными, поскольку акцентируют внимание преимущественно на поведенческих аспектах (Ежова, Варшавер, Волкова, 2012; Васильева, 2013; Помыткина, Жученко, 2024). Такой подход ограничивает понимание сложного процесса взаимодействия врача и пациента, особенно в условиях современных вызовов, таких как цифровизация здравоохранения и увеличение требований пациентов к уровню взаимодействия. Все это говорит о том, что необходимо пересмотреть структурную модель коммуникативной

компетентности и ее оценку, а также методы формирования данной компетентности в условиях вуза (Амлаев, Кошель, Ходжаян, 2017; Трушкина, 2018).

Анализируя понятие «коммуникативная компетентность будущих врачей», можно выделить несколько ключевых аспектов, формирующих традиционный подход к ее пониманию. Коммуникативная компетентность часто трактуется как совокупность определенных навыков, направленных на передачу информации и установление контакта с пациентом (Попов, Новикова, 2019; Drossman et al., 2021). Основное внимание в рамках таких моделей уделяется когнитивным и поведенческим аспектам: как врач передает информацию, слушает пациента, использует вербальные и невербальные средства общения (Гаспарян, 2019; Малютина, Цыганкова, 2020; Шевцова, Плотнова, Козловская, 2020).

Однако такой подход имеет ряд ограничений. Во-первых, традиционные модели предполагают механический подход, при котором коммуникативные навыки представляются в виде алгоритма, не учитывающего личностные особенности врача. Это может привести к формальному овладению приемами общения, которые сложно адаптировать под индивидуальные особенности пациентов и нестандартные профессиональные ситуации.

Во-вторых, такой подход предполагает статичность. Обучение коммуникативным навыкам проводится на определенном этапе профессионального становления врача, а затем предполагается, что уровень компетентности сохраняется неизменным. Однако современная медицина требует гибкости и постоянной адаптации, так как врачи сталкиваются с новыми вызовами: увеличением сложности клинических случаев, разнообразием пациентов и повышением требований к качеству взаимодействия.

Третьей проблемой традиционного подхода является недостаточное внимание к процессам саморазвития врача. Эффективная коммуникация напрямую связана с личностными особенностями, такими как система ценностей, уровень эмпатии, рефлексия, а также способность понимать психологические и социальные аспекты работы с пациентами. Без учета этих факторов невозможно обеспечить качественное взаимодействие с пациентами, особенно в стрессовых и конфликтных ситуациях.

Таким образом, существующие подходы к коммуникативной компетентности требуют пересмотра в пользу более комплексной и динамической модели, которая учитывает личностные особенности и профессиональное развитие врача. Одним из таких перспективных направлений является системно-антропологический подход, предложенный В.Е. Ключко. Этот подход рассматривает человека как многомерную, саморазвивающуюся и открытую систему, взаимодействующую с окружающей средой и изменяющуюся под влиянием внешних и внутренних факторов (Ключко, 2008).

Применение системно-антропологического подхода к формированию коммуникативной компетентности будущих врачей позволяет учитывать ее динамическую природу и многомерность. Коммуникативная компетентность в данном контексте включает когнитивные, эмоциональные, мотива-

ционные, поведенческие, рефлексивные и ценностно-смысловые компоненты, которые интегрируются в качество личности.

Когнитивный компонент отражает способность усваивать знания и осмысливать информацию, что включает профессиональные и психологические аспекты общения. Эмоциональный компонент подчеркивает значимость эмпатии и эмоциональной регуляции в сложных клинических ситуациях. Мотивационный компонент ориентирует на сотрудничество и профессиональное развитие, а поведенческий компонент определяет практическое применение коммуникативных навыков. Рефлексивный компонент обеспечивает анализ и коррекцию взаимодействий, а ценностно-смысловой компонент интегрирует личностные и профессиональные ценности врача.

Эти компоненты не существуют изолированно, они формируют целостную систему, которая развивается в процессе профессиональной деятельности и обучения. Такой подход позволяет рассматривать коммуникативную компетентность будущих врачей не как статичный набор навыков, а как динамический процесс, направленный на эффективное взаимодействие с пациентами, коллегами и обществом. На рис. 1 представлена схема коммуникативной компетентности будущих врачей, отражающая ее ключевые компоненты и взаимодействия между ними.



Рис. 1. Структурная модель коммуникативной компетентности будущих врачей

В настоящее время отсутствует инструмент для диагностики коммуникативной компетентности будущих врачей, который позволял бы комплексно оценивать все ее ключевые аспекты, включая когнитивный, эмоциональный,

мотивационный, поведенческий, рефлексивный и ценностно-смысловой компоненты. Существующие методики, как правило, фокусируются на отдельных составляющих, таких как эмпатия, навыки общения или рефлексия, но не учитывают интегративный характер коммуникативной компетентности и ее динамическую природу.

В связи с этим, нами была разработана диагностика, основанная на системно-антропологическом подходе. Она представляет собой комплексный инструмент, который позволяет оценивать уровень сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей, а также выявлять сильные и слабые стороны профессионального взаимодействия «врач–пациент». Разработанная диагностика охватывает все компоненты, что позволяет не только измерять уровень компетентности, но и учитывать ее многогранность. Это делает методику перспективной для использования в образовательных и профессиональных целях.

В рамках исследования мы стремимся доказать валидность и надежность предложенного инструмента, а также продемонстрировать его практическую значимость для оценки и формирования коммуникативной компетентности студентов медицинских вузов.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации. В выборку исследования вошли 210 студентов 5-го курса, из которых 105 обучались по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» и 105 – по специальности 31.05.02 «Педиатрия». Среди участников были 163 женщины и 47 мужчин, средний возраст студентов составил 22,7 года.

Для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей был разработан чек-лист, основанный на системно-антропологическом подходе. Данный подход позволяет рассматривать личность будущего врача как целостную многоуровневую структуру и комплексно оценивать коммуникативную компетентность, анализируя не только знания и поведенческие аспекты, но и мотивацию, ценности, эмоциональную сферу, что дает возможность глубже понять уровень готовности будущего врача к профессиональному общению.

Чек-лист для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей включает в себя 28 критериев, сгруппированных по шести компонентам.

Когнитивный компонент – знания о психологии общения, техниках активного слушания, способах адаптации информации, особенностях вербальной и невербальной коммуникации.

