

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ



Монография
Москва, 2026





ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

КУЗБАССКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР ИМЕНИ ПРОФЕССОРА Н.П. КОКОРИНОЙ

МОНОГРАФИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ



Москва
Альпен-Принт
2026

УДК 378.14:61
ББК 51.1(2) + 74.6,
А 568

Рассмотрено и утверждено:

Ученый Совет Кемеровского государственного медицинского университета
(протокол № 11 от 24 июня 2026 года)

Авторы:

Г. В. Акименко, Е. В. Аршинова, С. А. Асанов, З. В. Боровикова, Е. В. Валиуллина, О. В. Головкин, Л. В. Гукина, Ю. Ю. Кирина, А. А. Лопатин, В. М. Ивойлов, Л. К. Исаков, Н. В. Копытина, О. И. Пивовар, Т. В. Пьянзова, А. М. Селедцов, И. И. Селин, В. А. Семенов, И. Ф. Федосеева, А. А. Холодов, О. В. Шмакова, Т. А. Штернис, С. А. Юдин, А. С. Яковлев, А. А. Яковлева, Е. В. Янко.

Рецензенты:

Яницкий М. С. - доктор психологических наук, профессор, Профессор РАО заведующий кафедрой социальной психологии и психосоциальных технологий ФГБОУ ВО КемГУФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»

Серый А. В. - доктор психологических наук, профессор, кафедры социальной психологии и психосоциальных технологий ФГБОУ ВО КемГУФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»

Актуальные вопросы педагогики и деонтологии в медицинском образовании : монография / Г. В. Акименко, А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, В. М. Ивойлов, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев [и др.] – Москва: ООО «Альпен-Принт», 2026. – 293 с. : рис., табл.

ISBN 978-5-6055838-3-7

DOI: 10.65551/978-5-6055838-3-7.2026

EDN: UBFKAE

Монография представляет собой комплексное научно-методическое исследование, посвященное интеграции педагогических подходов и деонтологических принципов в процесс подготовки будущих врачей и среднего медицинского персонала. В работе рассматривается современная парадигма медицинского образования, в которой профессиональная компетентность неразрывно связана с высокими морально-этическими стандартами.

Издание адресовано специалистам в области медицины: клиницистам, научным сотрудникам, преподавателям, аспирантам и студентам медицинских вузов.

Материалы публикуются в авторской редакции. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законодательства об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

© ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 2026

© Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной, 2026
© ООО «Альпен-Принт», 2026

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	6
------------------	---

Раздел I.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Глава 1.1. Актуальные вопросы подготовки квалифицированного врача-специалиста психиатра-нарколога <i>Лопатин А.А., Селедцов А.М.</i>	9
Глава 1.2. Проблемы интеграции социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в подготовке будущих врачей <i>Юдин С. А.</i>	20
Глава 1.3. Проблема компетентности социального взаимодействия личности как предмет научной рефлексии: контент-анализ <i>Асанов С. А.</i>	27
Глава 1.4. Компетентностно-ориентированные оценочные средства в гуманитарных программах медицинского вуза: проектирование и реализация <i>Акименко Г.В., Боровикова З. В.</i>	38
Глава 1.5. Стратегии оптимизации коммуникативного взаимодействия в образовательном дискурсе <i>Кирина Ю. Ю., Селедцов А. М.</i>	50

Раздел II.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ
В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Глава 2.1. Исследование вовлеченности студентов медицинского университета в сферу искусственного интеллекта, их индекса самодетерминации и стратегий метакогнитивной регуляции <i>Валиуллина Е.В.</i>	64
Глава 2.2. Применение технологий искусственного интеллекта в медицинском образовании: современные подходы и факторы внедрения <i>Семенов В.А.</i>	83

Глава 2.3. Использование нейросетей и чат-ботов в медицинском образовании: когнитивно-деятельностные аспекты, методические принципы и перспективы интеграции <i>Головки О. В.</i>	97
Глава 2.4. Телемедицина как элемент учебного процесса: интеграция в медицинское образование <i>Исаков Л. К.</i>	116

Раздел III.

СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ И ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Глава 3.1. Портфолио достижений студента как альтернатива традиционному зачету: прокторинг компетенций vs ретроспектива знаний <i>Федосеева И. Ф., Акименко Г.В.</i>	128
Глава 3.2. Роль личности преподавателя-клинициста в профессионализации студента <i>Яковлев А. С., Яковлева А.А.</i>	141

Раздел IV.

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Глава 4.1. Роль кафедр медицинского вуза в подготовке студентов по вопросам этики и деонтологии <i>Штернис Т. А., Копытина Н.В., Ивойлов В.М.</i>	150
Глава 4.2. Коммуникация «врач-пациент» и информационно – образовательный компонент в противотуберкулезной работе <i>Холодов А.А., Пьянзова Т.В.</i>	173
Глава 4.3. Формирование деонтологической компетентности будущих специалистов: психолого-педагогический анализ модели горизонтального обучения в вузе <i>Аршинова Е. В., Янко Е.В.</i>	189
Глава 4.4. Организация учебного процесса: правовые и этические аспекты общения студентов с ВИЧ-инфицированными пациентами <i>Пивовар О. И., Селин И. И.</i>	214

Глава 4.5. Особенности коммуникации с ребенком и его семьей в медицинской и психолого-педагогической практике <i>Шмакова О.В.</i>	237
Глава 4.6. Формирование навыков ведения диалога в профессиональных целях на занятиях по иностранному языку медицины <i>Гукина Л.В.</i>	251
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	268

ПРЕДИСЛОВИЕ

Монография посвящена исследованию одной из наиболее значимых и одновременно сложных проблем современного высшего медицинского образования - интеграции педагогических и деонтологических принципов в единый образовательный процесс.

Актуальность темы обусловлена масштабными трансформациями в системе здравоохранения и обществе. Стремительный прогресс медицинских технологий, расширяя клинические возможности, одновременно создает риск дегуманизации лечебного процесса и отчуждения врача от пациента. В этих условиях приоритетными становятся не только профессиональные компетенции, но и личностные качества специалиста: эмпатия, приверженность этическим нормам и осознание профессионального долга. Формирование данных качеств требует комплексного пересмотра педагогических подходов в медицинском образовании, выходящего за рамки отдельных дисциплин

Анализ литературы и образовательной практики выявляет противоречие между общественной потребностью в высококвалифицированных, гуманно ориентированных специалистах и недостаточной разработанностью теоретико-методических основ формирования этико-деонтологической культуры у студентов медицинских вузов. В настоящее время этическое воспитание зачастую носит фрагментарный характер, ограничиваясь рамками отдельных дисциплин. Это препятствует формированию у будущих врачей целостной системы профессиональных ценностей и навыков эффективного взаимодействия.

Настоящая монография нацелена на устранение данного пробела, предлагая комплексный анализ проблемы, основанный на интеграции передовых достижений педагогики, психологии и медицинской деонтологии.

В основе нашего исследования лежит положение о неразрывной взаимосвязи медицинской деонтологии как учения о профессиональном долге

врача и педагогической составляющей высшего медицинского образования. В данном контексте педагогическая деонтология трактуется нами как нормативная система принципов, регулирующих профессиональное поведение преподавателя медицинского вуза во взаимодействии со студентами и коллегами и базирующихся на этико-моральных императивах. При этом формирование деонтологической культуры будущего врача выходит далеко за рамки трансляции знаний: это многогранный воспитательный процесс, в котором определяющая роль принадлежит личности педагога. Именно его способность выступать в роли эталона профессионального поведения и мудрого наставника, а также умение культивировать в образовательной среде атмосферу взаимного уважения, доверия и высокой ответственности служат фундаментом для становления компетентного и нравственного специалиста.

Структура и содержание монографии строго соответствуют логике темы исследования. В первом разделе работы анализируются теоретико-методологические основания педагогики и деонтологии в медицинском образовании. Особое внимание уделяется историко-аналитическому обзору, позволяющему проследить эволюцию научных подходов к данной проблематике. Также рассматриваются современные научные парадигмы и их влияние на формирование образовательных стандартов в медицинской сфере.

В монографии рассматриваются проблемы этической и деонтологической культуры. Подчеркивается необходимость использования термина «этико-деонтологическая культура» при подготовке врачей.

В разделе «Инновационные технологии и методы обучения в медицинском вузе» представлен анализ современных образовательных стратегий, ориентированных на улучшение качества подготовки будущих медицинских специалистов. Ключевым аспектом является трансформация традиционной модели обучения в направлении практико-ориентированного и персонализированного подхода, что предполагает интеграцию цифровых и интерактивных технологий.

В разделе «Воспитательный компонент и психолого-педагогическая поддержка» рассматривается комплекс теоретико-методологических и практических аспектов интеграции процессов обучения и воспитания, а также механизмы создания благоприятной развивающей среды для субъектов образовательного процесса. Предложены инновационные педагогические стратегии, ориентированные на формирование профессионально значимых компетенций у студентов-медиков. Данные подходы учитывают современные тенденции в медицинском образовании и направлены на повышение качества подготовки будущих специалистов.

Научная новизна монографии заключается в систематизации и концептуальном осмыслении педагогических и деонтологических аспектов медицинского образования, а также в разработке практических рекомендаций по их реализации в образовательном процессе. Мы стремились показать, что обучение в медицинском вузе должно стать той средой, где закладываются не только фундаментальные знания и практические навыки, но и формируется личность специалиста, осознающего свою высокую гуманистическую миссию.

Монография адресована широкому кругу читателей: профессорско-преподавательскому составу медицинских университетов, научным сотрудникам, аспирантам, магистрантам, а также всем, кто интересуется вопросами педагогики высшей школы и этико-деонтологическими основами профессиональной подготовки в медицине. Мы выражаем надежду, что представленные материалы послужат стимулом для дальнейших научных дискуссий и практических изменений в системе медицинского образования, направленных на воспитание врача нового поколения - высококвалифицированного, гуманного и нравственно ответственного.

Авторский коллектив

**Раздел I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ****Глава 1.1.****АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ КВАЛИФИЦИРОВАННОГО
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА***Лопатин А. А.**доктор медицинских наук, профессор
профессор кафедры психиатрии и наркологии**Селедцов А. М.**доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматриваются современные проблемы и перспективы подготовки врачей психиатров-наркологов в Российской Федерации. Анализируются изменения нормативно-правовой базы, включая новые квалификационные требования (Приказ № 72н), расширяющие «входные ворота» в специальность. Исследуются ключевые компетенции, необходимые для эффективного выполнения профессиональных обязанностей в данной области. Также проводится сравнительный анализ зарубежного опыта интеграции психотерапевтических навыков в подготовку специалистов, что позволяет выявить перспективные направления для совершенствования отечественного медицинского образования. Отдельное внимание уделяется организационным аспектам, таким как реорганизация наркологической службы (новые порядки оказания помощи) и вопросы непрерывного медицинского образования.

Ключевые слова: психиатрия-наркология, подготовка кадров, квалификационные требования, ординатура, аддиктивные расстройства, непрерывное медицинское образование.

CURRENT ISSUES OF TRAINING A QUALIFIED SPECIALIST DOCTOR PSYCHIATRIST-NARCOLOGIST

Lopatin A. A.

*Doctor of Medical Sciences, Professor
Professor of the Department of Psychiatry and Narcology*

Seledtsov A. M.

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The article discusses the current problems and prospects of training psychiatrists-narcologists in the Russian Federation. Changes in the regulatory framework are analyzed, including new qualification requirements (Order No. 72n), which expand the «entry gate» into the specialty. The key competencies required by a specialist are highlighted, as well as the foreign experience of integrating psychotherapeutic skills. Special attention is paid to organizational aspects, such as the reorganization of the narcological service (new guidelines for providing assistance) and the issues of continuous medical education.

Keywords: psychiatry-narcology, training, qualification requirements, residency, addictive disorders, continuing medical education.

Введение

Современная наркологическая ситуация в России и мире характеризуется, с одной стороны, ростом распространенности аддиктивных расстройств, с другой - ужесточением требований к качеству и безопасности оказываемой медицинской помощи. Специальность «психиатрия-наркология» находится на стыке психиатрии, терапии зависимостей и социальной медицины, что предъявляет особые требования к уровню подготовки специалистов.

Современная наркология представляет собой чрезвычайно сложную медицинскую дисциплину, являющуюся одной из наиболее комплексных в области охраны психического здоровья с точки зрения биопсихосоциального подхода. Нарколог вынужден интегрировать в свои терапевтические стратегии методы реанимации, психиатрии и психосоциальной реабилитации, которые берут своё начало не только из различных медицинских наук, но и из гуманитарных дисциплин, таких как психология, лингвистика и прикладная социология [1].

Следует подчеркнуть, что, несмотря на значительные достижения в области биологической медицины, психотерапевтическое лечение остаётся краеугольным камнем практически всех моделей реабилитации наркозависимых. Однако, необходимо учитывать, что для нарколога процесс интеграции различных терапевтических моделей представляет собой особую сложность. В отличие от психиатров, наркологам труднее освоить современную психотерапию, поскольку их профессиональная деятельность охватывает широкий спектр медицинских специальностей, начиная с общей медицины и заканчивая неотложной медициной.

Одной из причин этого является то, что одна из ключевых сфер деятельности нарколога тесно связана с общеврачебной практикой, что требует от специалиста глубокого понимания и применения принципов биомедицины. Это обстоятельство затрудняет освоение психотерапии и медицинской психологии в непрофильных образовательных учреждениях, поскольку при среднем уровне подготовки психотерапевтические дисциплины не усваиваются в полной мере. Для их эффективного освоения необходима не только профессиональная, но и личностная перестройка специалиста, включающая в себя шесть этапов личностно-профессиональной трансформации.

В условиях современных социально-эпидемиологических вызовов, связанных с появлением новых психоактивных веществ и увеличением коморбидности среди пациентов, вопросы подготовки специалистов в области

реабилитации приобретают особую значимость. Введение новых профессиональных и квалификационных стандартов, а также необходимость интеграции современных реабилитационных методик в практическую деятельность требуют от образовательных учреждений и профессиональных сообществ разработки и внедрения инновационных подходов к обучению и повышению квалификации кадров.

Нормативно-правовые изменения и доступ к специальности

Одним из ключевых событий последнего времени стало изменение «входных ворот» в профессию. Согласно Приказу Минздрава РФ № 72н от 19 февраля 2024 года, значительно расширен перечень специальностей для прохождения профессиональной переподготовки по направлению «Психиатрия-наркология» [2].

Если ранее профессиональная переподготовка была доступна преимущественно врачам-психиатрам, то теперь в перечень вошли такие специальности, как:

- анестезиология-реаниматология;
- кардиология;
- неврология;
- педиатрия;
- терапия;
- эндокринология и другие.

Данное нововведение несет двойственный характер. С одной стороны, это расширяет кадровый потенциал, позволяя привлекать в наркологическую службу врачей смежных специальностей, что полезно для лечения коморбидных пациентов. С другой стороны, это требует разработки интенсивных программ переподготовки, способных за короткий срок нивелировать дефицит базовых знаний по психиатрии и сформировать специфические наркологические компетенции.

Традиционно, психиатрия и наркология развивались как отдельные дисциплины. Это привело к тому, что в процессе обучения студенты часто сталкиваются с фрагментарным представлением о проблемах, где психические расстройства рассматриваются отдельно от зависимостей, и наоборот.

Актуальной задачей является глубокая интеграция знаний и навыков в рамках единой программы подготовки. Это означает:

Развитие междисциплинарных курсов: создание учебных модулей, которые комплексно рассматривают коморбидные состояния (например, депрессия и алкоголизм, шизофрения и наркомания), механизмы их развития, диагностику и лечение.

Практическая направленность: увеличение доли практических занятий, на которых студенты сталкиваются с реальными клиническими случаями, требующими комплексного подхода. Это могут быть стажировки в отделениях смешанного профиля, участие в мультидисциплинарных командах.

Формирование единого клинического мышления: обучение студентов видеть взаимосвязь между психическими и поведенческими аспектами зависимости, а также влиянием употребления психоактивных веществ на психическое состояние.

Ключевые компетенции и требования к квалификации

Подготовка квалифицированного специалиста сегодня не сводится лишь к знанию клиники алкоголизма и наркоманий. Анализ программ повышения квалификации (например, на базе Кемеровского государственного медицинского университета) показывает, что современный врач-психиатр-нарколог должен быть готов к выполнению широкого спектра трудовых функций:

1. **Диагностическая деятельность:** проведение химико-токсикологических исследований, медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

2. Лечебная деятельность: владение протоколами детоксикации, фармакотерапией зависимости и коморбидных расстройств (депрессии, тревоги).

3. Реабилитация: разработка индивидуальных программ реабилитации с участием медицинских психологов и специалистов по социальной работе.

4. Организационная работа: диспансерное наблюдение, ведение статистической отчетности, взаимодействие с правоохранительными органами и ФСИН.

Особого внимания заслуживает вопрос повышения квалификации. Согласно действующим требованиям, врач обязан проходить повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет. Однако, учитывая динамику появления новых ПАВ и схем лечения, актуальным становится переход к непрерывному медицинскому образованию (НМО) с более коротким циклом обновления знаний.

Организационные вызовы: реформа наркологической службы

Подготовка кадров неразрывно связана с условиями их будущей работы. Планируемые изменения в Порядке оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (вступление в силу с 01.09.2026) диктуют новые требования к практическим навыкам врачей [3].

Ключевые изменения, которые должны быть включены в образовательные программы:

- **рост нагрузки:** предполагается повышение нагрузки на участковых психиатров-наркологов, особенно детских (до 20 тыс. детского населения на ставку).

- **стандарты оснащения:** внедрение пульсоксиметров, анализаторов алкоголя и оборудования для телемедицины требует от врача технической компетентности.

- диспансерное наблюдение: врач должен уметь работать в новых условиях, когда пациент обязан встать на учет по новому месту жительства в течение 14 дней [4].

Психотерапевтическая подготовка (Международный контекст)

Систематический обзор Selin Tanyeri Kayahan (2025), включивший 48 исследований с участием 7 196 респондентов, предоставляет важные эмпирические данные о взглядах молодых психиатров на психотерапевтическую подготовку.

Ключевые результаты:

- 57-80% молодых психиатров проявляют интерес к психотерапии
- 67-92% рассматривают психотерапевтическую деятельность как часть своей профессиональной идентичности
- 88-97.7% поддерживают включение психотерапии в программу психиатрической подготовки [5].

Наиболее распространенными модальностями обучения являются когнитивно-поведенческая терапия и психодинамическая психотерапия. При этом отмечается значительная вариативность учебных возможностей в зависимости от страны и учреждения. Авторы обзора делают вывод о необходимости улучшения доступа психиатров к основанной на доказательствах, культурно-адаптированной психотерапевтической подготовке. Этот вывод подчеркивает разрыв между высоким уровнем интереса к психотерапии и ограниченными возможностями для получения качественного обучения.

В российской системе подготовки традиционно силен биологический (медикаментозный) уклон. Однако, как показывает зарубежный опыт (анализ данных PubMed), сохраняется глобальный разрыв в обучении психотерапии для лечения зависимостей [7, 8].

Исследования показывают, что врачи испытывают трудности в применении и обучении психотерапевтическим подходам (когнитивно-

поведенческая терапия, мотивационное интервьюирование). Хотя российские квалификационные характеристики включают в компетенции врача «готовность к психотерапии» (ПК-6), на практике часов, отводимых на психотерапию в циклах повышения квалификации, катастрофически не хватает для формирования устойчивых навыков [6].

Шесть личностно-профессиональных трансформаций врача-нарколога, способствующих становлению психотерапевтом в области наркологии и обеспечению эффективного лечения пациентов с зависимостями:

1. Понимание и принятие феномена «личности пациента»: необходимо осознать, что личность пациента существенно отличается от его психофизиологического статуса. В отличие от психиатра, который может начинать с анализа сознания по К. Ясперсу, наркологу предстоит более глубокий путь, начинающийся с изучения психофизиологии и ведущий к пониманию психологических механизмов адаптации.

2. Психоактивное вещество или объект нехимической зависимости как механизм психологической адаптации: зависимость не является случайным артефактом, а представляет собой универсальный и эффективный механизм адаптации, который невозможно просто «отменить». Это требует глубокого анализа и понимания природы зависимости.

3. Мотивационная интервенция как активация личностных механизмов изменения: мотивационная интервенция не сводится к внешнему принуждению или подталкиванию к отказу от зависимости. Это процесс включения внутренних личностных механизмов пациента, направленных на изменение его социального функционирования.

4. Многоуровневый подход к пациенту: наркологический пациент представляет собой не один объект воздействия, а целую систему взаимосвязанных уровней, каждый из которых требует специфического подхода. Это означает необходимость разработки гибкой системы лечения, включающей последовательную смену методов и стилей взаимодействия.

5. «Маргинальность» как следствие, а не причина нарушений: маргинальное положение наркологического пациента на поздних стадиях заболевания является следствием, а не причиной нарушенных механизмов личностного функционирования. Упреки и наказания могут быть неэффективны и даже вредны в контексте лечения и реабилитации.

6. Личностная трансформация нарколога: для успешной работы в области наркологии наркологу необходимо осознать и преодолеть свои зависимые и созависимые мотивы выбора специальности. Без личностной трансформации специалист не сможет достичь высоких результатов в профессиональной деятельности.

Эти позиции могут вызвать различные реакции, особенно учитывая, что классические учебники по наркологии не всегда дают исчерпывающие ответы на эти вопросы. Однако, если какие-то из предложенных подходов вызывают интерес или сомнения, это может свидетельствовать о готовности к профессиональному росту и развитию.

Заключение

В процессе подготовки квалифицированного врача-психиатра-нарколога на современном этапе можно выделить ряд противоречивых тенденций. С одной стороны, нормативная база, представленная Приказом № 72н, расширяет возможности привлечения новых специалистов в данную область. Научно-практические конференции и симпозиумы создают благоприятные условия для обмена профессиональным опытом и знаниями.

С другой стороны, наблюдается значительное увеличение фактической нагрузки на каждого специалиста. Это связано с усложнением структуры контингента пациентов, включающего случаи полинаркомании и коморбидных расстройств. Кроме того, ужесточение законодательных требований, таких как обязательное диспансерное наблюдение и освидетельствование, создает дополнительные сложности в профессиональной деятельности врачей-психиатров-наркологов.

Таким образом, несмотря на определенные позитивные изменения в нормативной и научной сферах, текущая ситуация характеризуется рядом факторов, затрудняющих подготовку и работу квалифицированных специалистов в области психиатрии и наркологии.

Перспективными направлениями совершенствования подготовки являются:

1. Интеграция симуляционных технологий для отработки навыков купирования неотложных состояний и проведения мотивационного консультирования.
2. Усиление психотерапевтического блока в программах ординатуры и ДПО для профилактики эмоционального выгорания и повышения эффективности лечения.
3. Развитие телемедицинских компетенций, учитывая внедрение соответствующих стандартов оснащения.

Специальность «психиатрия-наркология» предъявляет к врачу комплекс требований, включающий не только фундаментальные знания в области медицины, но и высокие коммуникативные компетенции, а также способность к эффективной работе в условиях стресса. Данный профиль подготовки характеризуется непрерывностью и междисциплинарным подходом, что обусловлено необходимостью интеграции знаний из различных областей медицины, психологии и социологии.

Литература/References:

1. XV Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии». - КубГМУ, 2026. – 456 с.
2. Приказ Минздрава России от 19.02.2024 № 72н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, утвержденные приказом министерства здравоохранения российской федерации». – URL: <https://normativ.kontur.ruclid=mqn2tzt1su195370911> (дата обращения 1.03.2026)

3. Проект приказа Минздрава «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Регуляторная политика, 2025-2026). – URL: <https://normativ.kontur.ru>. (дата обращения 1.03.2026).

4. Программа повышения квалификации ВГМУ им. Н.Н. Бурденко по специальности «Психиатрия-наркология». – URL: <https://doc.vrngmu.ru/course/index.php?categoryid=34>. (дата обращения 1.03.2026)

5. Balasanova, A. A., et al. «Effective but Undertaught: Training Psychiatrists in Psychotherapy for Substance Use Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 2025. (PubMed).

6. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов С.А., Головки О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. - Москва, 2024. – 257 с.

7. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

8. Акименко, Г. В Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования : материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 13 декабря 2017 г.). - Кемерово, 2017. - С. 74–77.

Глава 1.2.

**ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫХ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН
В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

Юдин С. А.

*преподаватель кафедры клинической психологии
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматриваются ключевые проблемы интеграции социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в системе высшего медицинского образования. Современные требования к врачу включают не только клинические компетенции, но и развитое гуманитарное мышление, коммуникативные навыки, этическую рефлексия. Однако на практике сохраняется разрыв между блоками дисциплин, что снижает качество подготовки специалистов. Автор анализирует причины дисбаланса (разные методологические подходы, перегруженность учебных планов, недостаток межкафедральной координации) и предлагает пути преодоления: внедрение интегрированных модулей, интерактивных методик (кейс-метод, медицинская антропология, деловые игры) и изменение оценочных средств. Результатом такого взаимодействия должно стать формирование клинического мышления, основанного на понимании пациента как целостной личности.

Ключевые слова: медицинское образование, социально-гуманитарные дисциплины, профессиональные дисциплины, интеграция, междисциплинарное взаимодействие, коммуникативная компетенция, биоэтика.

**PROSPECTS OF INTERACTION BETWEEN SOCIO-HUMANITIES
AND PROFESSIONAL DISCIPLINES IN
THE TRAINING OF FUTURE PHYSICIANS**

Yudin S. A.*Lecturer at the Department of Clinical Psychology
Kemerovo state medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The article discusses the key problems of integrating socio-humanities and professional disciplines in the system of higher medical education. Modern requirements for a physician include not only clinical competencies but also developed humanitarian thinking, communication skills, and ethical reflection. However, in practice, there remains a gap between the blocks of disciplines, which reduces the quality of training. The author analyzes the causes of the imbalance (different methodological approaches, overloaded curricula, lack of interdepartmental coordination) and suggests solutions: the introduction of integrated modules, interactive methods (case studies, medical anthropology, business games) and changes in assessment tools. The outcome should be the formation of clinical thinking based on understanding the patient as a holistic person.

Keywords: medical education, socio-humanities disciplines, professional disciplines, integration, interdisciplinary interaction, communicative competence, bioethics.

Введение

Современная медицина – это не только глубокие знания анатомии, физиологии и фармакологии. Это искусство общения с пациентом, понимание его психологического состояния, этические дилеммы и социальные аспекты здоровья. Однако, несмотря на очевидную важность, интеграция социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в медицинском образовании остается одной из острых проблем.

Традиционно подготовка врача в российской и зарубежной высшей школе строится на сочетании фундаментальных естественнонаучных,

клинических и социально-гуманитарных дисциплин. Однако на практике социально-гуманитарный блок (философия, биоэтика, история медицины, психология, философия, социология) часто воспринимается как второстепенный или декоративный, существующий изолированно от клинических кафедр.

Между тем, согласно ФГОС ВО 3++, выпускник медицинского вуза должен обладать универсальными и общепрофессиональными компетенциями, включающими способность к этическому анализу, эффективной коммуникации и учету социальных факторов болезни.

Цель работы – выявить основные проблемы взаимодействия социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин в медицинском вузе и предложить направления их преодоления.

Основные проблемы взаимодействия

Естественнонаучный и клинический подходы опираются на позитивистскую логику (факты, доказательства, алгоритмы), тогда как гуманитарное знание предполагает диалог, понимание смыслов, ценностные суждения. Отсутствие на междисциплинарном уровне «переводчика» понятий приводит к тому, что студенты не видят связи между, например, философской антропологией и принципами паллиативной помощи [1, 5].

Гуманитарные дисциплины часто концентрируются на 1–2 курсах, а клинические – на старших. Это создает временной зазор: к моменту изучения пропедевтики внутренних болезней или хирургии студенты уже забывают содержание курсов психологии или биоэтики. Кроме того, отсутствуют сквозные интегрированные модули. Преподаватели социально-гуманитарных дисциплин, как правило, не имеют клинического опыта, поэтому их примеры (ситуации врачевания) часто выглядят надуманными. В то же время клиницисты, не владея педагогическим инструментарием гуманитарных наук, избегают обсуждения этических или социокультурных аспектов болезни.

Гуманитарные компетенции трудно измерить с помощью традиционных тестов. Экзамены по биоэтике или психологии сводятся к проверке знаний терминов, а не реальных навыков (например, сообщения плохих новостей или разрешения конфликта с родственниками пациента) [2].

В профессиональных дисциплинах болезнь часто рассматривается как универсальный биологический процесс, вне зависимостей от социального статуса, культурных особенностей, религии пациента. Гуманитарные же дисциплины не всегда успевают «осовременить» содержание (например, проблемы мигрантов, инвалидов, пожилых в системе здравоохранения остаются за рамками).

Возможные пути решения

1. Создание интегрированных междисциплинарных модулей
Пример: модуль «Психология общения в медицине» (психология + профессиональные навыки) или «Этика клинических исследований» (биоэтика + фармакология + терапия). Такие курсы должны вестись совместно преподавателями гуманитарных и клинических кафедр.

2. Переход от информативных методов к интерактивным
– Кейс-метод: разбор реальных клинических ситуаций с фокусом на этическую дилемму, социальный контекст, межличностные конфликты.
– Ролевые и деловые игры («прием пациента с инсультом», «объявление диагноза»).

– Проектная деятельность: студенческие исследования по медицинской антропологии, истории конкретной болезни в социальном контексте.

3. Введение портфолио, в том числе эссе-рефлексии на основе клинических наблюдений, стандартизированных пациентов для проверки коммуникативных навыков, чек-листов для оценки этической компетенции.

4. Повышение квалификации преподавателей. Организация стажировок гуманитариев в клиниках, а клиницистов – на кафедрах психологии и биоэтики.

Разработка общих методических семинаров по междисциплинарному проектированию [3, 4, 6].

5. Введение новых дисциплин на стыке областей. Например: «Социология здоровья и болезни», «Медицинская антропология», «Правовые основы врачебной деятельности». За рубежом такие курсы давно стали обязательными (например, в системе медицинского образования США, Канады, Великобритании) [5].

Помимо уже обозначенных путей, существуют и более инновационные подходы, способные качественно изменить образовательный ландшафт медицинских вузов. Одним из таких направлений является внедрение нарративного подхода в медицинское образование. На практике это активное использование историй пациентов, их личных переживаний и жизненных путей для иллюстрации медицинских концепций. Чтение и анализ автобиографий, дневников пациентов, просмотр документальных фильмов о жизни людей с различными заболеваниями позволяют студентам глубже понять человеческий аспект болезни, развивать эмпатию и научиться видеть за диагнозом живого человека.

Другим перспективным направлением является развитие «мягких навыков» через искусство и творчество. Например, занятия по арт-терапии, музыкотерапии или даже театральные постановки могут стать площадкой для развития эмоционального интеллекта, самовыражения и понимания невербальных сигналов. Эти, казалось бы, далекие от медицины виды деятельности, на самом деле, способствуют развитию качеств, которые необходимы врачу для эффективного взаимодействия с пациентом и коллегами.

Нельзя обойти стороной и роль цифровых технологий в создании симуляционных сред. Помимо уже упомянутых виртуальных симуляторов, на наш взгляд, стоит рассмотреть разработку интерактивных платформ, где обучающиеся смогут отрабатывать навыки ведения сложных разговоров с пациентами, сталкиваться с этическими дилеммами в безопасной виртуальной

среде, оперативно получать обратную связь и анализировать свои действия. Такие платформы могут быть доступны студентам в любое время и в любом месте, делая обучение более гибким и персонализированным.

Важным аспектом является также формирование культуры рефлексии в медицинских вузах. Это означает не просто анализ ошибок, но и систематическое осмысление собственного опыта, своих чувств и реакций в процессе обучения и будущей практики [6]. Создание групп рефлексии под руководством опытных психологов или наставников, где студенты смогут открыто обсуждать свои трудности и успехи, будет способствовать их личностному и профессиональному росту.

Наконец, для успешной интеграции необходимо изменение системы мотивации и поощрения. Важно, чтобы студенты видели реальную ценность гуманитарных дисциплин и понимали, что их развитие напрямую влияет на их будущую успешность как врачей. Это может быть достигнуто через включение гуманитарных компетенций в критерии оценки, присуждение стипендий за достижения в этой области, а также через активное освещение примеров врачей, которые успешно сочетают научные знания с высоким уровнем эмпатии и гуманизма.

Заключение

Взаимодействие социально-гуманитарных и профессиональных дисциплин – не дань академической моде, а необходимость, продиктованная гуманизацией медицины и ростом запроса на пациенто-ориентированный подход. Основные проблемы (разрыв методологий, разобщенность расписаний, недостаток интеграции) могут быть решены через пересмотр учебных планов, внедрение интерактивных и проектных форм обучения, а также системную межкафедральную кооперацию. Только такой синтез позволит подготовить врача, способного видеть в пациенте личность, принимать этически сложные решения и понимать социальные детерминанты здоровья.

Литература/References:

1. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьяна М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.
2. Мухина С. А. Современные инновационные технологии обучения. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 360 с.
3. Полунова М. Доктор, побеседуйте со мной... // Медицинский вестник. - 2007. - № 31. - С. 42-50.
4. Акименко, Г. В. Из опыта организации самостоятельной работы студентов в рамках изучения курса «Психология и педагогика» в медицинском университете // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. Часть 2. - Издательство: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.) (Пенза), 2017. - С. 178-180.
5. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Клиповое мышление поколения Z: особенности развития когнитивных способностей в процессе обучения в вузе // Дневник науки. - 2023. - № 12 (84).
6. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов С.А., Головки О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. - Москва, 2024. – 257 с.

Глава 1.3.

**ПРОБЛЕМА КОМПЕТЕНТНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛИЧНОСТИ КАК ПРЕДМЕТ
НАУЧНОЙ РЕФЛЕКСИИ: КОНТЕНТ-АНАЛИЗ****Асанов С. А.**

*старший преподаватель кафедры информационных
и автоматизированных производственных систем
Кузбасский государственный технический университет
имени Т.Ф. Горбачева (Кемерово), Россия.*

/

Аннотация. Компетентностный подход - это ключевая концепция, формирующая современную социальную реальность, образовательную политику государства и академический процесс в высшей школе. Автор провел контент-анализ репрезентации в отечественной литературе проблематики формирования универсальных коммуникативных компетенций, закрепленных во ФГОС ВО 3++. В работе предлагается трактовка понятия «компетентность социального взаимодействия», которая представляет собой комплексную структуру, состоящую из пяти основополагающих компонентов: ценностно-мотивационного, когнитивного, оперативного, деятельностно-коммуникативного и рефлексивного. Эти элементы, интегрированные в единую систему, обеспечивают целостное понимание и интерпретацию рассматриваемого феномена.

Ключевые слова: социальная компетентность, компетенция социального взаимодействия, педагогика, обучающиеся, студенты, высшая школа.

**THE PROBLEM OF INDIVIDUAL SOCIAL INTERACTION
COMPETENCE AS A SUBJECT OF SCIENTIFIC REFLECTION****Asanov S.**

*senior lecturer of the Department of information
and automated production systems
Kuzbass state technical University
named after T. F. Gorbachev (Kemerovo), Russia.*

Abstract. The competency-based approach is a key concept shaping contemporary social reality, state educational policy, and the academic process in higher education. The authors conducted a content analysis of the representation of issues related to the development of universal communicative competencies, enshrined in the Federal State Educational Standard of Higher Education 3++, in Russian and international scientific literature. The article offers an interpretation of the concept of «social interaction competence», which represents a complex structure consisting of five fundamental components: value-motivational, cognitive, operational, activity-communicative, and reflective. These elements, integrated into a unified system, provide a holistic understanding and interpretation of the phenomenon under consideration.

Keywords: social competence, social interaction competency, competencies, pedagogy, learners, students, higher education.

Введение

В условиях современной образовательной парадигмы, ориентированной на развитие критического мышления, креативности и адаптивности, формирование и развитие навыков социального взаимодействия играют ключевую роль в подготовке студентов к профессиональной деятельности и успешной интеграции в общество.

Актуальность исследования обусловлена значительным пробелом в формировании у выпускников вузов навыков социального взаимодействия, критически важных для успешной адаптации. Несмотря на наличие близких по тематике компетенций, таких как командная работа (УК-3), коммуникация (УК-4) и межкультурное взаимодействие (УК-5) в ФГОС ВО 3++, указанные навыки не интегрированы в универсальные компетенции образовательных стандартов и не представлены в их содержательной структуре.

Целью настоящего исследования проведение контент-анализа репрезентации в научной отечественной и зарубежной литературе

проблематики формирования универсальных коммуникативных компетенций, закрепленных во ФГОС ВО 3++.

Обсуждение

Латинский термин «*competere*» переводится как «знать», «уметь», «стремиться» и «соответствовать». В словаре С.И. Ожегова термин «компетентность» рассматривается как комплексное понятие, включающее в себя «знание, осознанность и авторитетность» [1].

В педагогике понятия «компетентность» и «компетенция» имеют разные значения, но при этом взаимосвязаны.

«Компетенция» -это комплекс взаимосвязанных качеств личности, таких как знания, умения, навыки и способы выполнения задач, которые обеспечивают успешную профессиональную деятельность. В академическом процессе «компетенция» служит эталоном для оценки итогов обучения, демонстрируя уровень подготовки обучающегося, его способность применять полученные знания на практике.

«Компетентность» - это степень обладания человеком определенными, необходимыми навыками. Она охватывает личные качества и свойства, которые помогают человеку эффективно выполнять задачи, опираясь на полученные знания и умения. Важной частью компетентности является способность мыслить и осознавать ответственность за свои действия.

Так, например, Г. К. Селевко рассматривает «компетентность» как умение человека применять свои знания, умения и навыки в конкретных ситуациях, а не как набор личных характеристик [1]. Так, В. А. Сластенин различает личностную и профессиональную компетентность. Профессиональная компетентность, по мнению исследователя, - это сочетание теоретических знаний и практических навыков для работы по специальности. Личностная компетентность позволяет человеку применять свои знания, умения и навыки в социальных взаимодействиях [3].

Таким образом, компетентность представляет собой интегральный

результат освоения комплекса компетенций, которые, в свою очередь, выступают как нормативно заданные параметры образовательной подготовки. Важно отметить, что данные понятия находятся в тесной взаимосвязи: компетентность может быть определена как наличие и проявление компетенций, что подчеркивает их взаимозависимость и взаимодополняемость в контексте образовательного процесса и профессиональной деятельности.

А.В. Хуторской в своих трудах трактует «компетентность» как «...интегративное качество личности обучающегося, формирующееся в процессе приобретения даже минимального практического опыта в конкретной сфере деятельности» [2]. Согласно его определению, компетентность включает в себя личностное отношение к объекту будущей профессиональной деятельности. Таким образом, компетентность рассматривается как комплексное явление, охватывающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты взаимодействия обучающегося с предметной областью.

По мнению Э. Г. Азимова и А. Н. Щукина – «компетенция» - «совокупность знаний, навыков, умений, формируемых в процессе обучения той или иной дисциплины, а также способность к выполнению какой-либо деятельности на основе приобретённых знаний, умений, навыков» [1].

Социальная компетентность представляет собой ключевой аспект в рамках теории компетенций, обладая значительным влиянием на эффективность межличностного взаимодействия и адаптацию индивида в социуме. В данном контексте целесообразно рассмотреть несколько дефиниций, предложенных различными авторами и научными школами.

Социальное взаимодействие представляет собой сложный феномен, включающий в себя вербальные и невербальные формы коммуникации, межличностные отношения, групповую динамику и процессы социализации.

Понятие «социальное взаимодействие» в контексте педагогического процесса имеет различные дефиниции в зависимости от подхода - философского, психологического или педагогического.

Взаимодействие – ключевое понятие в образовании. В настоящее время педагоги используют термин «взаимодействие», заменяя им «педагогическое воздействие», которое предполагает пассивность обучающегося и активное влияние преподавателя на него. Данное понятие шире категории «педагогическое воздействие», которая сводит педагогический процесс к субъект-объектным отношениям. В педагогическом процессе взаимодействие педагога и обучающегося строится на принципах равноправия. Это означает, что оба участника воспринимают друг друга как активных и равноправных партнёров в образовательном диалоге. Взаимодействие включает в себя взаимопонимание, взаимное познание, развитие взаимоотношений и совместные действия.

Дефиниции «социальное взаимодействие» и «социальная компетентность» опираются на понятия действия и взаимодействия. «Социальное взаимодействие» - обмен действиями между людьми, где каждое действие вызывает ответное действие. «Социальные компетенции» в психологии и педагогике рассматриваются как комплекс знаний и опыта, необходимых для успешной адаптации и интеграции в систему общественных отношений, развития личностных ресурсов.

Изучение компетентности социального взаимодействия началось в начале XX века, когда специалисты начали обращать внимание на индивидуальные различия в поведении людей в социальных ситуациях. В настоящее время данная проблема активно изучается в междисциплинарном контексте, включающем психологию, педагогику и социологию.

В отечественной психологии встречаются различные подходы к определению социальной компетентности. Их можно классифицировать по целому ряду групп критериев, включающих теоретическую основу, методологические принципы и эмпирические методы исследования.

Например, некоторые авторы рассматривают данный феномен через систему социальных знаний и умений (В.Н. Куницына, Н.А. Гончарова, И.А.

Зимняя и др.) [6, 7].

С позиции адаптационного явления социальная компетентность рассматривается в работах Н.И. Белоцерковц, Е.В. Коблянкой, В.М. Басовой и др. [4].

Как интегративное качество личности трактует социальную компетентность М. И. Лукьянова, О.Ф. Кроль, В.В. Цветков, Л. А. Петровская и другие. Так, М. И. Лукьянова определяет данный феномен как «сознательное выражение личности, проявляющееся в её убеждениях, взглядах, отношениях, мотивах, установках на определённое поведение, в сформированности личностных качеств, способствующих конструктивному взаимодействию» [1, 6].

На наш взгляд, «компетентность социального взаимодействия» представляет собой интегративную способность индивида эффективно решать комплексные социальные задачи, включая установление и поддержание межличностных контактов, координацию совместных действий в рамках кооперации, управление конфликтными ситуациями, а также проявление толерантности и позволяет личности эффективно функционировать в условиях динамично изменяющейся социальной среды.

Качественное образование требует внимания к когнитивным и эмоционально-социальным аспектам, которые способствуют физическому и психосоциальному развитию обучающихся (Организация Объединённых Наций по вопросам образования, науки и культуры [ЮНЕСКО], 2015) [6].

Важность аффективно-социального аспекта для успешного процесса преподавания и обучения в образовательном контексте вызывает большой интерес у исследователей.

В научной литературе представлено множество концепций, касающихся структуры социальной компетентности. В своей работе В.С. Масленникова предлагает трехуровневую модель, включающую личностный, социологический и футурологический компоненты [4].

Так, С.Б. Серякова акцентирует внимание на том, что формирование и функционирование структурных компонентов социальной компетентности тесно связано с личностными качествами, способствующими или препятствующими эффективному взаимодействию с окружающими. Она также подчеркивает, что ценности и установки индивида играют ключевую роль в построении и реализации каждого из компонентов социальной компетентности.

А.М. Гумерова выделяет три уровня социальной компетентности:

1. Низкий - недостаточная сформированность качеств для продуктивного взаимодействия.
2. Средний - некоторые аспекты развиты, что помогает в выполнении социально значимых задач, но другие остаются на низком уровне.
3. Высокий - устойчивое развитие всех возрастных новообразований личности, обеспечивающее социальный успех [5].

Средний и высокий уровни считаются оптимальными, так как позволяют осознавать свои способности, качества и ценности окружающих, что способствует успешной адаптации и диалогу.

Оценка компетентности социального взаимодействия осуществляется на основе нескольких критериев:

- Когнитивный критерий: уровень знаний о социальных нормах и правилах поведения.
- Эмоциональный критерий: способность распознавать и выражать эмоции.
- Деятельностный критерий: навыки эффективного взаимодействия в различных социальных ситуациях. Эти критерии позволяют оценить уровень социальной компетентности личности и выявить направления для ее развития.

Развитие коммуникативных компетенций у студентов является ключевым фактором, способствующим формированию их эмоционального интеллекта, а также повышению уровня эмпатии и способности к эффективному взаимодействию в коллективе. Эти навыки играют важную роль в процессе

личностного и профессионального становления, обеспечивая студентам необходимые инструменты для успешной адаптации в современном обществе и профессиональной среде. [2].

Анализ теоретических подходов к определению сущности феномена «компетенция социального взаимодействия» выявил наличие множественных интерпретаций, каждая из которых акцентирует внимание на различные аспекты данного явления. Авторы рассматривают его как когнитивную и деятельностьную способность, систему различных ресурсов и коммуникативную активность, ориентированную на решение профессиональных задач и проблемных ситуаций в социальном контексте. Вместе с тем, мотивационный, когнитивно-поведенческий, ценностно-смысловой или межличностный компоненты рассматриваются изолированно, что не позволяет сформировать целостное и многоаспектное представление о данном явлении.

Анализ научной литературы по данной проблематике выявляет ключевые компоненты социальной компетентности, представленные ценностно-мотивационным, операциональным, когнитивным, деятельностьно-коммуникативным и рефлексивным аспектами. Эти компоненты формируют интегративное понятие «социальная компетентность», обладая специфическими навыками, которые способствуют её развитию и проявлению. (Таблица 1).

Таблица 1. - Содержание «компетенции социального взаимодействия».

Компоненты составляющие «компетенции социального взаимодействия»	Показатели
Ценностно-мотивационный компонент	приоритетность ценности профессионально-сотруднических отношений, стремление оказывать помощь, находить индивидуальный подход к людям, способность брать на себя

	ответственность, участвовать в принятии решений, ставить цели и планировать результат, анализировать, корректировать
Когнитивный компонент	знание основ социологии, педагогики, психологии, этики, необходимые для успешной адаптации в профессиональной деятельности и социальной жизни; знания о конструктивных способах взаимодействия, о нормах поведения, о социально приемлемых способах самоутверждения, о ценностях.
Оперативный компонент	знание о социальных институтах, функционировании социальных групп, ролевом поведении личности
Деятельностно-коммуникативный компонент	умение устанавливать межличностные связи, правильно оценивать вербальную и невербальную экспрессию во взаимоотношениях с людьми; уместность высказываний, учёт контекста, вариативность информации; умение согласовывать свои действия с действиями других субъектов деятельности; способность конструктивно разрешать конфликтные ситуации, межличностная ориентация, умение решать межличностные проблемы, сценарии поведения в сложных ситуациях, навыки эффективного общения; умение появляться эмпатию
Рефлексивный	осознание своей национальной, половой, групповой принадлежности, знание своих сильных и слабых сторон, знание о механизмах саморегуляции и умение ими воспользоваться; знания человека о себе и социальной среде; умение сознательно контролировать свою деятельность (учебную и профессиональную) и уровень собственного развития, личностных достижений; способность и умение осмысливать свою профессиональную деятельность, оценивать свои умения

«Компетенции социального взаимодействия» формируется в социальной среде, и её ключевые элементы развиваются в образовательном процессе [7, 8]. В условиях неопределённости социальная компетентность реализуется через интеграцию студентов в производственную практику и создание условий для их взаимодействия с разными социальными институтами.

Заключение

Феномен «компетенция социального взаимодействия» исследуется в философской, социологической и психолого-педагогической литературе. Ключевые характеристики: социальная направленность, общая цель, обмен идеями и мнениями, координация действий, межличностные отношения, восприятие, диалогичность, взаимопонимание и разрешение разногласий. Эти характеристики проявляются в профессиональной деятельности и образовательном процессе, где социальное взаимодействие направлено на достижение общих целей и укрепление позитивных отношений.

Несмотря на значительный прогресс в изучении компетентности социального взаимодействия, остаются нерешенные вопросы.

Среди них:

- изучение динамики развития социальной компетентности в течение жизни.
- выявление факторов, влияющих на формирование социальной компетентности в различных культурах.
- разработка эффективных методов диагностики и коррекции нарушений социальной компетентности. Эти направления представляют собой важные перспективы для будущих исследований.

Проведенный контент-анализ позволяет заключить, что «компетентность социального взаимодействия» представляет собой многомерную и полисемичную категорию, требующую интегративного методологического подхода как к ее концептуализации, так и к диагностике.

Литература/References:

1. Кординцева, Н.М. Развитие компетентности социального взаимодействия студентов / Н.М. Кординцева // Психологические науки. - 2007.
2. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Клиповое мышление поколения Z: особенности развития когнитивных способностей в процессе обучения в вузе // Дневник науки. - 2023. - № 12 (84).
3. Белимова, А.А. Социальный опыт личности как содержание социальной компетентности будущего специалиста / А.А. Белимова // Научные ведомости. - 2019. - № 1. - С. 7-10.
4. Сергеева, М.Г., Макарова, В.В. Формирование и развитие компетентности социального взаимодействия у студентов в высшем учебном заведении / М.Г. Сергеева, В.В. Макарова // Психологические науки. - 2020.
5. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов С.А., Головки О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. - Москва, 2024. – 257 с.
6. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.
7. Eguchi, M., Takizawa, K., Saeki, M., et al. Human- versus artificial intelligence-delivered roleplay tasks for assessing interactional competence: An applied conversation analytic study / M. Eguchi et al. // TESOL Quarterly. - 2025. - Vol. 59. - P. S183-S219.
8. Hogan, R., Blickle, G. Socioanalytic theory / R. Hogan, G. Blickle // University of Bonn, Department of Psychology. — 2016.

Глава 1.4.
КОМПЕТЕНТНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ОЦЕНОЧНЫЕ
СРЕДСТВА В ГУМАНИТАРНЫХ ПРОГРАММАХ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ПРОЕКТИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ

Акименко Г. В.

*кандидат исторических наук, доцент,
доцент кафедры клинической психологии*

Боровикова З. В.

*кандидат исторических наук, доцент,
доцент кафедры истории*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматриваются теоретические и методологические основы проектирования системы оценочных средств для гуманитарных образовательных программ в контексте компетентностно-ориентированного медицинского образования. Предлагается создать трехуровневую архитектуру системы оценки, которая объединит портфолио как ключевой элемент оценивания, критериально-уровневые рубрики и специальную программную модель. Данное предложение основано на анализе современных международных исследований и результатах собственного теоретического моделирования. Обосновывается необходимость перехода от традиционных форм контроля к процессуально-ориентированным методам, фиксирующим динамику развития гуманистических компетенций. Определены ключевые методологические вызовы (проблема валидации субъективного опыта, сопротивление стандартизации, кадровые ограничения) и предложены пути их преодоления.

Ключевые слова: компетентностно-ориентированное образование, медицинская гуманитаристика, оценочные средства, портфолио, программатическая оценка, медицинское образование.

COMPETENCE-ORIENTED ASSESSMENT TOOLS IN HUMANITARIAN PROGRAMS AT A MEDICAL UNIVERSITY: DESIGN AND IMPLEMENTATION

Akimenko G. V.

*Candidate of Historical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Clinical Psychology*

Borovikova Z. V.

*Candidate of Historical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of History
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The article discusses the theoretical and methodological foundations of designing a system of assessment tools for humanitarian educational programs in the context of competency-based medical education. Based on an analysis of international research and our own theoretical modeling, we propose a three-level architecture of the assessment system, which includes a portfolio as an integrative assessment tool, criterion-level rubrics, and a programmatic assessment model. We argue for the need to transition from traditional forms of assessment to process-oriented methods that capture the dynamics of the development of humanistic competencies. The key methodological challenges (the problem of subjective experience validation, resistance to standardization, and staffing limitations) are identified and ways to overcome them are proposed.

Keywords: competence-based education, medical humanities, assessment tools, portfolio, programmatic assessment, medical education.

Введение

В современном мире, где требования к специалистам постоянно растут, а медицинская практика становится все более сложной и многогранной, подготовка высококвалифицированных врачей требует не только глубоких

знаний в области медицины, но и развитых гуманитарных компетенций. Эти компетенции, такие как критическое мышление, коммуникативные навыки, этическое сознание, эмпатия, способность к саморефлексии и непрерывному обучению, играют ключевую роль в формировании профессиональной идентичности врача и его успешной деятельности.

Гуманитарные дисциплины в медицинском вузе, такие как философия, биоэтика, психология, социология медицины, история медицины, латинский язык, русский язык и культура речи, призваны формировать эти важнейшие компетенции. Однако традиционные оценочные средства, ориентированные преимущественно на проверку знаний, часто оказываются неэффективными для измерения уровня сформированности сложных, многомерных гуманитарных компетенций.

Интеграция гуманитарного знания в систему медицинского образования перестала быть предметом академических дискуссий и превратилась в стратегический приоритет реформирования медицинских школ во всем мире. Однако если вопросы содержания гуманитарных модулей, их тематического наполнения и методического обеспечения обсуждаются достаточно широко, то проблема адекватного оценивания результатов обучения в этой сфере остается наименее разработанной областью.

Специфика гуманитарного знания в медицинском контексте заключается в его дисциплинарной «разомкнутости»: медицинская гуманитаристика нацелена не столько на трансляцию суммы знаний из области истории медицины, биоэтики или философии, сколько на формирование особого типа врачебного мышления - рефлексивного, эмпатичного, способного к различению этических дилемм и распознаванию структурных факторов неравенства в здоровье. Такая целевая установка принципиально меняет требования к оценочным средствам: традиционные экзамены, тесты и зачеты, ориентированные на проверку декларативных знаний, оказываются недостаточными для фиксации развития профессиональной идентичности,

моральной чувствительности и нарративной компетенции.

Цель настоящей работы - предложить концептуальную модель проектирования системы оценочных средств в гуманитарных образовательных программах медицинского вуза, отвечающую логике компетентностного подхода и учитывающую специфику гуманитарного знания.

Теоретические основания проектирования оценочных средств

Переход к компетентностно-ориентированному медицинскому образованию знаменует собой сдвиг от логики «отсиженных часов» к логике демонстрируемых результатов. В рамках этой парадигмы акцент переносится с вопроса «чему студент научился?» на вопрос «что студент может делать с тем, что он знает?». Применительно к медицинской гуманитаристике это означает, что оцениванию подлежит не столько знание студентом основных этических теорий или истории медицины, сколько способность применять это знание в клинически релевантных ситуациях - при коммуникации с пациентом, при решении этической дилеммы, при рефлексии собственного профессионального опыта [1, 2].

В исследованиях, проведенных в рамках корейской модели медицинского образования, выделяются шесть ключевых компетенций выпускника, из которых четыре непосредственно связаны с гуманитарной составляющей подготовки: коммуникация, поддержка пациента, профессионализм и саморазвитие. Важно, что компетенция «решение проблем и исследование» лишь частично коррелирует с гуманитарным знанием, а «клиническая помощь пациенту» была исключена из сферы гуманитарной компетентности, что подчеркивает специфический - не клинический, но антропологический - характер гуманитарного компонента.

Специфика гуманитарных компетенций как объекта оценивания

Гуманитарные компетенции обладают рядом особенностей, делающих их оценивание принципиально более сложным по сравнению с клиническими навыками. Как отмечают индийские исследователи, гуманитарное знание «по

своему замыслу является disruptive» - оно нацелено на проблематизацию устоявшихся представлений, а не на их воспроизводство. Это создает фундаментальное напряжение между педагогической целью (развить критическое мышление) и процедурой оценивания (которая по определению предполагает соответствие заданным критериям).

Другая сложность связана с временным горизонтом формирования гуманитарных компетенций. Если клинический навык - например, интерпретация ЭКГ или наложение швов - может быть сформирован и проверен в относительно короткий срок, то развитие эмпатии, профессиональной идентичности или структурной смиренности требует длительного времени и нелинейной траектории. Исследования фиксируют феномен «снижения эмпатии» в ходе клинической подготовки - парадоксальное явление, когда исходный энтузиазм и человечность студентов сменяются прагматизмом и инструментальным отношением к пациенту [3, 4]. Это означает, что одномоментное оценивание (например, в конце семестра) может не только не отразить реальную динамику, но и создать ложное впечатление о сформированности компетенции.

Третья особенность связана с проблемой валидации субъективного опыта. Рефлексивные способности, эмпатийная настроенность, моральная чувствительность - эти конструкты не имеют однозначных поведенческих индикаторов и не могут быть редуцированы к простым операционализациям. По мнению экспертов, «многие гуманистические компетенции не легко поддаются надежному оцениванию» [7]. Оценку этих факторов, на наш взгляд, проводить можно, но нужно действовать с особой осторожностью и использовать несколько дополняющих друг друга инструментов.

2. Проектирование системы оценочных средств: структурно-уровневый подход

Предлагаемая модель оценочной системы базируется на принципе «программатической оценки», разработанного в контексте компетентностно-

ориентированного медицинского образования. В отличие от традиционного подхода, где оценка понимается как завершающий этап обучения, программатическая модель интегрирует оценочные процедуры в сам учебный процесс, создавая непрерывный цикл сбора данных о продвижении студента.

Трехуровневая архитектура оценочной системы

Система оценочных средств выстраивается на трех взаимосвязанных уровнях:

Первый уровень - курсовой (микроуровень). На этом уровне оценивается освоение конкретных дисциплин гуманитарного цикла («История медицины», «Философия», «Психология и педагогика» и др.). Инструментарий включает рабочие тетради, эссе, кейс-анализ, участие в дискуссиях, мини-проекты. Формативное оценивание стало доминирующим над суммативным, предоставляя студентам возможность получать обратную связь и корректировать свои действия.

Второй уровень - этапный (мезоуровень). Здесь оценивается достижение промежуточных результатов по завершении крупных этапов обучения (доклинический этап, клинический этап). Как показывает анализ корейского опыта, реализация гуманитарных компетенций на разных этапах обучения существенно варьируется: на доклиническом этапе успешнее формируются коммуникативные навыки и профессионализм, тогда как решение проблем и саморазвитие актуализируются преимущественно на клиническом этапе.

Третий уровень - выпускной (макроуровень). Оценивается интегральная готовность выпускника - способность демонстрировать сформированные гуманитарные компетенции в комплексных, неопределенных, клинически насыщенных ситуациях. На этом уровне используются интегративные методы: портфолио выпускника, OSCE-станции с гуманитарным компонентом и др.

Портфолио как интегративный инструмент оценивания

В качестве центрального элемента предлагаемой системы рассматривается портфолио. Выбор портфолио как основного инструмента не случаен: оно единственное среди оценочных средств способно зафиксировать временную динамику развития гуманитарных компетенций и представить целостную картину профессионального становления студента.

В корейских исследованиях разработана и апробирована модель портфолио, структурированного по шести оценочным доменам:

1. Компетентностная выравненность - степень соответствия представленных материалов заявленным результатам обучения.
2. Качество и разнообразие доказательств - характер предъявляемых студентом работ (от формальных отчетов до творческих нарративов).
3. Глубина рефлексии - уровень осмысления собственного опыта: от простого описания к анализу и интеграции в профессиональную идентичность.
4. Использование обратной связи - способность студента воспринимать замечания и корректировать на их основе свое обучение.
5. Продольная траектория - наличие устойчивой динамики роста, а не разовых всплесков активности.
6. Готовность к этапному решению - совокупность доказательств, достаточная для принятия решения о переходе на следующий этап.

Важно, что каждый домен оценивается по четырехуровневой шкале - от «недостаточно доказательств» до «продвинутый/доверяемый уровень». Последний уровень в контексте гуманитарных компетенций означает, что студент демонстрирует не просто исполнительское мастерство, но способность к автономному моральному суждению и саморегуляции.

Критериально-уровневые рубрики для оценивания рефлексивных работ

Для объективации оценивания нарративных и рефлексивных работ - эссе, дневников самонаблюдения, аналитических отчетов - разработана система

критериально-уровневых рубрик. В международной практике апробированы такие инструменты, как Narrative Reflection Assessment Rubric (NARRA) и Reflection Evaluation for Learners' Enhanced Competencies Tool (REFLECT). Использование этих инструментов требует специальной подготовки преподавателей, но существенно повышает надежность оценивания.

Предлагаемый вариант рубрики включает следующие критерии:

Критерий	Уровень 1 (базовый)	Уровень 2 (продвинутый)	Уровень 3 рефлексивный
Описание опыта	Констатирует факт, отсутствуют детали	Приводит детали, но без контекстуализации	Создает насыщенное описание, воссоздающее ситуацию
Анализ	Отсутствует или подменяется оценкой («хорошо/плохо»)	Выделяет отдельные значимые элементы	Выявляет причинно-следственные связи и скрытые допущения
Эмоциональная рефлексия	Не фиксирует собственные эмоции	Описывает эмоциональную реакцию	Анализирует происхождение эмоций и их влияние на действие
Связь с профессиональным развитием	Отсутствует	Упоминает общие места («это важно для врача»)	Демонстрирует изменение профессиональной самооценки
Наличие плана действий	Нет	План сформулирован, но абстрактен	Конкретный, реалистичный план с индикаторами достижения

Методические решения для формативного и суммативного оценивания

Формативное оценивание в гуманитарных программах должно быть «невидимым» - интегрированным в ткань учебного занятия таким образом, чтобы оценочный компонент не доминировал над содержательным. Наиболее эффективные форматы включают:

- Минутные рефлексивные заметки - в конце занятия студенты письменно отвечают на два вопроса: «Что было самым важным из сегодняшнего?» и «Какой вопрос остался неясным?». Анализ этих заметок позволяет преподавателю скорректировать следующее занятие.
- Групповые обсуждения с наблюдателем - один из студентов выступает в роли наблюдателя, фиксирующего участие, аргументацию, умение слушать других. После обсуждения наблюдатель дает обратную связь группе.
- Работа с кейсом с элементами театра угнетенных - эта форма, заимствованная из арсенала Augusto Boal и адаптированная для медицинского образования, позволяет оценивать поведение студента в категории «делает» (высший уровень пирамиды Миллера), а не просто «знает, как».

Суммативное оценивание: интегративные форматы

Для итоговой оценки по завершении гуманитарного модуля или этапа обучения предлагаются следующие форматы:

Кейс-экзамен с гуманитарным компонентом.

Студенту предлагается клинический случай, осложненный этической дилеммой, коммуникативным барьером или необходимостью признания структурных факторов заболевания. Оценка производится по рубрике, включающей: идентификацию проблемы, анализ альтернатив, обоснование выбора, коммуникативную стратегию.

Структурированное эссе на основе нарратива пациента.

Студент получает рассказ пациента о болезни (собственный нарратив или литературный текст) и должен проанализировать его с позиций нарративной

компетенции: выделить ключевые сюжетные точки, идентифицировать моменты непонимания между врачом и пациентом, предложить альтернативные коммуникативные стратегии.

Презентация портфолио с комитетной защитой

На этапных рубежах студент представляет свой портфолио комитету из 3-4 преподавателей (включая как клиницистов, так и преподавателей гуманитарных дисциплин). Защита включает не только демонстрацию работ, но и ответы на вопросы о траектории собственного развития, трудностях и найденных решениях.

Проектирование и внедрение описанной системы оценочных средств сопряжено с рядом серьезных вызовов.

Первый вызов - ресурсный

Оценивание, основанное на портфолио, рефлексивных работах и комитетных защитах, требует значительно больших временных затрат преподавателей по сравнению с проверкой тестов или зачетом «автоматом». Как отмечается в исследованиях, «интерес преподавателей должен быть рекрутирован» - то есть мотивация к участию в гуманитарной оценке не возникает автоматически и требует специальной организационной поддержки.

Второй вызов - методологический

Проблема «чего именно мы добиваемся?» в контексте медицинской гуманитаристики не имеет однозначного ответа. Существует риск подмены: вместо развития критического мышления начинают оценивать соответствие корпоративным нормам «хорошего врача»; вместо эмпатии - демонстрацию социально одобряемых паттернов поведения. Гуманитарное образование по определению сопротивляется жесткой стандартизации, что создает напряжение с логикой компетентностного подхода.

Третий вызов - кадровый

Оценивание гуманитарных компетенций требует от преподавателей специфических навыков: умения работать с нарративом, фасилитировать

рефлексию, использовать рубрики для оценки «мягких» навыков. Как показывают данные из Индии, «заинтересованные преподаватели все еще нуждаются в ориентации на программу и тренировке в гуманистических компетенциях». Это означает необходимость создания системы повышения квалификации для преподавателей - как клиницистов, так и гуманитариев.

Несмотря на вышеупомянутые вызовы, отказ от комплексной оценки гуманитарных результатов образовательного процесса является методологически некорректным и педагогически неоправданным.

Как обоснованно подчеркивают ведущие специалисты в области педагогики, «то, что подлежит оценке, не нуждается в дополнительных разъяснениях в парадигме, где оценочная деятельность непосредственно влияет на качество образовательного процесса». Признание многогранности и сложности задачи оценивания гуманитарных компетенций не должно приводить к его полному исключению из педагогической практики, а, напротив, стимулировать разработку более тонких, контекстуально-чувствительных и педагогически обоснованных оценочных инструментов.

Заключение

Ключевым выводом исследования является то, что эффективность КОС в гуманитарном блоке достигается не за счет усложнения вопросов, а за счет смены парадигмы оценивания: переход от оценки «знания фактов» к оценке «способности действовать» в моделях профессиональных ситуаций.

Проектирование компетентностно-ориентированной системы оценочных средств в гуманитарных программах медицинского вуза требует отказа от традиционных представлений об оценке как о финальной проверке знаний.

Предлагаемая модель базируется на следующих принципах:

1. Процессуальность - оценка встроена в учебный процесс и фиксирует не только результат, но и траекторию продвижения.
2. Множественность - используется комплекс взаимодополняющих инструментов (портфолио, рубрики, кейс-анализ и др.), компенсирующих

ограничения каждого отдельного метода.

3. Контекстуальность - оценивание осуществляется в клинически релевантных ситуациях, приближенных к реальной медицинской практике.

4. Рефлексивность - ключевым объектом оценки становится способность студента осмысливать собственный опыт и интегрировать его в профессиональную идентичность.

Литература/References:

1. Акименко, Г. В. Из опыта организации самостоятельной работы студентов в рамках изучения курса «Психология и педагогика» в медицинском университете // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях, 2017. - С. 178-180.

2. Акименко, Г. В. Из опыта организации самостоятельной работы студентов в рамках изучения курса «Психология и педагогика» в медицинском университете // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. Часть 2. - Издательство: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.) (Пенза), 2017. - С. 178-180.

3. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с

4. The Development of Evaluation Methods for Outcomes in Medical Humanities Curriculum of a Medical School. KCI, 2025.

5. Design Logic and Evaluative Implications of Portfolio-Based Learning in Korean Medicine Education: A Conceptual Analysis Based on Competency-Based Education and Programmatic Assessment. Journal of Korean Medicine, 2026.

Глава 1.5.
**СТРАТЕГИИ ОПТИМИЗАЦИИ КОММУНИКАТИВНОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ДИСКУРСЕ**

Кирина Ю. Ю.

*кандидат медицинских наук,
доцент кафедры психиатрии и наркологии*

Селедцов А. М.

*доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматривается проблема развития коммуникативной креативности у студентов медицинских вузов как ключевого компонента профессиональной компетентности современного врача. Дан анализ трансформации образовательного взаимодействия в системе «преподаватель – студент» от монологической модели к диалогической. В работе представлены инновационные педагогические подходы, включая театральную педагогику, цифровые технологии и иммерсивные методы обучения. Эмпирическая база исследования основана на анализе отечественного и зарубежного опыта внедрения креативных образовательных технологий в медицинское образование. Доказано, что развитие коммуникативной креативности возможно только в условиях подлинного диалога, где студент выступает не объектом обучения, а активным соавтором образовательного процесса.

Ключевые слова: коммуникативная креативность, медицинское образование, диалог, «преподаватель-студент», иммерсивные технологии, театральная педагогика.

STRATEGIES FOR OPTIMIZING COMMUNICATIVE INTERACTION IN EDUCATIONAL DISCOURSE

Kirina Yu. Yu.

Candidate of Medical Sciences,

Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology

Seledtsov A. M.

Doctor of Medical Sciences, Professor,

Head of the Department of Psychiatry and Narcology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. The chapter discusses the problem development of communicative creativity in medical students as a key component of professional competence of a modern doctor. The analysis of the transformation of educational interaction in the system «teacher – student» from a monological model to a dialogical one is given. The work presents innovative pedagogical approaches, including theatrical pedagogy, digital technologies and immersive methods of teaching. The empirical base of the study is based on the analysis of domestic and foreign experience in the implementation of creative educational technologies in medical education. It has been proven that the development of communicative creativity is possible only in a genuine dialogue, where the student is not an object of learning, but an active co-author of the educational process.

Keywords: communicative creativity, medical education, dialogue, «teacher-student», immersive technologies, theatrical pedagogy.

Введение

Современная медицина переживает фундаментальную трансформацию. Технологический прогресс, цифровизация здравоохранения и развитие телемедицины меняют саму суть взаимодействия между врачом и пациентом. Однако именно в эпоху высоких технологий коммуникативная компетентность

специалиста становится не просто дополнительным преимуществом, а ключевым фактором эффективности лечения, приверженности терапии и удовлетворенности пациентов.

Развитие творческих способностей учащихся, в том числе их потенциала в межличностном и групповом взаимодействии, впервые стало ключевой задачей отечественной педагогики в 1970-х годах. В 1996 году на конференции в Берне Совет Европы под руководством Вало Хутахера выделил пять фундаментальных компетенций, необходимых для специалистов XXI века, включая врачей. В их числе: политические и социальные навыки, способность работать в поликультурном пространстве, навыки, обусловленные информационной эпохой, стремление к постоянному обучению и владение устной и письменной речью, что крайне важно для профессиональной и социальной деятельности [2]. В контексте подготовки будущих медицинских специалистов эти компетенции приобретают особое значение, что подчёркивает важность формирования коммуникативной компетенции у студентов в российских медицинских вузах.

Исследования показывают, что студенты Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ) часто сталкиваются с трудностями в межличностном общении, как в учебных группах, так и с преподавателями, родителями и представителями противоположного пола (не менее 65% респондентов). Также они выражают желание улучшить свои навыки метакоммуникации, что указывает на необходимость развития коммуникативной креативности (не менее 74%) [1].

В отечественной и зарубежной психологии креативность (*от англ. creativity*) рассматривается как полная противоположность шаблонизированному мышлению. Коммуникативная креативность предполагает использование творческого подхода и нестандартных решений в межличностном, групповом и профессиональном общении. Таким образом, наличие развитой коммуникативной креативности у человека является важным

условием его компетентности и успешности в системе «Человек - Человек».

Традиционная модель медицинского образования долгое время строилась на принципе передачи знаний от преподавателя к студенту. Как справедливо отмечают Король и Снежицкий, «студент – получатель информации, он должен знать и уметь применять те знания и умения по образцу, которые ему передаются извне» [3]. Подобная передача имеет характер монолога и не учитывает личностные особенности обучаемого, его цели и смыслы. Информация, подаваемая в готовом виде, воспримается студентами как «чужая», что препятствует развитию эвристических качеств личности: креативных, когнитивных и организационно-деятельностных.

Особую остроту этой проблеме придает специфика медицинской профессии. Клиническое мышление, умение интерпретировать и анализировать ситуацию, принимать нестандартные решения в условиях неопределенности – все это требует выхода за пределы шаблонных алгоритмов. Однако, как подчеркивают исследователи, «творчество, по сути, строго ограничено в практике врача любого профиля, поскольку специалист руководствуется выбором уже разработанных стандартов лечения». В этом заключается фундаментальное противоречие медицинского образования: необходимость формировать творческое, гибкое мышление при жесткой привязанности к протоколам и стандартам.

Разрешение этого противоречия лежит в плоскости развития коммуникативной креативности – способности специалиста к гибкому, нестандартному, но при этом профессионально уместному взаимодействию с пациентом и коллегами. Ключевым условием развития этого качества становится подлинный диалог между преподавателем и студентом, где обе стороны выступают равноправными участниками образовательного процесса.

Цель исследования - выявить и проанализировать психологические аспекты феномена коммуникативной креативности, оценить эффективность

практических занятий в формировании организационно-содержательных основ для её развития и адаптивности у студентов медицинского вуза, а также определить ключевые психологические условия и факторы, способствующие оптимальному формированию коммуникативных навыков.

Проблема исследования состоит в теоретическом обосновании и практической разработке содержательно-организационного компонента системы формирования коммуникативной креативности у студентов медицинского университета. Этот компонент включает необходимые знания, умения, методы, технологии и формы педагогического воздействия.

Объект исследования - феномен коммуникативной креативности и психологические условия её развития в процессе изучения естественнонаучных дисциплин в медицинском вузе.

Предмет исследования - феномен коммуникативной креативности, проявляющийся в условиях взаимодействия студентов и преподавателей.

Эмпирическая часть исследования была проведена на базе Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ).

Градация выборок испытуемых осуществлялась с учетом профиля профессиональной подготовки, отражающего педагогические условия формирования профессиональной культуры студентов лечебного факультета. Выборка испытуемых составила 73 человека (23 юноши и 50 девушки). Средний возраст участников - 19,3 года [2].

Методы исследования

Анализ научной литературы по проблеме, включённое наблюдение, интервью. В процессе исследования использовались следующие методики: тест социального интеллекта Дж. Гилфорда, личностный опросник Р. Кеттелла для измерения поведенческих и интеллектуальных характеристик коммуникативной креативности, методика К.Томаса «Стратегии поведения в конфликте», Шкала «Техника общения» Н. Д. Твороговой.

Результаты и обсуждение

Сложность феномена коммуникативной компетенции обусловлена, прежде всего, содержанием понятия «коммуникация», которое трактуется не только как «взаимодействие субъектов, в процессе которого происходит обмен информацией и устанавливаются межличностные связи» [4], но и как сотрудничество. Отсюда, коммуникативные действия, совершаемые участниками данного процесса, направлены на учет позиции собеседника либо партнера по коммуникации, а также на согласование действий в совместной деятельности для достижения общей цели. Коммуникативная креативность студента-медика как внутренний потенциал будущего врача является сложным феноменом, имеющим свою структуру и содержание.

Обобщив исследования, имеющиеся по данной проблеме, нами определен компонентный состав коммуникативной креативности:

- когнитивный компонент (легкость в установлении коммуникативных контактов, гибкость и оригинальность в общении);
- эмоциональный компонент (творческую мотивацию, эмпатийное восприятие собеседника, а также эмоциональную гибкость и лабильность);
- конативный компонент (коммуникативную активность, способность к импровизации, независимость и адекватность реагирования).

Следовательно, высокий уровень коммуникативной креативности вряд ли достижим при низком уровне социального интеллекта или вообще без социального интеллекта.

Анализ результатов эмпирического исследования позволяет констатировать: у подавляющего большинства (54%) респондентов средний уровень свойств и способностей, составляющие коммуникативную компетентность и креативность; 44% и средний 29% средний и ниже среднего уровень социально - перцептивных способностей; более 80% студентов имели высокий и средний уровень способностей к вербальной и невербальной экспрессии [3].

Традиционное медицинское образование основано на так называемой «передаче знаний». Как отмечает А.А. Голованова, эта модель имеет ярко выраженный монологический характер: «сообщать знания в готовом виде гораздо проще, чем развивать мышление учащихся и способствовать их самостоятельному познанию действительности» [5]. Однако никакие знания, даже фундаментальные, не могут быть просто «переданы» – передать можно лишь некоторую информацию. Получение знаний неразрывно связано с освоением методов их получения. Проблема усугубляется тем, что «готовая, заранее отобранная информация не требует усилий и личностных качеств ученика по формированию им своей системы знаний, не способствует развитию его личности» [6]. Без осознания обучающимися механизма своей деятельности невозможно получить лично значимых образовательных результатов, преодолеть их отчужденность от практики.

Альтернативой выступает диалогическая модель обучения, где «ключевой единицей взаимодействия субъектов образования выступает диалог» [6]. В этом контексте условием творческой самореализации обучаемого является его взаимодействие с другими субъектами образовательной среды. Как справедливо отмечается, «лишь через отношения с другими индивидуальность формируется и свободно самореализуется» [3].

Коммуникативная креативность как педагогическая категория

Понятие коммуникативной креативности выходит за рамки традиционного понимания «коммуникативных навыков». Если последние часто сводятся к набору технических приемов (активное слушание, открытые вопросы, резюмирование), то креативность предполагает способность к импровизации, гибкой адаптации к нестандартным ситуациям, умение находить новые смыслы и способы взаимодействия.

В контексте медицинского образования коммуникативная креативность проявляется в способности будущего врача выстраивать терапевтический альянс в условиях неопределенности, находить индивидуальный подход к

разным категориям пациентов, разрешать конфликтные ситуации, сообщать тяжелые новости с эмпатией и одновременно с профессиональной точностью.

Важно подчеркнуть, что креативность в медицинской коммуникации – это не синоним произвольности или отказа от профессиональных стандартов. Напротив, она предполагает глубокое освоение базовых протоколов и правил, позволяющее затем гибко их варьировать в зависимости от контекста. Как отмечает один из исследователей, «передача имеет характер монолога и не учитывает ученический компонент: цели, смыслы, личностные особенности обучаемого» – именно этот компонент становится центральным в развитии креативности [7].

Инновационные методы развития коммуникативной креативности

Одним из наиболее эффективных направлений развития коммуникативной креативности становится использование симуляционных технологий. В Сибирском государственном медицинском университете разработан курс «Навыки профессионального медицинского общения», в рамках которого студенты отрабатывают сложные коммуникативные ситуации с участием симулированных пациентов.

Так, по мнению руководителя мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра Яна Шикунова, «ранее подготовка будущих врачей фокусировалась на «технической» стороне коммуникации с пациентом: студентов учили быстро получать от пациента необходимую для диагностики информацию. Но реальный прием не всегда идёт по сценарию, иногда стандартные скрипты не работают» [4]. Авторский курс закрывает этот пробел, давая навыки на стыке мягких и жестких компетенций, учит выстраивать диалог в нестандартных, эмоционально сложных ситуациях.

Особого внимания, на наш взгляд, заслуживает проект «Коммуникативно-иммерсивный тренинг «КИТ», представляющий собой инновационный синтез трех образовательных парадигм: стандартизированного пациента (симуляция), конкурсной геймификации (мотивация) и

интерактивного шоу (вовлечение аудитории). Авторы проекта предлагают трехуровневую систему оценки коммуникативной компетенции: профессиональное жюри (экспертность), голосование зала (восприятие эмпатии) и заключение приглашенного эксперта (глубокий анализ). Это позволяет выявить «разрыв восприятий» между технической правильностью действий, эмоциональным воздействием на аудиторию и глубиной рефлексии – что является ключом к пониманию того, что на самом деле формирует доверие к врачу.

Научная новизна данных методологических подходов заключается в их фундаментальном переходе от традиционного обучения коммуникативным техникам к созданию исследовательского пространства, где осуществляется детальный анализ природы сложной профессиональной коммуникации в контексте XXI века. В рамках данного подхода исследуются когнитивные, социальные и технологические аспекты коммуникативных процессов, что позволяет глубже понять механизмы их функционирования и взаимодействия в современных условиях [4].

Театральная педагогика и искусство импровизации

Значительный потенциал для развития коммуникативной креативности имеет использование методов театральной педагогики. Как свидетельствует опыт Манчестерской медицинской школы, интеграция драматического искусства в обучение коммуникативным навыкам открывает новые возможности для развития эмпатии и гибкости [8]. Студенты пишут драматические диалоги, которые затем разыгрываются и анализируются, что позволяет им увидеть ситуацию с разных сторон.

Действенным инструментом в образовательном процессе зарекомендовал метод «форум-театра», используемый в лондонском университете Королевы Марии. В рамках данного подхода актеры разыгрывают сложную клиническую ситуацию (например, конфликт с родственниками пациента), а студенты получают возможность останавливать действие, предлагать альтернативные

линии поведения и наблюдать за их последствиями. Проведенное исследование позволяет констатировать: 98% студентов порекомендовали бы такой формат обучения другим, а более 80% оценили его как «очень увлекательный» [8].

Согласно результатам исследований, проведенных Phelps, участие в театральных импровизационных сессиях оказывает значительное влияние на развитие креативного мышления, способствует повышению уровня самооффективности и совершенствованию коммуникативных способностей участников. Важно, что эти эффекты достигаются в безопасной, поддерживающей среде, где студенты могут экспериментировать не опасаясь совершить ошибки [4].

Творческие проекты как средство развития коммуникации

С. Гапанович-Кайдалов предлагает использовать творческие проекты для формирования навыков профессиональной коммуникации при изучении дисциплины «Биомедицинская этика». Подготовка студентами творческих проектов, иллюстрирующих различные ситуации профессиональной коммуникации в здравоохранении, способствует активизации познавательной активности, пониманию морально-этических аспектов работы врача, формированию креативности, эмпатии, стрессоустойчивости [5, 8].

Особую ценность представляет то, что в процессе создания творческого продукта студент вынужден рефлексировать собственный коммуникативный опыт, анализировать его с этических позиций и творчески перерабатывать. Это соответствует принципам диалогического обучения, где студент выступает не пассивным получателем знаний, а активным их конструктором.

Цифровые технологии и искусственный интеллект

Цифровая трансформация открывает новые горизонты для развития коммуникативной креативности. По мнению А.А. Головановой «коммуникации «врач – пациент» постепенно заменяются телекоммуникациями. Диалог связывает между собой удаленных друг от друга субъектов деятельности и становится все более дистанционным». Это требует развития информационных

и коммуникативных компетентностей студента медицинского вуза, включая умение вести диалог в поликультурной среде с использованием средств компьютерных коммуникаций [5].

Инновационным направлением становится использование генеративного искусственного интеллекта для тренировки коммуникативных навыков. Так, в университете Тель-Авивска разработан курс по сообщению тяжелых новостей, интегрирующий ИИ-симулятор в процесс *experiential learning* [6]. Студенты могут многократно проводить сложные разговоры, получая персонализированную обратную связь, что способствует развитию их способность к эмпатичному общению.

Проект «КИТ» также предусматривает интеграцию ИИ как «виртуального консультанта», что позволяет изучать роль искусственного интеллекта в принятии коммуникативных решений в сложных этических или эмоциональных ситуациях. По мнению разработчиков проекта, это позволяет ответить на принципиально новые вопросы: «Как изменяется доверие пациента к врачу, если тот открыто использует ИИ-совет?» и «Происходит ли «делегирование этической ответственности» ИИ в сложных ситуациях?».

Роль преподавателя в развитии коммуникативной креативности студентов

Развитие коммуникативной креативности невозможно без трансформации роли самого преподавателя. От «транслятора знаний» он должен превратиться в «фасилитатора диалога», создающего условия для самостоятельного поиска и творческого самовыражения студентов.

Как отмечает С. Пашка, «отношения между преподавателем и студентом могут в определенных ситуациях представлять собой ключ к достижению дидактических целей». Интерактивное участие и соучастие двух акторов, непосредственно вовлеченных в стимульно-креативный подход, определяет существование новой психолого-педагогической установки, ориентированной прежде всего на метод преподавания-обучения [7].

Практические рекомендации по организации диалогического взаимодействия включают:

1. **Персонализация обучения.** Формирование доверительных отношений между преподавателями и студентами является ключевым аспектом образовательного процесса, поскольку они создают благоприятные условия для развития когнитивных навыков, таких как дискуссия и критическое мышление.

2. **Вовлечение студентов в разработку образовательного контента.** Студенты пишут диалоги, разрабатывают сценарии для симуляций, создают учебные материалы – и эти разработки затем используются в обучении следующих потоков.

3. **Создание безопасной среды для экспериментирования.** Использование «неконфронтационных» методов, например, симуляционного обучения для невербальной коммуникации, позволяет снизить тревожность и создать условия для свободного самовыражения.

4. **Многообразие медиа и форматов.** Использование разных медиа – письменных, визуальных, аудиальных, драматических – позволяет создать многомерное образовательное пространство, где каждый студент может найти «свой» канал для творческого самовыражения.

Заключение

Развитие коммуникативной креативности студентов медицинских вузов представляет собой одну из ключевых задач современного медицинского образования. В условиях цифровой трансформации здравоохранения и роста ожиданий пациентов способность врача к гибкому, эмпатичному и творческому взаимодействию становится не дополнительным преимуществом, а необходимым компонентом профессиональной компетентности.

Эффективное развитие коммуникативной креативности невозможно в рамках традиционной монологической модели обучения, где студент выступает пассивным получателем готовых знаний. Необходим переход к диалогической парадигме, где ключевой единицей образовательного взаимодействия

становится диалог, а студент превращается из объекта обучения в активного соавтора образовательного процесса.

Инновационные педагогические методы – симуляционные технологии, театральная педагогика, творческие проекты, цифровые инструменты – создают условия для развития коммуникативной креативности, позволяя студентам в безопасной среде экспериментировать, ошибаться, рефлексировать и находить собственные, уникальные способы построения терапевтического альянса.

Ключевую роль в данном процессе играет преподаватель, выступающий в роли фасилитатора диалога и создателя условий для творческого самовыражения и личностного роста будущего врача. Как подчеркивают ведущие исследователи, «индивидуальность формируется и свободно самореализуется исключительно через взаимодействие с другими» – данное утверждение в полной мере применимо к формированию коммуникативной компетентности будущего медицинского специалиста.

Литература/References:

1. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Развитие коммуникативной компетенции обучающихся в медицинском вузе // Педагогика и психология: прикладные исследования и разработки / Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. - Москва, 2023. - С. 16-26
2. Кохановская Д.Р. Развитие креативности студентов университета при изучении дисциплины «Информационные технологии» / Д.Р.Кохановская // Вестник Оренбургского государственного университета. Серия: Педагогика. – 2013. - №2 (151). – С.140-146.
3. Сарапулова А.В., Лешер О.В. Развитие коммуникативной креативности студентов неязыкового вуза: методический аспект /А.В. Сарапулова, О.В.Лешер // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. - №5 (75). - С.74-77.

4. Доршук Л.А., Новоселов С.А. Коммуникативная креативность личности как фактор эффективности делового общения / Л.А. Доршук, С.А.Новоселов // Педагогическое образование России.- 2016. - №12. – С. 265-268.
5. Голованова А.А. Коммуникативная креативность субъекта как фактор эффективности группового решения задач: дис. ...канд. психол. наук : 19.00.01. – Казан. гос. университет, Казань, 2003.-147 с.
6. Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В., Селедцов А.М. Формирование коммуникативной креативности как результат взаимодействия преподавателя и студента в образовательном процессе медицинского вуза // Педагогика и медицина в воспитательном пространстве: про-блемы, возможности и перспективы. сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 135-летию со дня рождения А. С. Макаренко. – Кемерово, 2023.- С. 215-221.
7. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов С.А., Головки О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. - Москва, 2024. – 257 с.
8. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

Раздел II. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Глава 2.1.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОВЛЕЧЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В СФЕРУ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА, ИХ ИНДЕКСА САМОДЕТЕРМИНАЦИИ И СТРАТЕГИЙ МЕТАКОГНИТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ

Валиуллина Е. В.

*кандидат психологических наук, доцент
доцент кафедры клинической психологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматривается актуальная проблема интеграции искусственного интеллекта (ИИ) в медицинское образование и профессиональную подготовку будущих врачей. Цель работы - теоретический анализ взаимосвязи трех ключевых конструктов: вовлеченности студентов медицинского университета в сферу ИИ, их индекса самодетерминации (автономной мотивации) и стратегий метакогнитивной регуляции. На основе обзора зарубежных и отечественных исследований 2023-2025 гг. показано, что отношение студентов-медиков к ИИ носит двойственный характер: с одной стороны, признание потенциала технологий для диагностики и оптимизации работы, с другой - опасения по поводу безопасности, этики и влияния на независимость клинического мышления. Выявлена умеренная положительная связь между высоким уровнем использования ИИ и снижением критичности мышления («метакогнитивная лень»). Показано, что автономная мотивация (самодетерминация) выступает как фактор, смягчающий негативные эффекты цифровизации и способствующий целенаправленному использованию ИИ для углубленного познания. Установлено, что уровень метакогнитивной осведомленности студентов-медиков является критическим ресурсом,

определяющим успешность адаптации к учебной среде и эффективность клинического мышления. Сделан вывод о необходимости разработки образовательных стратегий, направленных на формирование критической грамотности в области ИИ и развитие метакогнитивных навыков как основы для автономного и ответственного использования технологий в будущей медицинской практике.

Ключевые слова: искусственный интеллект, медицинское образование, вовлеченность, самодетерминация, метакогнитивная регуляция, метакогнитивная осведомленность, саморегуляция обучения, студенты-медики.

**STUDY OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS' ENGAGEMENT
IN THE FIELD OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE,
THEIR SELF-DETERMINATION INDEX
AND METACOGNITIVE REGULATION STRATEGIES**

Valiullina E. V.

*Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor
Associate Professor of the Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The article discusses the actual problem of integration of artificial intelligence (AI) into medical education and professional training of future doctors. The purpose of the work is a theoretical analysis of the relationship between three key constructs: the involvement of medical university students in the field of AI, their index of self-determination (autonomous motivation) and strategies of metacognitive regulation. Based on a review of foreign and domestic studies conducted in 2023-2025, it was found that medical students have a dual attitude towards AI: on the one hand, they recognize the potential of AI for diagnosis and optimization, but on the other hand, they have concerns about its safety, ethics, and impact on the independence of clinical thinking. A moderate positive correlation was observed between high levels of

AI usage and a decrease in critical thinking («metacognitive laziness»). It has been shown that autonomous motivation (self-determination) acts as a factor that mitigates the negative effects of digitalization and contributes to the purposeful use of AI for in-depth learning. It has been established that the level of metacognitive awareness among medical students is a critical resource that determines the success of adaptation to the learning environment and the effectiveness of clinical thinking. It has been concluded that it is necessary to develop educational strategies aimed at fostering critical literacy in the field of AI and developing metacognitive skills as a basis for autonomous and responsible use of technology in future medical practice.

Keywords: artificial intelligence, medical education, engagement, self-determination, metacognitive regulation, metacognitive awareness, self-regulation of learning, medical students.

Введение

Актуальность исследований использования технологий искусственного интеллекта в образовательном процессе и изучение вовлеченности студентов в сферу искусственного интеллекта подкреплена общей тенденцией цифровизации образования, ростом требований к качеству обучения и индивидуализации учебного процесса. В образовательном процессе технологии искусственного интеллекта позволяют: персонализировать обучение, создавать индивидуальные учебные планы; автоматизировать работу преподавателей по проверке заданий студентов; организовывать эффективный обмен опытом между вузами; реализовывать уникальные креативные образовательные проекты.