Поведенческий компонент – навыки самопрезентации, установления контакта, структурирования консультации и создания комфортных условий для пациента.

Эмоциональный компонент – способность проявлять эмпатию, понимать эмоциональное состояние пациента и адаптировать к нему свое поведение.

Мотивационный компонент – стремление к профессиональному взаимодействию, построению диалога и созданию доверительной атмосферы.

Рефлексивный компонент – способность воспринимать обратную связь от пациента и супервизора, анализировать и корректировать свое поведение.

Ценностно-смысловой компонент – осознание моральной ответственности и гуманного отношения к пациентам.

Каждый критерий оценивался по 4-балльной шкале:

1 балл – недостаточное развитие навыка или отсутствие проявления критерия.

2 балла – частичное владение навыком, но с существенными недостатками.

3 балла – удовлетворительное владение навыком, но требуется дополнительное развитие.

4 балла – уверенное и качественное проявление навыка в общении с пациентом.

Далее подсчитывается сумма баллов, которая соотносится с уровнем следующим образом:

Минимальный уровень – 28–48 баллов.

Низкий уровень – 49–68 баллов.

Средний уровень – 69–88 баллов.

Высокий уровень – 89–100 баллов.

Продвинутый уровень – 101–112 баллов.

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

Для подтверждения валидности разработанного чек-листа были проведены следующие методики:

1. Авторская диагностика «Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности»; данная диагностика направлена на оценку когнитивного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей.

2. Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача». Данная методика позволяет провести комплексную оценку коммуникативной компетентности по четырем основным блокам: коммуникативные идеалы (КИ), профессиональные коммуникативные идеалы (ПИ), коммуникативные умения (КУ), профессиональные коммуникативные умения (ПУ) (Яковлева, Яковлев, 2014).

3. Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) позволяет оценить коммуникативный потенциал личности (Зими́на, 2015).

4. Пертская шкала эмпатии. Данная шкала представляет собой адаптированный на русский язык опросник, предназначенный для оценки способности респондентов распознавать и переживать эмоции других людей (Ларионов и др., 2023). Оригинальная версия шкалы была опубликована J.D. Brett и соавт. и содержит данные о психометрической надежности и валидности (Brett, Vecerra, Maybery, Preece, 2023).

5. Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева). Данная методика направлена на изучение коммуникативных ориентаций личности в процессе взаимодействия с партнерами по формальному общению (Фетискин, Козлов, Мануйлов, 2002).

6. Методика определения индивидуальной меры рефлексивности. Методика предназначена для оценки уровня рефлексивности личности, способности к осмыслению своей деятельности, поведения и межличностных взаимодействий. Рефлексивность в данном контексте охватывает умение анализировать прошлое, оценивать настоящее и прогнозировать будущее, а также понимать и учитывать чувства и реакции других людей (Карпов, 2003).

Каждая выбранная диагностика оценивает определенный компонент в чек-листе. Как были распределены показатели в диагностиках и какой компонент они измеряли, показано в табл. 1.

Таблица 1

**Методики оценки компонентов коммуникативной компетентности
будущих врачей**

№	Методика / шкалы	Критерии в чек-листе
<i>Когнитивный компонент</i>		
1	<i>Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности</i> Знание о когнитивных искажениях. Знание о вербальных и невербальных средствах коммуникации. Знание технологии делового общения. Знание стратегий выхода из конфликтных ситуаций. Знание технологии «Идеи, опасения, ожидания (ICE)». Знание техник убеждения. Знание протокола сообщения плохих новостей SPIKES. Знание техник снятия эмоционального напряжения	Знание психологии общения и способов адаптировать информацию
	Знание разных типов вопросов	Знание типов вопросов и тактик их применения (открытые, закрытые, уточняющие)
	Знание техник активного (рефлексивного) слушания	Знание техник, способствующих запоминанию и пониманию информации пациентами (повторение, перефразирование, уточнение)

Продолжение табл. 1

Продолжение табл. 1		
№	Методика / шкалы	Критерии в чек-листе
	Знание об особенностях поведения людей в разных эмоциональных состояниях. Знание тактик взаимодействия с людьми с разными эмоциональными состояниями. Знание о психологических особенностях людей. Знание о психологических особенностях людей с различными нарушениями (глухие, немые, психическими отклонениями и др.). Знание возрастных особенностей людей. Знание о познавательно-психических особенностях как факторах влияния на восприятие информации	Знание психологических и поведенческих особенностей людей в различных состояниях и ситуациях
Поведенческий компонент		
2	Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (Н.В. Яковлева) Профессиональные коммуникативные умения	Приветствие
		Забота о комфорте пациента
		Зрительный контакт
		Самопрезентация
		Идентификация пациента
		Поза врача при взаимодействии с пациентом
	Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника Особенности посланий в общении	Избегание письма / чтения
		Вопросы для получения информации
		Предоставление информации пациенту
	Умение строить межличностные границы	Предоставление возможности задавать вопросы
		Объяснение плана лечения и плана на случай непредвиденных ситуаций
		Установление повестки консультации
	Структурирования консультации	
Эмоциональный компонент		
3	Пертская шкала эмпатии (П. Ларионов и М.В. Яковлева) Аффективная эмпатия для негативных эмоций. Аффективная эмпатия для позитивных эмоций. Общая аффективная эмпатия. Общая эмпатия	Эмоциональная включенность в активное слушание.
		Чувствительность к состоянию пациента
	Когнитивная эмпатия для негативных эмоций. Когнитивная эмпатия для позитивных эмоций. Общая когнитивная эмпатия	Оценка и реагирование на вербальные и невербальные сигналы.
		Эмоциональное поощрение пациента. Поощрение вовлеченности пациента в принятии решений
Мотивационный компонент		
4	Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразова) Ориентация на принятие партнера	Мотивирован на выполнение профессиональных обязанностей в парадигме сотрудничества с пациентом
	Ориентация на достижение компромисса	Мотивирован на получение точной информации от пациента

Окончание табл. 1

№	Методика / шкалы	Критерии в чек-листе
	Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	Мотивирован на развернутую беседу
<i>Рефлексивный компонент</i>		
5	<i>Методика определения индивидуальной меры рефлексивности</i> (А.В. Карпов и В.В. Пономарева) Рефлексия настоящей деятельности. Рефлексия общения и взаимодействия с другими людьми. Степень рефлексивности	Способен к коррекции поведения на основе обратной связи от пациента
	Ретроспективная рефлексия деятельности. Рассмотрение будущей деятельности. Степень рефлексивности	Способен к коррекции поведения на основе обратной связи от супервизора
<i>Ценностно-смысловой компонент</i>		
6	<i>Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача</i> (Н.В. Яковлева) Профессиональные коммуникативные ценности	Демонстрирует осознание моральной ответственности, гуманное отношение к пациентам

Использование комплексного подхода к оценке коммуникативной компетентности будущих врачей позволило получить объективные данные о ее уровне, а также подтвердить валидность авторской методики. Каждая методика вносит вклад в изучение отдельных аспектов коммуникативной компетентности, что делает диагностику многогранной и детализированной.