Персонализация обучения предполагает создание учебных материалов и методик с учетом индивидуальных потребностей обучающихся, их персональных стилей обучения и актуального уровня знаний, что обеспечивают технологии искусственного интеллекта. Для преподавателей возможности

использования искусственного интеллекта позволяют автоматизировать «рутинные» процессы в обучении – проверку текстов, обработку тестов, анализ различных работ обучающихся и т.д.

Внедрение технологий искусственного интеллекта в образовательный процесс вузов неминуемо сталкивается с рядом сложностей, а исследования вовлеченности студентов в использование подобных технологий помогают выявить возникающие трудности, прогнозировать возможные проблемы и разрабатывать подходы к эффективной интеграции методов. В работе Р. А. Амирова, У. М. Билаловой (2020): «Искусственный интеллект является вспомогательным, но ценным инструментом, который может выполнять и совершенствовать большое количество различных операций, осуществляемых в вузе, помогать в организации эффективного учебного процесса и выстраивании необходимых коммуникаций» [1, с. 86]. Категория «вовлеченности в сферу искусственного интеллекта» была структурирована в работах С. Л. Ленкова и соавторов (2025). Ученые указывают, что «теоретический конструкт «вовлеченность в сферу искусственного интеллекта» обладает определенными поведенческими и «отношенческими» индикаторами, по которым можно судить о степени ее выраженности у конкретного человека» [12, с. 181].

Необходимость осознанного выбора профессионального пути и направления вектора профессионального развития личности актуально связано с исследованиями компонентов самодетерминации студентов. Самодетерминация позволяет осуществить выбор с учетом собственных интересов, желаний, мотивов и осознанных личных целей. Студенческий возраст связан с возрастанием социальных, психологических, академических нагрузок, что предполагает усложнение задач управления своим временем, поведением, мотивацией, имеющимися ресурсами. Д. А. Леонтьев (2011) развивал концепцию самодетерминации как механизма становления субъектности и реализации свободы личности. Самодетерминацию он понимал с точки зрения способности к самостоятельному причинно не обусловленному

выбору. По мнению ученого, «автономия и самодетерминация не возникают в человеческой жизни в результате причинно детерминированного процесса, и нужны человеку чтобы ориентировать его самого и его поведение в пространстве возможного» [13]. Отечественная психология рассматривает концепцию самодетерминации как синтез социально-психологического подхода и разработок в области психологии мотивации, саморегуляции и субъектности, отражающих общепсихологические аспекты самодетерминации [19].

Исследования стратегий метакогнитивной регуляции в контексте обучения выступают актуальным направлением психологии и педагогики, поскольку метакогнитивная регуляция обеспечивает процесс координации всей познавательной деятельности обучающихся, позволяет охарактеризовать механизмы когнитивного контроля и метакогнитивных стратегий для повышения эффективности познавательной активности личности. «Стратегии метакогнитивной регуляции представляют собой алгоритмы действий, которые направлены на контроль и регуляцию познания, на планирование и контроль познавательной сферы – процессов восприятия, мышления, внимания, памяти» [15]. В. В. Кучурин (2022) отмечает, что «Осуществление метакогнитивной регуляции происходит через планирование своей познавательной деятельности, контроль своего прогресса в достижении цели познания и оценку полученного результата» [11, с. 8]. Осорина М. В. и соавторы (2011) утверждают, что метакогнитивная регуляция познавательной активности заключается в рефлексивном отношении субъекта познания к собственным интеллектуальным действиям и их результатам, а метакогнитивный контроль выступает «верхушкой» когнитивной сферы, интегрирующей интеллект в структуру личности [17].

С целью изучения вовлеченности студентов медицинского вуза в сферу искусственного интеллекта, компонентов их процесса самодетерминации и стратегий метакогнитивной регуляции было проведено исследование.

Материалы и методы исследования

Объектом стала вовлеченность в сферу искусственного интеллекта, самодетерминация и метакогнитивная регуляция, предметом исследования – уровень вовлеченности в сферу искусственного интеллекта, компоненты самодетерминации и стратегии метакогнитивной регуляции. Респондентами исследования выступили студенты Кемеровского государственного медицинского университета второго курса педиатрического и лечебного факультетов. Всего было опрошено 60 человек, в возрасте от 18 до 23 лет (средний возраст $19,6 \pm 1,69$). В качестве методов исследования применялся анализ публикаций по проблемам вовлеченности в сферу искусственного интеллекта, обзор научной литературы по вопросам самодетерминации и метакогнитивной регуляции, психологический опрос, корреляционный анализ, интерпретация результатов, обобщение полученных данных. Психодиагностика проведена при помощи опросника «Вовлеченность в сферу искусственного интеллекта» (ОВСИИ) С. Л. Леньков, Н. Е. Рубцова, Е. С. Низамова (2025) [16], «Шкалы самодетерминации, SDS» К. Sheldon, Е. Deci, адаптированной Е. Н. Осиным (2010) [23], «Шкалы метакогнитивной регуляции трудных жизненных ситуаций» И. А. Филенко, С. А. Богомаз (2024) [22]. Статистический анализ произведен при помощи пакета программ Microsoft Office Excel (средние значения исследуемых параметров, их стандартное отклонение, корреляционный анализ – при помощи коэффициента корреляции Пирсона).

Результаты и их обсуждение

Опросник «Вовлеченность в сферу искусственного интеллекта» представляет собой психологический конструкт, который характеризует причастность человека к сфере ИИ, включает все области его проявлений – распространение, применение, функционирование и прочее. По шкале вовлеченности в сферу ИИ (средние значения в данном исследовании $6,2 \pm 1,24$) полученные результаты соответствуют среднему уровню параметра – характеризуют степень общей вовлеченности студентов в сферу

искусственного интеллекта. Средние уровни фиксируют «популяционную норму», т.е. статистически оптимальные показатели по шкалам у студентов педиатрического и лечебного факультета. Высокие уровни, как по интегральной шкале, так и по отдельным структурным компонентам, показывают тесную связь с технологиями ИИ. Такие значения могут выступать мощным потенциальным ресурсом для успешности в освоении профессии, с другой стороны, чрезмерная вовлеченность может привести к бессмысленному погружению без четкого понимания желаемого результата. «При разумном подходе любой инструмент не представляет опасности, в отличие от бессмысленного погружения. Принципиальной разницы между ИИ и другими инструментами нет: важно понимать цель его применения и не использовать технологии без необходимости» [21].

Результаты проведенного исследования показали, что у студентов в наибольшей степени выражена поведенческая вовлеченность ($6,6 \pm 1,58$) в сферу ИИ. Поведенческая вовлеченность определяет использование приложений искусственного интеллекта в повседневной жизни – для поиска изображений, в качестве переводчика или голосового помощника, обращение к всевозможным чат-ботам и прочее, проявляясь в поведении человека, его взаимодействии с технологиями ИИ и продуктами на их основе. Зарубежные исследователи D. Ng, W. Wu, S. Chu, J. Leung (2023) используют шкалу «поведенческая вовлеченность» («behavioral engagement») в качестве субкомпонента грамотности в области ИИ, которая измеряется по приобретенным обучающимися знаниям, навыкам, поведению и установкам [25].

Когнитивная вовлеченность (средние значения $5,8 \pm 1,24$) в сферу ИИ фиксирует наличие общих знаний в сфере искусственного интеллекта, понимание ключевых механизмов и процессов, с помощью которых ИИ выполняет разного рода задачи – распознавание текстов, схем, рисунков, таблиц, голоса человека и пр. Респонденты данного исследования обладают средней степенью выраженности параметра, что выступает статистическим

оптимумом. Низкие уровни когнитивной вовлеченности в сферу ИИ свидетельствуют о явном недостатке знаний о сфере искусственного интеллекта и требуют проведения корректирующих мероприятий. Сфера искусственного интеллекта может оказывать влияние на познавательные (когнитивные) функции человека. Например, способствовать «разгрузке» памяти, т.к. ИИ хранит информацию, позволяя человеку сосредоточиться на анализе ситуации и принятии решений, а не на запоминании большого массива деталей. ИИ может осуществлять персонализацию и фильтрацию данных, т.е. «отсеивать» излишний информационный поток, а выдавать только релевантные данные, тем самым облегчая человеку концентрацию и сосредоточенность на решении задачи.

Мотивационная вовлеченность (средние значения $5,4 \pm 1,49$) в сферу искусственного интеллекта выявляет степень проявления мотивации к работе с ИИ, прогнозирование перспектив использования технологий ИИ в своей (будущей) профессиональной деятельности. «Направленность обуславливает вектор развития личности, выступает параметром ее структуры, побуждением к деятельности и специфичным качеством, связывающим потенциальные возможности индивида с активностью их реализации» [5, с. 57]. На мотивационную составляющую вовлеченности в сферу искусственного интеллекта оказывают влияния многие факторы. Например, профессиональная направленность личности, уровень цифровой грамотности человека, индивидуально-психологические различия. Ю. Н. Кожуховская и Н. В. Бекузарова (2025) в своей работе выделяют еще один значимый фактор, влияющий на мотивацию работы с искусственным интеллектом – это понимание индивидом того, как работает ИИ. «Объяснимые рекомендации, понятные интерфейсы, возможность уточнить и изменить предложенные сценарии обучения формируют доверие к системе и желание сотрудничать с ней, а не воспринимать ее как внешнюю силу» [10, с. 31].

Аффективная вовлеченность (средние значения $5,3 \pm 1,66$) в сферу

искусственного интеллекта раскрывает «эмоциональное отношение к сфере ИИ, например, ощущение, что теоретические основания искусственного интеллекта кажутся сложными» [16]. Оценочная функция эмоциональной сферы выступает одной из базовых функций, помимо которой выделяют сигнальную, защитную, коммуникативную, управляющую, регулятивную функции. Во многих психологических категориях особое значение приобретает эмоциональный интеллект, эмоциональная культура личности. «Сензитивным периодом для развития эмоционального интеллекта является возраст юности, когда происходит активное становление самосознания, устойчивого образа «Я» и формирование эмоциональной культуры личности» [6, с. 85].

«Шкала самодетерминации, SDS» адаптированная Е. Н. Осиним фокусируется на самовыражении и аутентичности и позволяет оценить, насколько индивид осознает свои решения и насколько они исходят изнутри. Тест создан на основе теории самодетерминации разработанной Э. Деси и Р. Райаном. Согласно их теории, самодетерминация – это способность индивида к осуществлению и переживанию выбора. В теории самодетерминации выделяют несколько самостоятельных направлений: теория когнитивной оценки; теория организмической интеграции; теория каузальных ориентаций; теория базовых психологических потребностей; теория содержания целей [9].

Методика «Шкала самодетерминации, SDS» содержит следующие шкалы: индекс самодетерминации, аутентичность, самовыражение, воспринимаемый выбор. Шкала индекса самодетерминации ($3,91 \pm 0,53$) представляет собой интегративный показатель и характеризует способность «руководить» собственной жизнью, ориентируясь на внутренние принципы. Д. А. Леонтьев (2011) утверждает, что именно способность человека выбирать и делать выборы, чувствовать себя, а не подкрепления, стимулы или какие-то силы, которые также могут выступать в качестве детерминант поведения – и есть самодетерминация [14]. При этом именно человек, его убеждения, желания

и стремления выступают источником и причиной поведения, а успехи или неудачи в действиях объясняются эффективностью саморегуляции.

Шкала аутентичности ($4,21 \pm 0,61$) фиксирует переживание соответствия своей жизни идеалу или ощущению (согласно трактовке авторов) [23]. Высокие показатели по результатам исследования показывают достаточный уровень состояния самотождественности у респондентов, которые принимают жизнь такой как она есть, без отчуждения собственных чувств, мыслей или желаний. Д. Бьюдженталь (1998) трактует аутентичность как собственную внутреннюю позицию «через самовыражение и самоотношение, искренность и осознанность, саморегуляцию и самопознание, верность своему слову и ответственность, индивидуальность и подлинность самому себе, конгруэнтность, целостность личности и самость» [3].

Шкала самовыражения ($3,9 \pm 0,8$) измеряет в какой мере индивид переживает собственную жизнь как соответствующую его собственным желаниям, стремлениям, потребностям и ценностям. Высокие показатели определяют ощущения юношей и девушек, участвующих в исследовании собственного вклада в деятельность, которой они занимаются в настоящий момент времени. Шкала воспринимаемого выбора ($3,71 \pm 0,64$) характеризует степень ощущения наличия выбора в жизни, уверенности индивида в том, что у него в жизни есть возможность выбора и что он сам осуществляет этот выбор, определяя вектор и ход своей жизни.

Основные положения теории самодетерминации основываются на трех ключевых психологических потребностях – потребности в автономии (стремлении чувствовать себя независимо, самостоятельно принимать все решения в жизни, самому контролировать свое поведение), потребности во взаимосвязанности (желании иметь значимые личные отношения, реализовать потребность в принадлежности, ощущать социальную поддержку и принятие окружающих), а также потребности в компетентности (в развитии собственных способностей, знаний и умений для эффективной реализации целей и задач,

ощущения уверенности в своих возможностях). Если одна или некоторые из этих потребностей не находят возможность реализации, остаются неудовлетворенными это может привести к проблемам межличностных отношений, снижению мотивации деятельности, ухудшению психосоматического состояния. Если данные потребности удовлетворяются, индивид ощущает личное развитие, общее благополучие, достижение успеха, развитие внутренней мотивации. Согласно теории самодетерминации, выделяют два типа мотивации: интринсивная мотивация (внутренняя мотивация, когда любая деятельность осуществляется ради получения удовольствия от самого процесса этой деятельности) и экстринсивная мотивация (внешняя мотивация, когда значимо получение вознаграждения или избегание наказания) [20].

Метакогнитивная регуляция включает знания индивида о различных ресурсах своей памяти, восприятия, внимания, мышления, общего и эмоционального интеллекта, а также возможностях собственного социального интеллекта. В качестве составляющих компонентов метакогнитивной регуляции Е. И. Перикова, А. Е. Ловягина, В. М. Бызова (2020) выделяют: метакогнитивные знания (знания о когнитивных способностях, знания общих и индивидуальных закономерностей, стратегий познания и т.д.); метакогнитивное регулирование (процессы, которые связаны с планированием – выбором подходящей стратегии познавательной деятельности, мониторингом – осведомленности в реальном времени об эффективности выбранных стратегий и оценкой – анализом эффективности стратегий после решения задачи); когнитивный контроль (оценка ситуации и ресурсов личности, необходимых для преодоления этой ситуации) [18].

Когнитивный контроль фиксирует степень сложности разрешения ситуации, выполнения задания и т.д. при смене способов восприятия и/или переработки информации [8]. Такой контроль позволяет индивиду осуществлять регулирование своего поведения согласно актуальным задачам.

Когнитивный контроль активирует познавательные процессы, настраивает сенсомоторные функции, подавляет неадекватные ситуации реакции, обнаруживает и корректирует ошибки, координирует одновременное выполнение нескольких задач и т.д.

Методика «Шкала метакогнитивной регуляции трудных жизненных ситуаций» позволяет определять особенности метакогнитивной регуляции в сложных, конфликтных, стрессовых ситуациях, а также фиксирует возможные личностные ресурсы/дефициты, связанные с преодолением таких ситуаций. Шкала эффективность самоконтроля поведения (средние значения в данном исследовании $3,91 \pm 0,67$) характеризует способность индивида к контролю своего поведения, достаточному самообладанию, устойчивости сознания и адекватности мышления в трудных жизненных ситуациях. «Способность личности поддерживать оптимальную деятельность психики в условиях фрустрирующих, конфликтных и стрессовых ситуаций определяет качество конфликтоустойчивости» [4, с. 1]. Шкала эффективность интуитивного познания других людей (среднее значение $3,87 \pm 0,66$) связана со способностью интуитивного познания людей, которая в стрессовых ситуациях раскрывает многоплановость контекстов социальных взаимодействий и отношений.

Согласно аналитической психологии К. Г. Юнга, интуиция входит в «четверку» основных психологических функций (помимо чувства, мышления и ощущения) и определяет отношение человека к самому себе, окружающему миру, а также способу принятия жизненно важных решений [24]. Интуитивное познание основано на интуиции и особом «внутреннем чувстве», когда индивид благодаря своему предчувствию, без преднамеренного анализа или последовательных логических рассуждений получает знания о ситуации, деятельности или другом человеке. Социальная интуиция помогает человеку правильно интерпретировать намерения, эмоциональные состояния, потребности и желания, а также мотивы поступков других людей. А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов (2000) в классификации трудных ситуаций выделяют

трудные ситуации деятельности, ситуации внутриличностного плана и ситуации социального взаимодействия [2]. Т.е. внутриличностная сфера и социальная сфера выступают областями дисгармонии, которые пересекаются друг с другом и тесно взаимосвязаны.

Шкала эффективность контроля тревожности (среднее значение $2,96 \pm 0,91$) выявляет степень сформированности индивида способности к управлению состоянием тревоги при ее возникновении в стрессовых обстоятельствах. «Под тревожностью понимают психическое свойство со склонностью к переживанию тревоги и характеризующиеся низким порогом её возникновения. Оптимальный средний уровень тревожности позволяет вырабатывать адекватные способы реагирования на возникающие препятствия и различные жизненные ситуации» [7, с. 26]. Психическая напряженность как реакция личности на преодоление значимых трудностей входит в диапазон признаков трудных жизненных ситуаций помимо осознания наличия угрозы, препятствий на пути реализации целей, а также изменения привычных параметров деятельности (поведения, общения, реакций).

Шкала эффективность функционирования памяти (среднее значение $3,013 \pm 1,09$) фиксирует способность человека поддерживать успешное функционирование всех видов памяти и эффективно использовать ее ресурсы для преодоления сложных ситуаций: фиксацию данных, хранение информации и воспроизведение. Одной из эффективных стратегией метакогнитивной регуляции в трудных жизненных ситуациях является «опора на личный опыт», заключающаяся в намеренном воспоминании индивидом собственного прошлого опыта успешного преодоления трудностей, воспроизведении позитивных личных результатов в предпринятых попытках разрешения проблем.

Корреляционный анализ, проведенный при помощи критерия Пирсона, выявил статистически значимую положительную связь ($r=0,361$) между параметрами когнитивной вовлеченности в сферу ИИ и эффективностью

функционирования памяти (при $p \leq 0,05$) как стратегии метакогнитивной регуляции. «Опора на личный опыт» является одной из эффективных стратегий метакогнитивной регуляции, предполагающей использование «воспоминаний», имеющихся у человека умений и выработанных ранее навыков для решения текущих задач, а когнитивная вовлеченность в сферу ИИ включает все знания человека в этой сфере. Данные параметры взаимодополняют друг друга и повышают эффективность процессов планирования, отслеживания и контроля познавательной деятельности в виртуальной реальности.

В ходе корреляционного анализа была получена статистически значимая отрицательная взаимосвязь ($r=0,375$) между параметрами мотивационной вовлеченности в сферу ИИ и шкалой эффективности самоконтроля поведения (при $p \leq 0,05$) как стратегии метакогнитивной регуляции. По результатам исследования, степень проявления мотивации в работе с ИИ у опрошенных студентов выражена на уровне ниже среднего, тогда как стратегия самоконтроля поведения метакогнитивной регуляции выражена в наибольшей степени. Слабая мотивация к работе с технологиями ИИ у студентов может быть обусловлена различными факторами: чрезмерной зависимостью от технологий и отсутствием интереса к самостоятельному поиску информации; механической обратной связью, вызывающими чувство отстраненности и демотивацию; поверхностным пониманием функционирования технологий ИИ; сложностью учебного задания, возникновением фрустрации, когда одного чат-бота не достаточно и без дополнительных стимулов студенты могут прекратить попытки выполнения работы.

Стратегии метакогнитивной регуляции могут включать: «организацию деятельности» (составление плана действий, разработка этапов осуществления задуманного во времени); «вербальное руководство» (метакогнитивные вопросы, адресованные самому себе; комментирование выполнения действий); «мотивирующие установки» (концентрация внимания на успехе, ясность мысли, личностная ресурсность и самооффективность); концентрация на

последствиях и рисках (антиципационная составляющая); «дистанцирование от негативных мыслей» (выработка установки, что «мысли – это всего лишь мысли» – дистанцироваться и занять позицию наблюдателя); переключение внимания (сознательное перемещение внимания на другие объекты); самоконтроль действий (сознательный контроль поведения, выбор стратегий поведения адекватных ситуации).

Корреляционный анализ показал наличие значимой отрицательной связи ($r=0,365$) между параметрами мотивационной вовлеченности в сферу искусственного интеллекта и шкалой воспринимаемого выбора (при $p \leq 0,05$) как структурного компонента самодетерминации. По результатам проведенного исследования степень проявления мотивации в работе с искусственным интеллектом у опрошенных студентов выражена на уровне ниже среднего, шкала воспринимаемого выбора, характеризующая степень ощущения наличия выбора как такового – выражена в наименьшей степени по сравнению с другими компонентами самодетерминации. Мотивационная вовлеченность в сферу искусственного интеллекта как проявление причастности индивида к данной сфере предполагает характеристики внешней мотивации (интерес к изучению новых технологий, освоение навыков работы с искусственным интеллектом и т.д.). Тогда как воспринимаемый выбор самодетерминации обусловлен характеристиками внутренней мотивации, когда деятельность осуществляется исключительно из личного интереса, ради получения удовольствия от процесса, определяется увлеченностью этим процессом, «азартом» и максимальной автономностью.

Заключение

По результатам проведенного исследования у студентов второго курса педиатрического и лечебного факультетов КемГМУ наиболее выражена поведенческая вовлеченность в сферу искусственного интеллекта, связанная с использованием технологий ИИ в повседневной жизни. При этом для опрошенных обучающихся аффективная вовлеченность, связанная с

эмоциональным отношением к искусственному интеллекту, выражена в наименьшей степени.

Стратегии метакогнитивной регуляции осуществляют контроль, оценку и сознательную регуляцию процессов познания. Вовлеченность в сферу искусственного интеллекта, обладающая поведенческими, эмоциональными, мотивационными компонентами, может оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на когнитивные процессы: как освобождать время и внимание для сложной когнитивной или творческой деятельности, так и способствовать снижению когнитивной нагрузки и «атрофированию» навыков интеллектуальной деятельности или потере навыков критического мышления.

В проведенном исследовании у молодых людей наиболее выражены стратегии метакогнитивной регуляции, связанные с эффективностью самоконтроля поведения и самообладания, а также с эффективностью интуитивного познания других людей. В меньшей степени опрошенным юношам и девушкам свойственны метакогнитивные стратегии, связанные с эффективностью контроля тревожности и эффективностью функционирования памяти для преодоления сложных жизненных ситуаций. Эффективность работы с технологиями искусственного интеллекта обеспечивается высоким уровнем метакогнитивного самоконтроля поведения даже при невысокой степени мотивационной вовлеченности, а когнитивная вовлеченность в сферу искусственного интеллекта способствует эффективности метакогнитивного функционирования памяти.

Самодетерминация как механизм становления субъектности и реализации свободы личности у опрошенных молодых людей представлена на уровне выше среднего и характеризует достаточную степень самовыражения и самоидентичности. У респондентов исследования наиболее выражена шкала аутентичности, фиксирующая переживания соответствия себе, своим идеалам и ощущениям. В наименьшей степени у молодых людей представлена шкала воспринимаемого выбора, характеризующая степень ощущения наличия

выбора как такового, определяющего вектор своей жизни. Проследить связь конструкта вовлеченности молодых людей в сферу искусственного интеллекта с теорией самодетерминации можно через анализ мотивации и условий взаимодействия с технологиями искусственного интеллекта. Воспринимаемый выбор самодетерминации характеризует ощущение наличия личного выбора, согласующегося с внутренними ценностями человека и обусловлен наличием внутренней мотивацией деятельности (присутствие личного интереса, получение положительных эмоций, максимальное увлечение и ощущение состояния азарта), тогда как мотивационная вовлеченность в сферу ИИ предполагает наличие компонентов внешней мотивации такой деятельности (освоение навыков работы с искусственным интеллектом, изучение базовых понятий, интерес к развитию новых технологий, работа с цифровыми данными, навыки программирования, знакомство с областями применения технологий ИИ и их возможностями в сфере здравоохранения и др.).

Организация учебного процесса в вузе с использованием технологий искусственного интеллекта может опираться на уровень вовлеченности студентов в сферу искусственного интеллекта: «педагогический дизайн», когда интеграция искусственного интеллекта осуществляется через экспертизу педагогического воздействия данных методов на учебный процесс; учет специфики образовательных программ и формируемых компетенций; контроль качества технологий искусственного интеллекта; развитие критического мышления обучающихся при использовании возможностей искусственного интеллекта.

Литература/References:

1. Амиров Р. А., Билалова У. М. Перспективы внедрения технологий искусственного интеллекта в сфере высшего образования // Управленческое консультирование. -2020.- №3. - С. 80-88.
2. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: Учебник для вузов.- М.: ЮНИТИ, 2000.- 551 с.

3. Бьюдженталь Д. Наука быть живым. Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической психотерапии / Пер. с англ. А.Б. Фенько. - М.: Класс, 1998. -336 с.
4. Валиуллина Е. В. Взаимосвязь конфликтоустойчивости и фрустрации личности // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. - 2020. -№ 1. - С. 1-9.
5. Валиуллина Е. В. Интерактивная направленность личности // Вестник общественных и гуманитарных наук. -2020. -Т. 1.- № 3. - С. 57-60.
6. Валиуллина Е. В. Компоненты эмоционального интеллекта в юношеском возрасте // Вестник Белгородского института развития образования. - 2020.- Т. 7. -№ 3 (17). - С. 85-93.
7. Валиуллина Е. В. Психологический механизм вытеснения при ситуативной и личностной тревожности // Вестник северо-восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. -2020. -№ 2 (18).- С. 25-29.
8. Валиуллина Е. В. Самооценка личности в молодом возрасте // Научный вестник Крыма. -2021.- №1 (30).
9. Гордеева Т. О. Теория самодетерминации: настоящее и будущее. Проблемы развития теории // Психологические исследования: электронный научный журнал. - 2010. -№ 4.- С. 12.
10. Кожуховская Ю. Н., Бекузарова Н. В. Искусственный интеллект как средство повышения мотивации и вовлечённости учащихся // Вестник науки. - 2025.- № 5 (86). - С. 31-43.
11. Кучурин В.В. Метапознание в обучении. - СПб.: «ЛОИР», -2022.- 39 с.
12. Леньков С. Л., Рубцова Н. Е., Низамова Е. С. Опросник «Вовлеченность в сферу искусственного интеллекта» и его психометрические свойства // Ярославский педагогический вестник. -2025.- № 1 (142). -С. 179-196.
13. Леонтьев Д. А. Новые ориентиры понимания личности в

психологии: от необходимого к возможному // Вопросы психологии. - 2011.- № 1. С. 12.

14. Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д. А. Леонтьева. -М.: Смысл, 2011.- 679 с.

15. Метакогниции это: осознание мышления и контроль над разумом. 2025. [Электронный ресурс]. URL: <https://sky.pro/wiki/lifestyle/metakognicii-eto-osoznanie-myshleniya-i-kontrol-nad-razumom/> (Дата обращения: 27.12.2025).

16. Опросник вовлеченности в сферу искусственного интеллекта. – URL: <https://psytests.org/cyber/ovsii.html> (дата обращения 23.12.2025).

17. Осорина М. В., Щербакова О. В., Аванесян М. О. Проблемы метакогнитивной регуляции: нормативные требования и непродуктивные паттерны интеллектуальной деятельности // Вестник СПбГУ. 2011. -Сер. 12. - Вып. 2. С. 32-43.

18. Перикова Е. И., Ловягина А. Е., Бызова В. М. Психология метапознания. -СПб.: Скифия-принт, 2020.- 150 с.

19. Степанова Н. А. Проблема изучения самодетерминации личности в отечественной психологической науке // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. - 2019. -Т. 19. -Вып. 1.- С. 69-75.

20. Теория самодетерминации. - URL: <https://www.b17.ru/article/582292/> (дата обращения 20.02.2026).

21. Чем опасен искусственный интеллект: мнение эксперта. URL: <https://iz.ru/1977910/2025-10-23/ekspert-predupredil-ob-opasnosti-chrezmernogo-uvlecheniia-ii> (дата обращения 23.12.2025).

22. Шкала метакогнитивной регуляции, МиРТЖС. URL: <https://psytests.org/coping/mirtjs.html> (Дата обращения: 27.12.2025).

23. Шкала самодетерминации, SDS. -URL: <https://psytests.org/sdt/sds-run.html> (Дата обращения: 27.12.2025).

24. Юнг К. Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика / пер. с англ. В. И. Менжулина. - М: АСТ, 2009. -252 с.

Глава 2.2.
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ
ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНСКОМ
ОБРАЗОВАНИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
И ФАКТОРЫ ВНЕДРЕНИЯ

Семенов В. А.

*доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры неврологии,
нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации,
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе представлен анализ современных подходов к интеграции технологий искусственного интеллекта (ИИ) в систему медицинского образования. На основе систематического обзора литературы рассматриваются основные направления применения ИИ: персонализированное обучение, симуляционные технологии, автоматизированная оценка компетенций и поддержка клинического мышления. Особое внимание уделяется факторам, определяющим успешность внедрения ИИ: институциональной готовности, нормативно-правовому регулированию, развитию цифровой грамотности преподавателей и студентов, а также этическим аспектам использования. В работе проанализированы существующие барьеры, включая недостаточную доказательную базу образовательной эффективности, ограниченность инфраструктуры и риски снижения критического мышления. Обосновывается необходимость поэтапного, ориентированного на обучающихся, подхода к интеграции ИИ с учетом международного опыта и требований к подготовке врачей.

Ключевые слова: искусственный интеллект, медицинское образование, симуляционное обучение, персонализированное обучение, цифровая грамотность, этика ИИ.

APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES IN MEDICAL EDUCATION: MODERN APPROACHES AND IMPLEMENTATION FACTORS

Semenov V. A.

*Dr. (Med.), Professor, Professor, Department of Neurology, Neurosurgery,
Medical Genetics, and Medical Rehabilitation,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. This article presents an analysis of modern approaches to integrating artificial intelligence (AI) technologies into medical education. Based on a systematic literature review, the article examines the main areas of AI application: personalized learning, simulation technologies, automated competency assessment, and clinical judgment support. Particular attention is paid to factors determining the success of AI implementation: institutional readiness, legal and regulatory frameworks, development of digital literacy among faculty and students, and the ethical aspects of its use. Existing barriers are analyzed, including insufficient evidence of educational effectiveness, limited infrastructure, and the risk of declining critical thinking. The article substantiates the need for a phased, learner-centered approach to AI integration, taking into account international experience and the training requirements for future physicians.

Keywords: artificial intelligence, medical education, simulation-based learning, personalized learning, digital literacy, AI ethics.

Введение

Искусственный интеллект (ИИ) выступает одним из наиболее значимых технологических факторов трансформации современного медицинского образования. Стремительное развитие генеративных нейросетей, технологий машинного обучения и обработки естественного языка (NLP) открывает беспрецедентные возможности для пересмотра традиционных подходов к

подготовке медицинских кадров. Как отмечают исследователи, появление таких инструментов, как ChatGPT, знаменует качественно новый этап в эволюции образовательных технологий, сравнимый с переходом от традиционного аудиторного обучения к компьютерным симуляциям [1].

Актуальность системного анализа применения искусственного интеллекта (ИИ) в медицинском образовании обусловлена рядом ключевых факторов.

Во-первых, наблюдается устойчивая тенденция интеграции ИИ в клиническую практику, что предъявляет новые требования к образовательным программам, направленным на подготовку специалистов, обладающих компетенциями в области взаимодействия с интеллектуальными системами поддержки принятия решений.

Во-вторых, существует значительный разрыв между теоретическим потенциалом технологий и их фактической имплементацией в учебный процесс, что характеризуется как феномен «инноваций без внедрения».

В-третьих, обзор современных исследований демонстрирует значительную неоднородность методологических парадигм и отсутствие консенсуса относительно критериев и стандартов оценки эффективности применения технологий искусственного интеллекта в образовательном процессе.

Материалы и методы

В основе работы лежит нарративный обзор литературы, охватывающий период с 2010 по 2025 год. Поиск релевантных публикаций осуществлялся в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, а также в российских научных электронных библиотеках. Контент-анализ был выполнен на основе систематических обзоров, опубликованных в рецензируемых журналах высокого квартиля. Из поиска были исключены исследования, фокусирующиеся исключительно на клиническом применении искусственного интеллекта без образовательного компонента, а также короткие тезисы и

комментарии, не содержащие эмпирических данных или развернутого теоретического анализа.

Современные подходы к применению ИИ в медицинском образовании

Анализ литературы позволяет выделить четыре основные категории применения ИИ в медицинском образовании, различающиеся по целям, методам и требуемому уровню технологической зрелости.

Одним из наиболее перспективных направлений является использование ИИ для адаптации учебного контента под индивидуальные особенности и темп освоения материала каждым студентом [2]. Технологии машинного обучения позволяют анализировать успеваемость, выявлять проблемные области и предлагать персонализированные рекомендации. В рамках модели «точного образования» интеллектуальные системы способны прогнозировать траектории обучения и автоматически корректировать сложность заданий.

Исследования показывают, что студенты активно используют генеративные нейросети для таких видов учебной деятельности, как практика (73% случаев), исследовательский поиск (70%), создание учебных материалов (67%) и освоение новых концепций (55%) [3]. Это свидетельствует о высоком потенциале LLM в качестве инструмента самообучения и поддержки самостоятельной работы.

Современные цифровые инструменты в медицинском образовании классифицируются по методологическому назначению:

Категория	Примеры
Электронные учебные пособия	Интерактивные учебники, мультимедийные руководства
Средства оделирования и симуляции	VR-анатомические атласы, хирургические симуляторы с тактильной обратной связью
Обучающие и	Платформы для тестирования,

Категория	Примеры
контролирующие системы	автоматизированной оценки навыков
Коммуникационные инструменты	Платформы для телементоринга, совместного разбора клинических случаев
Экспертные и интеллектуальные системы	Системы поддержки диагностических решений, интеллектуальные репетиторы
Справочные системы	Медицинские базы данных, электронные энциклопедии

Особого внимания заслуживают VR/AR-технологии [4]. В КемГМУ 219 студентов освоили VR-технологии в медицине, создав, в частности, прототипы решений для биопечати и диагностики онкологических заболеваний с использованием ИИ-анализа изображений.

Симуляционные технологии и виртуальные пациенты

ИИ-управляемые симуляции и виртуальные пациенты представляют собой безопасную среду для отработки клинических навыков без риска для реальных пациентов. Технологии обработки естественного языка позволяют создавать интерактивных агентов, способных вести реалистичный диалог, адаптироваться к действиям обучающегося и предоставлять обратную связь.

Наибольший подтвержденный эффект от внедрения ИИ-симуляций наблюдается в визуально ориентированных дисциплинах. Согласно данным итальянских исследователей, при обучении распознаванию переломов бедра точность студентов повысилась с 75,7% до 88,9% при использовании ИИ-ассистентов, а при анализе цитологических препаратов время обработки изображений сократилось с 32 до 11 минут [5]. В дерматологии точность диагностики увеличилась с 56% до почти 70% при совместной работе с ИИ-

системами [7].

Оценка компетенций и автоматизированная обратная связь

ИИ демонстрирует значительный потенциал в трансформации процессов оценки знаний и навыков. Современные системы способны автоматизировать проверку тестов, анализировать ответы на вопросы, оценивать коммуникативные навыки при взаимодействии с симулированными пациентами и даже предсказывать будущие образовательные траектории обучающихся.

Особого внимания заслуживают технологии компьютерного зрения для оценки процедурных навыков. Алгоритмы распознавания изображений в радиологии и гистологии достигают точности 91–93% при классификации тканей, в то время как будущие врачи правильно идентифицируют около 55% образцов [6]. Однако исследователи подчеркивают, что ИИ должен рассматриваться как инструмент поддержки, а не замены клинического мышления.

Поддержка клинического мышления и принятия решений

Интеграция ИИ в образовательный процесс направлена не только на передачу знаний, но и на развитие клинического мышления. Системы поддержки принятия решений на основе ИИ могут использоваться для демонстрации альтернативных диагностических гипотез, анализа неполных или противоречивых данных, а также для обучения вероятностному мышлению.

Тем не менее, исследователи выражают обоснованную озабоченность риском «когнитивной перегрузки» и снижения критического мышления при чрезмерной зависимости от ИИ-инструментов. Формирование медицинской экспертизы требует не только знаний патофизиологии, но и развития когнитивных стратегий клинического мышления, которые могут атрофироваться при неоправданном делегировании аналитических задач ИИ.

Факторы внедрения и институциональная готовность

Успешная интеграция искусственного интеллекта (ИИ) в медицинское

образование представляет собой многоаспектный процесс, требующий комплексного анализа организационных, кадровых, финансовых и нормативных факторов. Контент-анализ позволяет выделить три ключевых компонента институциональной готовности, которые являются основополагающими для эффективного внедрения ИИ в образовательные программы [8].

Инфраструктурный компонент

Как подчеркивается в комментарии, опубликованном в журнале *Academic Medicine*, основным барьером эффективной интеграции ИИ является не технологическая сложность, а три критических инфраструктурных дефицита: институциональные структуры внедрения, механизмы устойчивого финансирования и методологически строгие подходы к оценке. Авторы призывают к созданию специализированных образовательных информатических команд с исполнительными полномочиями и разработке моделей целевого финансирования по аналогии с инвестициями в клинические исследования [9].

Особую озабоченность вызывает риск углубления разрыва между ресурсно-обеспеченными и ресурсно-ограниченными образовательными учреждениями. Отсутствие доступа к современным вычислительным мощностям, качественным датасетам и лицензионному программному обеспечению может привести к цифровому неравенству в медицинском образовании.

Систематические обзоры показывают, что оценка эффективности цифрового медицинского образования чаще всего ограничивается уровнями 1 и 2 модели Дональда Киркпатрика (реакция и усвоение знаний), в то время как уровни 3 (изменение поведения) и 4 (результаты для пациентов и системы) практически не исследуются [9].

Важный вывод: онлайн-общение во время синхронных занятий часто демонстрирует высокую эмоциональную вовлеченность, но минимальное

межличностное взаимодействие, что требует специальной подготовки студентов к эффективной коллаборации в цифровой среде.



Кадровый компонент: развитие цифровой грамотности

Исследования показывают, что как преподаватели, так и студенты демонстрируют низкую уверенность в использовании ИИ-инструментов при одновременной поддержке идеи структурированного обучения для развития соответствующих компетенций. По данным систематического обзора Shishehgar с соавторами, старшекурсники демонстрируют более позитивное отношение к ИИ по сравнению с менее опытными коллегами ($p < 0,001$), при этом студенты, планирующие карьеру в исследованиях, более оптимистичны, чем ориентированные на клиническую практику.

Важно отметить, что лишь одно из двенадцати проанализированных исследований изучало опыт преподавателей в использовании ИИ, что указывает на значительный пробел в литературе. При этом студенты последовательно высказываются за включение обучения ИИ-технологиям в университетские программы.

Нормативно-правовой и этический компонент

Внедрение искусственного интеллекта (ИИ) в медицинское образование представляет собой многогранную проблему, требующую тщательного анализа и решения ряда этических и правовых дилемм. В частности, необходимо обеспечить прозрачность алгоритмов, минимизацию рисков предвзятости, защиту персональных данных обучающихся и поддержание академической честности при использовании генеративных нейросетевых технологий.

Современные исследователи в области обработки естественного языка (NLP) отмечают, что алгоритмы и модели могут содержать языковое смещение. Это создает значительные трудности для студентов, для которых английский не является родным языком [10]. Данный феномен, более известный как языковой дисбаланс, приводит к снижению точности и объективности результатов анализа и синтеза текстовой информации, что негативно сказывается на академической успеваемости обучающихся и инклюзивности образовательного процесса.

Кроме того, в контексте интеграции ИИ в образовательный процесс возникают сложные вопросы, связанные с авторским правом на контент, генерируемый искусственным интеллектом. Необходимо разработать правовую базу, которая четко определяет, кто несет ответственность за интеллектуальную собственность, созданную с использованием алгоритмов машинного обучения. Также требует детального рассмотрения проблема юридической ответственности за возможные ошибки и неточности в учебных материалах, созданных на основе ИИ, что может привести к искажению фактов и снижению качества образования. Таким образом, для эффективного внедрения технологий искусственного интеллекта в образовательный процесс необходимо провести междисциплинарные исследования, направленные на устранение языкового смещения, разработку правовых норм и механизмов ответственности, что позволит обеспечить равные возможности для всех студентов и повысить качество образовательного контента.

Анализ эффективности: проблемы доказательной базы

Несмотря на растущий оптимизм, систематический анализ эффективности ИИ в медицинском образовании выявляет серьезные методологические ограничения существующих исследований.

Feigerlova с соавторами в своем систематическом обзоре, опубликованном в BMC Medical Education, проанализировали 12 исследований, соответствующих критериям включения, и пришли к выводу, что текущие доказательства измеримых образовательных результатов применения ИИ являются недостаточными. Все исследования были одноцентровыми, с размером выборки от 4 до 180 участников [10]. Лишь три исследования представляли собой рандомизированные контролируемые испытания, семь имели квази-экспериментальный дизайн.

В рассматриваемых исследованиях выявлены два основных недостатка: отсутствие контроля над мешающими факторами и нечеткая постановка образовательных целей. Ни одно из изученных исследований не предоставило подробного описания компетенций, которые необходимо развивать, и не провело глубокого анализа того, как обратная связь влияет на результаты обучения. Таким образом, все исследования остановились на втором уровне модели Киркпатрика, охватывая лишь технические навыки или измеримые знания. Более сложные уровни модели, такие как оценка поведения на рабочем месте и влияние на пациентов, были проигнорированы. Это существенно ограничивает возможности для обобщения и практического применения данных, полученных в результате исследований [11].

Эти выводы согласуются с результатами других систематических обзоров, констатирующих неоднородность дизайна исследований, отсутствие стандартизированных метрик и недостаточную информацию об обучающих датасетах [12]. Это указывает на необходимость разработки методологических стандартов для исследований в области ИИ-образования, которые учитывали бы специфику технологии (вариабельность ответов LLM, риски смещения,

вопросы воспроизводимости).

Проведенный анализ позволяет сформулировать ряд принципиальных выводов и рекомендаций.

Во-первых, интеграция искусственного интеллекта (ИИ) в медицинское образование должна осуществляться поэтапно и с учетом индивидуальных потребностей обучающихся. Категорически не рекомендуется рассматривать ИИ как универсальное средство для решения всех педагогических задач. Напротив, необходимо провести детальный анализ соответствия технологических возможностей ИИ конкретным целям и этапам образовательного процесса, что позволит максимально эффективно интегрировать данные технологии в систему медицинского образования.

Во-вторых, критически важным является развитие ИИ-грамотности как неотъемлемого компонента профессиональных компетенций будущего врача. Это включает понимание принципов работы ИИ, осознание его ограничений, способность критически оценивать результаты и соблюдать этические нормы. Исследователи из Италии рекомендуют мультицентровые и долгосрочные исследования, стандартизацию метрик и обязательный надзор человека при работе с алгоритмами.

В-третьих, для обеспечения эффективного внедрения искусственного интеллекта (ИИ) требуется разработка и внедрение институциональных механизмов управления. В этом контексте Gin и его соавторы предлагают создание валидационных фреймворков для оценки ИИ-инструментов. Кроме того, они акцентируют внимание на разработке базовых компетенций и развитии открытых платформ для обмена опытом. Также подчеркивается необходимость поддержания высоких этических стандартов в процессе интеграции ИИ в различные сферы деятельности.

Особого внимания заслуживает вопрос исследовательской повестки. Требуются рандомизированные контролируемые испытания с долгосрочным наблюдением, изучающие влияние ИИ не только на непосредственные учебные

результаты, но и на клиническое мышление, принятие решений в реальной практике и, в конечном счете, на исходы для пациентов. Необходима также разработка стандартов отчетности для исследований в этой области, учитывающих специфику ИИ (версии моделей, параметры, датасеты).

В заключение анализа необходимо подчеркнуть международный аспект этой проблемы. Значительное различие в уровне интеграции искусственного интеллекта в медицинское образование между странами имеет двойственный характер: с одной стороны, это создает возможности для обмена профессиональными знаниями и опытом, с другой - может привести к сохранению и усилению технологических разрывов между государствами. Важнейшим условием для минимизации этих рисков является организация системного и многостороннего диалога между учебными заведениями, медицинскими профессиональными ассоциациями и регулирующими органами. Только такой всесторонний подход позволит разработать единые принципы и гибкие стратегии, которые обеспечат гармоничное внедрение технологий без ущерба для национальной образовательной независимости.

Заключение

Технологии искусственного интеллекта открывают новые горизонты для медицинского образования, создавая возможности для персонализации обучения, реалистичной симуляции, объективной оценки и развития клинического мышления. Однако путь от технологического энтузиазма к доказательной педагогической практике требует преодоления существенных барьеров.

Ключевыми факторами успешного внедрения выступают: наличие институциональной инфраструктуры и устойчивого финансирования, подготовка преподавателей и студентов к эффективному и этичному использованию ИИ, разработка нормативно-правовой базы, а также проведение методологически строгих исследований образовательной эффективности.

Современное состояние доказательной базы, характеризующееся

недостаточной методологической строгостью, предъявляет повышенные требования к исследовательскому сообществу и практикам, вынуждая их проявлять сдержанный оптимизм и фокусироваться на разработке валидных методологических подходов к оценке. В контексте эволюции медицинского образования, ключевым аспектом является не замена преподавателя алгоритмическими системами, а интеграция синергетического взаимодействия между человеческим интеллектом и искусственным интеллектом. Данный симбиоз позволяет эффективно выполнять уникальные функции каждого компонента в процессе подготовки высококвалифицированных, этически компетентных и гуманно ориентированных медицинских специалистов.

Литература/References:

1. Семенов В.А., Федосеева И.Ф., Визило Т.Л. Основные компетенции для освоения обучающимися дисциплины «Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика» // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. Материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции. - 2020.- С. 170-177.
2. Визило Т.Л., Сильнягин Д.Е., Семенов В.А., Акименко Г.В. Психофизиологические эффекты в деятельности медицинских работников: нарративный обзор // Дневник науки. - 2025. -№ 3 (99).
3. Карпенко Д. С., Зарубина Т. В., Раузина С. Е., Богопольский Г. А., Тихонова Т. А., Глебова О. В. Система управления знаниями в медицинском вузе: взгляд на проблему, реалии, перспективы развития// Информационно-измерительные и управляющие системы. -2014. -Т. 12.- №10. -С. 10–18.
4. Мурашко М.А., Ваньков В.В., Панин А.И., Артемова О.Р., Матвиенко А.В., Гусев А.В., Васильев Ю.А., Владзимирский А.В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. // Национальное здравоохранение. -2025. - №6(3). -С.6-19.
5. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов

С.А., Головки О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. - Москва, 2024. – 257 с.

6. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

7. Акименко, Г. В Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования : материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 13 декабря 2017 г.). - Кемерово, 2017. - С. 74–77.

8. Bala S., Keniston A., Burden M. Patient Perception of Plain-Language Medical Notes Generated Using Artificial Intelligence Software: Pilot Mixed-Methods Study // JMIR Form Res. – 2020. – №4(6). e16670.

9. Chen P.C., Liu Y., Peng L. How to develop machine learning models for healthcare// Nat Mater. – 2019. – №18(5). P. 410-414.

10. Chichekian T, Benteux B. The potential of learning with (and not from) artificial intelligence in education// Front Artif Intell. – 2022. – №13(5). P. 903051.

11. Faiz A., Kurniawaty I. Tantangan Penggunaan ChatGPT dalam Pendidikan Ditinjau dari Sudut Pandang Moral // Jurnal Ilmu Pendidikan. – 2023. – №5(1). P. 456-463

12. Johnston S.C. Anticipating and training the physician of the future: the importance of caring in an age of artificial intelligence // Acad Med. – 2018. – №93 (8). P. 1105-1106.

Глава 2.3.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕЙ И ЧАТ-БОТОВ
В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: КОГНИТИВНО-
ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЕ АСПЕКТЫ, МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ
И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ

Головки О. В.

*кандидат физико-математических наук, доцент
доцент кафедры медицинской,
биологической физики и высшей математики
ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе анализируются возможности и риски внедрения ИИ, нейронных сетей и чат-ботов в медицинское образование. Рассматриваются когнитивные аспекты взаимодействия студентов с большими языковыми моделями, угрозы снижения критического мышления и нарушения академической честности. Особое внимание уделяется специфике медицинской подготовки, где ошибки могут влиять на здоровье пациентов. Предлагается модель интеграции ИИ в учебный процесс («Brain → LLM»), принципы промпт-инжиниринга и верификации данных, а также формирования ИИ-компетентности. Подчеркивается необходимость трансформации оценки, повышения квалификации преподавателей и разработки этических стандартов для ИИ в медицине.

Ключевые слова: искусственный интеллект, медицинское образование, критическое мышление, академическая честность, промпт-инжиниринг, ИИ-компетентность.

USING NEURAL NETWORKS AND CHAT BOTS
IN MEDICAL EDUCATION: COGNITIVE
AND ACTIVITIES ASPECTS, METHODOLOGICAL PRINCIPLES
AND PROSPECTS OF INTEGRATION

Golovko O. V.

*Candidate of Physical and Mathematical Sciences,
of the Department of Medical, Biological Physics and Higher Mathematics
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The chapter analyzes the opportunities and risks of introducing AI, neural networks, and chatbots into medical education. It examines the cognitive aspects of students' interaction with large language models, the threats of reducing critical thinking, and the violation of academic integrity. Special attention is paid to the specifics of medical training, where errors can affect patients' health. The chapter proposes a model for integrating AI into the educational process («Brain → LLM»), the principles of data engineering and verification, and the formation of AI competence. The article emphasizes the need to transform assessment, improve the skills of teachers, and develop ethical standards for AI in medicine.

Keywords: artificial intelligence, medical education, critical thinking, academic integrity, industrial engineering, AI competence.

Введение

Стремительное развитие информационных технологий и массовое внедрение генеративного искусственного интеллекта (ИИ) кардинально трансформируют образовательный ландшафт высшей школы. Если еще несколько лет назад нейросети воспринимались преимущественно как экспериментальные инструменты компьютерных наук, то сегодня они стали неотъемлемым элементом повседневной и профессиональной деятельности, включая сферу здравоохранения и медицинского образования [3, 4, 14].

Клиническая практика, фармацевтические исследования, эпидемиологический анализ и непрерывное медицинское образование все чаще опираются на алгоритмы машинного обучения, обработки естественного языка

и предиктивной аналитики. В этом контексте подготовка будущих врачей, провизоров и медицинских исследователей не может оставаться в стороне от технологических изменений.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью интеграции ИИ-инструментов в медицинское образование при отсутствии методически выверенных и этически обоснованных моделей. Генеративные модели имеют потенциал в персонализации обучения и автоматизации проверки знаний, но бесконтрольное их использование снижает способность к самостоятельному анализу и принятию решений.

Теоретико-методологические основы внедрения ИИ в медицинское образование

Искусственный интеллект представляет собой систему или машину, способные имитировать человеческое поведение, выполнять сложные задачи и постепенно обучаться на основе собранных данных [3, 4, 13]. В образовательной практике наибольшее распространение получили большие языковые модели (LLM – Large Language Models), функционирующие на основе архитектуры трансформеров и алгоритмов обработки естественного языка (NLP). Чат-боты, построенные на базе таких моделей, имитируют диалог с пользователем, анализируют запросы, определяют намерения (intent) и генерируют релевантные ответы в режиме реального времени [3, 4, 13].

Современные чат-боты условно подразделяются на два основных типа [3, 4, 13]:

- Транзакционные (ориентированные на задачи) – узкоспециализированные системы, автоматизирующие конкретные функции: поиск информации, проверку терминологии, генерацию тестовых заданий, перевод медицинской документации. Они работают по заданным алгоритмам и не обладают способностью к глубокому контекстуальному осмыслению.

- Разговорные (диалоговые) – обладают развитыми интерактивными возможностями, применяют упреждающую аналитику, изучают поведенческие

паттерны пользователей и способны адаптировать ответы под индивидуальный уровень подготовки. Именно этот тип моделей (ChatGPT, GigaChat, YandexGPT, Perplexity, SciSpace и др.) вызывает наибольший интерес и одновременно наибольшие опасения в академической среде [3, 4].

Важно подчеркнуть, что чат-боты не обладают сознанием, эмоциональным интеллектом или способностью к истинному пониманию смысла обрабатываемой информации. Они оперируют вероятностными связями и паттернами, обученными на массивах текстовых данных, что обуславливает их склонность к «галлюцинациям» – генерации правдоподобных, но фактически неверных утверждений, несуществующих цитат или ошибочных клинических рекомендаций [3, 4, 8]. В медицинском образовании это требует обязательного внедрения процедур верификации и формирования у студентов культуры критического отношения к сгенерированному контенту.

Медицинское образование традиционно опирается на фундаментальные биомедицинские дисциплины, клиническую практику, развитие диагностического и терапевтического мышления, коммуникативных навыков и этической рефлексии. Процесс подготовки врача характеризуется высокой когнитивной нагрузкой, необходимостью работы с большими объемами специализированной литературы, постоянным обновлением клинических рекомендаций и строгой ответственностью за принимаемые решения.

Цифровизация и внедрение ИИ создают новые вызовы для этой системы. Во-первых, происходит трансформация информационного поведения студентов: доступ к структурированным базам знаний, автоматизированным переводам, генерации рефератов и симуляции клинических случаев становится мгновенным, что снижает мотивацию к самостоятельному поиску и анализу [1, 4, 13]. Во-вторых, наблюдается рассогласование между темпами технологического развития и готовностью образовательных программ адаптироваться к новым реалиям. Преподаватели медицинских вузов, как правило, демонстрируют низкий уровень цифровой грамотности в области

генеративного ИИ, тогда как студенты активно используют нейросети в повседневной и учебной деятельности [1, 13]. В-третьих, медицинская этика требует особой осторожности: делегирование диагностики, подбора терапии или интерпретации лабораторных данных алгоритмам без надлежащего контроля может привести к формированию ложных клинических стереотипов у будущих специалистов.

Таким образом, интеграция нейросетей в медицинское образование не должна сводиться к простой автоматизации рутинных операций. Она требует переосмысления педагогических технологий, смещения акцента с текстоцентричной модели обучения на смыслоцентричную и деятельностьную, где ИИ выступает не заменой мышления, а инструментом его развития [1, 2, 8].

Когнитивно-деятельностный подход рассматривает обучение как процесс целенаправленного формирования познавательных компетенций, критического мышления, аналитических навыков и способности к самостоятельному принятию решений. В контексте использования нейросетей данный подход приобретает особое значение, поскольку традиционное образование предполагает, что работа со сложными идеями формирует устойчивые ментальные модели, закрепленные в сознании в качестве критически осознанной информации [2, 14].

Исследования показывают, что систематическая замена умственных усилий вычислительными ресурсами крупных языковых моделей ведет к накоплению «когнитивного долга» – дефицита, который возникает при чрезмерной зависимости от внешних инструментов [1, 2, 14]. Эксперименты с измерением мозговой активности при написании эссе демонстрируют, что студенты, использующие только ИИ, показывают практическое отсутствие нейронной активности, связанной с глубоким анализом и синтезом информации, тогда как группа, работающая без инструментов, демонстрирует наиболее сильные нейронные сети [14]. Для медицинского образования это означает риск утраты навыков клинического рассуждения, дифференциальной

диагностики и аргументированного выбора тактики лечения.

Оптимальной моделью интеграции признается поэтапный подход «Brain → LLM», при котором ИИ подключается к учебному процессу только после существенных когнитивных инвестиций обучающегося [2, 14]. Студент сначала самостоятельно формулирует проблему, анализирует источники, выдвигает гипотезы, строит логические цепочки, и только затем использует нейросеть для проверки, расширения контекста, визуализации или поиска альтернативных точек зрения. Такой подход сохраняет субъектность обучающегося, предотвращает когнитивную деградацию и формирует культуру ответственного использования технологий [1, 2].

Одним из наиболее значимых преимуществ нейросетевых технологий в высшем образовании является возможность персонализации учебного процесса [3, 4, 7]. В медицинском вузе студенты демонстрируют разный уровень базовой подготовки, различные когнитивные стили, темпы усвоения материала и клинические интересы. Адаптивные платформы на базе ИИ способны анализировать данные об успеваемости, посещаемости, взаимодействии с учебным контентом и результатах тестирований, чтобы автоматически корректировать сложность заданий, предлагать индивидуальные траектории обучения и выявлять пробелы в знаниях [1, 3, 7].

Например, при изучении фармакологии нейросеть может генерировать задачи различного уровня сложности в зависимости от текущих результатов студента: от базового запоминания механизмов действия до клинических кейсов с множественными коморбидными состояниями и полипрагмазией. В области анатомии и гистологии ИИ-инструменты обеспечивают трехмерную визуализацию, интерактивное моделирование структур и мгновенную обратную связь при ошибках идентификации. Персонализированное обучение повышает мотивацию, снижает уровень стресса и создает благоприятную среду для развития учебной самодисциплины и уверенности в собственных способностях [3, 4, 7].

Преподаватели медицинских дисциплин традиционно тратят значительную часть времени на проверку тестов, эссе, клинических разборов и оформление отчетности. Нейросети позволяют автоматизировать многие рутинные задачи: проверку заданий с множественным выбором, анализ открытых ответов, генерацию вариантов экзаменационных билетов, составление расписаний и формирование аналитических отчетов об успеваемости [1, 2, 3, 7]. При этом студенты получают практически мгновенную обратную связь, что способствует быстрому осознанию ошибок и улучшению результатов [1, 3].

Важно отметить, что автоматизация не исключает преподавателя из процесса оценивания, а трансформирует его роль. Преподаватель становится тьютором, экспертом и модератором, сосредотачиваясь на развитии клинического мышления, этической рефлексии и коммуникативных навыков, которые не могут быть полноценно оценены алгоритмами [1, 3, 8]. Системы автоматизированного оценивания уже демонстрируют эффективность в проверке структурированных ответов, однако в медицине требуется особая осторожность: автоматическая оценка клинических рассуждений должна дополняться экспертным анализом преподавателя, особенно в ситуациях, где нет единственно верного ответа.

Интерактивные симуляторы и виртуальные пациенты на базе ИИ открывают новые возможности для отработки практических навыков в безопасной среде. Нейросетевые алгоритмы способны генерировать динамичные клинические сценарии, менять параметры состояния пациента в реальном времени, реагировать на действия студента и моделировать осложнения [3, 4, 5, 7]. Это особенно актуально для отработки навыков сбора анамнеза, дифференциальной диагностики, коммуникации с пациентами и принятия решений в условиях дефицита времени.

Виртуальные ассистенты и чат-боты могут выполнять роль пациентов с различными психологическими профилями, культурными особенностями и

уровнем медицинской грамотности. Студенты отрабатывают навыки эмпатии, информированного согласия, сообщения плохих новостей и работы с возражениями. ИИ-симуляторы также позволяют моделировать редкие заболевания, массовые поступления пациентов, кризисные ситуации и мультидисциплинарное взаимодействие, что практически невозможно реализовать в условиях стандартной клинической базы [3, 7].

В условиях экспоненциального роста объема научных публикаций, клинических рекомендаций и мета-анализов ИИ-инструменты становятся незаменимыми помощниками в исследовательской деятельности студентов и аспирантов. Платформы типа Semantic, Scholar, Scite, Elicit, SciSpace и их аналоги позволяют анализировать тысячи статей, выявлять связи между исследованиями, проверять достоверность цитирований, генерировать резюме и извлекать ключевые данные [2, 3, 8]. Модели ИИ выступают в роли личных научных библиотекарей-аналитиков, ускоряя этапы систематического обзора литературы, планирования экспериментов и визуализации результатов.

Однако в медицинской науке критически важна точность. Нейросети могут генерировать несуществующие ссылки, искажать статистические данные или упускать контекст методологических ограничений исследований. Поэтому использование ИИ в научной работе должно сопровождаться обязательной проверкой источников, анализом дизайна исследований, оценкой уровня доказательности и соблюдением этических норм публикационной активности [1, 2, 3, 9].

Риски, угрозы и этические дилеммы

Наиболее серьезным риском использования нейросетей в образовании является систематическое снижение когнитивной нагрузки и формирование зависимости от внешних инструментов [1, 2, 4, 14]. Когда студенты делегируют нейросетям анализ клинических случаев, интерпретацию лабораторных данных, написание рефератов или подготовку к экзаменам, происходит перенос сложных мыслительных операций на алгоритмы. Это ведет к ослаблению

аналитических способностей, сокращению тренировки памяти, снижению способности к длительной концентрации внимания и сужению кругозора [2, 14].

В медицинском образовании критическое мышление является базовой компетенцией. Врач должен уметь оценивать противоречивые данные, выявлять методологические flaws в исследованиях, отличать корреляцию от причинно-следственной связи и принимать решения в условиях неопределенности. Если эти навыки не развиваются на этапе обучения, а заменяются готовыми ответами ИИ, выпускники вузов окажутся не готовы к реальной клинической практике, где каждый пациент уникален, а стандартные алгоритмы часто требуют адаптации [1, 2].

Использование генеративных моделей поднимает острые вопросы академической честности. Нейросети способны генерировать тексты, рефераты, клинические разборы и даже элементы диссертационных работ за считанные секунды. Это создает риски подмены авторских решений сгенерированными продуктами, нарушения принципов научной добросовестности и обесценивания образовательных результатов [1, 3, 4, 13]. Системы антиплагиата постепенно внедряют детекторы машинно-сгенерированного текста, однако они не всегда надежны: при редактировании, перефразировании или изменении стиля оригинальность может достигать 100%, что затрудняет выявление неавторского контента [1].

В медицине проблема авторства усложняется ответственностью за содержание. Если студент использует ИИ для подготовки клинического протокола или диагностического алгоритма и не проверяет его достоверность, он берет на себя этическую и потенциально юридическую ответственность за возможные ошибки. Преподаватели и научные руководители должны четко регламентировать допустимую степень интеграции ИИ в учебные и научные работы, требовать прозрачного декларирования использования нейросетей и смещать фокус оценивания с финального продукта на документирование

процесса мышления [1, 2, 8].

Работа с ИИ-платформами требует передачи значительных объемов данных: учебных материалов, клинических случаев, результатов тестирований, личных запросов и поведенческих паттернов. Это создает риски утечки персональных данных, нарушения врачебной тайны и несанкционированного использования информации в коммерческих или исследовательских целях [3, 4, 7]. В медицинском образовании использование реальных клинических данных студентов пациентов без надлежащей анонимизации недопустимо. Кроме того, облачные сервисы могут хранить запросы на серверах, расположенных в других юрисдикциях, что усложняет соблюдение законодательства о защите данных.

Цифровое неравенство также остается актуальной проблемой. Студенты из отдаленных регионов, с низким доходом или ограниченным доступом к современным устройствам и высокоскоростному интернету оказываются в невыгодном положении [3, 4, 6, 7]. В медицинском вузе это может усугубить разрыв в качестве подготовки и ограничить возможности участия в цифровых симуляциях, онлайн-курсах и collaborative research проектах.

Алгоритмическая предвзятость – еще один скрытый риск. Большинство больших языковых моделей обучаются на англоязычных и западно-ориентированных данных, что может приводить к систематическому искажению медицинских рекомендаций, игнорированию региональных эпидемиологических особенностей, этнических различий в фармакокинетике или локальных клинических протоколов [3, 8]. В многонациональных и мультикультурных обществах это требует обязательной критической адаптации сгенерированной информации под локальные условия.

Постоянное взаимодействие с ИИ-ассистентами формирует у студентов привычку к мгновенному получению ответов, что снижает толерантность к неопределенности и затрудняет развитие навыков самостоятельного поиска решений [4, 13]. В клинической практике врач часто сталкивается с

ситуациями, где нет готовых алгоритмов, а требуется терпение, интуиция, опыт и готовность к ошибке как части обучения. Чрезмерная зависимость от нейросетей может привести к снижению стрессоустойчивости, избеганию сложных клинических случаев и делегированию ответственности алгоритмам [1, 2].

Кроме того, отсутствие живого взаимодействия с преподавателями и коллегами при работе с чат-ботами снижает качество образовательного процесса, обедняет дискуссионную культуру и препятствует формированию профессиональной идентичности [4, 13]. Медицина – это не только наука, но и искусство общения, эмпатии и человеческого участия, которые не могут быть воспроизведены алгоритмами.

Методическое обеспечение и принципы педагогического дизайна

Для безопасной и продуктивной интеграции ИИ в образовательный процесс необходимо опираться на систему педагогических принципов, разработанных с позиций человекообразного подхода [2, 8]. Ключевые из них включают:

1. Принцип запрета на запрет нового. Педагогика не должна запрещать инновации, иначе студенты будут осваивать нейросети бесконтрольно, «в тени». Запрет ведет к маргинализации технологии и потере педагогического влияния [2, 8].

2. Принцип соответствия педагогической технологии. Новой информационной технологии требуется своя педагогическая методика. Простой перенос очных форматов в цифровую среду или использование ИИ только для создания стандартных рефератов ведет к профанации образования [2, 8].

3. Принцип смыслоцентричности. Когда генерация грамотного текста перестает быть уникальным человеческим достижением, ценность смещается к способности ставить задачи, верифицировать, синтезировать и организовывать деятельность. Образование должно реализовывать компетентностный подход на практике [1, 2, 8, 11].

4. Принцип приоритета методики над результатом. В условиях, когда финальный продукт может быть сгенерирован за секунды, уникальной зоной человека остается процесс мышления. Оценка должна смещаться на документирование процесса: формулировка запроса, итерации, проверка фактов, обоснование выбора фрагментов [2, 8, 10].

5. Принцип личностной значимости. Главный компонент результата – личностный вклад. Даже работая с ИИ, ученик должен оставлять «след» своего выбора, интерпретации и опыта. Задания должны требовать критического суждения и уникального контекста [2, 8, 12].

6. Принцип рефлексии. Без рефлексивного анализа использование ИИ становится бездумным. Студенты должны отвечать на вопросы: почему выбрана тема? что понято? какие трудности возникли? как они преодолевались? Рефлексия – обязательный механизм реализации всех предыдущих принципов [2, 8].

Эффективное использование нейросетей требует владения промт-инжинирингом – искусством формулирования запросов, учитывающих контекст, роль, формат ответа, ограничения и цели [1, 3, 8]. В медицинском образовании промт-инжиниринг становится не просто техническим навыком, а элементом профессиональной грамотности. Качественный промт должен включать:

- Роль пользователя: студент-бакалавр, ординатор, начинающий исследователь, клинический эксперт, методист.
- Задачу: анализ клинического случая, сравнение протоколов, генерация дифференциального диагноза, подготовка презентации, транскрибация лекции.
- Формат ответа: таблица, алгоритм, тезисы, эссе, инфографика, код для статистического анализа.
- Ограничения: использовать только рекомендации уровня доказательности А-В, избегать непроверенных гипотез, указать источники, учитывать возраст/пол/коморбидность пациента.

Пример медицинского промпта: «Ты врач-кардиолог и преподаватель кафедры внутренних болезней. Проанализируй клинический случай пациента 68 лет с АГ 3 ст., СД 2 типа и ХБП С3а. Сформулируй дифференциальный диагноз, предложи алгоритм обследования с указанием уровня доказательности каждого метода, выдели красные флаги. Ответ представь в виде таблицы. Используй только актуальные клинические рекомендации ESC/ESH и KDIGO 2023–2024 гг. Укажи, где возможны альтернативные подходы и почему».

Такой подход превращает студента из пассивного потребителя информации в управленца запросом, критика и верификатора сгенерированного контента [1, 2, 14].

Для предотвращения когнитивной деградации необходимо разрабатывать задания, ориентированные на мыслительную деятельность, а не на механическое воспроизводство. Предлагается следующая типология продуктивных заданий для медицинского образования [2, 14]:

1. Поисковые: «Найдите 5 рандомизированных исследований по применению SGLT2-ингибиторов у пациентов без диабета. Оцените методологию каждого».

2. Сравнительные: «Сравните два протокола лечения острого коронарного синдрома без подъема ST. Выявите противоречия и обоснуйте выбор в условиях ограниченных ресурсов».

3. Композиционно-интерпретационные: «Проанализируйте клинический разбор: обозначьте ключевые идеи, определите обоснованность каждого вывода, найдите слабые места в логике, составьте логическую карту случая».

4. Творческие: «Проведите мозговой штурм по теме коммуникации с пациентом, отказывающимся от вакцинации. Разработайте сценарий диалога с учетом этических норм и психологических барьеров».

5. Комплексные (стратегические): «Сформулируйте научную проблему по теме резистентности к антибиотикам. Создайте план исследования, обозначьте плюсы и минусы каждого метода, создайте дерево решений с оценкой рисков,

дайте экспертную оценку с использованием профессиональной терминологии».

Модель «Brain → LLM» предполагает, что студент сначала выполняет предварительные когнитивные операции самостоятельно, затем использует ИИ для расширения, проверки или визуализации, и наконец, проводит критический анализ сгенерированного материала [2, 14]. Это обеспечивает сохранение субъектности и развитие аналитических навыков.

Любая информация, сгенерированная ИИ, подлежит обязательной верификации. В медицинском образовании это становится базовым требованием профессиональной безопасности. Методы фактчекинга включают:

- Проверку по внешним источникам: сравнение с авторитетными клиническими рекомендациями (UpToDate, Cochrane, PubMed, локальные Минздрав-протоколы), рецензируемыми журналами, официальной фармакопеей.

- Кросс-проверку: формулировка одного запроса разными способами, сравнение ответов разных моделей (GigaChat, YandexGPT, Perplexity, SciSpace), выявление расхождений.

- Анализ логики и структуры: оценка последовательности аргументов, выявление противоречий, проверка ссылок на источники, соответствие методологическим стандартам (PRISMA, CONSORT, STROBE).

- Оценку уровня доказательности: фильтрация информации по классам рекомендаций и уровням доказательности, исключение устаревших или опровергнутых данных.

Преподаватели должны обучать студентов не только генерации запросов, но и интерпретации, анализу и критической оценке сгенерированного материала, фокусируясь на стилевых характеристиках, логике изложения, аргументированности выводов и референтности источников [1, 2, 8].

ИИ-грамотность включает понимание принципов работы нейросетей, умение формулировать эффективные запросы, критическую оценку результатов, этическое использование технологий и осознание ограничений [3,

13]. В высшем медицинском образовании акцент делается на развитии ИИ-компетентности, которая подразумевает не только базовые навыки, но и специальные знания для профессиональной деятельности: способность интегрировать результаты работы ИИ в процесс принятия медицинских решений, понимание юридических и этических аспектов, умение обучать пациентов и коллег использованию ИИ-технологий [1, 4, 13].

Для формирования ИИ-компетентности необходимо:

- включить в учебные курсы модули по основам ИИ и его применению в медицине.
- разработать практические задания с использованием ИИ-инструментов.
- обучать критическому мышлению и верификации данных.
- формировать этическую позицию в отношении использования ИИ.
- развивать навыки работы с данными и их анализа.
- обеспечить понимание ограничений ИИ-систем и их потенциальных рисков.

Преподаватели медицинских вузов также нуждаются в целенаправленной подготовке. Многие из них не владеют конкретными ИИ-инструментами, хотя осознают перспективность их внедрения [1, 13]. Необходимы централизованные программы повышения квалификации, методические рекомендации по применению ИИ в конкретных дисциплинах, обмен лучшими практиками и создание профессиональных сообществ [1, 3, 8].

Практические сценарии внедрения и перспективы развития

Внедрение нейросетей в медицинское образование должно носить системный характер. ИИ должен стать предметом изучения на уровне информатики, медицинской кибернетики, доказательной медицины и непрерывного профессионального развития [1, 8, 15]. Преподаватели должны получать пошаговые алгоритмы действий, наборы конкретных инструментов, применимых к специфике преподаваемых дисциплин: от генерации клинических кейсов и проверки анатомических знаний до анализа

статистических данных и подготовки научных обзоров.

Опыт массовой адаптации к дистанционному обучению в период пандемии показал, что централизованные меры поддержки профессорско-преподавательского состава способны сформировать необходимую информационную грамотность [1, 8].

Аналогичный подход требуется и для ИИ: курсы повышения квалификации, методические семинары, peer-review практикумы по промт - инжинирингу и верификации данных, создание центров компетенций при медицинских вузах.

Традиционные формы контроля (тесты, рефераты, курсовые работы) становятся уязвимыми в эпоху генеративного ИИ. Необходимо смещение оценивания с финального продукта на документирование процесса: как формулировался запрос, какие итерации вносились, как проверялись факты, как принималось решение об использовании фрагмента [1, 2, 8]. Введение методических разделов в работах, где студенты описывают взаимодействие с ИИ, становится обязательным элементом академической добросовестности [1, 2].

Перспективным направлением является развитие технологии учебных портфолио, ситуационного анализа, устных защит, клинических разборов в реальном времени, OSCE-станций с элементами ИИ-симуляции, где оценивается не только знание, но и процесс мышления, этическая рефлексия и коммуникация [1, 8]. Системы диагностики должны переходить от констатирующей к диалоговой модели, включающей обязательную рефлекссию, обсуждение личностного вклада и методики создания продукта [2, 8].

Нейросети не заменят врачей, но врачи, владеющие ИИ, заменят тех, кто им не владеет. Будущее медицинского образования лежит в интеграции технологий в учебные практики с сохранением баланса между автоматизацией и развитием когнитивных способностей, этической рефлексией и клиническим опытом [1, 2, 8, 15]. ИИ должен стать не конкурентом, а партнером в

формировании профессиональной идентичности, расширении диагностических возможностей и ускорении научно-исследовательской деятельности.

Ключевыми векторами развития станут:

- формирование цифровой компетенции в области ИИ как обязательного элемента ФГОС.
- разработка рекомендаций по допустимой степени интеграции ИИ в авторские исследования.
- определение условий автономности обучающегося и профилактики технологической зависимости.
- создание этических кодексов использования ИИ в медицинском образовании и клинической практике.
- подготовка преподавателей-тьюторов, способных направлять, а не запрещать, использовать, а не игнорировать.

Систематическая замена умственных усилий вычислительными ресурсами может сказаться самым негативным образом на развитии когнитивно-деятельностных характеристик студентов, аспирантов и молодых исследователей [2, 14, 15]. Поэтому методическим ядром всей образовательной системы должно стать развитие памяти, внимания, критического мышления, логики, устойчивого внимания, способности к анализу и синтезу информации [1, 2, 13]. Только при таком подходе нейросети станут мощным инструментом для улучшения образовательной среды, обеспечив более справедливое, эффективное и качественное медицинское образование.

Заключение

Проведенный анализ использования нейросетей и чат-ботов в медицинском образовании позволяет сделать следующие выводы:

1. ИИ активно внедряется, повышая персонализацию, автоматизацию и исследования, но вызывает скептицизм по поводу технической готовности вузов.

2. Основной риск – «когнитивный долг», снижающий критическое мышление и самостоятельность, что недопустимо в медицине.

3. Нейросети могут быть ассистентами, но только при методически грамотном использовании и модели «Brain → LLM».

4. Новые компетенции врачей включают промт-инжиниринг, верификацию данных и критическую оценку.

5. Системы оценивания должны фокусироваться на процессе мышления, устных защитах и портфолио, с прозрачными этическими стандартами.

6. Подготовка преподавателей через программы повышения квалификации и обмен опытом критически важна.

7. Будущее медицинского образования – в партнерстве человека и ИИ, сохраняющем когнитивно-деятельностное ядро и этическую рефлексию.

Только осознанное внедрение ИИ обеспечит подготовку конкурентоспособных и ответственных врачей.

Литература/References:

1. Воронина Д.К. Нейронные сети в образовании: угрозы, вызовы и перспективы // Вестник РГПУ им. А.И. Герцена. – 2024. – № 212. – С. 126–136.

2. Скрипкина Ю.В. Принципы использования нейросетей в образовании: человекообразный подход // Вестник Института образования человека. – 2025. – №2. – С. 1-10.

3. Иванченко Д.А. Нейросетевые технологии в образовании: возможности и применение: методическое пособие. – Москва: Директ-Медиа, 2025. – 88 с.

4. Никишкина Е.В., Ларин С.Э., Белаш В.Ю. Нейросети и образование: положительные и отрицательные стороны, возможности использования // Педагогический вестник. – 2024. – № 32. – С. 54–58.

5. Землянухина Н.С. Использование нейросетей в контексте цифровизации образования: преимущества и риски // Гуманитарный научный журнал. – 2024. – №4, часть 2. – С. 70-76.

6. Леуцкий В.В. Использование нейросетей в образовании: возможности,

вызовы и проблемы конфиденциальности / В.В. Леуцкий // Издательский дом «Среда». – 2024. – 5 с.

7. Стрельников С.С., Вохминцев А.П., Каткова А.Л., Ушакова О.М. Информационное поведение и восприятие искусственного интеллекта студентами медицинского вуза // Проблемы современного образования. – 2025. – №2. – С. 122-137.

8. Алмазова Н.И., Халяпина Л.П. Когнитивно-деятельностные аспекты использования нейросетей в высшем образовании // Вестник Томского государственного университета. – 2025. – № 521. – С. 194–201.

9. Баймухамедов М.Ф., Еслямов С.Г. К вопросу о применении роботов в подготовке специалистов с высшим образованием // Актуальные научные исследования в современном мире. - 2020. - № 6-2(62). - С. 18-22.

13. Зайнуллина Г.И. Цифровизация обучения иностранным языкам: от онлайн-образования до использования нейросетей // Наука и образование: взаимодействие бизнеса и общества в условиях трансформации информационных процессов и технологий. Материалы Международной научно-практической конференции. В 3-х частях. - Казань, 2023. - С. 316-320.

14. Корнеева Н.Ю. Цифровая среда вуза в предметной подготовке педагогов профессионального обучения: искусственный интеллект и геймификация // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. Педагогические науки». - 2024. - Т. 16, № 3.- С. 82–90.

15. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

Глава 2.4.
**ТЕЛЕМЕДИЦИНА КАК ЭЛЕМЕНТ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА:
ИНТЕГРАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

Исаков Л. К.

*кандидат медицинских наук, доцент
заведующий кафедрой поликлинической терапии,
последипломной подготовки и сестринского дела
ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматривается роль телемедицины как неотъемлемого элемента современного учебного процесса в медицинских вузах. На основе анализа российского и зарубежного опыта, а также данных систематических обзоров, обосновывается необходимость системной интеграции телемедицинских компетенций в образовательные программы. Выделены ключевые направления использования телемедицины в обучении: преподавание основ электронного здравоохранения, формирование навыков виртуальной коммуникации и применение дистанционных образовательных технологий (телемастер-классы, телелекции, теленаставничество). Определены основные структурные компоненты учебного курса и перспективные направления развития.

Ключевые слова: телемедицина, медицинское образование, дистанционное обучение, webside manner, цифровые компетенции, учебный процесс.

**TELEMEDICINE AS AN ELEMENT OF THE EDUCATIONAL PROCESS:
INTEGRATION INTO MEDICAL EDUCATION**

Isakov L. K.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Head of the Department of Polyclinic Therapy,
Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The chapter examines the role of telemedicine as an integral element of the modern educational process in medical universities. Based on the analysis of Russian and foreign experience, as well as the data of systematic reviews, the necessity of the systemic integration of telemedicine competencies into educational programs is substantiated. The key areas of using telemedicine in education are highlighted: teaching the basics of electronic healthcare, forming the skills of virtual communication and the application of distance educational technologies (tele-master classes, tele-lectures, tele-mentoring). The main structural components of the training course and perspective directions of development are determined.

Keywords: telemedicine, medical education, distance learning, webside manner, digital competencies, and the educational process.

Введение

Современное здравоохранение претерпевает фундаментальные изменения, связанные с цифровой трансформацией. Телемедицина, основанная на использовании информационно-коммуникационных технологий для удаленного оказания медицинской помощи, стала неотъемлемым компонентом клинической практики. Пандемия COVID-19 послужила мощным катализатором, ускорившим внедрение телемедицинских решений в глобальном масштабе.

По оценкам, к 2026 году мировой рынок телемедицины достигнет 175 млрд. долларов [12]. При этом, несмотря на широкое распространение технологий, медицинские учебные программы зачастую не содержат структурированного обучения телемедицинским компетенциям, создавая разрыв между потребностями системы здравоохранения и уровнем подготовки будущих врачей. Данный нарративный обзор направлен на систематизацию современных подходов к интеграции телемедицины в образовательный процесс

медицинских вузов.

Стремительное внедрение информационно-телекоммуникационных технологий в здравоохранение объективно требует пересмотра подходов к подготовке будущих врачей.

Телемедицина, понимаемая как использование ИКТ для оказания медицинской помощи на расстоянии, стала не просто технологическим трендом, а повседневной реальностью клинической практики - от видеоконсилиумов до дистанционного мониторинга пациентов. Однако, как показывает анализ, в большинстве медицинских вузов системная подготовка студентов к работе в цифровой среде остается недостаточной, создавая разрыв между требованиями практического здравоохранения и содержанием образования.

Цель данной работы - систематизировать научные подходы к интеграции телемедицины в учебный процесс, выделить ключевые направления, структурные элементы и педагогические методы эффективного обучения студентов телемедицинским компетенциям.

Современное здравоохранение предъявляет к врачу требования, выходящие далеко за рамки традиционной клинической подготовки. Единая государственная информационная система, электронная запись к врачу, телемедицинское консультирование, видеосоветы - все это требует от специалиста уверенного владения как общими ИКТ, так и специальными телемедицинскими приложениями [1].

Как подчеркивается в исследованиях, «широкое внедрение и применение информационно-телекоммуникационных технологий в различные сферы здравоохранения объективно требует обучения будущих врачей навыкам использования основных телемедицинских методов». Более того, согласно зарубежным данным, телемедицина сегодня остается недостаточно представленной в учебных планах, что создает разрыв между глобальным технологическим прогрессом и уровнем подготовки будущих специалистов.

Структура и содержание телемедицинского обучения

Вопрос о том, чему именно следует обучать студентов в области телемедицины, является центральным в современной педагогической дискуссии. Качественное исследование, проведенное на основе интервью с 14 экспертами в области клинической практики, медицинского образования и медицинской информатики, позволило выделить три ключевых домена телемедицинского учебного плана [2].

Первый домен - учебные цели - предполагает формирование у студентов не только технических навыков, но и концептуального понимания роли телемедицины в современной системе здравоохранения. Как отметил один из экспертов: «Обучение телемедицине для студентов не должно рассматриваться как дополнительный курс для получения сертификата. Студентам необходимо четко понимать значимость этого обучения - как телемедицина повышает доступность и качество медицинской помощи» [3]. Важно, чтобы обучение было формально интегрировано в аккредитованные учебные программы с четкими стандартами преподавания.

Второй домен - содержание обучения - охватывает широкий спектр тем: нормативно-правовые и этические аспекты (защита данных, медицинская этика, лицензирование), коммуникативные навыки в виртуальной среде, техническую грамотность (работа с электронными медицинскими записями, платформами видеосвязи), а также клиническое применение телемедицины в различных областях - от первичной медико-санитарной помощи до специализированных направлений (кардиология, психиатрия, реабилитация) [11].

Третий домен - методы обучения - предполагает использование смешанного обучения, сочетающего теоретические модули с практическими занятиями: кейс-методом, симуляционными телеконсультациями и межпрофессиональным взаимодействием. Рекомендуемый объем такого курса - 8 занятий общей продолжительностью 16 часов [3].

Отечественный опыт в этой области демонстрирует аналогичные

подходы. Например, в Сеченовском университете разработана девятимесячная программа по телемедицинским технологиям объемом 256 часов, включающая модули по правовым, экономическим и клиническим аспектам телемедицины, дистанционному мониторингу и применению искусственного интеллекта. Программа синхронизирована с проектом «Персональные медицинские помощники» и включает виртуальные тренажеры для отработки практических навыков [4].

Анализ литературы позволяет выделить три основных направления использования телемедицины как элемента учебного процесса:

Преподавание основ телемедицины и электронного здравоохранения

Это направление предполагает создание самостоятельных учебных курсов, формирующих у студентов целостное представление о телемедицине как о системе. Такой подход впервые в России был реализован в Нижегородской государственной медицинской академии, где в 2014 году был организован элективный курс «Основы телемедицины и электронного здравоохранения» для студентов лечебного факультета [5].

Программа курса, разработанная в соответствии с требованиями ФГОС, была направлена на формирование компетенций, позволяющих работать с медико-технической аппаратурой, получать медицинскую информацию из интернета и применять современные ИКТ для решения профессиональных задач. Началу работы с курсом предшествовало анкетирование студентов, показавшее, что 97,2% опрошенных имеют дома компьютер, а 96,6% используют интернет для подготовки к занятиям - это свидетельствовало о высокой готовности студенческой аудитории к освоению телемедицинских дисциплин [4, 10].

Структура такого курса, согласно международным рекомендациям, должна включать три ключевых домена: учебные цели (понимание роли телемедицины, профессиональные компетенции, цифровая грамотность), стратегии обучения (смешанное обучение, интерактивные кейсы, симуляции) и

содержательное наполнение (правовые и этические аспекты, навыки виртуальной коммуникации, клиническое применение технологий) [6].

Одно из наиболее интенсивно развивающихся направлений - обучение студентов навыкам эффективной коммуникации в условиях дистанционного приема. Термин «websiteside manner» (по аналогии с традиционным «bedside manner») обозначает специфический набор навыков, необходимых для построения доверительных отношений с пациентом в виртуальной среде.

Систематический обзор, включивший 11 исследований с участием 809 студентов-медиков, показал, что целенаправленное обучение телемедицинским консультативным навыкам приводит к улучшению коммуникативных навыков (6 из 7 исследований), позитивно влияет на отношения «врач-пациент» и повышает уверенность студентов в проведении виртуальных консультаций [5, 12]. При этом авторы обзора подчеркивают, что без формального обучения телемедицинские консультации остаются для врачей серьезным барьером.

Особое внимание в таких тренингах уделяется передаче невербальных сигналов, эмпатии, поддержанию зрительного контакта в условиях видеосвязи - навыкам, которые не могут быть освоены без специальной симуляционной практики.

Телемедицина предоставляет мощный инструментарий для организации самого учебного процесса. Среди наиболее значимых форматов:

- **Телелекции** - дистанционные лекции ведущих профессоров из разных городов и стран, позволяющие собирать образовательные курсы «из кубиков», то есть компоновать учебный материал из отдельных высококвалифицированных выступлений. Как отмечается в практических отчетах, уже в 1997 году проводились первые телелекции из телемедицинского центра НЦССХ им. А.Н. Бакулева в регионы России [7].

- **Дистанционные мастер-классы** представляют собой инновационную форму обучения, основанную на трансляции хирургических вмешательств из операционных ведущих клиник. В рамках данного подхода осуществляется

подключение к видеопотокам, генерируемым камерами, установленными на шлеме хирурга, операционной лампе или на потолке операционной. Таким образом, обучающиеся получают возможность наблюдать за ходом операции в реальном времени, воспринимая информацию непосредственно через визуальные каналы хирурга. Более того, данная технология обеспечивает интерактивность обучения, позволяя студентам вступать в диалог с оперирующим хирургом, что способствует углубленному пониманию технических аспектов и принципов выполнения оперативных вмешательств.

- **Теленаставничество** представляет собой инновационный метод дистанционного контроля и консультативной поддержки молодых хирургов и диагностов, осуществляемый более опытными коллегами. Этот подход доказал свою высокую эффективность в освоении новейших технологий и методов диагностики, обеспечивая непрерывное профессиональное развитие и повышение квалификации медицинского персонала.

Интеграция теленаставничества в систему медицинского образования позволяет не только ускорить процесс адаптации молодых специалистов к современным клиническим стандартам, но и способствует более глубокому пониманию и практическому применению передовых методик диагностики и хирургического вмешательства. Данный подход обеспечивает постоянный доступ к экспертным знаниям и опыту, что является ключевым фактором в повышении качества медицинской помощи и улучшении клинических исходов.

- **Видеоконсилиумы** как инновационная форма медицинского образования. Участие студентов в дистанционных врачебных консилиумах представляет собой перспективную и инновационную стратегию обучения, позволяющую интегрировать передовые методы клинической практики в образовательный процесс. Данная форма взаимодействия обеспечивает студентам возможность наблюдать за процессом формирования клинического мышления у высококвалифицированных специалистов, а также анализировать различные диагностические и терапевтические подходы. Это способствует

углублению теоретических знаний, развитию аналитических и критических навыков, а также формированию целостного представления о современных стандартах медицинской помощи.

Обобщая опыт разработки телемедицинских курсов в России и за рубежом, можно выделить следующие структурные компоненты [8, 12]:

Фундаментальные понятия

- история и развитие телемедицины
- преимущества, вызовы и этические аспекты
- место телемедицины в системе здравоохранения

Правовые и этические рамки

- конфиденциальность и безопасность данных
- лицензионные требования и нормативные акты
- этические аспекты дистанционного взаимодействия

Коммуникативные навыки

- вербальная и невербальная коммуникация в виртуальной среде
- передача эмпатии в условиях отсутствия физического контакта
- сбор анамнеза и ведение приема онлайн

Техническая компетентность

- работа с электронными медицинскими записями
- использование видео-конференц-связи и телемедицинских платформ
- базовое устранение неполадок

Клиническое применение

- телемедицина в отдельных специальностях
- профилактика и дистанционный мониторинг
- организация дистанционных консультаций и консилиумов

Важно, что, согласно исследованиям, студенты предпочитают практико-ориентированные форматы обучения, включая симуляции и работу с кейсами, а не только лекционный материал.

Роль телемедицины в научно-исследовательской работе студентов

Телемедицинские технологии могут быть эффективно интегрированы не только в учебный, но и в научно-исследовательский процесс. Как отмечается в работах российских авторов, использование телемедицинских технологий предлагается в качестве одного из эффективных методов организации научной работы студентов.