Для подтверждения диагностической ценности разработанного чек-листа оценки коммуникативной компетентности будущих врачей использовался метод математической статистики для определения чувствительности и специфичности.

Результаты

В ходе исследования была проведена оценка различных компонентов коммуникативной компетентности будущих врачей с использованием чек-листа и методик, направленных на анализ когнитивного, поведенческого, эмоционального, мотивационного, рефлексивного и ценностно-смыслового компонентов. Для оценки надежности разработанного чек-листа были рассчитаны показатели чувствительности и специфичности, что позволило оценить его диагностическую ценность.

Анализ когнитивного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей показал, что чек-лист обладает высокой чувствительностью – 100%, что свидетельствует о его способности безошибочно выявлять студентов с действительно сформированным когнитивным компонентом. Отсутствие ложно отрицательных случаев подтверждает точность метода. Специфичность составила 88,57%, т.е. в 11,43% случаев студенты с несформированным когнитивным компонентом ошибочно были отнесены к группе с достаточным уровнем компетентности. Это может указывать на

необходимость корректировки пороговых значений или включения дополнительных критериев оценки (табл. 2).

Таблица 2

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

Чек-лист оценки когнитивного компонента коммуникативной компетентности	Когнитивный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся когнитивным компонентом, набравшие нужное количество баллов $N = 140$ (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся когнитивным компонентом, но не набравшие достаточное количество баллов $N = 0$ (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся когнитивным компонентом, но набравшие нужное количество баллов $N = 8$ (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся когнитивным компонентом, не набравшие нужное количество баллов $N = 62$ (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 140/(140 + 0) = 100\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 62/(8 + 62) = 88,57\%$		

Таблица 3

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

Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева) Профессиональные коммуникативные умения	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, набравшие нужное количество баллов $N = 68$ (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно баллов $N = 0$ (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов $N = 39$ (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, не набравшие нужное количество баллов $N = 103$ (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 68/(68 + 0) = 100\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 103/(39 + 103) = 72,54\%$		

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

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Профессиональные коммуникативные умения» диагностики Н.В. Яковлевой «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» показал высокую чувствительность, что подтверждает ее способность выявлять всех студентов с развитым поведенческим компонентом. Однако специфичность оказалась ниже (72,54%), что указывает на значительное количество ложно положительных случаев (39 студентов). Это может быть связано с завышенной самооценкой студентов или необходимостью пересмотреть критерии оценивания чек-листа (табл. 3).

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Умение понимать собеседника» методики В.Н. Недашковский «Диагностика особенностей общения» показал высокую специфичность (97,59%), что свидетельствует о ее способности практически безошибочно исключать студентов с несформированным поведенческим компонентом компетентности. Однако чувствительность составила 82,68%, что указывает на наличие ложно отрицательных случаев (22 студента). Это может быть связано с недостаточной точностью пороговых значений или влиянием ситуационных факторов (табл. 4).

Таблица 4

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

Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение понимать собеседника	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 105 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточное количество баллов N = 22 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 2 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 81 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 105/(105 + 22) = 82,68\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 81/(2 + 81) = 97,59\%$		

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Умение строить межличностные границы» по той же методике показал высокую

специфичность (91,86%), что говорит о ее способности точно исключать студентов с несформированным компонентом коммуникативной компетентности. Чувствительность составила 80,65%, что указывает на наличие ложно отрицательных случаев (24 студента). Это может быть связано с субъективностью оценивания или недостаточной точностью пороговых значений (табл. 5).

Таблица 5

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

Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Умение строить межличностные границы	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, набравшие нужное количество баллов $N = 100$ (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов $N = 24$ (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов $N = 7$ (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, не набравшие нужное количество баллов $N = 79$ (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 100/(100 + 24) = 80,65\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 79/(7 + 79) = 91,86\%$		

Анализ результатов поведенческого компонента и критерия «Особенности посланий в общении» по методике «Диагностика особенностей общения» показал высокую специфичность (93,10%), что свидетельствует о ее способности точно исключать студентов с несформированным поведенческим компонентом коммуникативной компетентности. Чувствительность составила 82,11%, что указывает на наличие ложно отрицательных случаев (22 студента) и говорит о том, что некоторые студенты могли набрать баллы случайно, не обладая реальным навыком (табл. 6).

Далее был проверен эмоциональный компонент коммуникативной компетентности будущих врачей. Результаты по чек-листу данного компонента сопоставлялись с результатами Пертской шкалы эмпатии. Анализ результатов показал чувствительность 80,36% и специфичность 95,91%. Это означает, что данный компонент чек-листа достаточно точно выявляет студентов сформированным компонентом (табл. 7). Таким образом, эмоциональный компонент в разработанном чек-листе продемонстрировал хорошую надежность, но необходимо провести небольшую корректировку для уменьшения доли ложно отрицательных результатов.

Таблица 6

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

Методика «Диагностика особенностей общения» (В.Н. Недашковский) Особенности посланий в общении	Поведенческий компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 101 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся поведенческим компонентом, но не набравшие достаточно баллов N = 22 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 6 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся поведенческим компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 81 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 101/(101 + 22) = 82,11\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 81/(6 + 81) = 93,10\%$		

Таблица 7

**Оценка диагностической ценности эмоционального компонента чек-листа
для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей**

Пертская шкала эмпатии Общая эмпатия	Эмоциональный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся эмоциональным компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 90 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся эмоциональным компонентом, но не набравшие достаточно баллов N = 22 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся эмоциональным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 4 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся эмоциональным компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 94 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 90/(90 + 22) = 80,36\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 94/(4 + 94) = 95,91\%$		

Для оценки чувствительности и специфичности мотивационного компонента коммуникативной компетентности будущих врачей за эталоны ответов были взяты такие критерии, как ориентация на принятие партнера,

ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера, ориентация на достижение компромисса и уровень общей гармоничности коммуникативных ориентаций.