При этом система НИРС (научно-исследовательской работы студентов) включает три основные формы: научную работу, встроенную в учебный процесс (изучение литературы, подготовка рефератов и докладов), научные исследования, дополняющие учебный процесс (олимпиады, конференции, кружковая работа), и исследования, параллельные учебному процессу (участие в плановых научных проектах). Телемедицина органично интегрируется в каждую из этих форм, предоставляя студентам доступ к уникальным клиническим данным и возможность участия в дистанционных научных проектах.

Проблемы и перспективы интеграции

Несмотря на очевидные преимущества, интеграция телемедицины в учебный процесс сталкивается с рядом барьеров:

- недостаток инфраструктуры - как в российских, так и в зарубежных исследованиях отмечается ограниченность технического оснащения для полноценного обучения телемедицинским навыкам;
- дефицит подготовленных кадров - нехватка преподавателей, владеющих как клинической, так и цифровой компетенцией;
- методологическая неопределенность - отсутствие единых стандартов и валидированных инструментов оценки телемедицинских компетенций;
- нормативные ограничения - законодательные барьеры для использования некоторых телемедицинских форматов в образовании.

Перспективные направления развития включают в себя следующие аспекты:

- разработка междисциплинарных образовательных программ, интегрирующих медицинские и IT-компетенции, что позволит создать синергетический эффект и обеспечить более высокий уровень подготовки специалистов.
- активное внедрение симуляционных технологий и алгоритмов искусственного интеллекта в процесс обучения телемедицинским навыкам, что способствует повышению точности и эффективности практической подготовки.
- формирование системы непрерывного образования в области телемедицины на всех этапах подготовки медицинского специалиста, начиная с бакалавриата и заканчивая непрерывным профессиональным развитием, что обеспечит постоянное совершенствование профессиональных компетенций и адаптацию к новым научным и технологическим достижениям.

Заключение

Телемедицина перестала быть узкоспециализированной областью — она стала неотъемлемой частью современной медицинской практики и, соответственно, медицинского образования. Интеграция телемедицинских технологий в учебный процесс решает двуетадивную задачу: с одной стороны, она формирует у студентов навыки, необходимые для работы в цифровом здравоохранении, с другой - сама выступает как эффективный образовательный инструмент, расширяющий доступ к знаниям ведущих специалистов.

Опыт российских и зарубежных вузов показывает, что наиболее эффективным является системный подход, включающий создание специализированных учебных курсов, симуляционное обучение навыкам виртуальной коммуникации и широкое использование дистанционных образовательных форматов [9, 13]. Дальнейшее развитие этого направления требует совершенствования нормативной базы, подготовки преподавательских кадров и разработки единых стандартов оценки компетенций в области телемедицины.

Приоритетными направлениями дальнейшего развития являются:

разработка стандартизированных учебных планов на основе международного опыта и локальных особенностей; создание валидных инструментов оценки телемедицинских компетенций; активное внедрение симуляционных технологий, включая дополненную реальность и виртуальные тренажеры; подготовка преподавательского состава к работе с новыми технологиями; гармонизация образовательных программ с требованиями аккредитации и реальной клинической практики. Дальнейшие исследования должны быть направлены на объективную оценку эффективности телемедицинского обучения с использованием контролируемых дизайнов и валидированных инструментов измерения.

Литература/References:

1. Дистанционное обучение как основные виды телемедицинских услуг // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2019. - № 2.
2. Беляков В. К. Становление и развитие телемедицинских технологий // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2006. - №4. - С. 73-75.
3. Леванов В. М., Занозина О. В. Опыт дистанционного преподавания эндокринологии с использованием телемедицинских технологий // Сахарный диабет. - 2007. - №3. - С. 62-66.
4. Рубцова Е.В. Повышение качества образовательного процесса иностранных учащихся с помощью информационных компьютерных технологий // Образование. Инновации. Качество : материалы V Международной научно-методической конференции. – 2012. – С. 44-47.
5. Телемедицинские технологии в клинической практике и медицинском образовании // Вестник РУДН. – 2020. – С.42-46.
6. Снегирева Л.В. Современное состояние проблемы дидактического обеспечения электронного обучения в высшей школе // Балтийский гуманитарный журнал. - 2017. - Т. 6. - № 4 (21). - С. 398-401.
7. Ахременко Я.А., Слепцов А.П., Пальшин Г.А. Современные подходы к

организации научно-исследовательской работы студентов в условиях инновационного развития вуза // Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова. – 2010. – 126 с.

8. Анищенко П. Н. Использование телемедицинских технологий –фактор снижения затрат для пациентов и повышения квалификации медработников // Системная интеграция в здравоохранении. – 2011. –№12. - С. 4-17.

9. Такоева З. А. Телемедицинские технологии в здравоохранении и науке // Владикавказский медико-биологический вестник. - 2011. - №19.- С. 117-122.

10. Кудряшов Ю. Ю., Атьков О. Ю. Возможности современных информационных и телемедицинских технологий для организации работы врача общей практики // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 24-28.

11. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

12. Акименко, Г. В Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования : материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 13 декабря 2017 г.). - Кемерово, 2017. - С. 74–77.

13. Developing a structured telemedicine curriculum for medical students: a qualitative study based on expert interviews // BMC Medical Education. – 2025. – Vol. 26. – P. 50.

Раздел III. СИСТЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ И ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Глава 3.1.

ПОРТФОЛИО ДОСТИЖЕНИЙ СТУДЕНТА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННОМУ ЗАЧЕТУ: ПРОКТОРИНГ КОМПЕТЕНЦИЙ VS РЕТРОСПЕКТИВА ЗНАНИЙ

Федосеева И. Ф.

*кандидат медицинских наук,
доцент кафедры неврологии, нейрохирургии,
медицинской генетики и медицинской реабилитации,
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»*

Акименко Г. В.

*кандидат исторических наук, доцент,
доцент кафедры клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматривается проблема перехода от традиционного зачета, проверяющего знания, к модели «прокторинга компетенций», оценивающей развитие профессиональных и общих навыков студента через портфолио. Портфолио позволяет отслеживать динамику компетенций на протяжении всего обучения, включая критическое мышление и применение знаний на практике. В отличие от ретроспективного тестирования, прокторинг компетенций оценивает совокупность выполненных проектов, задач и рефлексивных отчетов, что дает работодателю реальную картину готовности выпускника. Обсуждаются структура портфолио и использование электронных платформ для учета достижений студентов.

Ключевые слова: портфолио достижений, зачет, компетентностный подход, оценка в высшей школе, прокторинг компетенций, индивидуализация обучения, цифровой след студента.

**STUDENT ACHIEVEMENT PORTFOLIO AS AN ALTERNATIVE
TO TRADITIONAL CREDIT: COMPETENCY PROCTORING
VS KNOWLEDGE RETROSPECTIVE*****Fedoseeva I. F.***

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery,
Medical Genetics and Medical Rehabilitation,
Kemerovo State Medical University*

Akimenko, G.V.

*Associate Professor of the Department of Psychiatry,
Medical Psychology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The chapter discusses the problem of transition from a traditional test of knowledge to a model of «competency proctoring», which assesses the development of a student's professional and general skills through a portfolio. The portfolio allows for tracking the dynamics of competencies throughout the entire learning process, including critical thinking and the application of knowledge in practice. Unlike retrospective testing, competency proctoring evaluates the combination of completed projects, tasks, and reflective reports, providing employers with a realistic picture of a graduate's readiness. The structure of the portfolio and the use of electronic platforms for recording students' achievements are being discussed.

Keywords: portfolio of achievements, test, competency-based approach, assessment in higher education, competency proctoring, individualization of learning, and the digital footprint of a student.

Введение

Традиционная зачетная система, унаследованная современным российским образованием от советской модели, долгое время считалась удобным инструментом «допуска» к экзаменам. Однако переход на Федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС 3++),

базирующиеся на компетентностном подходе, обнажил фундаментальное противоречие: зачет проверяет *знание фактов*, а требует оценки *способности действовать*.

В педагогической науке и практике назревает вопрос: насколько правомерно оценивать семестровую работу студента одночасовой беседой с экзаменатором или выполнением теста? Альтернативой выступает портфолио достижений - накопительная система оценки, фиксирующая динамику учебных и внеучебных результатов.

Цель исследования - теоретически обосновать и эмпирически проверить возможность замены традиционного зачета на процедуру защиты портфолио в условиях компетентностной парадигмы.

В современном образовании все чаще звучит призыв к переосмыслению традиционных форм оценки знаний. Зачет, как правило, сводится к проверке усвоенного материала в определенный момент времени, зачастую в стрессовой обстановке. Однако, насколько полно он отражает реальные навыки и компетенции студента, его способность применять знания на практике? В поисках более эффективных и объективных методов оценки, на первый план выходят такие понятия, как портфолио достижений студента и прокторинг компетенций, противопоставляемые традиционной ретроспективе знаний.

Традиционный зачет, будь то устный опрос, письменная работа или тестирование, в своей основе является ретроспективой знаний. Это означает, что он направлен на оценку того, что студент знает и помнит на момент проверки. Основные характеристики ретроспективы знаний:

Фокус на фактах и теории: оценивается способность воспроизводить информацию, формулировать определения, отвечать на теоретические вопросы.

Моментальная оценка: результат фиксируется в конкретный день и час, не учитывая динамику развития студента.

Риск «натаскивания»: студенты могут целенаправленно готовиться к конкретным вопросам, не всегда глубоко понимая материал.

Субъективность оценки: в случае устных зачетов, оценка может зависеть от личного впечатления преподавателя.

Ограниченная применимость: не всегда позволяет оценить, как студент сможет применить полученные знания в реальных ситуациях.

Несмотря на свои недостатки, ретроспектива знаний имеет и свои преимущества. Она позволяет быстро и относительно объективно оценить базовый уровень усвоения материала, что важно для формирования фундаментальных знаний.

Портфолио достижений студента – это систематизированный сборник работ, проектов, достижений и рефлексивных записей, демонстрирующий прогресс студента в освоении конкретной дисциплины или программы в целом. Это не просто «папка с документами», а динамичный инструмент, отражающий путь развития студента.

Прокторинг компетенций – это процесс оценки, который фокусируется не на том, что студент знает, а на том, что он умеет делать и как он применяет свои знания в различных контекстах. Портфолио достижений является ключевым инструментом для реализации прокторинга компетенций.

Как портфолио достижений реализует прокторинг компетенций?

- Демонстрация практических навыков: портфолио может включать в себя примеры выполненных проектов, программный код, презентации, научные статьи, творческие работы, отчеты о стажировках, отзывы работодателей и т.д. Это наглядно показывает, как студент применяет теоретические знания на практике.

- Оценка процесса, а не только результата: в портфолио могут быть представлены черновики, промежуточные этапы работы, рефлексивные записи о трудностях и способах их преодоления. Это позволяет оценить не только конечный продукт, но и ход мысли, способность к самоанализу и решению проблем.

- Индивидуальный подход: портфолио позволяет студенту

продemonстрировать свои сильные стороны и уникальные достижения, которые могут быть не учтены в рамках стандартного зачета.

- Развитие саморефлексии: создание портфолио требует от студента анализа своей деятельности, постановки целей и оценки своего прогресса. Это способствует развитию критического мышления и самосознания.

- Долгосрочная перспектива: портфолио может накапливаться на протяжении всего обучения, демонстрируя динамику развития студента и его готовность к профессиональной деятельности.

- Оценка «мягких навыков»: через описание проектов, командной работы, презентаций можно оценить такие важные компетенции, как коммуникабельность, лидерство, умение работать в команде, ответственность.

Портфолио достижений как альтернатива зачету:

преимущества и вызовы

Преимущества:

- более полное и объективное представление о студенте: портфолио дает многогранную картину знаний, навыков и личностных качеств.

- мотивация к активной деятельности: студенты заинтересованы в создании качественного портфолио, что стимулирует их к более глубокому изучению материала и практической деятельности.

- развитие навыков самопрезентации и рефлексии: студенты учатся анализировать свою работу, формулировать свои достижения и представлять их в выгодном свете.

- снижение стресса: оценка происходит не в один критический момент, а постепенно, в процессе накопления материалов.

- актуальность для рынка труда: портфолио является привычным инструментом для работодателей при оценке кандидатов.

- гибкость и адаптивность: портфолио может быть адаптировано под специфику различных дисциплин и образовательных программ.

Прокторинг компетенций, реализуемый через портфолио, выходит за

рамки оценки только академических знаний. Он позволяет оценить:

- способность к обучению на протяжении всей жизни: портфолио демонстрирует, как студент самостоятельно осваивает новые знания и навыки, адаптируется к меняющимся требованиям.
- навыки решения проблем: представленные проекты и рефлексивные записи показывают, как студент анализирует проблемы, ищет пути их решения и достигает результатов.
- креативность и инновационность: творческие проекты, нестандартные подходы к решению задач, оригинальные идеи, зафиксированные в портфолио, свидетельствуют о креативном потенциале студента.
- профессиональную этику и ответственность: отзывы от руководителей проектов, работодателей, а также самооценка студента могут отражать его отношение к работе, соблюдение сроков и этических норм.
- навыки самоорганизации и тайм-менеджмента: структурированность портфолио, своевременное предоставление материалов, планирование своей деятельности — все это косвенно свидетельствует о развитых навыках самоорганизации.

Вызовы:

- разработка критериев оценки: необходимо четко определить, какие элементы портфолио будут оцениваться и по каким критериям.
- трудоемкость для преподавателей: проверка и оценка портфолио требует больше времени и усилий со стороны преподавателей по сравнению с традиционными формами.
- стандартизация: обеспечение сопоставимости портфолио разных студентов может быть сложной задачей.
- техническая поддержка: для эффективного создания и хранения портфолио могут потребоваться соответствующие цифровые платформы.
- вовлеченность студентов: не все студенты могут сразу оценить важность портфолио и подходить к его созданию ответственно.

- предотвращение плагиата и фальсификации: необходимо разработать механизмы для проверки подлинности представленных материалов.

Кризис традиционного зачета: эмпирическая реальность

Проведенный в 2023–2024 гг. опрос 150 студентов и 30 преподавателей (Кемеровский государственный медицинский университет) выявил системные дефекты классического зачета:

1. **Фиктивность («автоматы»).** 72% студентов признались, что получали зачет «автоматом» за посещение, без реальной проверки знаний.

2. **Эффект краткосрочной памяти.** Заученный к зачету материал забывается в течение 1–2 недель (подтверждается данными отсроченного тестирования).

3. **Высокая субъективность.** Разброс оценок за один и тот же ответ при разных зачетных комиссиях достигает 30%.

Потеря мотивации. Система «сдал/не сдал» не стимулирует к углубленному изучению предмета после завершения курса. Таким образом, зачет превращается в ритуал, не коррелирующий с реальной сформированностью компетенций.

Теоретическое обоснование портфолио как альтернативы

Понятие «портфолио» пришло в педагогику из проектного менеджмента и изобразительных искусств. В образовательном контексте под портфолио понимается целенаправленная коллекция работ студента, демонстрирующая его усилия, прогресс и достижения в одной или более областях [1].

Для целей замены зачета наиболее релевантен рабочий (процессный) тип портфолио, включающий:

- обязательный блок: выполненные лабораторные работы, кейсы, расчетно-графические задания с фиксацией правок (черновики → итоговая версия).

- блок лучших работ: эссе, проекты, презентации, получившие высокую оценку.

- рефлексивный блок: самоанализ (что было трудно, какие компетенции сформированы).
- блок подтверждений: сертификаты вебинаров, участие в конференциях, акты внедрения (для прикладных дисциплин).

Таблица 1. - Сравнительный анализ функций

Критерий	Традиционный зачет	Портфолио достижений
Объект оценки	Знания на момент зачета	Динамика компетенций за семестр
Роль студента	Пассивный отвечающий	Активный автор, рефлексия
Учет ошибок	Штрафная санкция	Часть процесса обучения (работа над ошибками)
Валидность	Низкая (случайный билет)	Высокая (совокупность артефактов)
Охват внеучебной работы	Не учитывается	Полностью интегрирован
Цифровой след	Отсутствует	Фиксируется в LMS/облаке

Модель процедуры «Зачет на основе портфолио»

На основе анализа зарубежного опыта (European e-Portfolio Initiative) [9] и российской практики (СПбПУ Петра Великого, ТюмГУ) [7] предложена следующая модель:

Этапы проведения зачета по дисциплине через портфолио:

1. Стартовый инструктаж (1-я неделя семестра): преподаватель выдает таксономию артефактов, которые необходимо собрать (например: 5 решенных кейсов, 2 эссе, 1 запись учебного подкаста, отчет по проекту).

2. Накопление (2–17-я недели): студент загружает работы в цифровое портфолио (на платформе Moodle, Google Sites или специализированном сервисе). Каждая работа может быть прокомментирована преподавателем.

3. Промежуточная рефлексия (10-я неделя): мини-защита прогресса (15% от итога).

4. Итоговая защита (18-я неделя): 10-минутная презентация портфолио перед комиссией (или в формате собеседования с преподавателем). Критерии:

- Полнота выполнения обязательного минимума (проходной балл).
- Качество рефлексии (анализ ошибок, выводы).
- Презентационные навыки.
- Внешние подтверждения (участие в олимпиадах и т.п.).

Важное отличие: нет единого билета. Студент сам выбирает, какие работы из портфолио он выносит на защиту как доказательства освоения каждой заявленной компетенции.

Пилотное исследование и результаты

В осеннем семестре 2024/2025 учебного года на базе Института педагогики и психологии (n=78 студентов, дисциплина «Современные средства оценивания результатов обучения») было проведено сравнительное исследование [2, 4].

Дизайн:

- Группа А (n=38) - традиционный зачет (тест + устный опрос).
- Группа Б (n=40) - зачет на основе портфолио достижений.

Результаты:

1. Академическая успеваемость (отсроченный срез через 3 месяца):

- Гр. А: удержано 58% материала.
- Гр. Б: удержано 83% материала ($p < 0.01$, t-критерий Стьюдента).

2. Удовлетворенность процедурой (опрос):

- «Оценка была справедливой»: Гр. А - 44%, Гр. Б - 89%.
- «Я вижу практическую пользу от дисциплины»: Гр. А - 37%, Гр. Б -

91%.

3. Трудоемкость для преподавателя:

- Традиционный зачет: 15 минут на студента.
- Зачет-портфолио: 8 минут на презентацию + 15 минут на просмотр работ в семестре (распределенная нагрузка). Общее время выросло на 20%, но качество обратной связи- несопоставимо выше.

4. Академическая честность: В группе Б не зафиксировано случаев плагиата (в отличие от 8% в группе А, где студенты использовали шпаргалки). Портфолио предполагает персонализированные задания, что исключает копирование.

Обсуждение: ограничения и риски

Несмотря на очевидные преимущества, внедрение портфолио вместо зачета сталкивается с проблемами:

- Инфраструктурной: требуется цифровая платформа (LMS) и навыки работы с ней у преподавателей (40% в нашем опросе сообщили о дефиците цифровой грамотности) [3].
- Сопротивление: студенты, привыкшие к «зачетам-автоматам», воспринимают портфолио как дополнительную нагрузку.

Необходима разъяснительная работа.

- Нормативно-правовая: действующие локальные акты вузов часто требуют фиксации оценки на зачете в бинарной системе («зачет/незачет»). Портфолио требует внесения изменений в «Положении о текущем контроле».

Однако указанные ограничения носят организационный, а не сущностный характер. Принципиально важно, что портфолио позволяет измерять то, что трудно измерить зачетом: способность к самоорганизации, рефлексии, коммуникации, креативность [5, 6].

Для успешного внедрения портфолио достижений как альтернативы традиционному зачету, необходимо продумать конкретные механизмы его формирования и оценки. Это может включать:

- определение структуры портфолио: четкое определение разделов, которые должны быть представлены (например, академические достижения, проектная деятельность, внеучебная активность, самоанализ, отзывы).
- разработку методических рекомендаций: предоставление студентам подробных инструкций по созданию портфолио, включая примеры работ, требования к оформлению и критерии оценки.
- использование цифровых платформ: применение специализированных онлайн-сервисов или образовательных платформ, которые позволяют студентам загружать свои работы, организовывать их и делиться ими с преподавателями. Это также облегчает процесс проверки и хранения.
- интеграцию с учебным процессом: портфолио не должно быть чем-то отдельным от обучения. Элементы портфолио могут формироваться в ходе выполнения текущих заданий, курсовых работ, участия в конференциях и олимпиадах.
- регулярную обратную связь: преподаватели должны предоставлять студентам обратную связь по их портфолио на протяжении всего семестра, а не только в конце, что помогает студентам корректировать свою работу и лучше понимать ожидания.
- разнообразие форм представления: портфолио может включать не только текстовые документы, но и мультимедийные материалы: видеопрезентации, аудиозаписи, интерактивные проекты, демонстрации программного кода.
- коллективное обсуждение и рецензирование: включение элементов взаимного рецензирования работ студентов или публичных презентаций элементов портфолио может способствовать развитию критического мышления и навыков обратной связи.

Заключение

Переход от ретроспективы знаний к прокторингу компетенций через портфолио достижений – это не просто смена формы оценки, а изменение

парадигмы образования. Это движение от пассивного усвоения информации к активному развитию навыков, от оценки «что знаешь» к оценке «что можешь». Портфолио достижений, как инструмент прокторинга компетенций, позволяет более полно, объективно и мотивирующе оценить студента, подготовив его к реалиям современного мира, где ценятся не столько знания сами по себе, сколько умение их применять и постоянно развиваться.

Внедрение таких подходов требует осмысления, разработки новых методик и готовности к изменениям как со стороны преподавателей, так и со стороны студентов, но потенциальные выгоды для качества образования и готовности выпускников к профессиональной деятельности неоспоримы. Традиционный зачет как форма разовой проверки знаний не соответствует методологии компетентностного подхода и провоцирует формализм в обучении.

При успешной реализации, в том числе с использованием электронных форматов и четких критериев, портфолио способно стать объективным и достоверным отражением профессиональной готовности выпускника, предоставляя возможность перейти от контроля знаний к полноценной оценке сформированности компетенций. Эмпирически подтверждено, что зачет на основе портфолио повышает долгосрочную сохранность учебного материала (на 25% по сравнению с традиционным) и удовлетворенность студентов оценочной процедурой (с 44% до 89%) [1, 7].

Литература/References:

1. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

2. Болотов, В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от идеи к

образовательной программе // Педагогика. – 2018. – № 10. – С. 8–14.

3. Пинская, М. А. Портфолио как инструмент оценивания: возможности и ограничения // Вопросы образования. – 2016. – № 2. – С. 236–249.

4. Зимняя, И. А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентного подхода в образовании. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2020. – 42 с.

5. Акименко, Г. В. Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования : материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 13 декабря 2017 г.). - Кемерово, 2017. - С. 74–77.

6. Кравченко Е.В. Портфолио в системе профессиональных достижений студентов // Сибирский педагогический журнал. - 2012. - № 7. - С. 120-124.

7. Миронов Д.Ф. Структура портфолио студента в контексте компетентностно-ориентированного подхода к обучению // Вестник СПбГУКИ. - 2016. - № 4 (29). - С. 162-166.

8. Portfolio Assessment in Higher Education // Ericae.net. 2026. [Электронный ресурс]. URL: <https://ericae.net/portfolio-assessment-in-higher-education/>

Глава 3.2.

**РОЛЬ ЛИЧНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ-КЛИНИЦИСТА
В ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТА****Яковлев А. С.**

*старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Яковлева А. А.

*преподаватель кафедры психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе рассматривается ключевая роль личности преподавателя-клинициста в процессе профессионализации студентов медицинских вузов. Обосновывается, что формирование профессиональной идентичности будущего врача происходит не только через передачу знаний и навыков, но и через личностное взаимодействие, ролевое моделирование и эмоциональное заражение. В рамках настоящего исследования предлагается концептуальная модель профессиональной деятельности врача, интегрирующая три ключевых компонента: клиническую компетентность, педагогическую рефлексию и этико-деонтологическую позицию. Данная модель призвана обеспечить более глубокое понимание роли врача как наставника, способного не только оказывать медицинскую помощь, но и передавать свои знания и опыт будущим поколениям специалистов.

Ключевые слова: преподаватель-клиницист, профессионализация, профессиональная идентичность, наставничество, клиническое мышление, медицинская педагогика.

**THE ROLE OF THE CLINICAL
TEACHER'S PERSONALITY IN THE PROFESSIONAL
DEVELOPMENT OF STUDENTS**

Yakovlev A. S.

Senior Lecturer at the Department of Psychiatry and Narcology

Yakovleva A. A.

*Lecturer at the Department of Psychiatry and Narcology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The chapter discusses the key role of the personality of a clinical teacher in the process of professionalization of medical students. It is substantiated that the formation of the professional identity of a future doctor occurs not only through the transfer of knowledge and skills, but also through personal interaction, role modeling, and emotional infection. A model of «doctor as a mentor» is proposed, which includes clinical competence, pedagogical reflection, and an ethical and deontological position.

Keywords: clinical teacher, professionalization, professional identity, mentoring, clinical thinking, medical pedagogy.

Актуальность

Профессионализация студента медицинского университета - это сложный, многоуровневый процесс, включающий не только усвоение теоретических знаний и практических манипуляций, но и интернализацию ценностей медицинского сообщества, формирование клинического мышления и эмоционально-волевой устойчивости.

В условиях перехода к практико-ориентированному обучению (модель ключевой фигурой становится преподаватель-клиницист - врач, совмещающий терапевтическую практику с педагогической деятельностью у постели больного).

Современные исследования, представленные в трудах Д.А. Исаева и Н.В. Бурковой, демонстрируют, что до 70% профессиональных установок студентов формируются не через лекционные материалы, а посредством наблюдения за поведением клинициста в реальных клинических условиях [1]. Однако, несмотря на очевидную значимость данного аспекта, проблема личностной

готовности преподавателя к выполнению этой ключевой роли остается недостаточно изученной и требует более глубокого теоретического и эмпирического анализа.

Цель исследования

Определить и систематизировать личностные характеристики преподавателя-клинициста, оказывающие решающее влияние на успешность профессионализации студента, и предложить практические рекомендации по развитию этих качеств.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии (2023–2024 гг.). Использован смешанный дизайн:

- Теоретический анализ педагогической и психологической литературы.
- Эмпирическая часть: анкетирование 120 студентов 3–5 курсов лечебного факультета и 30 преподавателей-клиницистов.

Методики: опросник «Личность наставника» (адаптированный вариант), Шкала оценки профессиональной идентичности (M. R. Jackson), контент-анализ эссе «Мой идеальный клинический педагог» [5].

- Наблюдение (включенное) за 20 учебными обходами и клиническими разборами.

Результаты

В результате факторного анализа были выделены интегральные компоненты личности преподавателя-клинициста, влияющих на профессионализацию студента.

К важным личностным качествам относятся:

- эмпатия (эмоциональная отзывчивость на переживания студента);
- педагогический такт (умение сохранять личное достоинство, не ущемляя самолюбие обучающихся);
- педагогическая зоркость (способность видеть перспективы развития каждого студента);

- педагогический оптимизм (вера в силы и возможности каждого);
- педагогическая рефлексия (самоанализ собственной деятельности).

В числе ключевых профессиональных компетенций следует выделить: фундаментальное владение предметной областью, подтвержденное клиническим опытом, а также высокую степень адаптивности к непрерывному процессу самообразования и профессионального роста, направленного на совершенствование врачебного мастерства.

Клиническая компетентность и «врачебная интуиция»

В результате проведенного исследования было выявлено, что 86% респондентов придают особое значение не столько фактическому знанию преподавателем стандартов лечения, сколько его способности демонстрировать процесс клинического рассуждения. Этот аспект проявляется в следующих утверждениях: «Я вижу, как он думает» и «Он объясняет, почему выбрал этот, а не другой тест». Данный феномен имеет прямое влияние на формирование клинического мышления, которое является ключевым компонентом профессионализации будущих специалистов в области медицины.

Эмоциональная регуляция и эмпатия как образец

Преподаватель-клиницист функционирует в условиях высокой неопределенности и эмоционального напряжения, что требует от него высокого уровня профессиональной компетентности и эмоциональной устойчивости. Наблюдение за преподавателем, демонстрирующим спокойствие и эмпатию в процессе диалога с пациентом, находящимся в критическом состоянии, оказывает существенное воздействие на студентов [3].

Личный пример эмоциональной стабильности преподавателя является критически важным фактором, оказывающим значительное влияние на процесс обучения и развитие студентов. Этот феномен можно рассматривать с точки зрения профессиональной коммуникации и педагогической психологии, а также через призму теории эмоционального интеллекта. В данном контексте эмоциональная компетентность преподавателя приобретает первостепенное

значение, поскольку она напрямую влияет на формирование у студентов навыков межличностного взаимодействия, эмоционального регулирования и эмпатии.

На основании данных, полученных в ходе эмпирических исследований, можно констатировать, что студенты, наблюдающие за поведением, демонстрирующим эмоциональную устойчивость, в 2,3 раза более склонны к применению эффективных стратегий совладания со стрессовыми ситуациями по сравнению с теми, кто предпочитает избегать подобных ситуаций или проявляет циничное отношение [2]. Личный пример эмоциональной стабильности преподавателя оказывает значительное влияние на снижение вероятности развития синдрома эмоционального выгорания среди обучающихся [4, 5].

Дидактическая позиция: наставник vs. «эксперт-судья»

Выявлена значимая корреляция ($r=0.72$, $p < 0.01$) между стилем преподавания и уровнем профессиональной идентичности студента.

- Авторитарный тип («делай как я, иначе ошибка») вызывает тревожность и ригидность мышления.

Тип «наставник», характеризующийся обоснованием ошибок, совместным поиском решений и признанием собственных сомнений, способствует развитию профессиональной рефлексии. Этот подход стимулирует осознание и анализ профессиональных действий, что, в свою очередь, повышает уровень ответственности за результаты работы [3].

Таблица 1 – Сравнение ролевых позиций преподавателя-клинициста.

Критерий	Позиция «Эксперт»	Позиция «Клинический наставник»
Основная цель	Контроль правильности действий	Развитие клинического суждения

Критерий	Позиция «Эксперт»	Позиция «Клинический наставник»
Реакция на ошибку	Фиксация ошибки + санкция	Анализ логики ошибки + коррекция
Демонстрация знаний	Готовые алгоритмы	Показ собственного поиска решения
Результат для студента	Исполнительность / страх	Самостоятельность / интерес

Источник: составлено авторами.

Обсуждение

Полученные данные согласуются с теорией социального научения А. Бандуры: студент присваивает не только инструментальные навыки, но и ценностно-смысловые ориентиры врачебной деятельности. Личность преподавателя становится «эталонным объектом» для идентификации.

Особого внимания заслуживает феномен «скрытой учебной программы» - совокупность неявных, не документированных знаний, норм, ценностей и моделей поведения, которые обучающиеся усваивают в процессе формального образования, но которые не прописаны в официальной учебной программе. Это то, чему учат не через прямые инструкции, а через сам ход обучения, организационный порядок учебного заведения, взаимодействие участников образовательного процесса и окружающую среду. Циничные комментарии о пациентах, игнорирование этических норм или формальное отношение к боли - эти паттерны, демонстрируемые клиницистом, разрушают гуманистическую профессионализацию быстрее, чем любые лекции о деонтологии [4, 6].

Особенности

- **Непреднамеренность.** Многие аспекты скрытой учебной программы усваиваются неосознанно, что может создавать сложности для

обучающиеся с ограниченной социальной осведомлённостью.

- **Влияние на социальное положение.** Посредством скрытой учебной программы может передаваться культурный капитал, который закрепляет социальное положение индивида.

- **Критика.** Некоторые исследователи считают, что скрытая учебная программа может усиливать социальное неравенство и служить инструментом культурного воспроизводства. Также её иногда рассматривают как механизм структурного доминирования и символического насилия.

- **Позитивный аспект.** На основе анализа данных, полученных в результате эмпирических исследований, можно констатировать, что в системе высшего образования скрытая учебная программа играет ключевую роль в формировании профессиональной идентичности и успешной социализации студентов в академическом сообществе.

Исследования феномена продолжаются, в том числе в контексте цифровизации образования и гендерных, этнических и других форм неравенства

На основании вышеизложенного можно констатировать, что актуальной задачей является разработка и внедрение комплексной программы психолого-педагогической подготовки медицинских специалистов. Данная программа должна включать следующие ключевые компоненты:

1. Проведение специализированных тренингов, направленных на развитие навыков педагогической рефлексии и эффективной коммуникации в рамках диадического взаимодействия «врач-студент». Эти тренинги должны быть ориентированы на формирование у клиницистов способности к осознанию и анализу собственной педагогической деятельности, а также на развитие навыков эмпатического и конструктивного общения с учащимися.

2. Организация системы супервизии наставнической деятельности, которая позволит обеспечить систематический мониторинг и оценку качества педагогической работы медицинских преподавателей. Супервизия должна

включать элементы обратной связи, направленные на выявление и устранение профессиональных дефицитов, а также на стимулирование профессионального роста и развития наставников.

3. Внедрение системы поощрительных мер, направленных на создание и поддержание психологически безопасной клинической среды для студентов. Данная система должна включать как материальные, так и нематериальные стимулы, такие как признание заслуг, профессиональное развитие и карьерный рост преподавателей, активно участвующих в создании благоприятной образовательной среды [3, 7].

Реализация данных мероприятий позволит значительно повысить качество подготовки будущих медицинских специалистов, способствуя формированию у них не только профессиональных компетенций, но и способности к эффективной педагогической деятельности.

Заключение

Преподаватель-клиницист, являясь ключевым элементом образовательной системы медицинского вуза, играет фундаментальную роль в формировании профессиональной идентичности студентов. Он не только выполняет функцию транслятора специализированных знаний, но и выступает в качестве проводника культурных, этических и поведенческих стандартов, что способствует развитию у студентов устойчивой профессиональной идентичности.

Эффективность образовательного процесса во многом определяется клинической компетентностью преподавателя, его педагогическим талантом и высокими моральными качествами. В связи с этим медицинские вузы должны уделять первостепенное внимание развитию и поддержке данных качеств у профессорско-преподавательского состава. Это требует комплексного подхода, включающего регулярное повышение квалификации, внедрение современных методик преподавания и создание благоприятной профессиональной среды, способствующей личностному и профессиональному росту преподавателей.

Литература/References:

1. Исаев, Д. А., Смирнова, Л.А. Влияние личности клинического руководителя на формирование профессиональной идентичности ординатора // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2021. – Т.12. – №3. – С. 45-52.
2. Буркова Н.В., Ермолаева Е.В. Скрытая учебная программа в клинической практике: риски и пути коррекции // Педагогика и психология образования. – 2022. – №1. – С. 87-96.
3. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.М.А., Тарасова О.М.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.
4. Акименко, Г. В. Из опыта организации самостоятельной работы студентов в рамках изучения курса «Психология и педагогика» в медицинском университете // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. Часть 2. - Издательство: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.) (Пенза).- С. 178-180.
5. Morris, C. (2019). *Becoming a Clinical Educator: A Practical Guide*. Wiley-Blackwell.
6. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26.
7. Kenny, N. P., Mann, K. V., & MacLeod, H. (2022). Role modeling in the clinical workplace. In *The Oxford Textbook of Medical Education* (pp. 234-248). Oxford University Press.

Раздел IV.
**ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ И ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА**

Глава 4.1.
**РОЛЬ КАФЕДР МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПОДГОТОВКЕ
СТУДЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ**

Штернис Т. А.

*кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой информационных технологий*

Копытина Н. В.

*кандидат медицинских наук, доцент,
доцент кафедры информационных технологий*

Ивойлов В. М.

*доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры информационных технологий
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В работе рассматривается многоуровневая система формирования этико-деонтологической компетентности студентов в медицинском вузе. Обосновывается положение о том, что ответственность за подготовку специалиста, способного к нравственно-ориентированной профессиональной деятельности, лежит не только на кафедрах гуманитарного и клинического профиля, но и в равной степени на медико-биологических кафедрах. Анализируются специфические возможности морфологических кафедр в воспитании уважительного отношения к человеку и клинического мышления, а также современные подходы к преподаванию дисциплины на старших курсах.

Ключевые слова: медицинская этика, деонтология, биоэтика, кафедра анатомии, образовательная программа, профессиональная культура, клиническое мышление.

**THE ROLE OF MEDICAL UNIVERSITY
DEPARTMENTS IN TRAINING STUDENTS ON ETHICS
AND DEONTOLOGY**

Sternis T. A.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Information Technologies*

Kopytina N. V.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Associate Professor of the Department of Information Technologies*

Ivoilov V. M.

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Professor of the Department of Information Technologies
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The paper examines the multi-level system of formation of the ethical-deontological competence of students in a medical university. The position is substantiated that the responsibility for training a specialist capable of moral-oriented professional activity lies not only on the departments of the humanitarian and clinical profile, but also to an equal extent on the medical and biological departments. The specific possibilities of morphological departments in the education of a respectful attitude to the person and clinical thinking, as well as modern approaches to teaching the discipline in the senior courses, are analyzed.

Keywords: Medical ethics, deontology, bioethics, Department of Anatomy, educational program, professional culture, and clinical thinking.

Введение

Этика - наука, изучающая вопросы нравственности, чести, достоинства, добра, определяющая нормы поведения человека в обществе. Частью этой науки является медицинская этика, изучающая нравственные и моральные аспекты в деятельности медицинского персонала, чувство профессионального долга, совести и чести. Еще одной составляющей науки этика выступает

биоэтика, изучающая морально-этические проблемы, возникающие в медицине и биологии под влиянием научно-технического прогресса. Частью морали и медицинской этики является деонтология, представляющая собой свод правил взаимодействия медицинского работника с окружающей экосистемой. Основным принципом деонтологии является соблюдение долга.

Этика и деонтология являются важным элементом в работе медицинского персонала. Они определяют нравственные основы профессиональной деятельности. Этические нормы поведения врачей и среднего медицинского персонала закреплены в большом количестве разнообразных нормативных документах. Например, этические нормы поведения среднего медицинского персонала (в частности, медицинской сестры) закреплены в Этическом кодексе медицинской сестры России, принятом на III Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 года. Этический кодекс ставит в основу профессиональной деятельности гуманность и милосердие, дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры.

В связи с широким внедрением в систему здравоохранения цифровизации появились новые направления в этике, такие как «цифровая этика», «цифровой этикет». Цифровой этикет – это новый вид этикета, определяющий правила коммуникативной культуры в условиях новых информационных реалий. Цифровой этикет устанавливает правила поведения, общения и переписки в цифровом пространстве.

В высших медицинских образовательных организациях присутствует учебная дисциплина «Этика и деонтология». На лечебном факультете на ее освоение отводится 72 часа. Из них 46 часов приходится на аудиторную работу, 26 часов – на самостоятельную работу обучающихся. Целью освоения дисциплины является формирование культуры мышления и поведения в профессиональной деятельности врача. В задачи дисциплины входит формирование у обучающихся представления об основных принципах и нормах

медицинской этики и деонтологии, ознакомление с основными проблемами этического характера при общении с экосистемой медицины и здравоохранения и вариантами их решения, освоение навыков общения с пациентами и родственниками, с коллегами.

При подготовке среднего медицинского персонала предусмотрено изучение дисциплины «Этика и деонтология медицинского работника» в объеме 36 - 54 часов в зависимости от специальности. Эта учебная дисциплина является обязательной частью общепрофессиональных дисциплин основных образовательных программ по всем медицинским специальностям среднего профессионального образования. Круг вопросов, рассматриваемых на этой дисциплине весьма обширен, и требует значительных усилий обучающихся.

Учитывая высокую значимость этики и деонтологии в работе врачебного и среднего медицинского персонала, как нравственной основы профессиональной деятельности их элементы должны находить отражение в образовательном процессе смежных дисциплин.

Основная часть

В Кемеровской области – Кузбассе на протяжении многих лет наблюдаются высокие уровни общей заболеваемости населения [12, С. 220]. Несмотря на принимаемые меры со стороны правительства региона, использование экосистемного подхода в формировании здоровья населения, значительного снижения заболеваемости не происходит [9, С. 211]. Профессиональная заболеваемость трудящихся угледобывающей отрасли одна из самых высоких в Российской Федерации [10, С. 179]. Такое положение дел во многом объясняется высоким уровнем урбанизации региона, наличием крупных предприятий угольной, металлургической и химической промышленности, негативными факторами среды обитания. [22, С. 250]. Организация лечебно-профилактической помощи для населения региона имеет свои особенности.

В последние десятилетия на многих предприятиях ликвидированы

здравпункты и медико-санитарные учреждения, оказывавшие медико-профилактическую помощь трудящимся [10, С. 174]. Поэтому концепцией развития регионального здравоохранения предусмотрено изменение структуры оказания медицинской помощи данной группе населения [19, С. 164]. В настоящее время цеховой принцип оказания медицинской помощи работающему населению осуществляется в муниципальных медицинских организациях, оказывающих помощь населению по территориальному принципу [5, С. 64]. Осуществляется модернизации системы здравоохранения за счет цифровизации, внедрения новых информационных технологий [14, С. 98]. Вместе с тем количество жалоб населения на некачественную медицинскую помощь из года в год не уменьшается, а растет. Причем около 90% жалоб связано, в той или иной степени, с ненадлежащим поведением медицинского персонала. До 54% населения не обращаются в случае заболевания к врачу, а занимаются самолечением.

Медицинская деятельность в обществе регулируется правом и моралью. Правовое регулирование предусматривается через соблюдение законов и других правоустанавливающих документов. Моральное регулирование осуществляется посредством соблюдения требований нравственности, которая в свою очередь определяется личными принципами и убеждениями человека. Мораль рассматривается как система норм и правил поведения, существующих в том или ином обществе. Мораль и нравственность являются предметом изучения такой науки как этика [24, С. 12].

Под этикой понимаются принятые нормы поведения человека в обществе. Этика является философской наукой, изучающей вопросы нравственности, чести, достоинства, добра. Частью этой науки является медицинская этика, изучающая нравственные и моральные аспекты в деятельности медицинского персонала, чувство профессионального долга, совести и чести [24, С. 8].

Еще одной составляющей науки этика выступает биоэтика, изучающая морально-этические проблемы, возникающие в медицине и биологии под

влиянием научно-технического прогресса. Биоэтика определяет моральную сторону допустимости действий по отношению ко всему живому. Она является междисциплинарной наукой. Основные принципы медицинской биоэтики заключаются в уважении пациента, не причинении вреда, милосердии и справедливости. Биоэтика сосредоточена на решении проблем начала жизни человека и развитии новых репродуктивных технологий, смерти и умирании человека, вмешательстве в физическую и психическую сферы человека, прав населения в вопросах охраны здоровья. С целью рассмотрения частных этических проблем при проведении медико-биологических исследований в научно-исследовательских и образовательных организациях создаются этические комитеты.

Деонтология это, свод правил взаимодействия медицинского работника с окружающей экосистемой. Термин «деонтология» в переводе с греческого языка означает «должное». Соблюдение долга является основным принципом деонтологии. Деонтология определяется как часть морали и медицинской этики. Можно сказать, что деонтология, это правила поведения медицинского работника, а этика, это свод законов поведения.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 октября 2011 г. №323-ФЗ медицинские работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии [17, С. 18]. Этика и деонтология в деятельности медицинского персонала распространяется в отношениях врачебного и среднего медицинского персонала и пациента, врачебного и среднего медицинского персонала и близких (родственников) пациента, врача и среднего медицинского персонала, врачебного и врачебного персонала, среднего медицинского персонала и среднего медицинского персонала, врачебного и среднего медицинского персонала и младшего медицинского персонала.

Медицинский работник в своей профессиональной деятельности сталкивается со страдающим от болезни человеком. Каждый пациент надеется на спасение своей жизни, сострадание, облегчение своего состояния и гуманное отношение со стороны медицинского персонала. Этика медицинского персонала предусматривает правила нравственных действий в условиях профессиональной деятельности. При общении с пациентами необходимо быть вежливыми, тактичными и внимательными, в доступной форме объяснять необходимость медицинских вмешательств и методов лечения с учетом их индивидуальных особенностей.

При общении с близкими (родственниками) обсуждать лишь те вопросы, которые входят в компетенцию медицинского работника, обучать методикам ухода за больными и выполнением назначенных процедур. При общении с коллегами вести себя тактично и уважительно. Средний медицинский персонал должен строго исполнять назначения врача и информировать об изменениях в состоянии пациента. При общении со средним медицинским персоналом демонстрировать уважительное отношение, оказывать всевозможную помощь, делиться своим опытом. При общении с младшим медицинским персоналом вести себя тактично, высказывать замечания в вежливой форме в отсутствии пациентов.

Нормы этического поведения врачебного персонала закреплены в Кодексе профессиональной этики врача Российской Федерации, который был принят Первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 года. Положения данного Кодекса являются обязательными для врачей и для студентов высших медицинских учебных организаций, временно замещающих врача или ассистирующих врачу. Кодекс содержит информацию об этических отношениях врача и общества, врача и пациента, врача и врачебного коллектива, врача в научно-исследовательской деятельности, биоэтики. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и

деонтологических принципах.

Этические нормы поведения среднего медицинского персонала (в частности, медицинской сестры) закреплены в Этическом кодексе медицинской сестры России, который был принят на III Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 года [30, С. 2].

Пересмотр и внесение изменений в данный документ принадлежит общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России». Этический кодекс ставит в основу профессиональной деятельности медицинской сестры гуманность и милосердие. Определяет важнейшие задачи профессиональной деятельности медицинской сестры: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; сохранение здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и профилактика заболеваний. Действующая в настоящее время редакция Этического кодекса была принята в 2010 году. Кодекс содержит основные элементы, определяющие нормы этического поведения:

1. Медицинские сестры и общество. Медсестра несет ответственность перед людьми, которые нуждаются в ее помощи. Она способствует созданию среды, в которой уважаются права человека, моральные ценности, обычаи и духовные верования индивидуума, семьи и сообщества.

2. Медицинские сестры и практика. Медсестра несет личную ответственность за сестринскую практику, а также за поддержание квалификации посредством постоянного обучения. Она поддерживает собственное здоровье, чтобы это не отражалось на способности оказывать сестринскую помощь.

3. Медицинские сестры и профессия. Медсестра принимает на себя главную роль в определении и внедрении приемлемых стандартов клинической сестринской практики, управления, исследований и образования. Она активно участвует в развитии профессиональных знаний на основе результатов исследований.

4. Медицинская сестра и сотрудники. Медсестра поддерживает同事ческие отношения с коллегами по сестринскому делу и в других областях. Она предпринимает соответствующие действия, чтобы обезопасить людей, если оказываемая им сестринская помощь подвергает их опасности со стороны сотрудника или какого-либо другого человека.

Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, призван способствовать консолидации, повышению престижа и авторитета профессии в обществе, развитию сестринского дела в России.

Положения кодекса распространяются на всех медицинских сестер независимо от профиля деятельности, формы собственности учреждения здравоохранения, ведомственной принадлежности и иных факторов, в том числе на частнопрактикующих медицинских сестер, администраторов сестринского дела всех уровней, преподавателей сестринского дела и медицинских сестер-исследователей.

Моральный долг медицинской сестры, как члена медицинского сообщества, заботиться об обеспечении доступности и высоком качестве сестринской помощи населению. Медицинская сестра обязана оказывать пациенту медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности, профессиональным стандартам и современным представлениям медицинской науки, в том числе экстренную медицинскую помощь в любых условиях, во время исполнения служебных обязанностей и в иное время, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должна становиться на защиту интересов пациента и общества. Она должна быть компетентной в отношении моральных и юридических прав пациента, превыше всего ставить сострадание и уважение к жизни пациента, не способствовать самоубийству больного.

Медицинская сестра не вправе нарушать древнюю этическую заповедь медицины «Прежде всего - не навредить!», навязывать пациенту свои

моральные, религиозные, политические убеждения, проявлять высокомерие, патернализм, пренебрежительное отношение или унижительное обращение с пациентом. Сестра обязана уважать право пациента на получение информации о состоянии его здоровья, о возможном риске и преимуществах предлагаемых методов лечения, о диагнозе и прогнозе, равно как и его право отказываться от информации вообще. Должна уважать право пациента или его законного представителя, когда она имеет дело с ребенком или пациентом, в соответствии с законом, признанным недееспособным, соглашаться на любое медицинское вмешательство или отказываться от него, сохранять в тайне от третьих лиц доверенную ей или ставшую ей известной в силу исполнения профессиональных обязанностей информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, лечении, прогнозе его заболевания, а также о личной жизни пациента, даже после того, как пациент умрет. Медицинская сестра должна с уважением относиться к праву умирающего на гуманное обращение и достойную смерть, дать возможность завершить жизнь с сохранением достоинства, а также максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом.

Медицинская сестра должна искренне стремиться передать весь накопленный опыт настоящим и будущим коллегам, уважать своих учителей. В эпоху цифровизации любая деятельность в глобальной сети не должна идти во вред пациентам и медицинским работникам. К сожалению, число нарушений цифрового этикета из года в год растет и требует усиления профилактических мер и повышения образования пользователей.

В медицинских и образовательных организациях разрабатываются и принимаются к исполнению свои нормативные документы по соблюдению этических и деонтологических норм и правил (Приказы, Положения и другие). В этих документах отражаются принципы, на которых провозглашается этическое поведение. К ним относятся высокая нравственность медицинская этика, медицинская деонтология, достоинство, совесть, высокое звание

медицинского работника. В организациях создаются этические комиссии для разрешения возможных этических споров и конфликтов.

В Кемеровском государственном медицинском университете разработан и действует «Кодекс этики служебного поведения работников» и «Положение об этическом кодексе обучающихся». Положения этических кодексов направлены на повышение культуры сотрудников и обучающихся, создание высоконравственной атмосферы, доброжелательности, товарищества, толерантности, доверия и уважительного отношения друг к другу, Рассматриваемые документы содержат основные принципы и этические правила служебного поведения сотрудников, преподавателей и студентов, этические правила взаимодействия с внешними структурами, партнерами и средствами массовой информации, ответственность работников и обучающихся за нарушение положений кодекса.

Быстрый рост цифровизации здравоохранения требует качественно новых подходов к регулированию онлайн-коммуникаций. Цифровые навыки стали неотъемлемой частью профессиональной компетенции медицинского персонала. Медицинский персонал постоянно общается посредством интернета с пациентами и коллегами, друзьями и родственниками. При таком интенсивном общении границы между личной и профессиональной жизнью часто стираются. Регулированию поведения медицинских работников при использовании интернета способствуют Конвенция о правах человека, кодексы этики медицинских работников, профессиональные стандарты. Цифровизация медицины и здравоохранения влечет за собой необходимость модернизации привычных специалистам этических аспектов. Появились новые направления, такие как «цифровая этика», «цифровой этикет».

Цифровой этикет – это новый вид этикета, определяющий правила коммуникативной культуры в условиях новых информационных реалий. Цифровой этикет устанавливает правила поведения, общения и переписки в цифровом пространстве. В повседневную жизнь вошли такие понятия, как

телемедицина, электронный документооборот, искусственный интеллект, в связи с чем, знания цифровой этики необходимы в деятельности медицинских работников. Во многих медицинских организациях устанавливаются правила онлайн-общения медицинского персонала. Регулирование отношений при применении информационных технологий, защите информации, поиску, получению, передаче и распространении информации осуществляется Федеральным законом РФ «Об информации, информационных технологиях и защите информации» от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ [16, С. 2].

Необходимо соблюдать принцип конфиденциальности пациента. Этот принцип защищен законодательством Российской Федерации посредством соблюдения медицинской тайны и необходимостью получения письменного разрешения на обработку персональных данных. Медицинский работник не имеет права публиковать в интернете фото пациента без письменного согласия, упоминать имя, возраст, диагноз, обсуждать клинические случаи с деталями, позволяющими установить личность, пересылать медицинскую документацию через незащищённые мессенджеры, критиковать коллег в публичном пространстве. Необходимо соблюдать авторское право и указывать ссылки на источники цитируемых материалов. Следует внимательно относиться к переписке в цифровом пространстве, писать грамотно, вежливо и кратко. Много конфузов происходит при участии в видеоконференциях. Нередки случаи потери контроля над своими действиями, особенно при длительных видеоконференциях.

Следует избегать параллельных, одновременно с участием в видеоконференции, действий, поддерживать постоянный контакт с аудиторией, использовать исправное оборудование. При использовании интернета пользователь оставляет цифровой след, который формируется за счет всех публикаций, фотографий, загруженных файлов, посещаемых сайтах, поисковых запросов и другого. В интернете скрыть информацию практически невозможно. В повседневной практике широко используются мессенджеры и электронная

почта, где также необходимо соблюдать этические нормы общения. Соблюдение цифрового этикета укрепляет доверие, способствует уважительному общению, предотвращает конфликты, создает комфортную атмосферу и способствует позитивной репутации медицинских работников. Существуют правовые последствия нарушений этики, такие как дисциплинарное взыскание и даже уголовная ответственность.

Важное значение в формировании этического и деонтологического поведения медицинских работников принадлежит обучению при освоении основных образовательных программ профессионального медицинского образования. В результате обучения будущий специалист должен знать основные принципы медицинской этики, деонтологии и биоэтики, правила профессионального общения с пациентами, коллегами и населением, освоить целый ряд профессиональных компетенций. Объем учебной дисциплины составляет 36 - 72 часа в зависимости от специальности. Часы делятся на обязательную аудиторную нагрузку, практическую подготовку и на самостоятельную работу.

Целью освоения дисциплины является совершенствование и получение новых компетенций в области этического образования необходимых в профессиональной деятельности врачебного и среднего медицинского персонала, соблюдение этических принципов медицинской деятельности, оказание качественной медицинской помощи, отвечающей принципам гуманности и милосердия, соблюдение прав и человеческого достоинства пациента. На лекционных и семинарских занятиях рассматриваются вопросы: этика как наука о морали и нравственности, этика и медицина, общая характеристика этики, история развития этики, категории этики, теоретические основы и проблемы биоэтики, этические проблемы медицины, связанные с реаниматологией и трансплантологией, регулированием репродуктивного здоровья, эвтаназии, теоретические основы деонтологии, проблемы деонтологии в работе с пациентами разного возраста и его окружением, с

различными видами патологии (заболеваниями).

В результате освоения дисциплины, обучающиеся должны знать направления медицинской этики и деонтологии, морально-этические нормы и принципы в деятельности медицинского работника, этические нормы взаимоотношений с коллегами, пациентами и их родственниками, кодексы профессиональной этики. Обучающийся должен уметь использовать терминологию в области этики, вести профессиональное общение с соблюдением норм и правил делового этикета. По завершении обучения выпускник должен владеть способами решения этических проблем, навыками этического общения с коллегами, принципами этики и деонтологии.

Как видно из вышесказанного круг вопросов, рассматриваемых на специальной дисциплине «Этика и деонтология» и «Этика и деонтология медицинского работника» весьма обширен и требует значительных усилий обучающихся. Учитывая высокую значимость этики и деонтологии в работе медицинского персонала, как нравственной основы профессиональной деятельности их элементы должны находить отражение в образовательном процессе смежных дисциплин. Анализ учебных программ медицинских дисциплин показывает, что практически все они содержат темы касающиеся этики и деонтологии.

Так в учебной программе дисциплины информационные технологии рассматривается тема «Цифровая этика». Под цифровой этикой подразумеваются правила поведения людей в цифровой среде от социальных сетей до рабочих цифровых платформ. На практических занятиях разбираются вопросы правильного общения в сети, обеспечения безопасности данных, соблюдения авторского права, формирования онлайн-репутации, правила переписки между пользователями, форматов проведения видеоконференций, понятие о цифровом следе, кибербуллинг проявляющийся в виде угроз, оскорблений, распространения негативной информации в отношении личности. На конкретных примерах рассматриваются нарушения цифрового этикета,

такие как спам (массовая нежелательная рассылка), агрессия (оскорбительные выражения в адрес кого-либо), фейки (специально созданная ложная информация).

Цифровизация достигла значительных размеров не только в здравоохранении, но и в образовании [2, С. 262]. В учебных организациях медицинского профиля происходит перестройка учебного процесса в связи с запросами практического здравоохранения [8, С. 344]. Осуществляется трансформация процесса преподавания информационных технологий [28, С. 9]. Для решения проблем здравоохранения, связанных с жалобами населения на низкое качество обслуживания в медицинских организациях, вовлекается большое число сотрудников разного профиля в образовательных организациях, используется метод партисипативности [27, С. 223]. Для эффективности преподавания этики и деонтологии в вузе используется экосистемный подход [29, С. 208].

За последние годы наблюдается рост положительных оценок внедрения новых информационных технологий со стороны медицинского персонала и обучающихся по медицинским специальностям [4, С. 266]. В учебном процессе образовательных организаций используются различные инновационные технологии, позволяющие совершенствовать образовательный процесс, сделать его интересным и более понятным [11, С. 677]. Повышение эффективности медицинского образования осуществляется с учетом потребностей обучающихся. В тоже время потребности обучающихся формируются преподавателями в процессе обучения. Этика и деонтология должны стать ключевым звеном в жизни будущих специалистов [7, С. 218].

В современных условиях важным элементом обучения является персонализация образовательной деятельности посредством включения студентов в решение задач образовательного процесса [6, С. 120]. Для этого используется современная образовательная технология «перевернутый класс» [15, С. 472]. Студенты самостоятельно решают те или иные смоделированные

проблемы при освоении учебного материала [13, С. 179]. Студенты самостоятельно описывают принципы цифрового этикета: уважение, приватность, точность информации, безопасность, прозрачность и приводят примеры их применения. Все это активно обсуждается в группе. В обучении применяются и разнообразные интерактивные методы [26, С. 99]. При освоении темы оказания первой помощи пострадавшему с использованием оборудования виртуальной реальности оценивается соблюдение норм и правил этики и деонтологии. Широко используется метод геймификации. На примере разработанной на кафедре электронной игры «Оказание помощи при отравлении хлором» рассматриваются и этические вопросы [3, С. 79].

В настоящее время широкое распространение получила система бережливого производства [18, С. 11]. Она позволяет значительно интенсифицировать работу медицинских организаций, повысить производительность труда [23, С. 19]. В образовательных организациях разработаны учебные планы и программы подготовки медицинских работников, обладающих бережливым мышлением» [20, С. 171]. Важно при внедрении, несомненно, прогрессивной системы бережливого производства в медицинских организациях, не упустить вопросы этики и деонтологии [25, С. 45].

В профессиональной подготовке медицинских кадров значительное внимание уделяется экологическому образованию [21, С. 216]. Применяются различные инновационные формы и методы экологического образования. В этом разделе профессиональной подготовки также должно найтись место для этики и деонтологии [1, С. 42].

Заключение

Несмотря на принимаемые меры со стороны правительства Кемеровской области - Кузбасса, использование экосистемного подхода в формировании здоровья населения, уровни заболеваемости остаются на довольно высоких уровнях. Количество жалоб населения на некачественную медицинскую

помощь из года в год не уменьшается, а растет. Причем около 90% жалоб связано с ненадлежащим поведением медицинского персонала. До 54% населения не обращаются в случае заболевания к врачу, а занимаются самолечением. Решение этих проблем лежит в области этики и деонтологии.

Следует значительно усилить подготовку медицинских работников по вопросам этики и деонтологии в медицинских образовательных организациях на имеющихся кафедрах и курсах. Однако круг вопросов, рассматриваемых на специальных дисциплинах «Этика и деонтология» в высших медицинских образовательных организациях и «Этика и деонтология медицинского работника» в средних профессиональных образовательных организациях весьма обширен и требует значительных усилий обучающихся. Учитывая высокую значимость этики и деонтологии в работе медицинского персонала, как нравственной основы профессиональной деятельности их элементы должны находить отражение в образовательном процессе смежных дисциплин.

Несомненно, будущее медицины и здравоохранения тесно связано с цифровизацией и поэтому этическое поведение в цифровом пространстве является обязательным в профессиональной компетентности медицинского персонала. К сожалению, число нарушений цифрового этикета из года в год растет и требует усиления профилактических мер и повышения образования пользователей. Образовательные организации должны формировать навыки этического поведения будущих специалистов отрасли. В связи с дальнейшим развитием информационных технологий будет меняться и цифровой этикет. Система образования должна быть готова к такому развитию, к обновлению учебных планов и программ.

В образовательных организациях следует уделить внимание преподавателям старшего поколения. Опросы показывают, что эта возрастная группа обладает наименьшим объемом знаний по цифровому этикету. Поэтому при проведении циклов усовершенствования преподавателей необходимо в доступной форме освещать вопросы, связанные с цифровым этикетом. На этапе

последипломной подготовки среднего медицинского персонала следует проводить обучение по программам «Пациентоориентированная коммуникация» и «Конфликтология в медицине».

Литература/References:

1. Акименко, Г. В. Инновационные формы и методы экологического образования и воспитания в медицинском университете / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 37-43. – EDN PMGQPL.
2. Акименко, Г. В. Эволюция медицинского образования в эпоху «цифровой революции» / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования : материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 257-263. – EDN DECCID.
3. Геймификация в образовательном процессе / Т. А. Штернис, Е. М. Размахнина, Н. В. Копытина, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря 2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 71-80. – EDN MHFFIG.
4. Запрос на цифровую трансформацию: оценка студентами-стоматологами эффективности образовательных технологий и приоритетов модернизации учебного процесса / П. И. Аньчкова, И. В. Самусь, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Стратегические векторы развития науки, медицины, цифровых и образовательных технологий : материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 19–20 ноября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный

медицинский университет, 2025. – С. 264-267. – EDN BSSQWM.

5. Ивойлов, В. М. Организация лечебно-профилактической помощи работникам угольной отрасли в современных условиях / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 62-64. – EDN PURSEP.

6. Ивойлов, В. М. Персонализация образовательной деятельности в современных условиях: включение студентов в решение задач образовательного процесса / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2024. – Т. 5, № 3. – С. 118-120. – EDN JPDPYZ.

7. Ивойлов, В. М. Повышение эффективности высшего медицинского образования с учетом потребностей обучающихся / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 210-219. – EDN SXTOEN.

8. Ивойлов, В. М. Стратегические проекты в медицинском вузе как эффективный инструмент развития образовательных программ и повышения качества медицинского образования / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования : материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 338-346. – EDN JSVVAU.

9. Ивойлов, В. М. Экосистемный подход в формировании здоровья населения / В. М. Ивойлов, О. М. Колесников, П. С. Руднев // Организм и среда жизни: к 100-летию доктора биологических наук, профессора Е. Д. Логачёва и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ : сборник материалов VI Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием, Кемерово, 19–20 марта 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 207-212. – EDN VUHQTU.

10. Копытина, Н. В. Значение негативных факторов среды обитания в развитии профессиональной заболеваемости трудящихся угледобывающей отрасли / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, А. А. Швецов // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 10 апреля 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 173-180. – EDN FOOVXS.

11. Копытина, Н. В. Инновационные технологии в подготовке студентов медицинского вуза / Н. В. Копытина, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 666-678. – EDN KVHSYG.

12. Копытина, Н. В. Окружающая среда и здоровье населения, проживающего на территориях с угледобывающей промышленностью / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, П. С. Руднев // Организм и среда жизни: к 100-летию доктора биологических наук, профессора Е. Д. Логачёва и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ : сборник материалов VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 19–20 марта 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 216-221. – EDN DECHFQ.

13. Копытина, Н. В. Просьюмеризм в высшем учебном заведении: участие студентов в решении проблем образовательного процесса / Н. В.

Копытина, Т. А. Штернис, Т. Ю. Джолдошева // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 175-181. – EDN НКVIVK.

14. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.

15. Копытина, Н. В. Роль современной образовательной технологии «перевернутый класс» в повышении качества образования за счет персонализации образовательной деятельности и вовлеченности студентов в образовательный процесс / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря 2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 467-474. – EDN DTIAGJ.

16. Об информации, информационных технологиях и защите информации Федерации : федеральный закон от 27 июля 2006 г. №149-ФЗ (с изм. на 29.12.2025). URL: <http://kod.kodeks.ru/docs/>

17. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ (с изм. на 23.07.2025). URL: <http://kod.kodeks.ru/docs/>

18. Основы бережливого производства для медицинских специальностей с практикумом: Учебник / коллектив авторов ; под общ. ред. Т. А. Штернис и Н. С. Давыдовой. – Москва : КНОРУС, 2026. – 432 с. – (Среднее профессиональное образование).

19. Перспективы развития регионального здравоохранения / В. М. Ивойлов, А. С. Сергеев, Г. Н. Царик, В. К. Цой // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : Материалы

Международного форума, Новосибирск, 30 ноября – 01 2012 года. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 162-166. – EDN TVOJBZ.

20. Проект «подготовка врачей, обладающих бережливым мышлением». Некоторые результаты изучения проблем / Т. А. Штернис, Ю. С. Чурсина, И. И. Селин [и др.] // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения : материалы XIV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 28 декабря 2022 года. – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 166-173. – EDN YQJGCU.

21. Проектирование содержания системы экологического образования в профессиональной подготовке врачей / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев, Т. А. Штернис [и др.] // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 210-218. – EDN JAEEBM.

22. Современное состояние экономической безопасности Кемеровской области-Кузбасс / О. Ю. Тихонова, И. И. Берсенева, А. А. Сашко, В. Г. Вершинин // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2024. – Т. 14, № 5-1. – С. 243-252. – EDN XKIKZU.

23. Формирование экосистемы развития бережливой личности на примере реализации сквозного потока : учебно-методическое пособие / Н. С. Давыдова, К. В. Грабельников, С. Н. Алексеенко [и др.]. – Краснодар : Кубанский государственный медицинский университет, 2024. – 115 с. – EDN IUNAGM.

24. Шестак, Н. В. Медицинская этика и деонтология. Деловой этикет в медицинской образовательной организации : Учебное пособие для вузов / Н. В. Шестак, И. А. Крутий, И. Э. Смирнова. – Санкт-Петербург : ООО «Издательство Лань», 2025. – 128 с. – ISBN 978-5-507-51560-8. – EDN WQPOCG.

25. Штернис, Т. А. Бережливые технологии в образовательной среде /

Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XIII научно-методической онлайн конференции с международным участием, Кемерово, 22 декабря 2020 года. – Кемерово: КемГМУ, 2021. – С. 39-46. – EDN MCEYTL.

26. Штернис, Т. А. Интерактивные методы обучения информационным технологиям в здравоохранении на примере медицинского университета / Т. А. Штернис, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 3(99). – EDN MYMFES.

27. Штернис, Т. А. Партисипативность в вузе: вовлечение сотрудников в управление, решение проблем / Т. А. Штернис, Н. В. Копытина, Т. Ю. Джолдошева // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 218-225. – EDN QXSWCI.

28. Штернис, Т. А. Трансформация процесса преподавания информационных технологий при подготовке медицинских кадров / Т. А. Штернис, С. Л. Кан, Н. В. Копытина // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 5-10. – DOI 10.24412/2687-0053-2025-4-5-10. – EDN BHVVLS.

29. Экосистемный подход как современный тренд развития высшего медицинского образования / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев, Т. А. Штернис [и др.] // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 201-209. – EDN WXOCGT.

30. Этический кодекс медицинской сестры. 3-я ред. СПб., 2020.

31. Медицинская этика и деонтология : учебное пособие / Н. Е. Нехаенко, Н. Н. Чайкина, С. Н. Титова, Г. В. Сыч. – Воронеж : Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2025. – 132 с. – ISBN 978-5-4446-2169-1. – EDN KXOSOP.

Глава 4.2.

**КОММУНИКАЦИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» И ИНФОРМАЦИОННО –
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ
В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЕ****Холодов А. А.***кандидат медицинских наук,**старший преподаватель кафедры фтизиатрии**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»**Минздрава России, Россия, г. Кемерово***Пьянзова Т. В.***доктор медицинских наук, доцент,**заведующий кафедрой фтизиатрии**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»**Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В работе рассматривается ключевая роль эффективной коммуникации между врачом и пациентом в системе противотуберкулезной помощи. Особое внимание уделяется информационно-образовательному компоненту как инструменту повышения приверженности лечению (комплаенса) и преодоления барьеров, связанных с длительностью терапии, социальной стигматизацией и низкой медицинской грамотностью пациентов. На основе анализа современных подходов и исследований предлагается интеграция модели партнерства, включающей цифровые инструменты и персонализированное обучение.

Ключевые слова: туберкулез, коммуникация «врач-пациент», приверженность лечению, информационно-образовательные технологии, медицинская грамотность, фтизиатрия.

**COMMUNICATION «DOCTOR-PATIENT»
AND INFORMATION AND EDUCATIONAL
COMPONENT IN ANTI-TB WORK**

Kholodov A. A.

*Candidate of Medical Sciences,
Senior Lecturer at the Department of Phthysiology*

Ryanzova T. V.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Phthysiology
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. The article discusses the key role of effective communication between a doctor and a patient in the anti-tuberculosis care system. Special attention is paid to the information and educational component as a tool for increasing adherence to treatment (compliance) and overcoming barriers related to the duration of therapy, social stigmatization, and low medical literacy of patients. Based on the analysis of current approaches and research, the article proposes the integration of a partnership model that includes digital tools and personalized training.

Keywords: tuberculosis, doctor-patient communication, adherence to treatment, information and educational technologies, medical literacy, phthysiology.

Несмотря на позитивные тренды в борьбе с туберкулезом в мире существуют факторы, ограничивающие эффективность лечения пациентов, к которым относится ВИЧ-инфекция и множественная (МЛУ) и широкая (ШЛУ) лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза [4]. Важнейшей проблемой фтизиатрии является вопрос эффективности лечения пациентов, которая зависит от множества факторов, ведущим среди которых является приверженность пациента противотуберкулезной терапии, которая является значимой проблемой в различных регионах мира [17, 23]. Особенности клинических проявлений туберкулеза, малосимптомность, скрытое течение, отсутствие ярких проявления внутренней картины болезни пациента служит фактором, затрудняющим обоснование необходимости длительной терапии для пациента. На приверженность к лечению влияет большое количество факторов,

среди которых выделяют социальные и психологические особенности пациента [1, 2, 15].

Терапевтическое сотрудничество в системе «врач-пациент» рассматривается в качестве ключевого аспекта высокой приверженности пациента назначаемому лечению [3, 18, 22]. При этом, особую значимость приобретает умение медицинского работника установить позитивное взаимодействие с пациентом и его близким окружением для достижения поставленных задач [6, 7, 8, 22]. Академик М.И. Перельман в своей программной статье, опубликованной в 2006 году, выделял ключевую роль «гуманитарного компонента противотуберкулезной терапии», подчеркивая значение личность врача-фтизиатра для выстраивания гармоничного взаимодействия с пациентом [10].

Человек заболевший туберкулезом, может сталкиваться с проблемами социальной изоляции и стигматизации, психологической дезадаптации, тревоги, депрессии [18, 20, 21] что требует от врача навыков первичного скрининга таких ситуаций и знания алгоритмов помощи пациенту. Высокий положительный эффект на приверженность пациентов к лечению и установлению позитивного терапевтического сотрудничества показывает опыт участия психологов и психотерапевтов в консультировании и поддержке больных туберкулезом [8, 14]. Однако, такие подходы могут быть реализованы в условиях реальной клинической практики не весь период лечения, применяются преимущественно в стационаре с круглосуточным пребыванием, тогда как весь длительный период амбулаторного лечения пациентов, особенно проживающих в отдаленных территориях, доступность такого вида вмешательств может быть ниже. При этом, медицинская сестра и врач-фтизиатр, осуществляя постоянное наблюдение за пациентом, должны обладать высокими коммуникативными навыками и устанавливать оптимальные треки терапевтического сотрудничества. Данные ряда исследований демонстрируют зависимость показателей приверженности к лечению больных туберкулезом от

взаимодействия в системе «врач – пациент» [11, 18, 22].

В рамках исследования, выполненного на базе противотуберкулёзной службы Кемеровской области – Кузбасса в 2019 году, проведено анонимное анкетирование 113 медицинских специалистов (53 врача и 61 медсестры) [12]. Разработанные анкеты позволили охватить вопросы профессиональной деятельности и межличностных отношений с пациентами. Критическая оценка ответов медиков проводилась в сравнении с результатами опроса 64 первичных больных туберкулезом стационарного звена. Установлено, что главной детерминантой, осложняющей проведение контролируемой химиотерапии, респонденты-фтизиатры единогласно считают низкую приверженность лечению (83,0%). Мнения о возможности амбулаторного контроля разделились: оптимистичную точку зрения (универсальность метода) выразили лишь 9,4% врачей; подавляющее большинство (81,1%) склоняются к его ограниченному применению; оставшиеся 9,4% оценивают данный подход как труднореализуемый в принципе.

К наиболее значимым мероприятиям, определяющим приверженность к лечению пациентов, 30,2% опрошенных работников противотуберкулёзной службы отнесли четко спланированную систему обучения пациентов на всех этапах терапии. 86,8% врачей ведущую роль в установлении взаимопонимания между врачом и пациентом отводили личности медицинского работника и его коммуникативным навыкам, медицинские сестры считали этот показатель менее значимым - 57,4% ($p=0,002$). Влияние личностных особенностей больного на терапевтический альянс 54 % врачей и 32,8% медицинских сестер ($p=0,019$), профессиональной компетенции медицинского работника - 32,1% врачей и 40,9% медицинских сестер ($p=0,019$), социальных характеристик больного - 26,4% врачей и 9,8% медицинских сестер ($p=0,019$) [12].

В литературе выделяют модели терапевтического сотрудничества «врач-пациент», предложенные Vitch R. (1972): информационная, совещательная и патерналистская. Информационная модель подразумевает техническое

информирование об аспектах лечения при относительной независимости пациента, патерналистская базируется на абсолютном авторитете врача, а совещательная предполагает создание условий для формирования пациентом собственного мнения [24].

В таблице 1 приведено сравнение предпочтительных моделей проведения терапевтического альянса пациентов и медицинских работников.

Таблица 1. Характеристика предпочитаемых моделей терапевтического альянса при лечении больных туберкулезом [12]

Предпочитаемая модель коммуникации	Врачи-фтизиатры n=52		Медицинские сестры n=61		p1-p2	Пациенты n=64		p1-p3	P2-p3
	1		2			3			
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%		
Информационная	20	37,7	2	3,3	0,0003	4	6,2	0,0002	0,68
Совещательная	24	43,3	55	85,2	0,001	35	54,7	0,4	0,001
Патерналистская	8	17,0	7	11,5	0,7	25	39,1	0,009	0,001

Все участники лечебного процесса предпочитали совещательную модель, информационную модель в качестве приоритетной выбрали треть врачей и только 3,3% медицинских сестер. Патерналистскую модель приоритезировали 13,3% медицинских работников, при этом, 39% больных туберкулезом предпочитали данный вариант терапевтического сотрудничества. Возможно, пациенты ассоциировали данный подход с заботой и смещением ответственности за результат лечения с себя на медицинских работников.

Адаптировали свой стиль общения под личностные особенности пациентов 79,2% опрошенных врачей и 78,7% медицинских сестер, лишь 3,8% врачей и 11,5% медицинских сестер не учитывали личностные особенности пациента. 60,4% врачей и 62,3% медицинских сестер признались, что регулярно сталкиваясь с чрезмерной раздражительностью пациентов, прилагают усилия

для того чтобы «сгладить» ситуацию.

По визуальной аналоговой шкале оценили собственную уверенность в общении более 7-ми баллов пациентом 81,1% фтизиатров и 83,6% медицинских сестер. Низкую способность к избеганию психологических срывов фиксировали 26,4% врачей и 29,5% медицинских сестер ($p=0,048$). При самоанализе степени сопереживания проблемам пациента разницы между группами медицинских работников не выявлено: менее 7-ми баллов имели 28,3% врачей 32,8% медицинских сестер, максимум 18,7% и 21,3% соответственно [12].

Исследования, проведенные среди больных туберкулёзом, выявили у них низкий уровень осведомлённости о болезни и потребность в большей информированности [9, 12, 22]. Повышение этих знаний может стать ресурсом для улучшения соблюдения режима лечения, успех которого зависит от партнёрства между врачом и пациентом. Информационно-образовательная работа, психологическая поддержка и доверие к врачу помогают больным продолжать терапию [2, 11]. При этом главная проблема состоит в том, что пациенту необходимо не только получить информацию, но и глубоко понять её, усвоить и использовать для изменения своего поведения и образа жизни.

Информационно - образовательная работа является доступным для врача-фтизиатра способом немедикаментозного воздействия, позволяющем повысить приверженность к лечению и эффективность противотуберкулезной терапии [13].

Основной целью данного мероприятия является углубление информированности пациентов о заболевании туберкулезом, его патогенезе, а также о ключевых факторах риска, способствующих развитию данной патологии и ее осложнений. Кроме того, в рамках программы предполагается формирование у пациентов осознания личной ответственности за сохранение своего здоровья, а также развитие рационального и активного подхода к поддержанию собственного благополучия. Важным аспектом является также

стимулирование мотивации к приверженности здоровому образу жизни, что включает в себя формирование навыков и умений, необходимых для самоконтроля и оказания первичной помощи в неотложных ситуациях, связанных с туберкулезной инфекцией.

Суть подхода заключается в доступном информировании пациентов о причинах и механизмах развития заболевания, ознакомлении их с различными факторами риска (неуправляемыми, частично управляемыми, управляемыми) и их ролью в формировании заболевания, формировании рационального и активного отношения человека к здоровью, мотивации к оздоровлению, повышении ответственности человека за поддержание своего здоровья и снижении неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих, управляемых факторов риска (питание, двигательная активность, управление стрессом, отказ от вредных привычек и др.), повышении взаимопонимания и сотрудничества между врачом и пациентом и всеми членами его семьи в вопросах профилактики заболевания, ориентировании пациентов на успех в излечении заболевания через формирование здорового образа жизни.

Информационно-образовательная работа с пациентами при выявлении туберкулёза является обязательным компонентом лечебного процесса. Реализация данного направления осуществляется преимущественно в формате группового обучения численностью 4–6 человек. Формирование групп пациентов происходит дифференцированно: на амбулаторном этапе - непосредственно после установления диагноза; на стационарном этапе - по мере поступления пациентов в удовлетворительном состоянии.

Ключевым критерием для распределения в группы служит наличие или отсутствие бактериовыделения. Пациенты в состоянии средней степени тяжести и тяжёлом не подлежат включению в групповую работу до стабилизации их клинического состояния. В отношении данной категории больных проводится индивидуальная информационно-образовательная работа по назначению лечащего врача.

Курс школы пациента включает в себя 10 занятий для госпитализированных больных и 7 для амбулаторных пациентов (рисунок 1). Рекомендуемая кратность проведения занятий - 1-2 раза в неделю. Оптимальная продолжительность занятий 30-35 минут и не должна превышать 45 минут [13].

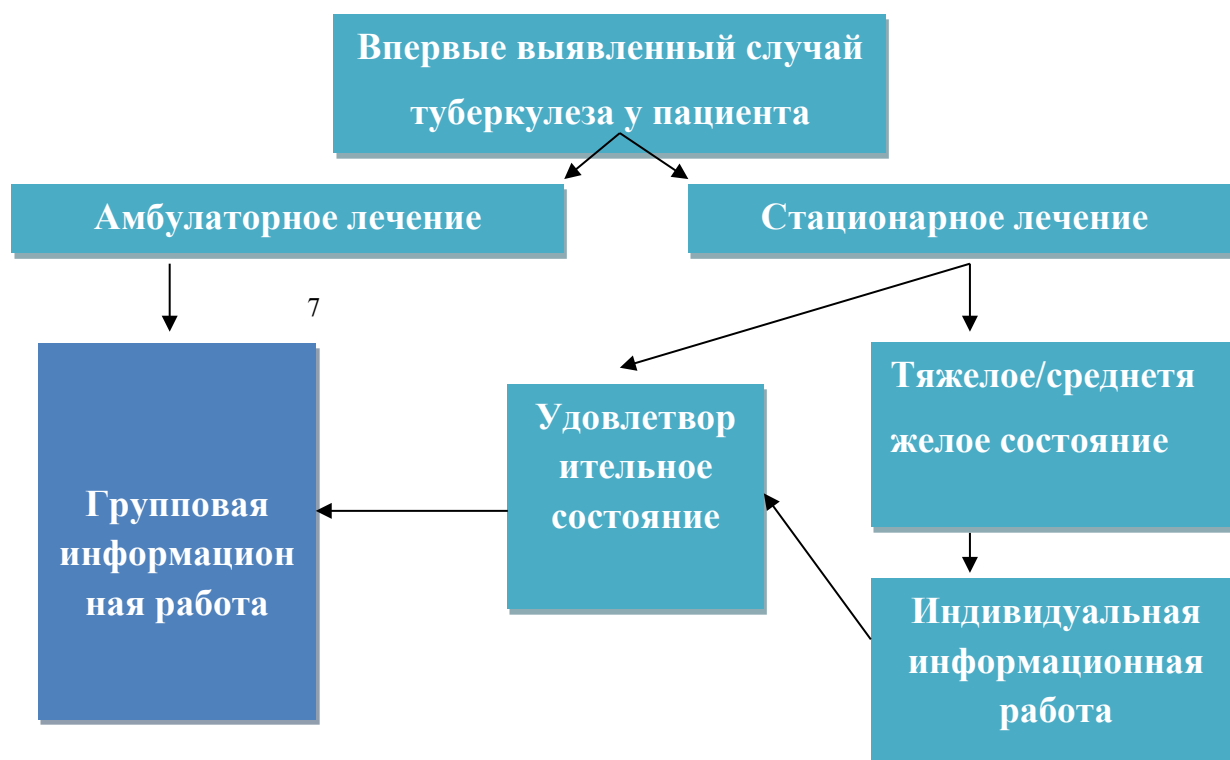


Рис. 1. - Схема организации разделения пациентов на группы.

В представленных ниже таблицах приведен тематический план занятий в школе больных туберкулезом на стационарном (таблица 2) и амбулаторном (таблица 3) этапе лечения.

Таблица 2. Программа занятий для стационарных отделений

№ занятия	Тема занятия	Формат занятия	Преподаватель	Время
1	Знакомство. Установление правил группы, целей и задач работы Школы, план и расписание занятий. Психологическое тестирование.	Беседа Тестирование	Психолог	45 мин

	Тестовый контроль оценки знаний о ТБ.			
2	Возбудитель ТБ. Что способствует заболеванию. Пути распространения. Признаки и симптомы ТБ. Диагностика ТБ.	Лекция Видеофильм	Врач-фтизиатр	
	вопросы и ответы	Интерактив	Врач-фтизиатр	15 мин
3	Лечение ТБ. Противотуберкулезные препараты, побочные эффекты. Лечение под непосредственным наблюдением. Длительность, интенсивная и поддерживающая фаза лечения.	Лекция	Врач-фтизиатр	30 мин
	Вопросы и ответы	Интерактив	Врач-фтизиатр	15 мин
4	Поведение больных в стационаре. Здоровый образ жизни. Важность отказа от вредных привычек.	Лекция	Психолог	25 мин
	Соблюдение режима стационарного лечения.	Лекция	Медицинские сестры стационарных отделений	25 мин
5	Профилактика употребления алкоголя и психоактивных	Лекция	Нарколог	30 мин
		Ответы на	Нарколог	15 мин

	веществ. Вредные привычки и их влияние на здоровье.	вопросы		
6	Права и обязанности больных туберкулезом. Меры социальной поддержки	Лекция	Социальный работник	30 мин
	Индивидуальное консультирование.	Консультирование	Социальный работник	60 мин
7	Вопросы репродуктивного здоровья пациенток с туберкулезом	Лекция	Врач – акушер- гинеколог	45 мин
8	Профилактика отрывов от лечения	Тренинг	Пациенты, излеченные от туберкулеза	30 мин
9	Подготовка к выписке: что должен знать больной туберкулезом об амбулаторном лечении	Лекция	Врач- фтизиатр	30 мин
10	Итоговый тестовый контроль оценки знаний больных о ТБ. Психологическое тестирование. Подведение итогов, рефлексия.	Тестирование	Психолог	45 мин

**Таблица 3. Программа занятий
для амбулаторно-поликлинических отделений**

№ занят ия	Тема занятия	Формат занятия	Преподавател ь	Время
1	Знакомство. Установление правил	Беседа Тестирование	Психолог	45 мин

	группы, целей и задач работы Школы, план и расписание занятий. Психологическое тестирование. Тестовый контроль оценки знаний о ТБ.			
2	Диагностика туберкулеза, подготовка к обследованию	Лекция	Медицинская сестра участковая	30 мин
3	Профилактика туберкулеза: как защитить членов семьи	Лекция	Медицинская сестра участковая	30 мин
4	Дети в очаге: что нужно знать взрослым	Лекция	Медицинская сестра участковая	30 мин
5	Туберкулез излечен: что дальше?	Интерактив	Медицинская сестра участковая	30 мин
6	Лечение под непосредственным наблюдением: почему это важно	Лекция	Медицинская сестра участковая	30 мин
7	Профилактика отрывов от лечения	Тренинг	Врач – фтизиатр, психолог, возможно участие пациентов, излеченных от туберкулеза	45 мин

В качестве преподавателей в работе школы пациента участвуют врачи-фтизиатры, медицинские сестры, социальные работники, психологи, врачи смежных специальностей (наркологи, акушеры-гинекологи).

В период 2025–2026 гг. в Кузбассе проведено исследование, направленное на оценку влияния информационно-образовательных программ на приверженность больных туберкулезом к специфической химиотерапии. В анализ включены данные 95 пациентов, разделенных на две группы: основную ($n=50$), для которых была организована работа «Школы больных туберкулезом», и группу сравнения ($n=45$), не охваченную подобным обучением.

Установлено, что отсутствие систематической информационно-образовательной работы является значимым предиктором неблагоприятных исходов стационарного этапа лечения. В группе без информационной поддержки значительно чаще наблюдалась преждевременная выписка из стационара при длительности госпитализации менее 50 койко-дней ($OШ = 2,7$). Наиболее частой причиной досрочного завершения стационарного лечения явился самовольный уход из отделения ($OШ = 5,2$). Кроме того, у данной когорты пациентов отмечалась более высокая частота пропусков приема противотуберкулезных препаратов по сравнению с участниками образовательной программы ($OШ = 4,1$).

Таким образом, в клинической практике медицинских работников, оказывающих противотуберкулезную помощь, доминирует совещательная модель. В то же время выявлен статистически значимый разрыв между предпочтениями пациентов и реальной практикой ($p=0,001$). Патерналистскую модель в качестве предпочтительной выбрали 39% пациентов, тогда как в своей деятельности её используют лишь 13,3% медицинских работников. Информационную модель применяют 32% фтизиатров и небольшая часть медицинских сестер. Большинство медицинских работников демонстрируют ситуативный подход к коммуникации. 79,2% фтизиатров и 78,7% медицинских сестер определяют модель общения интуитивно, исходя из поведения пациента. Гипотеза о применении единого подхода ко всем пациентам отвергается

подавляющим большинством респондентов (96,2% врачей и 88,5% сестер). Высокий уровень толерантности к негативному поведению пациентов является характерной чертой для обеих категорий персонала.

Реализация информационно – образовательной работы с больными туберкулезом является эффективным и доступным немедикаментозным методом терапевтического воздействия, позволяющим повысить приверженность к лечению и его эффективность.

В настоящее время в Российской Федерации успешно реализуются образовательные программы для пациентов различных отраслей медицины: сахарный диабет, ревматологические заболевания, заболевания гематологического профиля и т.д. Доказано, что различные подходы медицинского персонала в общении с пациентом (индивидуальное и групповое консультирование) повышает приверженность пациентов терапии, улучшая ее эффективность, прогноз для пациента и минимизирует количество осложнений и эпидемиологического распространения инфекционных заболеваний. Когда пациент понимает, зачем ему назначили терапию, как работают противотуберкулезные препараты и какого эффекта стоит ожидать, он с большей вероятностью будет следовать предписаниям врача. Информированный пациент чувствует себя участником процесса, что укрепляет терапевтический альянс между врачом и пациентом.

Литература/References:

1. Браженко О. Н., Солодилина К. А., Лощакова А. И. Психологические и социальные особенности больных туберкулезом с сочетанной ВИЧ-инфекцией в современных условиях // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2024. – Т. 16. – №. 1. – С. 23-35.
2. Бубнов, Н. С. Психологические аспекты болезни. - Санкт-Петербург: Наука, 2018.
3. Бутина А. В., Кузуб О. С. Основания коммуникации врача и пациента в условиях цифровизации //Проблемы социальной гигиены,

здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – №. 2. – С. 195-200.

4. Васильева, И. А. Эпидемиология туберкулеза в Российской Федерации в 2015-2024 гг / И. А. Васильева, С. А. Стерликов, В. Б. Галкин // Туберкулез и болезни легких. – 2026. – Т. 104, № 2. – С. 8-17.

5. Захарова Е. В., Фильштинская Е. Г. Психосоциальные характеристики больных туберкулезом в России и факторы формирования приверженности лечению //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2020. – Т. 17. – №. 2. – С. 330-347.

6. Золотова Н. В. и др. Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения //Туберкулез и болезни легких. – 2021. – Т. 98. – №. 12. – С. 34-40.

7. Коломиец В. М. и др. Особенности психологического сопровождения клинического излечения больного туберкулезом //Региональная научно-практическая конференция «Психология здоровья в образовательном процессе»(с использованием дистанционных технологий). – 2021. – С. 27-32.

8. Майер П. А. и др. Психологическая поддержка при формировании приверженности лечению больных туберкулезом //Учёные записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика ИП Павлова. – 2023. – Т. 30. – №. 4. – С. 10-17.

9. Овчинников, В. Ф. Терапевтические подходы к жизни с туберкулезом. - Москва: МГМУ, 2022.

10. Перельман, М. И. Больной туберкулёзом и врач-фтизиатр / М. И. Перельман // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – Т. 83, № 5. – С. 3.

11. Петров, А. В. Влияние поддержки на выздоровление. - Казань: Казанский университет, 2018.

12. Пьянзова, Т. В. Совершенствование медицинской помощи больным

туберкулезом при неблагоприятном прогнозе и течении заболевания в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции : дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук. – Москва, 2020. – 323 с.

13. Пьянзова, Т. В. Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулёзом на эффективность лечения // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – Т. 86, № 10. – С. 32-36.