Анализ результатов по мотивационному компоненту и критерию «Ориентация на принятие партнера» по методике «Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях» (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) показал высокую чувствительность (91,33%). Это свидетельствует, что чек-лист хорошо определяет студентов со сформированным мотивационным компонентом, но есть небольшой риск пропуска части таких студентов (8,67%).

Высокая специфичность (95%) означает, что чек-лист надежно исключает тех, у кого действительно не сформирован данный компонент, а число ложно положительных результатов минимально (5%).

Наличие ложно положительных (3 человека) и ложно отрицательных (13 человек) случаев может быть связано с индивидуальными особенностями респондентов (например, завышенная или заниженная самооценка) или влиянием внешних факторов (усталость, тревожность) на результаты наблюдения (табл. 8).

Таблица 8

Оценка диагностической ценности мотивационного компонента чек-листа для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей в сопоставлении с ориентацией на принятии партнера

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразаева) Ориентация на принятие партнера	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 137 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно баллов N = 13 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 3 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 57 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 137/(137 + 13) = 91,33\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 57/(3 + 57) = 95\%$		

Анализ полученных результатов мотивационного компонента и критерия «Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера» показал высокую чувствительность (95,04%), что указывает на надежность.

Высокая специфичность (91,3%) означает, что чек-лист в большинстве случаев правильно определяет несформированность данного компонента, но в 8,7% случаев наблюдаются ложно положительные результаты.

Наличие ложно положительных (6 человек) и ложно отрицательных (7 человек) случаев может быть связано с особенностями самовосприятия студентов, завышенной или заниженной самооценкой или некоторыми погрешностями чек-листа (табл. 9).

Таблица 9

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

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразова) Ориентация на адекватность восприятия и понимание партнера	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 134 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно баллов N = 7 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 6 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 63 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 134/(134 + 7) = 95,04\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 63/(6 + 63) = 91,3\%$		

Анализ полученных результатов мотивационного компонента и критерия «Ориентация на достижение компромисса» показал высокую чувствительность (97,12%), что указывает на точность определения у студентов сформированности данного компонента. Высокая специфичность (92,96%) означает, что чек-лист в большинстве случаев правильно определяет не сформированность данного компонента, но есть небольшая вероятность ложно положительных результатов (7,04%) (табл. 10).

Анализ мотивационного компонента и критерия «Уровень общей гармоничности коммуникативных ориентаций» показал высокую чувствительность (87,58%), однако существует определенный процент ложно положительных случаев. Хорошая специфичность (89,47%) подтверждает, что чек-лист почти безошибочно исключает студентов без сформированного компонента (табл. 11).

Таблица 10

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

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразасва) Ориентация на достижения компромисса	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, набравшие нужное количество баллов $N = 135$ (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно баллов $N = 4$ (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов $N = 5$ (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, не набравшие нужное количество баллов $N = 66$ (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $ИП/(ИП + ЛО) = 135/(135 + 4) = 97,12\%$ Специфичность = $ИО/(ЛП + ИО) = 66/(5 + 66) = 92,96\%$		

Таблица 11

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

Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях (И.Д. Ладанов, В.А. Уразасва) Уровень общей гармоничности коммуникативных ориентаций	Мотивационный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, набравшие нужное количество баллов $N = 134$ (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся мотивационным компонентом, но не набравшие достаточно баллов $N = 19$ (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, но набравшие нужное количество баллов $N = 6$ (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся мотивационным компонентом, не набравшие нужное количество баллов $N = 51$ (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $ИП/(ИП + ЛО) = 134/(134 + 19) = 87,58\%$ Специфичность = $ИО/(ЛП + ИО) = 51/(6 + 51) = 89,47\%$		

В качестве эталонов ответов для рефлексивного компонента использовалась методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова, В.В. Пономоревой. В результате анализа чувствительность получилась 87,5%, что указывает на эффективное выявление студентов сформированным рефлексивным компонентом. Специфичность 91,23% говорит о том, что чек-лист точно исключает студентов без выраженной рефлексивности, однако было выявлено 8,77% ложно положительных случаев (табл. 12).

Таблица 12

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

Методика определения индивидуальной меры рефлексивности А.В. Карпова и В.В. Пономоревой Общий уровень рефлексивности	Рефлексивный компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся рефлексивным компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 84 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся рефлексивным компонентом, но не набравшие достаточно баллов N = 12 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся рефлексивным компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 10 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся рефлексивным компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 104 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 84/(84 + 12) = 87,5\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 104/(10 + 104) = 91,23\%$		

Для оценки чувствительности и специфичности ценностно-смыслового компонента использовался критерий «Профессиональные коммуникативные ценности» методики «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева). В результате анализа выявлено, что чувствительность составила 97,89%, что говорит о почти безошибочном определении сформированности данного компонента. Лишь 2,11% студентов не набрали нужного количества баллов.

Высокая специфичность (95,59%) указывает, что чек-лист надежно исключает студентов, у которых этот компонент не сформирован (табл. 13).