14. Сидорова, Т. В. Психотерапия в практике борьбы с туберкулезом. - Владивосток: ДВГУ, 2021.

15. Тимакова С. В. и др. Приверженность к лечению и медико-социальные характеристики больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами // Медицинский Альянс. – 2025. – Т. 13. – №. 4.

16. Яковлева, С. Н. Образ жизни: адаптация больных туберкулезом. - Рязань: РязГУ, 2022.

17. Allwood B. W. et al. post-tuberculosis lung health: perspectives from the First International Symposium // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2020. – Т. 24. – №. 8. – С. 820-828.

18. Chen X. et al. The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China // Scientific Reports. – 2021. – Т. 11. – №. 1. – С. 24236.

19. Datta S. et al. Quality of life, tuberculosis and treatment outcome; a case-control and nested cohort study // European Respiratory Journal. – 2020. – Т. 56. – №. 2.

20. Duko B., Bedaso A., Ayano G. The prevalence of depression among patients with tuberculosis: a systematic review and meta-analysis // Annals of general psychiatry. – 2020. – Т. 19. – С. 1-11.

21. Febi A. R. et al. Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study // ERJ Open Research. – 2021. – Т. 7. – №. 3.

22. Perriot J, Masson M, Peiffer G. Renforcer l'éducation thérapeutique des patients tuberculeux [Strengthening therapeutic education for tuberculosis patients]. *Rev Infirm.* 2025 Dec;74(316):41-43. French. doi: 10.1016/j.revinf.2025.10.031. Epub 2025 Nov 26. PMID: 41371817.
23. Ruiz-Grosso P. et al. Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: a systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* – 2020. – Т. 15. – №. 1. – С. e0227472.
24. Veatch, R. Models for ethical medicine in a revolutionary age / R. Veatch // *Hastings Center Report.* – 1972. - Vol. 2, №3. – p. 5-7.
25. Yadav R. K. et al. Health related quality of life and associated factors with medication adherence among tuberculosis patients in selected districts of Gandaki Province of Nepal // *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases.* – 2021. – Т. 23. – С. 100235.

Глава 4.3.
ФОРМИРОВАНИЕ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ:
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МОДЕЛИ
ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Аршинова Е. В.

*старший преподаватель кафедры психологических наук
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный университет
Россия, г. Кемерово*

Янко Е. В.

*кандидат психологических наук, доцент,
заведующий кафедрой клинической психологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе представлены результаты теоретико-эмпирического исследования проблемы формирования деонтологической компетентности как ключевого элемента профессионального становления личности в системе высшего образования. Авторами обоснована недостаточность традиционной вертикальной (лекционно-семинарской) модели обучения для трансляции этических норм и ценностей. Предложена и апробирована модель горизонтального обучения («равный - равному»), рассматриваемая, как эффективная среда для интернализации профессионального долга, развития рефлексии и надситуативной ответственности. На материале формирующего эксперимента (студенты психологических специальностей) показана статистически значимая динамика показателей профессиональной идентичности, смысложизненных ориентаций и ценностно-смысловой сферы участников экспериментальной группы, обеспечивающие трансформацию внешних этических требований во внутренние убеждения будущего специалиста.

Ключевые слова: деонтологическая компетентность, горизонтальное

обучение, профессиональное становление, субъектная позиция, профессиональная идентичность, этическая рефлексия, модель равный – равному, высшее образование.

**FORMATION OF DEONTOLOGICAL COMPETENCE
OF FUTURE SPECIALISTS: PSYCHO-PEDAGOGICAL
ANALYSIS OF THE MODEL OF HORIZONTAL
TRAINING AT A UNIVERSITY**

Arshinova E. V.

*Senior Lecturer at the Department of Psychological Sciences
Kemerovo State University, Russia, Kemerovo*

Yanko E. V.

*Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Clinical Psychology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The chapter presents the results of a theoretical and empirical study of the problem of developing deontological competence as a key element of professional development in higher education. The authors argue that the traditional vertical (lecture-and-seminar) model of teaching is insufficient for transmitting ethical norms and values. They propose and test a horizontal learning model (peer-to-peer learning), which is seen as an effective environment for internalizing professional duty, developing reflection, and fostering transcendent responsibility. Based on the results of a formative experiment (students of psychological specialties), a statistically significant increase in the indicators of professional identity, life-meaning orientations, and value-meaning sphere of the participants in the experimental group was observed, which ensured the transformation of external ethical requirements into internal beliefs of future specialists.

Keywords: deontological competence, horizontal learning, professional development, subject position, professional identity, ethical reflection, equal-to-

equal model, higher education.

Введение

Современная система высшего профессионального образования сталкивается с необходимостью пересмотра подходов к подготовке специалистов, чья профессиональная деятельность сопряжена с высокими этическими требованиями. Традиционная парадигма, ориентированная преимущественно на трансляцию знаний и формирование технических навыков, оказывается недостаточной для развития у студентов способности к нравственной саморегуляции, эмпатии и ответственности - качеств, составляющих ядро деонтологической компетентности.

Деонтологическая компетентность, понимаемая как интегративное профессионально-личностное качество, включает не только знание этических норм и правил профессионального поведения, но и сформированность ценностно-смысловой сферы личности, готовность руководствоваться принципами долга, справедливости и гуманизма в профессиональной деятельности. Особую значимость данная компетентность приобретает для специалистов «человек-человек» - врачей, ветеринаров, педагогов, психологов.

В связи с этим актуальной становится проблема поиска эффективных организационных форм и педагогических технологий, обеспечивающих целостное развитие деонтологической компетентности. Одним из перспективных направлений является модель горизонтального обучения, предполагающая равноправное взаимодействие участников образовательного процесса, совместный поиск решений, взаимообучение и рефлексивный диалог.

Современная социальная ситуация развития профессиональной сферы характеризуется рядом антагонистических тенденций. С одной стороны, цифровая трансформация экономики и распространение технологий искусственного интеллекта привели к автоматизации многих рутинных операций, ранее составлявших основу труда специалистов среднего звена. С

другой стороны, рынок труда предъявляет беспрецедентные требования к так называемому «человеческому фактору» – качествам, которые невозможно алгоритмизировать: моральной устойчивости, эмпатии, способности принимать нестандартные решения в условиях этической неопределенности, профессиональной рефлексии и стрессоустойчивости.

Особую остроту этот запрос приобретает в сегменте профессий деонтологического профиля. К таковым мы, вслед за исследованиями Зеера Э.Ф., Кудрявцева Т.В. и Пряжникова Н.С., относим специальности, где центральным «инструментом» и «субъектом» труда является сам профессионал – его личность, ценностные установки, чувство долга, способность к состраданию и сохранению профессиональной тайны [6,8,14]. Это врачи и медицинские сестры, психологи-консультанты и клинические психологи, педагоги и социальные работники, сотрудники правоохранительных органов и спасатели, представители помогающих профессий. В этих сферах функциональная грамотность и владение алгоритмами действий выступают лишь необходимой, но далеко не достаточной основой. Решающим фактором, определяющим успешность и безопасность профессиональной деятельности, становится деонтологическая компетентность.

Анализ современного состояния психолого-педагогической науки (работы Абульхановой-Славской К.А., Анцыферовой Л.И., Асмолова А.Г., Слободчикова В.И.) свидетельствует о завершении эпохи линейного, поэтапного понимания профессионализации [1, 2]. Сегодня профессиональное становление личности студента рассматривается в парадигме синергетического и субъектно-деятельностного подходов. Это уже не прямая линия движения от новичка к эксперту, а сложная, нелинейная, поливариативная траектория, включающая чередование периодов плавной адаптации и резких кризисных переломов (кризис профессионального выбора, кризис учебно-профессиональной мотивации, кризис профессиональных экспектаций - «крушение иллюзий» третьего курса). В рамках этих кризисов происходит не

просто накопление опыта, а смена смыслов, переоценка ценностей, трансформация профессиональной идентичности [3, 4, 15, 17, 18].

Именно в эти кризисные периоды, как показывают наши псевдолонгитюдные наблюдения (2022–2024 гг.), закладываются либо деонтологическая зрелость – устойчивая система профессиональных ценностей и надситуативной ответственности, – либо, напротив, формируются такие негативные новообразования, как эмоциональное выгорание, цинизм, профессиональная деформация и формальное отношение к долгу. Следовательно, проектирование образовательной среды должно быть нацелено на активное, а не спонтанное прохождение этих кризисов. Центральным вопросом становится поиск адекватных педагогических моделей, способных обеспечить интернализацию этических норм.

Основная гипотеза настоящей статьи, сформулированная на основе предварительных данных гранта РФФИ № 19-013-00066, заключается в следующем: наиболее эффективным инструментом формирования «деонтологического комплекса личности» выступает относительно новая для отечественной педагогики модель горизонтального обучения (peer-to-peer, «равный – равному») [15]. Эта модель преодолевает фундаментальное ограничение традиционной вертикальной дидактики, которое заключается в том, что этика не передается в монологе. Моральные принципы не интериоризируются через запись лекции и последующий ответ на экзамене. Этика рождается только в диалоге, споре, публичном обсуждении сложных кейсов и, главное, в ситуациях реального или квазиреального морального выбора, где есть цена ошибки и обратная связь от равных.

Исторический генезис понятия «деонтологическая компетентность»: от нормативного долженствования к субъектной экзистенциальности.

Для понимания современного состояния проблемы необходим краткий, но содержательный экскурс в эволюцию категориального аппарата. Термин «деонтология» (от греч. δέον – должное, необходимое и λόγος – учение, слово)

был введён в научный оборот английским философом-утилитаристом Иеремией Бентамом в XVIII веке как наука о должном поведении любого профессионала. Однако подлинное развитие деонтология получила преимущественно в медицинской среде. Благодаря работам отечественного онколога Петрова Н.Н. (первая половина XX века) и западных биоэтиков (Парселл Т., Фут П.) сформировалась «классическая медицинская деонтология», фокусирующаяся на триаде отношений: «врач – пациент», «врач – родственники пациента», «врач – коллеги». На этом этапе деонтология носила преимущественно нормативно-регулятивный характер, регламентируя внешние поведенческие паттерны (обязан здороваться, обязан выслушать, не имеет права навредить, обязан хранить тайну).

Современное понимание деонтологической компетентности качественно иное. Оно вбирает в себя достижения гуманистической психологии (Роджерс К., Маслоу А., Франкл В.), экзистенциальной традиции (Сартр Ж.-П., Мэй Р.), акмеологии (Кузьмина Н.В., Деркач А.А.) и психологии субъекта (Рубинштейн С.Л., Абульханова-Славская К.А., Петровский В.А.) [1-20]. Сегодня деонтологическая компетентность – это не сумма выученных и воспроизводимых правил. Это сложное, многоуровневое, интегративное личностно-профессиональное качество, сущность которого составляет интернализованная субъектная позиция профессионала. Иными словами, это переход от внешнего требования «так надо, потому что это прописано в этическом кодексе» к внутренней, экзистенциальной необходимости «я не могу иначе, это противно моей совести и моей профессиональной идентичности».

Концептуализируя структуру деонтологической компетентности и опираясь на работы Кузьминой Н.В. (когнитивно-операционный подход), Марковой А.К. (компетентностный подход) и Митиной Л.М. (личностно-развивающий подход), мы выделяем следующие взаимосвязанные компоненты [9,10,11].

Когнитивно-аксиологический компонент. Включает в себя: а) знание формальных этических кодексов, правовых основ профессиональной деятельности; б) понимание базовых ценностей профессии (гуманизм, уважение автономии клиента/пациента, принцип «не навреди», справедливость, честность); в) осведомленность о границах профессиональной компетентности и ситуациях, требующих обращения к супервизору.

Аффективно-мотивационный компонент. Отражает эмоциональное отношение к профессиональному долгу. Сюда входят: способность к эмпатии (когнитивной и эмоциональной), развитые моральные чувства (профессиональная гордость, стыд при нарушении этики, совесть), а также мотивация достижения и мотивация служения.

Поведенческо-волевой компонент (конативный). Представляет собой способность специалиста действовать в соответствии с профессиональным долгом, особенно в ситуации морального выбора, где сталкиваются разнонаправленные ценности (например, конфиденциальность и безопасность третьих лиц). Сюда же относится резистентность к профессиональному выгоранию и развитая эмоционально-волевая саморегуляция.

Рефлексивно-прогностический компонент. Высший уровень деонтологической компетентности. Проявляется в способности к постоянной рефлексии собственных действий, анализу скрытых мотивов своего поведения, предвидению отдаленных последствий профессиональных решений (как для клиента/пациента, так и для самого себя) и готовности к коррекции профессионального поведения на основе этой рефлексии.

Формирование такого сложного многокомпонентного образования, как убедительно показано в исследованиях Яницкого М.С., Знакова В.В. и Шихирева П.Н., не может быть обеспечено исключительно вербальными методами (лекция, рассказ, инструктаж), какими бы талантливыми ни были преподаватели. Требуется особая «средовая педагогика» и специфические формы организации взаимодействия, которые мы находим в модели

горизонтального обучения [18].

Содержательные характеристики профессионального становления студентов деонтологического профиля.

Анализ обширного массива научных трудов (Головаха Е.И., Пряжников Н.С., Шавир П.А., Абульханова-Славская К.А., Божович Л.И., Дружинин В.Н., Карпов А.В., Ковалев В.В., Яницкий М.С., Знаков В.В., Зеер Э.Ф) позволил нам не только консолидировать разрозненные дефиниции, но и выстроить иерархическую структуру признаков процесса профессионализации именно для деонтологически ориентированных специальностей. Ниже представлен расширенный комментарий к каждому из ключевых признаков, которые выступают одновременно и критериями эффективности обучения [1-18].

1. Наполнение будущей деятельности особым экзистенциальным смыслом и профессиональными ценностями. В отличие от овладения ремеслом, где доминирует прагматический мотив («получу зарплату»), деонтологическая профессия требует от студента глубокой интернализации - присвоения ценностей как лично значимых. Эмпирические данные, полученные в нашей лаборатории (Аршинова Е.В., Билан М.А., 2018), показывают типичную динамику: на первом курсе доминирующим является диффузное, романтизированное «желание помогать людям».

К четвертому-пятому курсу (при условии благоприятного развития) этот мотив трансформируется в конкретную этическую позицию, подкреплённую знанием границ личной ответственности, осознанием цены помощи («помогать не значит делать за другого») и пониманием феномена «помогающей усталости». Деонтологическая компетентность в ее высшей форме начинается там, где студент (или молодой специалист) задаёт себе рефлексивный вопрос: «А имею ли я моральное право помогать этому человеку? Не навредит ли моя помощь больше, чем бездействие?».

2. Овладение деятельностной основой профессии (единство теории и психотехники). Речь идёт не только о предметных знаниях (когнитивный

компонент), но и о психомоторных, коммуникативных и перцептивных навыках. Для клиницистов – техники пальпации, инъекций, интерпретации симптомов. Для психологов-консультантов – техники активного слушания, ведения диалога, невербальной синхронизации. Для педагогов – техники управления классом и педагогической поддержки. Деятельностная основа является той базовой «платформой», без которой развитие этической рефлексии либо невозможно (нечего рефлексировать), либо становится опасным дилетантством. Как справедливо отмечал еще Гиппократ, «не навредить» может только тот, кто умеет делать правильно.

3. Формирование триединого комплекса профессионально значимых качеств личности. Этот комплекс включает: а) профессиональную направленность (устойчивая мотивация, установка «я хочу работать по профессии», высокая удовлетворенность выбранным путем, даже при осознании трудностей); б) профессиональную компетентность (интегративное качество, означающее «я могу решать типовые и нетиповые задачи в данной предметной области»); в) социально и профессионально значимые качества (эмпатия, толерантность к неопределенности, фрустрационная толерантность, эмоциональная гибкость, рефлексивность, ассертивность, интернальный локус контроля).

4. Готовность к непрерывному образованию и саморазвитию (акмеологический вектор как образ жизни). В современном мире, где полураспад профессиональных знаний означает, что конкретная узкая специализация может устареть за 3-5 лет, ключевым становится сформированная «потребность в акмеологическом векторе» – не просто желание повышать квалификацию формально, а экзистенциальная потребность в достижении вершин мастерства (акме). Это проявляется в постоянном выходе из «зоны комфорта», поиске сложных задач, рефлексии собственных ошибок, открытости к супервизии. Данное качество, по нашим данным, успешно формируется только там, где студент видит живые примеры старших коллег

(наставников) и ощущает вкус собственного профессионального роста через обратную связь.

5. Качественные преобразования в структуре самосознания и Я-концепции. Вхождение в профессию инициирует глубинные, часто кризисные изменения в самосознании. Студент перестаёт мыслить категориями внешней дихотомии «я и моя будущая профессия», постепенно переходя к интериоризированным структурам: сначала «я в профессии» (профессия как внешняя рамка), а на высшем уровне – «профессия во мне» (профессиональные ценности стали частью ядра личности). Этот переход диагностируется через появление профессионального самосознания: будущий психолог начинает анализировать свои собственные жизненные коллизии, сны, поступки через призму профессионального психологического знания (феномен «болезни третьего курса» в позитивном смысле).

6. Диагностика психофизиологических возможностей и ограничений (формирование адекватной самооценки). Этот признак предполагает появление тонкого механизма внутренней обратной связи и самоанализа. Студент учится беспристрастно оценивать свои психофизиологические особенности: пороги сенсорной чувствительности (например, реакция на запахи, виды крови, крик), выносливость к стрессу, фрустрационную толерантность, способность к длительной концентрации, особенности темперамента. Он начинает сознательно соотносить эти данные с реальными условиями будущего труда (жёсткий график, экстремальные условия, эмоционально насыщенные контакты). Для деонтологических профессий это критически важно: например, будущий хирург должен осознавать свою вегетативную реакцию на вид крови, а будущий кризисный психолог – свою утомляемость в конфликтных ситуациях.

7. Субъектная активность и авторство собственной профессиональной биографии. Это ключевой, «сквозной» и наиболее сложный для педагогического формирования признак. Он маркирует переход студента от

позиции объекта педагогических воздействий (когда за него всё решают преподаватели, учебные планы и родители) к позиции субъекта саморазвития. Подлинная субъектность проявляется в самостоятельном выстраивании индивидуальной образовательной траектории, выборе тем курсовых и научных работ не по остаточному принципу, а исходя из внутреннего запроса на развитие конкретного качества, в инициации проектов и волонтерских инициатив. В рамках нашего исследования мы обнаружили, что горизонтальное обучение является мощнейшим катализатором субъектности, поскольку ставит студента в позицию «эксперта» и «транслятора» уже на ранних этапах.

8. Самореализация профессионального призвания как способа бытия. Высший уровень профессионализации. На этом этапе работа перестаёт быть инструментом заработка или средством статусной атрибуции. Профессиональная деятельность становится экзистенциальной ценностью, способом самоосуществления. Потенциальные творческие возможности личности – креативность в решении нестандартных этических дилемм (например, как сохранить конфиденциальность, но одновременно предотвратить возможное преступление), спонтанность в условиях жесткого цейтнота – реализуются естественно, без внешнего принуждения. На этом этапе формируется «деонтологическая интуиция» – способность практически безошибочно принимать этически верное решение при остром дефиците времени информации.

9. Адаптивность в сочетании с ригидностью к нарушениям этических норм. Профессиональная деятельность в современном хаотичном, турбулентном мире (цифровизация, пандемии, смена поколенческих когорт со своими ценностями) требует от специалиста двойной структуры: абсолютной, бескомпромиссной «ригидности к нарушениям этических принципов» (незыблемость норм: не вступать в двойные отношения с клиентом, не нарушать конфиденциальность, не использовать манипуляции) при максимальной инструментальной гибкости – способности быстро осваивать

новые методы, менять коммуникативные стратегии в зависимости от контекста. Данная структура, по нашим данным, формируется только через решение так называемых парадоксальных профессиональных задач.

10. Общественное признание и переживание профессионального престижа. Важный мотивационно-подкрепляющий фактор, стабилизирующий профессиональную идентичность. Формируется через участие в студенческих профессиональных объединениях, волонтерских проектах, реальной помощи населению на безвозмездной основе под супервизией. Апробация своих сил в социальной среде, получение позитивной обратной связи от «реальных людей» (школьников, родителей, клиентов общественных приемных) закрепляет чувство профессиональной полезности, ценности себя как члена профессионального сообщества.

Все эти содержательные характеристики накладываются на сензитивность студенческого возраста (поздняя юность – ранняя взрослость, 18–25 лет), специфические кризисы развития (кризис 3 курса, или «депрессия реальности», столкновение красивых теорий с трудной практикой) и уникальную социальную ситуацию развития (цифровая социализация, гибридное обучение, экономическая нестабильность). Следовательно, проектирование процесса формирования деонтологической компетентности не может быть стихийным или полностью отданным на откуп традиционной лекционной системе. Необходима продуманная система специальных педагогических условий, и центральную роль в этой системе, как показало наше исследование, играет горизонтальное обучение.

Парадигмальные изменения в образовании деонтологического профиля: кризис классической вертикали и поиск альтернатив

Традиционная модель лекционно-семинарского обучения, унаследованная от классического немецкого университета Гумбольдта и адаптированная советской педагогикой, предполагает жесткую иерархию и вертикальную трансляцию знания: преподаватель – носитель абсолютного, не

подлежащего немедленному сомнению эталонного знания, студент – «пустой сосуд», который необходимо наполнить содержанием и проверить его усвоение. Эта модель, блестяще работавшая в индустриальную эпоху для передачи больших массивов формализованных знаний, сегодня демонстрирует низкую эффективность в ключевой для нас сфере – формировании деонтологической компетентности. Повторим ключевой тезис, этика не транслируется в монологе. Нельзя научить совести, прочитав лекцию о категорическом императиве Канта, и нельзя привить уважение к конфиденциальности, заставив выучить статью Уголовного кодекса. Моральные принципы и ценностные установки интериоризируются исключительно через диалог, полилог, дискуссию, столкновение различных, подчас противоречивых мнений, через публичное обсуждение этически сложных кейсов и, главное, через включение в ситуации реального или квазиреального морального выбора, где есть немедленные последствия и обратная связь.

Синтезируя современные российские (Зеер Э.Ф., 2022; Яницкий М.С., 2021) и зарубежные (Bandura A., Rogers C., Freire P., Lave J., Wenger E.) [1-20] практики проектирования образовательной среды, мы выделяем три ключевых подхода, которые сегодня становятся методологическими ориентирами для модернизации вузовской подготовки специалистов помогающих профессий.

Подход 1. Практико-ориентированное сопровождение с проектной деятельностью «с нулевого курса». Суть подхода – максимально раннее, уже с первого семестра, погружение студентов в квазипрофессиональную и даже реальную профессиональную деятельность. Это не пассивная ознакомительная практика в духе «посиди и посмотри, как работает опытный мастер», а активное вовлечение в социально значимые проекты, где результат деятельности имеет ценность для реальных людей (проведение профориентационных или психопрофилактических тренингов для школьников, волонтерское консультирование на кризисной линии под супервизией старших,

разработка информационных буклетов).

Подход 2. Институт наставничества и регулярная супервизия (тьюторское сопровождение). Личностно-ориентированный и субъектный подходы требуют персонализации образовательной траектории. Наставник – это не просто преподаватель, а «значимый другой», часто неформальный лидер профессионального сообщества. Он транслирует не только когнитивные схемы, но и невербализуемые паттерны поведения, «эмоциональный интеллект» профессии, отношение к клиенту/пациенту, моделирует устойчивость в сложных этических ситуациях. В нашей модели горизонтального обучения мы ввели трехуровневую систему наставничества: преподаватель – наставник – студент-активист.

Подход 3. Горизонтальное обучение (Peer-to-Peer, «равный – равному», «равный обучает равного»). Это принципиально иная, постнеклассическая образовательная модель, где среда перестает быть строго иерархической, трансформируясь в сетевую. Знания и ценности генерируются не только нисходящим потоком от педагога к студенту, но и, прежде всего, в гетерогенной сети контактов: «студент – студент», «студент-старшекурсник – студент-младшекурсник», «студент – выпускник», «студент – внешний заказчик». В этой модели ролевая позиция педагога кардинально трансформируется: он перестает быть «транслятором абсолютной истины» и становится фасилитатором, модератором, комментатором процесса, «безопасным тылом» и создателем условий для встречи различных, подчас конфликтующих смыслов. Как точно отмечают Иванов М.С. и Яницкий М.С. (2012), классическая транслирующая функция образования уступает место посреднической (медиативной) [18]. Вуз превращается из «завода по штамповке истин» в площадку для диалога поколений, культурных смыслов и профессиональных позиций.

Горизонтальное обучение критически важно именно для формирования деонтологического комплекса. Потому что оно в безопасных, но

психологически реальных условиях моделирует главную экзистенциальную проблему взрослого профессионала – необходимость продуктивно действовать и принимать решения в условиях неопределённости, ценностного конфликта и отсутствия однозначной иерархической опоры («начальник/преподаватель сказал – значит правильно»). Когда иерархическая опора исчезает или перестает быть доминирующей, студент вынужден брать интеллектуальную и, что важнее, моральную ответственность на себя. Он должен аргументировать свою позицию перед равными (перед которыми стыдно «провалиться», потерять лицо, но чья оценка не носит формально-карательного административного характера), учиться критически относиться к любым авторитетам, включая тексты учебников и мнение преподавателя. Это мощнейшим образом предотвращает формирование ригидного, догматичного, нерефлексивного профессионального мышления – того самого, которое особенно опасно в помогающих профессиях, где слепое следование букве инструкции может навредить живому человеку сильнее, чем ее творческое неприменение.

Модель горизонтального обучения и психологические механизмы формирования деонтологического комплекса

Структура деонтологического комплекса личности будущего специалиста: от теоретической абстракции к эмпирической операционализации.

Что такое «деонтологический комплекс личности»? В рамках нашего научного коллектива под этим термином понимается устойчивое, динамическое, интегративное психологическое образование, являющееся продуктом и результатом профессионализации (профессиогенеза) и включающее три взаимосвязанных, но относительно автономных блока, которые не могут быть сформированы изолированно друг от друга.

Первый блок – Ценностно-смысловой (аксиологический).

Содержание: а) Глубинное, не декларативное принятие гуманистических ценностей: уважение жизни, достоинства личности, ее автономии и права на

выбор, независимо от статуса, возраста, состояния здоровья, социального происхождения; б) Осознание и принятие ключевых этических категорий профессии: конфиденциальность, добровольность информированного согласия, безоценочное принятие (безусловное позитивное отношение), принцип нормативной благотворительности; в) Сформированная экзистенциальная позиция (ответы на вопросы: для чего я в профессии? какова моя мера ответственности? где границы моего «я» и зоны ответственности клиента?).

Индикаторы сформированности (диагностический инструментарий): методика «Ценностные ориентации» М. Рокича (высокий ранг терминальных ценностей «активная деятельная жизнь», «здоровье других», «счастье других», инструментальной ценности «ответственность»).

Второй блок – Регулятивно-волевой (операциональный, конативный).

Содержание: а) Развитое чувство профессионального долга как внутреннего, а не внешнего побудителя к деятельности («я не могу пройти мимо», «я должен сделать это качественно»); б) Надситуативная ответственность – готовность отвечать за последствия своих решений даже в тех случаях, когда формально (административно, юридически) тебя невозможно привлечь к ответственности; в) Резистентность к манипуляциям и стрессу, высокий уровень самоконтроля и эмоционально-волевой саморегуляции в конфликтных, фрустрирующих ситуациях профессионального общения.

Индикаторы сформированности: Шкала «Локус контроля – профессиональная ответственность» (субшкала опросника УСК).

Третий блок – Идентификационный (личностно-смысловой).

Содержание:

а) Сформированная профессиональная идентичность по сформированному типу (в терминологии Шнейдер Л.Б.) – когнитивный компонент: «я знаю, что я – психолог/педагог/врач, и что это значит для меня и других»; эмоциональный: «я чувствую гордость и ценность принадлежности к

профессиональной группе, даже при осознании ее проблем»; поведенческий: «я действую как профессионал даже вне работы, в обыденной жизни»;

б) Согласованность профессиональной Я-концепции с реальным поведением, низкий уровень когнитивного диссонанса в отношении профессиональных атрибутов.

Индикаторы сформированности: опросник профессиональной идентичности (ОПИ) Шнейдер Л.Б., методика «Кто Я?» (20 суждений) Куна М. и Макпартленда Т. с последующим контент-анализом на предмет наличия профессиональных самоопределений, семантический дифференциал профессии.

Психологические механизмы формирования деонтологического комплекса в среде горизонтального обучения.

В ходе горизонтального обучения три вышеописанных блока формируются не через механическую зубрежку этических кодексов и не через абстрактное морализаторство (которые, как показали контрольные замеры, малоэффективны), а через активацию специфических психологических механизмов, которые практически не работают или работают со сбоями в классической лекционно-семинарской системе.

Опишем эти механизмы детально.

Механизм 1. Вербализация как интернализация (феномен «объясняя – понимаю»). Когда студент (в нашей модели «активный участник») начинает учить первокурсника или школьника основам психологической грамотности или этическим принципам, он вынужден совершить сложную когнитивную работу. Он не может механически повторить текст учебника (это будет неубедительно и непонятно). Он вынужден вербализовать свои этические принципы, дидактически трансформировать их: подобрать понятные метафоры, привести жизненные примеры, выстроить убедительную риторику, окрасить речь эмоционально и интонационно. Проговаривая партнеру: «Это действие недопустимо, потому что оно нарушает принцип конфиденциальности и может

нанести клиенту психологическую травму», – студент незаметно для самого себя убеждает прежде всего самого себя. Запускается классический механизм пропаганды «сам себя убеждаю» (когнитивистами описано как эффект «публичной приверженности»). Внешнее формальное требование (этический кодекс: «ч.1 ст. 9 ...») постепенно становится внутренним убеждением. Происходит интериоризация - переход «знания о норме» в «норму-убеждение».

Механизм 2. Социальное сравнение в референтной группе (Фестингер Л.). В отсутствие жесткой иерархической угрозы («преподаватель оценит и поставит двойку») активизируется механизм горизонтального социального сравнения. Студент наблюдает, как его однокурсник или старший наставник (позиция «равного», но чуть более опытного) элегантно и этично разрешает сложную ситуацию - например, сообщает плохую новость, отказывает в неэтичном запросе, выходит из эмоционального контакта с созависимым клиентом. У наблюдающего возникает мощная мотивация: либо соревновательная («я должен справиться не хуже, иначе я потеряю лицо в глазах референтной группы»), либо кооперативная («научи меня, как ты это делаешь»). При этом критически важно, что снижается защитное напряжение и тревога оценки, характерные для вертикального сравнения с непререкаемым авторитетом преподавателя. Студент видит: «он такой же, как я, и у него получается – значит, и у меня получится».

Механизм 3. Психологическая безопасность и снижение эгозащит. Взаимодействие по типу «равный – равному», особенно в неформальной, добровольческой обстановке студенческого объединения (общий чат, совместное обсуждение после выезда), кардинально снижает уровень психологических защит. Студент гораздо меньше боится открытой ошибки, публичного признания в глупости или наивности по сравнению с формальным ответом на семинаре с трибуны перед преподавателем. Он свободнее допускает честную рефлексию и самораскрытие: «в такой ситуации я растерялся и поступил неправильно, мне было стыдно». Эта «безопасная среда» (безопасная

с точки зрения статуса и социальных санкций) является идеальным полигоном (тренировочной площадкой) для отработки сложных, экзистенциально напряженных этических дилемм. Классические дилеммы: «Сообщать ли клиенту правду о тяжелом диагнозе, если эта правда может его разрушить?»; «Как поступить, если коллега систематически нарушает этические нормы (занимается сверхчувствительной терапией)?»; «Могу ли я прекратить терапию, если клиент мне крайне неприятен в личностном плане?». В горизонтальной среде эти темы обсуждаются в режиме доверительного диалога, без страха получить «неуд» или ярлык «непрофессионала».

Механизм 4. Трансляция неформальных норм и скрытого («молчаливого») знания. В любых профессиях, особенно деонтологического профиля, существует мощный пласт латентного знания – невербализованных, часто не прописанных в официальных кодексах и учебниках, но абсолютно необходимых и жизненно важных правил выживания, сохранения себя в профессии и повышения эффективности. Примеры: «никогда не обещай клиенту больше, чем ты реально можешь выполнить»; «всегда оставляй 15 минут между сложными приемами, чтобы психологически переключиться»; «в экстренной ситуации сначала успокой себя с помощью дыхания, потом помогай другому»; «если не знаешь, что делать, – скажи об этом честно, это не снижает твой авторитет». Это знание не передается в лекциях и семинарах. Оно передается исключительно в неформальных горизонтальных контактах: от старших студентов к младшим в кулуарах, коридорах, студенческих чатах, совместных обедах после проектов.

Проект «Студия психологической грамотности»

Для эмпирической проверки теоретических положений о ключевой роли горизонтального обучения в формировании компонентов деонтологической компетентности нами было проведено экспериментальное исследование (2025 гг.) на базе Социально-психологического института Кемеровского государственного университета.

Экспериментальная группа – 48 студентов 2-3 курсов направлений «Психология» и «Клиническая психология» (очная форма обучения, средний возраст 19,7 лет; гендерный состав: 39 девушек, 9 юношей).

Контрольная группа – 52 студента сопоставимого профиля, курса и возраста (средний возраст 19,8 лет; 41 девушка, 11 юношей), обучавшихся по традиционной (лекционно-семинарской) системе без активного включения в горизонтальные практики.

Среда эксперимента:

Студенческое объединение «Студия психологической грамотности» (далее – Студия). Деятельность Студии организовывалась строго по принципу горизонтальной сети и добровольного наставничества. Внутри Студии была сознательно разрушена жесткая вертикальная субординация «преподаватель – студент». Были введены следующие функциональные роли (ротация).

Наставники: студенты старших курсов, прошедшие предварительный тренинг по фасилитации, активному слушанию и основам этической супервизии (дисциплины: «Профессиональная этика», «Введение в клиническую психологию», «Консультативная психология»).

Активные участники: студенты 2–3 курсов деонтологического профиля подготовки.

Кураторы-эксперты: преподаватели кафедры, занимавшие позицию «безопасного тыла» и консультантов по сложным запросам, но исключительно по инициативе студентов.

Формы работы Студии (типы горизонтальной активности).

Выездные интерактивные лекции и тренинги для школьников (тип «педагог-ученик в горизонтальной диспозиции»). Студенты 2-3 курсов под руководством наставников разрабатывали и проводили 45-минутные занятия по психологической грамотности для учащихся 9–11 классов средних школ г. Кемерово и Кемеровской области (всего за два семестра проведено 12 выездов, охвачено 296 школьников). Темы занятий: «Стресс и здоровые

способы саморегуляции», «Буллинг: распознать и противостоять», «Психологическая самопомощь в период экзаменов», «Профориентация: как услышать себя».

Мастер-классы по саморегуляции для студентов-непсихологов. Студенты 2–3 курсов проводили 20-минутные мини-тренинги (дыхательные техники, техники заземления, экспресс-расслабление) для первокурсников университета период экзаменационной сессии (охват – около 150 студентов).

Этические дебаты и дискуссионный клуб. Раз в две недели проводились двухчасовые закрытые встречи, где студенты обсуждали реальные профессиональные кейсы, предоставленные наставниками и кураторами, взятые из реальной практики. Кейсы содержали острые этические конфликты: «Врач скрыл диагноз от пациента по просьбе родственников. Этично ли?», «Психолог узнал в клиенте своего близкого друга. Как быть?», «Учитель стал свидетелем систематического домашнего насилия в семье ученика: сообщать в органы (нарушая конфиденциальность) или нет?».

Профессиональный киноклуб. Просмотр и последующий дебрифинг художественных фильмов и документальных лент с насыщенным профессионально-этическим содержанием («Полёт над гнездом кукушки», «1+1», «Настоящий детектив», «Меланхолия», «Друг» и др.). Преподаватель выступал в роли рядового участника, не беря на себя функции «разоблачителя единственно верных смыслов».

Методы диагностики и математико-статистической обработки

Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича (адаптация Леонтьева Д.А., 2000). Оценивались сдвиги в рангах терминальных и инструментальных ценностей, в частности рост значимости ценностей «профессиональная ответственность», «милосердие», «активная деятельная жизнь».

Тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Леонтьева Д.А. (2006). Оценивались общий показатель осмысленности жизни и субшкалы: «Цели в

жизни», «Локус контроля – Я», «Локус контроля – жизнь».

Опросник профессиональной идентичности (ОПИ) Шнейдер Л.Б. (2000). Позволяет диагностировать статус профессиональной идентичности: сформированная, диффузная, мораторий (кризис выбора), псевдоидентичность (навязанная извне).

Методика диагностики уровня эмпатии (Метрабян А., Эпштейн Н.) в адаптации Юсупова И.М.

Статистическая обработка проводилась в SPSS с использованием Т-критерия Стьюдента для связанных и независимых выборок, U-критерия Манна-Уитни (при нарушении нормальности распределения), корреляционного анализа по Пирсону.

Внутри экспериментальной группы был проведен корреляционный анализ. Обнаружена сильная положительная корреляция между количеством проведенных выездных занятий у школьников и такими показателями, как «общая осмысленность жизни» ($r=0.67$, $p<0.01$), «локус контроля – Я» ($r=0.55$, $p<0.05$) и «уровень эмпатии» ($r=0.61$, $p<0.01$). Чем больше студент выступал в роли «обучающего эксперта», тем выше были его показатели автономии и ответственности.

Проведенное теоретико-эмпирическое исследование позволяет сформулировать следующие основные выводы.

1. Деонтологическая компетентность будущего специалиста деонтологического профиля является сложным, многоуровневым личностно-профессиональным образованием, не сводимым к сумме формальных этических знаний. Ее ядро составляет интернализованная субъектная позиция, включающая ценностно-смысловой, регулятивно-волевой и идентификационный компоненты. Традиционная вертикальная модель обучения демонстрирует низкую эффективность в формировании этих компонентов, особенно в части интернализации внешних норм.

2. Модель горизонтального обучения, реализованная в виде

студенческого объединения «Студия психологической грамотности», создает уникальные психолого-педагогические условия. Ключевыми механизмами формирования деонтологического комплекса в этой модели выступают: вербализация как интернализация; горизонтальное социальное сравнение в референтной группе; переживание психологической безопасности, снижающее эго-защиты и способствующее честной рефлексии; трансляция неформальных норм и скрытого профессионального знания.

3. Эмпирически доказано, что систематическое участие в горизонтальных практиках (выездные лекции, этические дебаты, тренинги «равный – равному») статистически значительно повышает показатели осмысленности жизни, уровень субъективного локуса контроля, уровень эмпатии, коммуникативные навыки и, что важнее, ведет к формированию сформированного статуса профессиональной идентичности. В экспериментальной группе доля студентов со сформированной идентичностью составила 67% против 38% в контрольной.

4. Качественный анализ показал, что горизонтальное обучение позволяет смягчить и конструктивно решить нормативный кризис профессионального становления (кризис 3 курса), а также запускает развитие высших форм профессиональной рефлексии – «деонтологической тревоги» и чувствительности к моральным дилеммам.

Практические рекомендации для вузов, осуществляющих подготовку специалистов помогающих профессий, целесообразно: а) интегрировать горизонтальные практики в учебный план в качестве обязательного компонента производственной практики или раздела внеучебной работы; б) создать инфраструктуру (студенческие объединения, воркшопы), поддерживающую взаимодействие «равный – равному»; в) ввести подготовку (тренинг) старшекурсников в качестве фасилитаторов горизонтального обучения.

Литература/References:

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни.- М.: Мысль. - 1991.-

300с.

2. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы. Психология формирования и развития личности.- М.: Изд-во МГУ. - 1981. - С. 3-18.

3. Аршинова Е.В., Билан М.А. Динамические аспекты интернализации профессиональных ценностей будущих специалистов деонтологического профиля. Вестник Кемеровского государственного университета. - 2018. - № 4. - С. 106-117.

4. Аршинова Е.В., Янко Е.В., Браун О.А., Билан М.А., Аркузин М.Г., Пфетцер А.А. Динамика профессиональной идентичности студентов в цифровизации образовательной среды и ее девиации. Профессиональное образование в России и за рубежом. - 2022. - № 1(45). -С. 116-121.

5. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды. Под ред. Д. И. Фельдштейна. - Москва: Директмедиа Паблишинг. 2008. - 612 с.

6. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития: учеб. пособие. - М.: Издательский центр «Академия», 2006. -. С. 88-92.

7. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений.- М.: Издательский центр «Академия», 2011. - 304 с.

8. Кудрявцев Т. В., Шегурова В. Ю. Психологический анализ динамики профессионального самоопределения личности // Вопросы психологии. - 1983. - №2. - С.51-59.

9. Леонтьев, Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций. - М. 1992. -17 с.

10. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М., 1996. - 278 с.

11. Митина Л. М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях. - Вопросы психологии. - 1999. - №4. - С.28-38.

12. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. - Л.: Медгиз. 1956. - 65 с.
13. Поваренков Ю.П. Психологическое содержание профессионального становления человека. - М. : Изд-во УРАО, 2002. -160 с.
14. Пряжников Н.С. Профессиональное и личностное самоопределение. М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1996. - 256 с.
15. Рассохина И.Ю., Браун О.А., Аркузин Г.М., Аршинова, Е.В., Билан М.А. Становление профессиональной идентичности студентов в «процессе горизонтального обучения» // Профессиональное образование в России и за рубежом. - 2019. - №40. – С. 17-24.
16. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир СПб.: Питер, 2003. - 512 с.
17. Шнейдер Л.В. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления. Автореф. дис. докт. психол. наук.- М., 2001. - 47 с.
18. Яницкий М.С., Иванов М.С. Психологические проблемы постмодернистического общества и постнеклассическая практическая психология. Постнеклассическая практическая психология: региональный опыт: коллективная монография. под ред. М. С. Яницкого, Ю. В. Пелеха. Тернополь: Навчальна книга – Богдан. 2011. - С. 9-22.
19. Яницкий М.С., Серый А.В. Развитие системы ценностно-смысловых ориентаций личности в профессиональной деятельности специалистов деонтологического статуса. Личность и профессиональная деятельность.- Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2008. - Т. 1. - С. 147-159.
20. Яницкий М.С., Аршинова Е.В., Иванов М.С., Пфетцер С.А. Ценностно-смысловые аспекты социальной работы со студентами вуза, оказавшимися в кризисной ситуации \\\ Вестник Кемеровского государственного университета. - 2016. - № 1 (65). - С. 149-155.

Глава 4.4.
ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА:
ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ
С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

Пивовар О. И.

*кандидат медицинских наук, доцент,
доцент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней*

Селин И. И.

*ассистент кафедры эпидемиологии и инфекционных болезней
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Стигматизация людей с ВИЧ в медицинской практике представляет собой существующую проблему, которая препятствует раннему обнаружению заболевания, влечет неготовность пациентов к продолжительной, эффективной терапии и способствует развитию эпидемии. Тому, как врачи относятся к своим пациентам, влияют профессиональные установки, формирующиеся еще на этапе получения медицинского образования. А недостаток знаний студентов в области права и коммуникаций может способствовать сохранению существующих моделей дифференциального поведения. Настоящее исследование направлено на анализ правовых и этических аспектов этой проблемы и разработку практических рекомендаций по организации общения обучающихся с ВИЧ-инфицированными пациентами во время обучения на клинических кафедрах. При проведении обзора научной литературы и юридической экспертизы нормативно-правовых актов и клинических рекомендаций установлено, что высокий уровень медицинских знаний не исключает наличие у студентов патерналистических установок, опасений за свое здоровье и склонности к моральной оценке больного человека. Выявлены организационные и правовые недостатки подготовки обучающихся к проведению клинической практики. Это недостаточный контроль за

соблюдением врачебной тайны и требований деперсонификации данных; невнимание к праву пациента на отказ от участия студентов в диагностике и лечении, а также отсутствие навыков безопасного поведения в экстремальных ситуациях. Представлена 14-балльная система практических рекомендаций для организации допуска студентов на клинические базы и контроля за их деятельностью. Выявлены основания для интеграции в образовательный процесс правовых модулей, периодической отработки алгоритмов постконтактной профилактики и целенаправленного развития умений стигматизации, не подверженного коммуникации.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медицинское образование, клиническая практика, стигматизация в медицине, врачебная тайна, защита персональных данных, профессиональный риск, постконтактная профилактика, профессиональная этика.

ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS: LEGAL AND ETHICAL ASPECTS OF STUDENT COMMUNICATION WITH HIV-INFECTED PATIENTS

Pivovar O. I.

*Associate Professor of the Department, PhD, Associate Professor
Department of Epidemiology and Infectious Diseases*

Selin I. I.