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

Таблица 13

**Оценка диагностической ценности ценностно-смыслового компонента чек-листа
для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей**

Методика «Профессиональная коммуникативная компетентность врача» (Н.В. Яковлева) Профессиональные коммуникативные ценности	Ценностно-смысловой компонент по чек-листу для оценки коммуникативной компетентности будущих врачей	
	Компонент сформирован	Компонент не сформирован
Компонент сформирован	Будущие врачи со сформировавшимся ценностно-смысловым компонентом, набравшие нужное количество баллов N = 139 (ИП – истинно положительные)	Будущие врачи со сформировавшимся ценностно-смысловым компонентом, но не набравшие достаточно количество баллов N = 3 (ЛО – ложно отрицательные)
Компонент не сформирован	Будущие врачи с несформировавшимся ценностно-смысловым компонентом, но набравшие нужное количество баллов N = 3 (ЛП – ложно положительные)	Будущие врачи с несформировавшимся ценностно-смысловым компонентом, не набравшие нужное количество баллов N = 65 (ИО – истинно отрицательные)
Чувствительность = $\text{ИП}/(\text{ИП} + \text{ЛО}) = 139/(139 + 3) = 97,89\%$ Специфичность = $\text{ИО}/(\text{ЛП} + \text{ИО}) = 65/(3 + 65) = 95,59\%$		

Чувствительность отражает способность диагностического инструмента точно выявлять лиц с наличием исследуемого признака, т.е. избегать ложно отрицательных случаев. В статистике высокой чувствительностью считаются показатели выше 80%, при этом значения от 90% и выше демонстрируют отличную способность теста выявлять реальных носителей признака. В свою очередь, специфичность характеризует способность теста правильно исключать лиц, не обладающих исследуемым признаком, т.е. избегать ложно положительных результатов. В статистике значения специфичности выше 80% считаются хорошими, а показатели от 90% и выше указывают на высокую точность метода в определении отсутствия признака (Румянцев, Саенко, Румянцева, 2009).

По результатам проведенного анализа чувствительность по всем компонентам коммуникативной компетентности будущих врачей продемонстрировала высокие и стабильные значения:

Когнитивный компонент – 100% (максимально возможный показатель, указывающий на полное выявление студентов с сформированным когнитивным компонентом).

Поведенческий компонент показал чувствительность 80,65, 82,11, 82,67 и 100% (в зависимости от критерия, с которым сопоставлялся компонент), что свидетельствует о высокой точности выявления студентов, обладающих коммуникативными навыками.

Эмоциональный компонент – 80,36%, что подтверждает способность чек-листа достоверно фиксировать студентов со сформированным компонентом.

Мотивационный компонент – 87,58, 91,33, 95,03 и 97,12% (в зависимости от критерия, с которым сопоставлялся компонент), что соответствует высоким стандартам чувствительности.

Рефлексивный компонент – 87,5%, что подтверждает его диагностическую надежность.

Ценностно-смысловой компонент – 97,89%, что указывает на исключительную точность инструмента в выявлении профессиональных ценностей будущих врачей.

Таким образом, полученные показатели чувствительности подтверждают, что разработанный чек-лист эффективно выявляет студентов, у которых сформировалась коммуникативная компетентность, и может быть надежным инструментом для диагностики.

Также результаты исследования продемонстрировали высокую специфичность чек-листа по всем компонентам:

Когнитивный компонент – 88,57%, что свидетельствует о высокой точности исключения студентов без сформированного когнитивного компонента.

Поведенческий компонент – 72,54, 91,86, 93,1 и 97,59% (в зависимости от критерия, с которым сопоставлялся компонент), что говорит о высокой диагностической точности по большинству параметров.

Эмоциональный компонент – 95,91%, что демонстрирует способность инструмента четко дифференцировать уровень сформированности эмоционального компонента.

Мотивационный компонент – 89,47, 91,3, 92,95 и 95% (в зависимости от критерия, с которым сопоставлялся компонент), что подтверждает надежность инструмента в определении данного компонента.

Рефлексивный компонент – 91,23%, что свидетельствует о высоком качестве измерения данного компонента.

Ценностно-смысловой компонент – 95,59%, что указывает на исключительную точность выявления будущих врачей с развитыми профессиональными ценностями.

Таким образом, по большинству компонентов специфичность превышает 90%, что демонстрирует высокую точность чек-листа в исключении студентов с недостаточным уровнем сформированности коммуникативной компетентности.

Заключение

Изучение коммуникативной компетентности будущих врачей представляет собой сложную задачу, обусловленную рядом методологических, организационных и содержательных трудностей.

1. Фрагментарность существующих подходов. На данный момент большинство диагностических инструментов коммуникативной компетентности

врачей ориентировано либо на изучение отдельных компонентов (эмпатия, профессиональные ценности, коммуникативные стратегии), либо на общую оценку навыков общения. Это приводит к недостаточной комплексности диагностики и не позволяет измерить все аспекты компетентности в целом.

2. Отсутствие единого стандарта оценки. Несмотря на признание ключевой роли коммуникации в медицинской практике, в образовательных программах не закреплён единый стандарт диагностики коммуникативной компетентности будущих врачей. В разных учебных заведениях используются различные методы оценки, что затрудняет сравнительный анализ данных и не позволяет выработать унифицированные критерии диагностики.

3. Субъективность оценивания. Оценка коммуникативной компетентности будущих врачей нередко зависит от интерпретации преподавателей, что может приводить к разным результатам в зависимости от эксперта.

4. Отсутствие интеграции в медицинскую подготовку в вузе. Хотя современные образовательные программы медицинских вузов включают элементы обучения коммуникации, они не всегда интегрированы в клиническую практику. В результате будущие врачи могут воспринимать коммуникативные навыки как отдельную дисциплину, а не неотъемлемую часть профессиональной деятельности.

5. Недостаточное внимание к развитию личностных аспектов коммуникативной компетентности. Коммуникативная компетентность врача не сводится только к техникам общения, она включает эмпатию, рефлекссию, мотивацию, способность анализировать и адаптироваться в сложных ситуациях. Однако существующие модели обучения чаще фокусируются на технике коммуникации, а не на развитии личности врача как участника профессионального диалога.

Несмотря на перечисленные трудности, изучение коммуникативной компетентности остается приоритетным направлением медицинского образования. На основе анализа полученных данных можно выделить несколько перспективных направлений, которые позволят улучшить диагностику и формирование коммуникативной компетентности будущих врачей.

Предложенная в исследовании модель оценки коммуникативной компетентности будущих врачей, основанная на системно-антропологическом подходе и включающая в себя оценки когнитивного, поведенческого, мотивационного, рефлексивного, эмоционального и ценностно-смыслового компонентов, подтверждает возможность создания универсального инструмента диагностики. Такой подход обеспечит целостное представление о коммуникативной компетентности, выявит сильные и слабые стороны и позволит выстроить персонализированную траекторию развития. Разработанный чек-лист можно использовать в симуляционных тренингах и объективных структурированных клинических экзаменах.

Еще одним важным аспектом в формировании коммуникативной компетентности будущих врачей является интеграция в медицинскую практику. Это может быть реализовано через участие студентов в разборе реальных клинических случаев с акцентом на взаимодействие с пациентами, исполь-

зование метода ролевых игр, проведение симуляционных тренингов. Также необходимо уделять внимание личностным аспектам коммуникации. Будущий врач должен не только владеть техниками общения, но и развивать эмпатию, мотивацию, способность к саморефлексии. Поэтому при формировании коммуникативной компетентности необходимо развивать и личностные качества будущего врача.

Представленные в работе результаты демонстрируют, что разработанный чек-лист обладает высокой диагностической ценностью, а его интеграция в образовательный процесс позволит эффективно выявлять уровень сформированности коммуникативной компетентности будущих врачей и на основе этого разрабатывать программы по формированию данной компетентности.

Таким образом, несмотря на существующие трудности, перспективы дальнейшего исследования коммуникативной компетентности будущих врачей остаются значительными. Внедрение комплексных методов оценки, интеграция коммуникации в клиническую практику и развитие личностных качеств будущих врачей станут ключевыми шагами в формировании эффективного профессионального взаимодействия в медицине.

Литература

- Амлаев, К., Кошель, В., Ходжаян, А. (2017). Обучение студентов эффективной коммуникации. *Врач*, 4, 80–82.
- Бадретдинова, А. И., Клименко, А. С., Ахуба, Л. Г., Остаев, А. О., Тигай, Ж. Г. (2020). Эффективность и правильность применения коммуникативных навыков в постановке диагноза стандартизированному пациенту: результаты пилотного проекта на базе Медицинского института ФГАОУ ВО РUDН. *Медицинское образование и профессиональное развитие*, 11(2), 102–114.
- Бакунц, С. А., Шикина, И. Б. (2024). Формирование профессиональных коммуникативных компетенций у врачей-ординаторов медицинского университета. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*, 4, 20–34. doi: 10.24412/2312-2935-2024-4-20-34
- Васильева, Л. Н. (2013). О коммуникативной компетентности будущих врачей. *Медицинская психология в России*, 5(22), 16. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15160
- Виденичкин, Д. М. (2024). Психологические аспекты функциональных методов исследования онкобольных. *Психология и педагогика служебной деятельности*, 1, 12–15. doi: 10.24412/2658-638X-2024-1-12-15
- Воронина, Т. Д., Шikuнова, Я. В., Желев, В. А., Якимович, И. Ю., Егунова, М. А., Смышляева, Л. Г., Старовойтова, Е. А., Барановская, С. В. (2024). Оценка коммуникативных навыков в медицине в Сибирском государственном медицинском университете. *Виртуальные технологии в медицине*, 3(41), 183–184. doi: 10.46594/2687-0037_2024_3_1867
- Гаспарян, Л. А. (2019). Роль коммуникативной компетенции в управлении временем врачебной консультации. *Современное педагогическое образование*, 1, 94–100.
- Гуревич, Ю. Ю., Чечина, И. Н. (2024). Развитие коммуникативных навыков и эмпатии в условиях симуляционного обучения стоматологов. *Современный ученый*, 7, 152–158. doi: 10.58224/2541-8459-2024-7-152-158
- Ежова, Ю. М., Варшавер, Н. В., Волкова, Е. А. (2012). К проблеме коммуникативной компетентности студентов-медиков. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*, 10, 227–231.

- Зими́на, Н. А. (2015). *Психологическая диагностика коммуникативного потенциала личности: метод. Рекомендации для студентов*. Н. Новгород: Нижегород. гос. арх.-строит. ун-т.
- Капусти́на, Т. В., Горшкова, О. В., Кадыров, Р. В., Транковская, Л. В., Худченко, А. Г. (2024). Пациентоориентированность в контексте корпоративной культуры медицинской организации. *СибСкрипт*, 26(5), 795–806. doi: 10.21603/sibscript-2024-26-5-795-806
- Карпов, А. В. (2003). Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. *Психологический журнал*, 24(5), 45–57.
- Ключко, В. Е. (2008). Системная антропологическая психология и образовательная практика. *Психология обучения*, 8, 10–23.
- Крутий, И. А., Молчанова, Г. В. (2020). Коммуникативные навыки врачей. Тренинг и аттестация. *Медицинское образование и профессиональное развитие*, 11(3), 163–174.
- Ларионов, П., Прис, Д., Хохлова, О. и др. (2023). Оценка алекситимии: психометрические свойства русскоязычной версии Пертского опросника алекситимии. *Клиническая и специальная психология*, 12(1), 43–65. doi: 10.17759/cpse.2023120103
- Малютина, Т. В., Цыганкова, О. Ю. (2020). Модели взаимоотношений «врач–пациент» в практике акушера-гинеколога. *Проблемы современного педагогического образования*, 67(3), 285–287.
- Помыткина, Т. Ю., Жученко, О. А. (2024). Влияние социального и профессионального опыта врача на самооценку коммуникативных навыков. *Вестник Омского университета. Сер. Психология*, 4, 16–25. doi: 10.24147/2410-6364.2024.4.16-25
- Попов, В. В., Новикова, И. А. (2019). Коммуникативная компетентность клинических ординаторов в рамках врачебной консультации. *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*, 6(59). URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2019_6_59/nomer02.php
- Румянцев, П. О., Саенко, У. В., Румянцева, У. В. (2009). Статистические методы анализа в клинической практике. Часть I. Одномерный статистический анализ. *Проблемы эндокринологии*, 55(5), 48–55. doi: 10.14341/probl200955548-55
- Трушкина, С. В. (2018). Вызовы современности: медицинский комплаенс, партнерские отношения, коммуникативная компетентность врача. *Медицинская психология в России*, 10(4), 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14090
- Фетискин, Н. П., Козлов, В. В., Мануйлов, Г. М. (2002). *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*. М.: Изд-во Ин-та психотерапии.
- Шевцова, Ю. В., Плотнова, С. В., Козловская, Е. Ю. (2020). Роль коммуникативной компетенции врача в организации эффективного взаимодействия с пациентом и в разрешении и предотвращении конфликтных ситуаций. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*, 9(1(30)), 399–402. doi: 10.26140/anip-2020-0901-0097
- Яковлева, Н. В., Яковлев, В. В. (2014). *Методология и методы исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта*. Рязань: РязГМУ: Эмпирикон.

Ссылки на зарубежные источники см. в разделе *References* после англоязычного блока.

Поступила в редакцию 05.02.2025 г.; повторно 13.02.2025 г.;
принята 12.03.2025 г.

Турова Ирина Валерьевна – старший преподаватель кафедры клинической психологии и педагогики с курсом ПО медико-психолого-фармацевтического факультета Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России.

E-mail: iraturova@mail.ru

Логинова Ирина Олеговна – заведующая кафедрой клинической психологии и педагогики с курсом ПО медико-психолого-фармацевтического факультета Красноярского

государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, доктор психологических наук, профессор.
E-mail: loginova70_70@mail.ru

For citation: Turova, I. V., Loginova, I. O. (2025) Abstract a Systematic Anthropological Approach to the Diagnosis of Future Doctors' Communicative Competence. *Sibirskiy Psikhologicheskiy Zhurnal – Siberian journal of psychology*, 96, 83–108. In Russian. English Summary. doi: 10.17223/17267080/96/5

Abstract a Systematic Anthropological Approach to the Diagnosis of Future Doctors' Communicative Competence

I.V. Turova¹, I.O. Loginova¹

¹ V.F. Voino-Yasensky Krasnoyarsk State Medical University, 1 Partizana Zheleznyaka St., Krasnoyarsk, 660022, Russia Federation

Abstract

The formation of communicative competence is one of the key tasks in the training of future doctors, as the level of proficiency in professional communication skills affects the quality of medical care and the effectiveness of interactions with patients. Despite the relevance of this issue, there is still no comprehensive tool for assessing all components of this competence. The aim of this study was to develop and validate a diagnostic tool that allows for a comprehensive assessment of the level of communicative competence in future doctors. In the course of the work, a checklist was created to assess the communicative competence of future doctors, including 28 criteria grouped into six key components: cognitive, behavioral, emotional, motivational, reflective, and value-semantic. To verify its diagnostic value, sensitivity and specificity indicators were calculated, and standardized methods were used to confirm the obtained results. The study involved 210 fifth-year students, of whom 105 were enrolled in the specialty "General Medicine", and 105 students in the specialty "Pediatrics". Among the participants, there were 163 women and 47 men, with an average age of 22.7 years. The results of the study showed that the developed checklist has high diagnostic efficiency. The highest sensitivity and specificity indicators were obtained in the assessment of the following components: cognitive component (sensitivity — 100%, specificity — 88.57%); motivational component (sensitivity — 97.12%, specificity — 95%); value-semantic component (sensitivity — 97.89%, specificity — 95.59%). These data confirm the reliability of the checklist in assessing the level of communicative competence development in future doctors. The developed diagnostic tool allows for a comprehensive assessment of communicative competence, identifying both strengths and deficiencies in professional communication. The checklist can be effectively used for educational and professional purposes to monitor the development of communicative competence and to form individual trajectories of professional growth.

Keywords: competence; communication; communication; communicative competence; communication skills; future doctors; competence assessment; diagnostics

References

- Amlaev, K., Koshel, V., & Khodzhayan, A. (2017). Obuchenie studentov effektivnoy kommunikatsii [Teaching effective communication to students]. *Vrach*, 4, 80–82.
- Badretdinova, A. I., Klimenko, A. S., Akhuba, L. G., Ostaev, A. O., & Tigay, Zh. G. (2020). Effektivnost' i pravil'nost' primeneniya kommunikativnykh navykov v postanovke diagnoza

- standartizirovannomu patsientu: rezul'taty pilotnogo proekta na baze Meditsinskogo instituta FGAOU VO RUDN [Efficiency and correctness of using communication skills in diagnosing a standardized patient: results of a pilot project based on the Medical Institute of RUDN University]. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*, 11(2), 102–114.
- Bakunts, S. A., & Shikina, I. B. (2024). Formirovanie professional'nykh kommunikativnykh kompetentsiy u vrachev-ordinatorov meditsinskogo universiteta [Formation of professional communication competencies among medical residents of a medical university]. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki*, 4, 20–34. doi: 10.24412/2312-2935-2024-4-20-34
- Brett, J.D., Becerra, R., Maybery, M.T., & Preece, D.A. (2023). The Psychometric Assessment of Empathy: Development and Validation of the Perth Empathy Scale. *Assessment*, 30(4), 1140–1156. doi: 10.1177/10731911221086987.
- Drossman, D. A., Chang, L., Deutsch, J. K., Ford, A. C., Halpert, A., Kroenke, K., Nurko, S., Ruddy, J., Snyder, J., & Sperber, A. (2021). A review of the evidence and recommendations on communication skills and the patient–provider relationship: A Rome Foundation Working Team report. *Gastroenterology*, 161(5), 1670–1688. doi: 10.1053/j.gastro.2021.07.037
- Ezhova, Yu. M., Varshaver, N. V., & Volkova, E. A. (2012). K probleme kommunikativnoy kompetentnosti studentov-medikov [On the communicative competence of medical students]. *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk*, 10, 227–231.
- Fetiskin, N. P., Kozlov, V. V., & Manuylov, G. M. (2002). *Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyykh grupp* [Social and psychological diagnostics of personality and small group development]. Moscow: Institute of Psychotherapy.
- Gasparyan, L. A. (2019). Rol' kommunikativnoy kompetentsii v upravlenii vremenem vrachebnoy konsultatsii [The role of communicative competence in time management of medical consultation]. *Sovremennoe pedagogicheskoe obrazovanie*, 1, 94–100.
- Gurevich, Yu. Yu., Chechina, I. N. (2024). Razvitie kommunikativnykh navykov i empatii v usloviyakh simulyatsionnogo obucheniya stomatologov [Development of communication skills and empathy in the context of simulation training of dentists]. *Sovremennyy uchenyy*, 7, 152–158. doi: 10.58224/2541-8459-2024-7-152-158
- Kapustina, T. V., Gorshkova, O. V., Kadyrov, R. V., Trankovskaya, L. V., & Khudchenko, A. G. (2024). Patsientoorientirovannost' v kontekste korporativnoy kul'tury meditsinskoj organizatsii [Patient-oriented approach in the context of the corporate culture of a medical organization]. *SibSkript*, 26(5), 795–806. doi: 10.21603/sibscript-2024-26-5-795-806
- Karpov, A. V. (2003). Refleksivnost' kak psikhicheskoe svoystvo i metodika ee diagnostiki [Reflexivity as a mental property and methods of its diagnostics]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 24(5), 45–57.
- Klochko, V. E. (2008). Sistemnaya antropologicheskaya psikhologiya i obrazovatel'naya praktika [Systemic anthropological psychology and educational practice]. *Psikhologiya obucheniya*, 8, 10–23.
- Kruti, I. A., & Molchanova, G. V. (2020). Kommunikativnye navyki vrachev. Trening i attestatsiya [Communication skills of doctors. Training and certification]. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*, 11(3), 163–174.
- Larionov, P., Pris, D., Khokhlova, O. et al. (2023). Otsenka aleksitimii: psikhometricheskie svoystva russkoyazychnoy versii Pertskego oprosnika aleksitimii [Assessment of alexithymia: psychometric properties of the Russian-language version of the Perth Alexithymia Questionnaire]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya*, 12(1), 43–65. doi: 10.17759/cpse.2023120103
- Malyutina, T. V., & Tsygankova, O. Yu. (2020). Modeli vzaimootnosheniy “vrach–patsient” v praktike akushera-ginekologa [Models of doctor-patient relationships in the practice of an obstetrician-gynecologist]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya*, 67(3), 285–287.
- Pomytkina, T. Yu., & Zhuchenko, O. A. (2024). Vliyaniye sotsial'nogo i professional'nogo opyta vracha na samootsenku kommunikativnykh navykov [The impact of social and pro-

- fessional experience of a physician on self-assessment of communication skills]. *Vestnik Omskogo universiteta. Ser. Psikhologiya*, 4, 16–25. doi: 10.24147/2410-6364.2024.4.16-25
- Popov, V. V., & Novikova, I. A. (2019). Kommunikativnaya kompetentnost' klinicheskikh ordinatov v ramkakh vrachebnoy konsul'tatsii [Communicative Competence of Clinical Residents in the Framework of a Medical Consultation]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*, 6(59). Retrieved from http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2019_6_59/nomer02.php
- Rodrigues, C. F. (2021). Communicative trust in therapeutic encounters: Users' experiences in public healthcare facilities and community pharmacies in Maputo, Mozambique. *Social Science & Medicine*, 291. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114512
- Rumyantsev, P. O., Saenko, U. V., & Rumyantseva, U. V. (2009). Statisticheskie metody analiza v klinicheskoy praktike. Chast' I. Odnomernyy statisticheskiy analiz [Statistical methods of analysis in clinical practice. Part I. Univariate statistical analysis]. *Problemy endokrinologii*, 55(5), 48–55. doi: 10.14341/probl200955548-55
- Shevtsova, Yu. V., Plotnova, S. V., & Kozlovskaya, E. Yu. (2020). Rol' kommunikativnoy kompetentsii vracha v organizatsii effektivnogo vzaimodeystviya s patsientom i v razreshenii i predotvrashchenii konfliktnykh situatsiy [The role of physician's communicative competence in organizing effective interaction with the patient and in resolving and preventing conflict situations]. *Azimuth nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya*, 9(1(30)), 399–402. doi: 10.26140/anip-2020-0901-0097
- Trushkina, S. V. (2018). Vyzovy sovremennosti: meditsinskiy komplains, partnerskie otnosheniya, kommunikativnaya kompetentnost' vracha [Challenges of our time: medical compliance, partnerships, communicative competence of a physician]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*, 10(4), 9. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14090
- Vasilieva, L. N. (2013). O kommunikativnoy kompetentnosti budushchikh vrachey [On the communicative competence of future doctors]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii*, 5(22), 16. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15160
- Videnichkin, D. M. (2024). Psikhologicheskie aspekty funktsional'nykh metodov issledovaniya onkologicheskikh [Psychological aspects of functional methods of research of cancer patients]. *Psikhologiya i pedagogika sluzhebnoy deyatel'nosti*, 1, 12–15. doi: 10.24412/2658-638Kh-2024-1-12-15
- Voronina, T. D., Shikunova, Ya. V., Zhelev, V. A., Yakimovich, I. Yu., Egunova, M. A., Smyshlyaeva, L. G., Starovoytova, E. A., & Baranovskaya, S. V. (2024). Otsenka kommunikativnykh navykov v meditsine v Sibirskom gosudarstvennom meditsinskom universitete [Assessment of communication skills in medicine at the Siberian State Medical University]. *Virtual'nye tekhnologii v meditsine*, 3(41), 183–184. doi: 10.46594/2687-0037_2024_3_1867
- Watts, J., Ekberg, S., Bluebond-Langner, M., Langner, R., Fleming, S., Danby, S., Ekberg, K., Yates, P., Bradford, N., Delaney, A., & Herbert, A. (2024). Questions directed to children with diverse communicative competencies in paediatric healthcare consultations. *Patient Education and Counseling*, 121. doi: 10.1016/j.pec.2023.108103.
- Yakovlev, N. V., & Yakovlev, V. V. (2014). Metodologiya i metody issledovaniya zdorov'esberegayushchey deyatel'nosti sub"ekta [Methodology and Methods for Studying Subject's Health-Saving Activities]. Ryazan': Ryazan State Medical University: Empirikon.
- Yet, A. X. J., Hapuhinne, V., Eu, W., Chong, E. Y.-C., & Palanisamy, U. D. (2022). Communication methods between physicians and Deaf patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 105(9), 2841–2849. doi: 10.1016/j.pec.2022.05.001
- Zimina, N. A. (2015). Psikhologicheskaya diagnostika kommunikativnogo potentsiala lichnosti: metod. rekomendatsii dlya studentov [Psychological Diagnostics of the Communicative Potential of an Individual: Manual for Students]. Nizhny Novgorod: Nizhny Novgorod State University of Architecture and Civil Engineering.

Received 05.02.2025; Revised 13.02.2025;

Accepted 12.03.2025

Irina V. Turova – Senior Lecturer, Faculty of Medicine, Psychology and Pharmacy, V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University.

E-mail: iraturova@mail.ru

Irina O. Loginova – Head of the Department of Clinical Psychology and Pedagogy with a postgraduate course, Faculty of Medicine, Psychology and Pharmacy, V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, D. Sc. (Psychol.), Professor.

E-mail: loginova70_70@mail.ru