*Assistant of the Department
Department of Epidemiology and Infectious Diseases
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia*

Abstract. Stigmatization of people with HIV in medical practice is an existing problem that prevents early detection of the disease, leads to patients' unwillingness to long-term, effective therapy and contributes to the development of the epidemic. The way doctors treat their patients is influenced by professional attitudes that are formed at the stage of obtaining medical education. And the

lack of students' knowledge in the field of law and communications can contribute to the preservation of existing models of differential behavior. The present study is aimed at analyzing the legal and ethical aspects of this problem and developing practical recommendations for organizing communication between students and HIV-infected patients during their studies at clinical departments. When reviewing scientific literature and legal expertise of regulatory legal acts and clinical recommendations, it was found that a high level of medical knowledge does not exclude the presence of paternalistic attitudes among students, fears for their health and a tendency to moral evaluation of a sick person. The organizational and legal disadvantages of preparing students for clinical practice have been identified. These are insufficient control over compliance with medical confidentiality and data depersonification requirements; inattention to the patient's right to refuse student participation in diagnosis and treatment, as well as lack of skills in safe behavior in extreme situations. A 14-point system of practical recommendations is presented for organizing the admission of students to clinical bases and monitoring their activities. The reasons for the integration of legal modules into the educational process, the periodic development of post-exposure prevention algorithms and the targeted development of stigmatization skills that are not subject to communication have been identified.

Keywords: HIV infection, medical education, clinical practice, stigmatization in medicine, medical secrecy, personal data protection, occupational risk, post-exposure prophylaxis, professional ethics.

Введение

Сегодня ВИЧ-инфекция рассматривается, как хроническое заболевание с контролируемым течением, если антиретровирусная терапия (АРТ) назначена вовремя. Современная медицина заметно изменила прогноз заболевания, однако проблема стигматизации людей, живущих с ВИЧ, никуда не исчезла.

Для системы здравоохранения это важно не только как социальная, но и как практическая проблема, поскольку стигма мешает своевременному тестированию, обращению за медицинской помощью и сохранению приверженности лечению [9, 10].

Для медицинского образования эта тема особенно значима, поскольку именно в годы обучения формируются профессиональные установки будущего врача. На клинических кафедрах студенты осваивают не только диагностику и лечение, но и способы общения с пациентом, работу с конфиденциальной информацией, границы допустимого взаимодействия и понимание профессионального риска. Если у будущего врача недостаточно знаний о путях передачи ВИЧ, возможностях профилактики и эффективности терапии, это приводит не только к фактическим ошибкам, но и к необоснованным страхам. Позже такие страхи переходят в клиническую практику и проявляются как стигматизирующее поведение [10-12].

Стигма по отношению к людям, живущим с ВИЧ, имеет не только медицинские, но и социально-экономические последствия. В исследовании Ю. А. Коршуновой подчёркивается, что табуирование темы ВИЧ-инфекции, слабая осведомлённость населения о рисках и механизмах передачи инфекции, а также дискриминация самих ВИЧ-положительных людей создают дополнительные барьеры для профилактики и лечения [3, с. 63]. Иначе говоря, стигматизация не просто сопровождает эпидемический процесс, а помогает ему сохраняться.

Эпидемическая ситуация в Российской Федерации остаётся напряжённой. По данным Н. Н. Ладной и В. В. Покровского, к концу 2024 г. число людей, живущих с ВИЧ в России составило 1214900, что в 2,3 раза больше по сравнению с 2010 г. Авторы отмечают снижение числа впервые зарегистрированных случаев на фоне расширения тестирования, но одновременно указывают на рост распространённости инфекции, увеличение выявления на отдалённых территориях среди сельского населения, а также на высокий потенциал дальнейшего развития эпидемического процесса [4, с. 13-]

18].

В исследовании Ю. А. Коршуновой также говорится, что в России проживает более 1,1 млн человек с ВИЧ, а распространение инфекции связано с демографическими потерями: снижением ожидаемой продолжительности жизни в среднем на 0,31 года и сокращением рождаемости [3, с. 62]. В работе подчёркивается, что благодаря своевременным профилактическим мерам и АРТ в 95% случаев у ВИЧ-инфицированных женщин рождаются дети без ВИЧ. При этом, женщины, живущие с ВИЧ, реже реализуют репродуктивные планы, а распространение ВИЧ-инфекции в 2018 г., по расчётам НИФИ Минфина РФ, было связано с сокращением рождаемости в России на 6223 человека [3, с. 62].

Отдельной проблемой остаётся стигматизация в медицинской среде. По данным О. Л. Тимченко и соавт., более трети участников опроса указали, что сталкивались с дискриминацией со стороны работников здравоохранения после раскрытия ВИЧ-статуса, а почти каждому пятому из обратившихся в медицинские учреждения было отказано в медицинском обслуживании [5, с. 21]. Такое отношение подрывает доверие к системе здравоохранения и может приводить к отказу пациента от наблюдения и лечения.

Отказ от лечения и нерегулярное наблюдение способствуют прогрессированию заболевания, ухудшению качества и продолжительности жизни, а при отсутствии АРТ – сохранению вирусной нагрузки и повышению вероятности дальнейшей передачи инфекции. Поэтому профессионально-этические компетенции у студентов должны формироваться одновременно с освоением клинических дисциплин. Будущему врачу важно не только знать схемы терапии, но и понимать правовые основы врачебной тайны, правила обращения с персональными данными, принципы недопустимости дискриминации и алгоритмы безопасного поведения при контакте с биологическим материалом [1; 6-8].

Здесь возникает явное противоречие. С одной стороны, в Российской Федерации действуют правовые механизмы защиты людей, живущих с ВИЧ, и

принимаются меры по сдерживанию эпидемического процесса. С другой стороны, сохраняющаяся стигматизация снижает реальную эффективность этих мер, в том числе в системе подготовки медицинских кадров [3, с. 63, 69-72].

Цель работы – проанализировать отечественные и зарубежные научные публикации, а также действующие нормативно-правовые документы Российской Федерации по правовым и этическим вопросам ВИЧ-инфекции и на этой основе сформулировать практические рекомендации по организации учебного процесса общения студентов с ВИЧ-положительными пациентами на клинических кафедрах.

Объект, предмет, материалы и методы исследования

Объект исследования – учебный процесс на клинических кафедрах медицинского вуза при взаимодействии студентов с пациентами, живущими с ВИЧ.

Предмет исследования – правовые нормы, этические принципы и организационные условия, определяющие допустимые формы общения студентов с пациентами, живущими с ВИЧ, в процессе клинической подготовки.

Материалом исследования послужили публикации отечественных и зарубежных авторов, а также действующие нормативно-правовые документы Российской Федерации по вопросам ВИЧ-инфекции, врачебной тайны, персональных данных и практической подготовки обучающихся [1-12].

Методы исследования включали библиографический поиск, аналитический обзор литературы, сравнительно-правовой анализ нормативных документов, тематическое сопоставление результатов эмпирических исследований и содержательную интерпретацию полученных данных.

Правовые основы Российской Федерации

Деятельность медицинских работников и обучающихся в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции регулируется федеральным законодательством и клиническими рекомендациями. Для клинических кафедр

это значит, что вопросы допуска студента к пациенту, конфиденциальности, работы с медицинской документацией, информирования пациента и обеспечения безопасности не могут решаться произвольно. Правовой модуль нужен здесь не для формальности, а как обязательное условие законного и этически корректного взаимодействия студента с пациентом [1; 6-8].

Федеральный закон № 38-ФЗ: права, недискриминация, тестирование

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» является базовым специальным актом в этой сфере. Для образовательного процесса особенно важна статья 17, закрепляющая запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных. Закон прямо указывает, что не допускаются увольнение с работы, отказ в приёме на работу, отказ в приёме в образовательные организации и медицинские организации, а также, ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных, на основании наличия у них ВИЧ-инфекции [8, ст. 17].

Эта норма распространяется и на сферу оказания медицинской помощи. В сочетании со статьёй 11 Федерального закона № 323-ФЗ это означает, что наличие у пациента ВИЧ-инфекции не может служить основанием для отказа в помощи или изменения её объёма. Иначе говоря, ограничение прав пациента по признаку ВИЧ-статуса противоречит федеральному законодательству и не может быть оправдано ни страхом заражения, ни моральной оценкой пациента, ни организационными мотивами [7, ст. 11; 8, ст. 17].

Закон задаёт и рамки обращения с информацией о ВИЧ-статусе. Для студента это означает, что диагноз пациента нельзя обсуждать с лицами, не участвующими в оказании медицинской помощи, а также передавать такие сведения родственникам, коллегам или иным третьим лицам без законных оснований [7, ст. 13].

В исследовании Ю. А. Коршуновой защита людей с ВИЧ от

дискриминации на законодательном уровне была оценена экспертами в среднем на 3 балла из 5. Это показывает, что формально защитные нормы существуют, но на практике сохраняются серьёзные барьеры [3, с. 70]. В той же работе отмечено, что эксперты указывали на наличие в российском регулировании положений, которые они рассматривали как дискриминационные. Поэтому правовая грамотность будущего врача здесь особенно важна [3, с. 70-71].

Федеральный закон № 323-ФЗ, статья 13: врачебная тайна и учебный процесс

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет правовой режим врачебной тайны. Согласно статье 13, сведения о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе составляют врачебную тайну, а их разглашение не допускается, в том числе лицами, которым они стали известны при обучении [7, ст. 13].

Эта норма напрямую распространяется и на студентов, проходящих клиническую практику. Обучающийся, получивший доступ к медицинской документации или информации о пациенте в ходе курации, обязан соблюдать конфиденциальность наравне с практикующим врачом. В учебном процессе это значит, что обсуждение случая допустимо только в пределах образовательной и лечебной ситуации и не может сопровождаться разглашением идентифицирующих сведений вне отделения, в социальных сетях, мессенджерах или при публичном выступлении без надлежащего обезличивания данных [7, ст. 13].

Особое значение имеет и часть 9 статьи 21 323-ФЗ. В ней прямо закреплено, что при оказании гражданам медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся пациент должен быть проинформирован об их участии в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от такого участия; в этом случае медицинская организация обязана

оказать помощь без участия обучающихся [7, ст. 21]. Поэтому участие студента в осмотре, беседе, курации и других действиях, связанных с лечебным процессом, возможно только после предварительного информирования пациента и при уважении его права на отказ.

С правовой точки зрения участие обучающихся в работе с ВИЧ-положительными пациентами допустимо только при соблюдении двух условий: сохранения врачебной тайны и права пациента отказаться от участия студентов в оказании медицинской помощи [7, ст. 13; 7, ст. 21].

Федеральный закон № 152-ФЗ: персональные данные и деперсонификация

Федеральный закон от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» регулирует обращение с любой информацией, относящейся к определённом или определяемому физическому лицу. В статье 3 закона указано, что обезличивание персональных данных – это действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту [6, ст. 3]. В статье 6 закреплено, что обработка персональных данных в статистических или иных исследовательских целях допускается при условии обязательного обезличивания персональных данных [6, ст. 6].

Для учебной и научной работы это означает, что при подготовке учебной истории болезни, доклада, статьи, тезисов или презентации необходимо исключать сведения, позволяющие идентифицировать пациента. Речь идёт не только о фамилии, имени, отчестве, дате рождения и адресе, но и о совокупности косвенных признаков, которые в конкретной ситуации могут позволить установить личность больного. В контексте ВИЧ-инфекции требование обезличивания становится особенно важным, поскольку нарушение конфиденциальности связано здесь не только с правовым риском, но и с высоким риском социальной стигматизации [6, ст. 3; 6, ст. 6; 7, ст. 13].

Систематический обзор Н. Е. Заварухина и соавт. показывает, что

правовой аспект студенческой научной работы по теме ВИЧ освещён недостаточно. Авторы прямо указывают, что ни одна из рассматриваемых работ не содержит сведений о соблюдении требований Федерального закона «О персональных данных» [2, с. 178]. Это требует преподавательского контроля за деперсонификацией учебных и исследовательских материалов. Соблюдение требований 152-ФЗ в таких случаях нельзя считать факультативной частью оформления.

Санитарные требования и универсальные меры предосторожности

Безопасность студентов при работе с ВИЧ-положительными пациентами обеспечивается не выделением таких пациентов в отдельную «опасную» категорию, а соблюдением универсальных мер предосторожности. В клинических рекомендациях «ВИЧ-инфекция у взрослых» указано, что фактором передачи инфекции являются кровь, содержащие кровь жидкости, другой потенциально контагиозный материал и инструменты, загрязнённые этими субстанциями [1, с. 49-50]. Иначе говоря, риск определяется характером контакта с биологическим материалом, а не самим фактом известного диагноза.

Такой подход важен по двум причинам. Во-первых, он обеспечивает инфекционную безопасность персонала и обучающихся, поскольку стандартные меры защиты должны применяться ко всем пациентам. Во-вторых, он снижает уровень стигматизации, потому что не создаёт практику особого «маркирования» ВИЧ-положительных пациентов как заведомо более опасных. Для клинических кафедр это принципиально: студент должен усвоить, что безопасное поведение строится на универсальных правилах, а не на избирательном страхе перед отдельными диагнозами [1, с. 49-50].

Исследования показывают, что будущие медицинские работники нередко переоценивают риск заражения ВИЧ в клинических условиях. В хорватском исследовании Доминик Любас, мужчины чаще заявляли, что отказались бы лечить людей, живущих с ВИЧ, и чаще поддерживали раскрытие ВИЧ-статуса без согласия пациента. Кроме того, переоценка риска передачи ВИЧ при уколе

иглой повышала вероятность поддерживать отказ в лечении [11, с. 7]. Эти данные важны для медицинского образования, поскольку демонстрируют, что страх профессионального заражения может приводить не только к тревоге, но и к дискриминационным решениям.

В статье Н. Н. Ладной и В. В. Покровского указано, что в 2024 г. проводились эпидемиологические расследования в 10 очагах ВИЧ-инфекции с подозрением на инфицирование при оказании медицинской помощи, а риск заражения ВИЧ и другими гемоконтактными инфекциями при нарушении противоэпидемического режима в медицинских учреждениях сохраняется [4, с. 16]. Это подтверждает, что проблема безопасности в клинике имеет реальное, а не гипотетическое значение и требует систематического обучения студентов правилам профилактики профессионального контакта.

Организация учебного процесса

Допуск студентов к работе с ВИЧ-положительными пациентами требует чёткой организационной структуры. Неподготовленное вовлечение обучающихся в курацию повышает риск нарушения прав пациента, ошибок в коммуникации и неадекватного поведения при аварийной ситуации. Поэтому учебный процесс здесь должен быть выстроен так, чтобы учитывать и образовательные задачи, и правовые ограничения, и требования эпидемиологической безопасности [1, 6-8].

Алгоритм допуска: согласие, информирование, роль куратора

Первым обязательным условием участия студента в курации является информирование пациента об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи. Это требование прямо закреплено в части 9 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ. Присутствие студента при осмотре, беседе, обсуждении диагноза и тактики лечения нельзя считать нейтральной организационной деталью: пациент должен быть заранее осведомлён об участии обучающихся и вправе отказаться от него без какого-либо ущерба для объёма и качества медицинской помощи [7, ст. 21].

Роль преподавателя или куратора от кафедры состоит не только в распределении пациентов между студентами, но и в контроле за соблюдением правовых и этических норм. До начала работы в отделении обучающийся должен быть проинструктирован по вопросам врачебной тайны, правилам обращения с персональными данными, принципам общения с пациентом и алгоритмам безопасного поведения при контакте с биологическим материалом [1, с. 49-52; 7, ст. 13, 21]. В этом смысле курация пациента выступает не только как клиническая практика, но и как управляемая образовательная ситуация, требующая постоянного надзора со стороны преподавателя.

Не менее важно соблюдать и организационные границы самой курации. На практике это означает недопустимость скопления большого числа студентов у постели одного пациента, обсуждения диагноза в присутствии посторонних лиц и вынесения деталей случая за пределы клинической ситуации. Поскольку у пациентов, живущих с ВИЧ, риск стигматизации особенно высок, любое нарушение этих границ может причинять им дополнительный психологический и социальный вред [7, ст. 13; 7, ст. 21].

Учебная история болезни: деперсонификация, хранение, доступ

Учебная история болезни является одним из основных инструментов клинической подготовки, однако работа с ней подчиняется тем же правовым ограничениям, что и использование любой иной информации о состоянии здоровья пациента. При подготовке учебных материалов должны быть исключены сведения, позволяющие установить личность пациента; допустимо использование обезличенных данных, кодирования и описания клинически значимых признаков без указания прямых идентификаторов [6, ст. 3; 6, ст. 6; 7, ст. 13].

Проблема здесь носит практический, а не теоретический характер. Систематический обзор Н. Е. Заварухина и соавт. показал, что в анализируемых студенческих публикациях по вопросам ВИЧ/СПИДа не указывались мероприятия по соблюдению требований законодательства о персональных

данных [2, с. 178]. Это указывает на системный дефицит правовой культуры в части оформления и представления клинического материала.

Отсюда вытекает необходимость преподавательского контроля за всеми учебными материалами, создаваемыми на основе реальных случаев. Проверка должна касаться не только клинической логики текста, но и отсутствия идентификаторов, которые могут прямо или косвенно раскрывать личность пациента. Для темы ВИЧ это особенно важно, поскольку даже косвенное раскрытие диагноза способно повлечь значимые последствия для социальной жизни пациента [6, ст. 3; 7, ст. 13].

Коммуникация без стигмы: что говорить и чего избегать

Навыки коммуникации являются ключевым компонентом профессиональной компетенции врача. В отношении ВИЧ-положительных пациентов риск стигматизирующих высказываний особенно высок из-за устойчивых общественных предрассудков, моральной оценки путей заражения и преувеличения бытовых и профессиональных рисков передачи инфекции. Поэтому в образовательном процессе необходимо отдельно формировать язык нейтрального, уважительного и клинически обоснованного общения [3; 9-12].

Российские данные показывают, что даже среди студентов медицинских специальностей сохраняются скрытые формы стигмы. По материалам исследования Ю. А. Коршуновой, у студентов-медиков, несмотря на более высокий уровень осведомлённости, выявлялись интернальная атрибуция, жалость и сочувствие как формы стигматизирующих установок. В высказываниях респондентов встречались формулы, связывающие заражение с «собственной виной» человека, а также снисходительные оценки, основанные на представлении о ВИЧ как о безусловно трагическом и лишаящем нормальной жизни состоянии [3, с. 64-66].

Между уровнем знаний и характером отношения к людям, живущим с ВИЧ, действительно существует связь, но она не является автоматической. В исследовании из Китая 96,85% студентов продемонстрировали высокий

уровень знаний о ВИЧ/СПИДе, однако положительное отношение к людям, живущим с ВИЧ, было выявлено лишь у 55,52% респондентов [10, с. 4]. В исследовании из Иордании для шести из четырнадцати вопросов о знаниях, отсутствие правильных ответов было статистически связано с более негативным отношением к людям, живущим с ВИЧ; при этом доклинические студенты демонстрировали более неблагоприятные установки по сравнению с клиническими [12, с. 7]. Значит, информирование необходимо, но само по себе стигму не снимает.

Испанское исследование студентов сестринского дела дополнительно показывает, что даже при в целом благоприятных показателях по трём факторам отношения к людям, живущим с ВИЧ, сохраняется так называемая доброжелательная стигма: средний балл по этому фактору составил $3,68 \pm 0,97$, а авторы отдельно подчеркнули необходимость образовательного вмешательства, особенно на втором курсе [9]. Поэтому значение имеет не только объём знаний, но и способность студента распознавать патерналистские и морально окрашенные формы отношения к пациенту.

Обучение должно включать не только разъяснение путей передачи инфекции и возможностей терапии, но и систематический разбор речевых практик, ошибочных интерпретаций диагноза и этических последствий стигматизирующей коммуникации.

Аварийные ситуации: контакт с кровью, алгоритм и эскалация

Несмотря на соблюдение мер предосторожности, риск аварийных ситуаций в клинической практике сохраняется. Укол иглой, порез инструментом или попадание биологической жидкости на кожу и слизистые требуют немедленных действий. Клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у взрослых» подробно описывают порядок первой помощи при порезах и уколах, при попадании крови на кожу, на слизистые рта, носа, глаз и одежду [1, с. 50-51].

После оказания первой помощи решающее значение имеет скорость

дальнейших действий. В клинических рекомендациях указано, что постконтактная профилактика должна быть начата как можно раньше: приём антиретровирусных препаратов следует начинать в течение первых двух часов после контакта, но не позднее 72 часов [1, с. 51]. Там же рекомендовано тестирование на ВИЧ в день аварийной ситуации и затем через 1, 3, 6 и 12 месяцев после контакта [1, с. 51-52].

Организационная эскалация также описана в клинических рекомендациях. При аварии, связанной с оказанием помощи ВИЧ-инфицированному пациенту, медицинская организация должна зарегистрировать аварийную ситуацию, организовать первичную помощь и консультацию инфекциониста, а сотрудник обязан немедленно сообщить о случившемся руководителю подразделения или вышестоящему руководителю [1, с. 51-52]. Соккрытие аварийной ситуации несовместимо с надлежащим порядком оказания помощи и последующего наблюдения.

Проблема недостаточной готовности студентов к таким ситуациям подтверждается обзором Н. Е. Заварухина с соавт. До 25% респондентов указывали на опыт аварийных ситуаций на работе в медицинской организации; при этом только 2,8% сообщили об опыте использования аптечки «Анти-СПИД», 66% работающих студентов Южно-Уральского медицинского университета, имевших аварийные ситуации, не обращались за профилактической помощью, 51% старшекурсников и 79% первокурсников не были знакомы с правилами приёма и побочными явлениями антиретровирусной профилактики, а 88% всех работающих студентов всегда использовали средства защиты, тогда как 12% – нет [2, с. 181]. Эти данные показывают, что безопасному поведению студентов нужно обучать не только теоретически, но и практически.

Данные литературы: знания, стигма и образовательные стратегии

Анализ отечественных и зарубежных исследований позволяет выделить несколько устойчивых закономерностей. Во-первых, более высокий уровень

знаний о ВИЧ обычно сочетается с менее выраженными стигматизирующими установками. Во-вторых, это соотношение не является прямолинейным: даже при хорошем уровне информированности у студентов могут сохраняться страх, патернализм, моральная оценка пациента и склонность к ограничению его прав. В-третьих, образовательные интервенции оказываются эффективными тогда, когда включают не только фактический материал о ВИЧ, но и этический, коммуникативный и поведенческий компоненты [3; 9-12].

Знания против стигматизации: корреляция и парадоксы

В иорданском исследовании Sallam M. отсутствие правильных знаний по ряду вопросов о ВИЧ было статистически связано с более негативным отношением к людям, живущим с ВИЧ. В частности, отсутствие знаний о том, что ВИЧ не передаётся через объятия, ассоциировалось с менее благоприятными установками [12, с.7]. Это подтверждает, что информационный дефицит усиливает страх и тем самым способствует стигме.

Однако, высокий уровень теоретической осведомлённости не гарантирует автоматического формирования позитивных установок. В китайском исследовании при очень высоком уровне знаний (96,85%) положительное отношение к людям, живущим с ВИЧ, выявлено лишь у 55,52% участников [10, с.4]. Авторы указывают на необходимость целевых образовательных мер, способных сокращать разрыв между знанием и реальным отношением [10, с.7].

Эмоциональные, культурные и ценностные факторы также играют существенную роль. В исследовании Марии Гаскес-Лопес, проведенном в Испании, наличие религиозных убеждений, академический год, возраст и другие характеристики влияли на отдельные факторы отношения к людям, живущим с ВИЧ [9]. В иорданском исследовании Малик Саллам и соавторы отмечают, что сексуальная тематика передачи ВИЧ в ряде социокультурных контекстов остаётся табуированной, что затрудняет открытое обсуждение даже в медицинской среде [12, с.3]. Поэтому образовательная работа должна быть направлена не только на передачу фактов, но и на критическое осмысление

устойчивых предубеждений.

Гендерные различия также оказываются устойчивыми. В исследовании Хуалин Ли показано, что женский пол был связан с более высоким уровнем знаний о ВИЧ [10, с.4]. В хорватском исследовании – мужчины чаще заявляли, что отказались бы лечить людей, живущих с ВИЧ, и чаще поддерживали раскрытие ВИЧ-статуса без согласия пациента [11, с.7]. Это подчеркивает, что образовательные программы должны учитывать не только общую информированность студентов, но и различия в отношении к пациенту, связанные с личностными и социальными факторами.

В российском исследовании Ю. А. Коршуновой отмечено, что в среднем студенты медицинских вузов отвечали верно на 9 вопросов из 11. Основные ошибки касались незнания АРТ, её способности снижать вирусную нагрузку до неопределяемого уровня, а также незнания постконтактной профилактики ВИЧ и некоторых бытовых мифов, включая вопрос о возможности заражения при укусе комара [3, с.66]. Эти данные подтверждают, что даже в медицинской среде сохраняются существенные пробелы в знаниях.

Что снижает стигму: эффективность образовательных интервенций

Из международных научных данных следует, что образовательные интервенции наиболее эффективны тогда, когда выходят за рамки простого тестирования знаний. Испанское исследование показывает необходимость направленного воздействия на зоны, где сохраняется доброжелательная стигма [9]. Китайское исследование подчёркивает важность мер, способных преодолевать разрыв между информированностью и реальным отношением к людям, живущим с ВИЧ [10]. Иорданские данные демонстрируют, что более раннее включение темы ВИЧ в обучение может быть связано с уменьшением негативных установок по мере перехода студентов от доклинического этапа к клиническому [12].

В российской литературе особое значение придаётся контакту с людьми, живущими с ВИЧ, в рамках корректно организованных образовательных

мероприятий. В исследовании Ю. А. Коршуновой необходимость предоставления людям, живущим с ВИЧ, возможности возглавлять мероприятия по поддержке и просвещению была оценена экспертами на 4,4 из 5, а введение уроков полового воспитания в школах – на 4,9 из 5 [3, с.72]. Эти оценки показывают, что работа со стигмой начинается задолго до профессиональной подготовки врача и требует более раннего и системного образовательного вмешательства.

В той же работе подчёркивается значимость волонтерской и юридической поддержки людей, живущих с ВИЧ. Привлечение обученных волонтеров к помощи таким пациентам было оценено экспертами на 4 из 5, а необходимость бесплатной юридической помощи для людей, живущих с ВИЧ, и их семей – также на 4 из 5 [3, с.71-72]. Для медицинского вуза это важно потому, что антистигматизирующее обучение не исчерпывается медицинскими знаниями; оно должно включать представление о социальной и правовой среде, в которой живёт пациент.

Российские особенности: правовые пробелы и практика

Исследование Ю. А. Коршуновой показывает, что в российском контексте сосуществуют как защитные элементы правового поля, так и сохраняющиеся практические барьеры, а эффективность антистигматизационных мер, эксперты оценивают как недостаточную [3, с.69-74]. Для студентов здесь возникает явное противоречие: формально законодательство запрещает дискриминацию, однако на практике пациенты продолжают сталкиваться с отказами в помощи, неуважительным отношением и страхом раскрытия статуса [3, с.69-71; 5, с.21].

Стигматизация в медицинских учреждениях, по данным экспертных интервью, остаётся самостоятельной проблемой. В исследовании приведены свидетельства о случаях отказа в лечении после раскрытия ВИЧ-статуса и неуважительного отношения к пациентам [3, с.69]. Для студента такие практики особенно опасны, поскольку они формируют искажённую модель

профессионального поведения, противоречащую как закону, так и врачебной этике. Именно поэтому организация учебного процесса на клинических кафедрах должна строиться так, чтобы обучающийся получал не только знания о заболевании, но и опыт профессионально корректного общения. Без такой работы риск воспроизводства стигматизирующих практик внутри медицинского сообщества остаётся высоким [3, с.64-72; 5, с.21].

Практические рекомендации по организации учебного процесса общения обучающихся с ВИЧ-положительными пациентами

На основе анализа правовых норм и данных литературы можно сформулировать контрольный перечень для клинических кафедр, организующих практическую подготовку студентов. Эти положения вытекают из совокупности законодательства, клинических рекомендаций и эмпирических исследований [1; 2; 6-8; 9; 10; 12].

1. Перед допуском в отделение проводить обязательный вводный инструктаж по вопросам врачебной тайны, участия обучающихся в оказании помощи, обращения с персональными данными и алгоритмов действий при аварийной ситуации.

2. До начала курации проверять базовые знания студентов о путях передачи ВИЧ, универсальных мерах предосторожности и постконтактной профилактике.

3. Обеспечивать информирование пациента об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и реальную возможность отказа без ущерба для качества лечения.

4. Закреплять за группой студентов куратора, отвечающего за соблюдение правовых и этических требований на клинической базе.

5. Ввести обязательную проверку учебных историй болезни, докладов и презентаций на предмет деперсонификации и отсутствия идентифицирующих сведений.

6. Исключать любые формы несанкционированного

фотографирования пациентов, медицинской документации и клинической среды на личные устройства.

7. Обеспечивать доступность средств экстренной профилактики и наглядных алгоритмов действий при аварийных ситуациях в местах проведения манипуляций.

8. Отрабатывать алгоритм первой помощи и эскалации после аварийной ситуации в формате практического тренинга, а не только лекции.

9. Включать в учебную программу разбор кейсов по конфиденциальности, отказу от участия обучающихся, стигматизирующей коммуникации и профессиональным границам.

10. Требовать использования нестигматизирующей лексики в устной и письменной речи.

11. Организовывать образовательные мероприятия с участием подготовленных представителей пациентских сообществ и специалистов, работающих с людьми, живущими с ВИЧ.

12. Проводить анонимную оценку стигматизирующих установок у студентов до и после прохождения клинической практики.

13. Интегрировать правовой модуль по 38-ФЗ, 323-ФЗ, 152-ФЗ и клиническим рекомендациям в структуру профильных дисциплин.

14. Усилить контроль за соблюдением правовых требований в студенческих научных работах по клиническим случаям [1-2; 6-7].

В российском контексте эти рекомендации следует рассматривать как часть более широкой стратегии борьбы со стигмой. Экспертные оценки, представленные в исследовании Ю. А. Коршуновой, показывают, что наибольший профилактический потенциал связывается с ранним просвещением, участием самих людей, живущих с ВИЧ, в образовательной работе, а также с развитием форм социальной и правовой поддержки [3, с.71-74]. Медицинский вуз, таким образом, можно рассматривать как один из ключевых уровней формирования недискриминационной профессиональной

культуры.

Заключение

Проведённый анализ показывает, что общение студентов с ВИЧ-положительными пациентами в клинической практике следует рассматривать одновременно как правовую, этическую и педагогическую задачу. Российское законодательство закрепляет недопустимость дискриминации людей, живущих с ВИЧ, требует соблюдения врачебной тайны и правил обращения с персональными данными, а также прямо предусматривает право пациента отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи [6-8]. Эти положения должны быть встроены в систему практической подготовки, как обязательные профессиональные нормы.

Научные данные свидетельствуют, что даже при высоком уровне информированности у студентов могут сохраняться стигматизирующие установки, страх профессионального заражения, патернализм и склонность к моральной оценке пациента. Российские и зарубежные исследования сходятся в том, что одной передачи фактических знаний недостаточно: необходимы специальные образовательные стратегии, сочетающие правовую грамотность, обучение безопасному поведению, разбор этических кейсов и формирование нестигматизирующей коммуникации [2-3; 9-12].

Поэтому эффективная организация учебного процесса на клинических кафедрах должна включать обязательный инструктаж по правовым вопросам, обучение алгоритмам безопасной работы, контроль обезличивания учебных материалов и целенаправленное формирование уважительного профессионального общения с людьми, живущими с ВИЧ. Только при таком подходе можно рассчитывать на формирование у будущих медицинских работников профессионально-этических компетенций, необходимых для оказания качественной и недискриминационной помощи этой категории пациентов.

Литература/References:

1. ВИЧ-инфекция у взрослых: клинические рекомендации / Национальная вирусологическая ассоциация, Московское онкологическое общество. – 2024. – 143 с.
2. Заварухин Н. Е., Безуглый Т. А., Носков А. Д., Быструшкина Н. Г., Савчук Е. Ю. Проблемы и тренды студенческой медицинской науки сквозь призму систематического обзора исследований студентов по вопросам ВИЧ/СПИДа. УО [Интернет]. 30 июнь 2025 г. 15(6-1):173-194. доступно на: <https://emreview.ru/index.php/emr/article/view/2117>.
3. Коршунова Ю. А. Социально-экономические риски стигматизации ВИЧ-инфицированных на примере студенческой молодёжи // Демографическое обозрение. - 2024. - Т. 11, № 1.- С. 61-80.
4. Ладная, Н. Н. Эпидемическая ситуация по инфекции, вызываемой ВИЧ, в России в 2024 г / Н. Н. Ладная, В. В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2025. – Т. 15, № 3. – С. 13-18. – DOI 10.18565/epidem.2025.15.3.13-18. - EDN ZINEVW.
5. Тимченко О. Л., Федькина Ю. А., Цветкова Е. Г., Затевалов А. М., Байракова А. Л., Гарбузов А. А. Анализ результатов анкетирования студентов медицинского вуза по вопросам стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2024. – Т. 13, № 2. – С. 19-29.
6. Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».
7. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
8. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
9. Gázquez-López M., Álvarez-Serrano M. A., Martín-Salvador A., Pérez-

Morente M. Á., García-García I., González-García A., Martínez-García E. Attitudes towards people living with HIV/AIDS through the EAPVVS-E: A descriptive analysis in nursing students // Nurse Education Today. 2025. Vol. 144, 106418. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106418>.

10. Li H., Wu Q., Gao E., Zhang Y., Yin D. HIV/AIDS-related knowledge and attitudes toward people living with HIV among college students in Xuzhou, Jiangsu Province, China: a cross-sectional survey // Frontiers in Public Health. 2024. Vol. 12, 1398980. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1398980>.

11. Ljubas D., Škornjak H., Božičević I. Knowledge, attitudes and beliefs regarding HIV among medical students in Zagreb, Croatia // BMC Medical Education. 2024. Vol. 24, № 1004. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05994-y>.

12. Sallam M., Alabbadi A. M., Abdel-Razeq S., Battah K., Malkawi L., Al-Abbadi M. A., Mahafzah A. HIV Knowledge and Stigmatizing Attitude towards People Living with HIV/AIDS among Medical Students in Jordan // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, № 745. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020745>.

Глава 4.5.
**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ С РЕБЕНКОМ
И ЕГО СЕМЬЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Шмакова О. В.

*кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии,
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет
Минздрава России, Россия, г. Кемерово.*

Аннотация. В главе анализируются психолого-педагогические и этические аспекты общения с ребенком и его законными представителями в условиях стационара и амбулаторного приема. Рассматриваются возрастные этапы развития коммуникативных навыков у детей и их влияние на контакт с врачом. Особый акцент сделан на работу с «трудными» ситуациями: сообщение диагноза, стрессовые реакции семьи и сопротивление терапии. Представлены методы эффективной обратной связи, позволяющие снизить уровень семейной тревоги и сформировать у ребенка чувство безопасности. Результаты исследования могут быть использованы для повышения коммуникативной компетентности специалистов помогающих профессий.

Ключевые слова: коммуникация в медицине, ребенок-пациент, семейно-центрированный подход, возрастная психология, эмпатия, обратная связь, информированное согласие.

**COMMUNICATION FEATURES WITH A CHILD
AND HIS FAMILY IN MEDICAL
AND PSYCHOLOGICAL-EDUCATIONAL PRACTICE**

Shmakova O. V.

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Pediatrics and Neonatology,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.*

Abstract. The article discusses the key aspects of effective communication with a child and their family. The relevance of the topic is due to the growing recognition of the patient-centered approach, where the family is considered an equal participant in the medical and rehabilitation process. The author analyzes the age-related characteristics of children's perception of information, the psychological barriers faced by parents, and the interaction models that contribute to increased compliance and reduced anxiety. Practical recommendations for professionals in the helping professions are provided.

Keywords: communication in medicine, child-patient, family-centered approach, age psychology, empathy, feedback, informed consent.

Введение

Коммуникация – это краеугольный камень любой эффективной помощи, будь то медицинская, психологическая или педагогическая. Однако, когда речь заходит о работе с детьми и их семьями, этот процесс приобретает особую сложность и многогранность. Взаимодействие с ребенком и его родителями требует не только профессиональных знаний, но и глубокого понимания психологии развития, семейной динамики, а также умения выстраивать доверительные отношения в условиях стресса и неопределенности.

В современной системе здравоохранения и психолого-педагогической помощи наблюдается тенденция к переходу от патерналистской модели к парадигме партнерства с пациентом. Этот подход, базирующийся на принципах консенсуса и взаимного уважения, демонстрирует свою эффективность в контексте взрослых пациентов. Однако, когда объектом вмешательства становится ребенок, коммуникация приобретает многослойный и сложный характер. В данном контексте специалист взаимодействует не только с самим ребенком, но и с его родителями (или опекунами), а также с диадой «родитель-ребенок». Игнорирование любой из этих важных подсистем может привести к снижению результативности терапевтического воздействия, увеличению

частоты медицинских ошибок и, как следствие, психологической травматизации ребенка и его семьи [1].

Цель работы - выявить основные коммуникативные трудности и предложить возрастно-ориентированные стратегии общения с ребенком и его семьей.

Треугольник коммуникации: «Специалист – Ребенок – Семья»

В отличие от общения со взрослым пациентом, здесь присутствуют:

- Ребенок -носитель симптома, но часто не обладающий полной информацией о своем состоянии и не способный принимать юридически значимые решения.
- Родитель - законный представитель, источник анамнеза и ключевой фактор комплаенса, но также и источник собственной тревоги, чувства вины.
- Специалист - носитель экспертного знания, вынужденный балансировать между честностью перед ребенком и защитой его психики.

Особенностью является асимметрия прав и ответственности: родитель имеет право решать, но не всегда обладает психологической готовностью к сотрудничеству [2].

Возрастные особенности коммуникации с ребенком

Эффективное общение невозможно без учета стадий когнитивного развития по Ж. Пиаже и психосоциальных кризисов по Э. Эриксону.

Возраст	Особенности восприятия	Рекомендуемая коммуникативная стратегия
0–3 года	Ребенок не вербализует боль, ориентирован на невербальные сигналы матери.	Общение через родителя. Использование спокойного тембра, тактильного контакта (с разрешения).
3–7 лет	Магическое мышление, страх боли как наказания, буквальное	Игровая коммуникация (куклы, рисунки). Избегать слов «укол», «резать». Говорить: «лекарство

Возраст	Особенности восприятия	Рекомендуемая коммуникативная стратегия
	понимание метафор.	поможет руке».
7–12 лет	Конкретно-логическое мышление, стремление к контролю, боязнь потери автономии.	Давать выбор («какую руку проверим первой?»). Объяснять кратко и честно, без излишних анатомических деталей.
Подростки (12–18 лет)	Формально-логическое мышление, но высокая чувствительность к оценке, потребность в конфиденциальности.	Общаться напрямую, признавать право на тайну, обсуждать последствия лечения. Отдельная беседа без родителей (по закону РФ с 15 лет - добровольное информированное согласие).

Современные научные исследования выделяют комплекс барьеров, препятствующих эффективному взаимодействию в системе «врач-семья», что существенно влияет на качество медицинской помощи. В частности, можно выделить следующие категории:

1. **Эмоциональные барьеры:** родительское чувство вины, переживание страха, механизм отрицания и проекция гнева на медицинских специалистов. Эти эмоциональные реакции могут значительно исказить восприятие информации и затруднять коммуникацию.

2. **Когнитивные барьеры:** использование медицинского жаргона, непонимание вероятностного прогноза и влияние культурных стереотипов о болезнях. Эти факторы приводят к искажению восприятия информации и снижению уровня доверия к медицинским рекомендациям.

3. **Поведенческие барьеры:** гиперопека или чрезмерная отстраненность родителей, а также конфликты между ними относительно выбора стратегии лечения. Эти поведенческие паттерны могут существенно затруднить процесс

принятия решений и координации действий в рамках медицинской помощи.

Ключевые принципы общения с семьей:

- Принцип раннего информирования предполагает предоставление родителям первичной диагностической информации в отсутствие ребенка. При этом важно предоставить конкретный план последующих действий, что способствует более эффективному управлению ситуацией и минимизации эмоционального стресса для всех участников процесса.

- Принцип «окна возможностей» предполагает ограничение количества ключевых сообщений, передаваемых реципиенту за один временной интервал, до трех. Это методологическое правило направлено на оптимизацию восприятия информации и минимизацию когнитивной перегрузки.

- Техника «обратного перевода»: «Расскажите, как вы поняли наш план действий?».

Модель SPIKES адаптируется для семейного контекста:

- Setting - выбирается изолированное помещение, обеспечивается присутствие двух специалистов.

- Perception - необходимо установить, какие знания и представления о ситуации уже имеются у членов семьи.

- Invitation - следует определить, кто из членов семьи желает присутствовать при обсуждении.

- Knowledge - предоставление медицинских данных должно осуществляться дозированно, с учетом эмоционального состояния семьи.

- Empathy - вербальное обозначение эмоций («это звучит пугающе», «я понимаю ваше отчаяние») является важным элементом эмпатического подхода.

- Strategy - при передаче информации о диагнозе необходимо обеспечить наличие четкого плана дальнейших действий [5].

Мета-анализы демонстрируют, что обучение протоколу SPIKES значительно повышает удовлетворенность медицинского персонала процессом коммуникации, уровень знаний и практические навыки. Однако большинство

исследований фокусировались на диадической модели «врач-пациент», оставляя за рамками анализа семейную динамику.

Переход от индивидуальной к семейной коммуникации создает несколько ключевых вызовов.

Прежде всего, возникает множественность адресатов - у разных членов семьи могут быть различные представления о ситуации и несовпадающие эмоциональные реакции.

Во-вторых, меняется динамика принятия решений: семья как коллективный субъект может демонстрировать паттерны, отличные от индивидуального реагирования (например, затяжное отрицание или, напротив, преждевременное требование агрессивного лечения).

В-третьих, появляется дополнительная нагрузка на врача, который должен одновременно управлять групповой динамикой и поддерживать терапевтический альянс с каждым участником.

Исследователи отмечают также важный этический аспект: в семейной встрече не всегда очевидно, чьи интересы должны быть в приоритете - пациента (если его воля известна), большинства членов семьи или уязвимых участников (например, детей).

Именно эти особенности обусловили необходимость адаптации исходного протокола для семейного контекста.

Организация семейной встречи — первый и критически важный этап адаптации. В отличие от индивидуального приема, подготовка к семейному разговору требует решения дополнительных организационных задач.

На основании клинических рекомендаций и опыта применения протокола в семейном контексте, ключевыми элементами этого этапа являются:

- **Определение состава участников:** необходимо заранее согласовать, кто из членов семьи будет присутствовать, и, по возможности, убедиться, что присутствуют все значимые лица (для предотвращения необходимости повторять тяжелую информацию отсутствующим).

- **Предварительное обсуждение внутри медицинской команды:** врачи должны согласовать между собой, что именно будет сообщено, какие формулировки будут использованы и кто будет основным коммуникатором

- **Организация пространства:** размещение участников по кругу (а не «врач напротив семьи»), обеспечение достаточного количества стульев, удаление отвлекающих факторов (отключение пейджеров и телефонов)

- **Тайминг:** выделение достаточного времени (рекомендуется не менее 30-45 минут для первичной семейной встречи)

Важное дополнение для семейного контекста: рекомендуется также заранее обсудить, будет ли присутствовать сам пациент (если его состояние позволяет). В педиатрической практике вопрос об участии ребенка решается индивидуально с учетом его возраста и психологической готовности.

На этом этапе задача значительно усложняется по сравнению с исходным протоколом. Медицинскому работнику необходимо оценить не один, а несколько источников понимания: что именно знает каждый из членов семьи, есть ли между ними расхождения, как они обсуждали ситуацию между собой до встречи.

Адаптированные техники для семейного контекста:

- **опрос по кругу:** «Давайте по очереди поделимся тем, что каждый из вас уже знает о состоянии [имя пациента]»

- **выявление дезинформации:** мягкое исправление неверных представлений, которые могут циркулировать внутри семьи

- **оценка семейного нарратива:** понимание того, как семья в целом осмысляет происходящее

Клинический опыт показывает, что этот этап особенно важен в ситуациях, когда члены семьи избегали прямых разговоров друг с другом, формируя «заговор молчания».

В исходном протоколе этот этап предполагает прямой вопрос пациенту: «Вы хотите, чтобы я сообщил вам детали?» или «С кем вы хотели бы обсуждать

информацию - со мной или с кем-то из родственников?»).

В семейном контексте этот этап трансформируется. Врач должен:

- уточнить, готова ли семья в целом к получению информации (учитывая, что разные члены могут быть готовы в разной степени)
- определить, кто будет «главным» реципиентом в ситуациях, когда семья просит сообщать информацию одному представителю (например, одному из супругов), который затем будет транслировать ее остальным
- предложить семье возможность задавать вопросы в процессе разговора и после него, передавая контроль в их руки.

Исследование применения SPIKES в педиатрической реабилитации показало, что родители высоко ценят, когда им предоставляют возможность определить объем получаемой информации.

Передача плохой новости семье - центральный, но при этом наименее измененный этап протокола. Основные принципы остаются теми же:

- предупреждающая фраза: «У меня есть трудная новость, которой мне нужно с вами поделиться...»
- использование простого языка, избегание эвфемизмов и медицинского жаргона
- постепенная подача информации, разделение на небольшие смысловые блоки
- проверка понимания после каждого блока

Однако появляются и специфические для семейного контекста элементы: необходимость отслеживать невербальные реакции всех присутствующих (кто-то может «выпадать» из разговора, будучи перегруженным эмоциями) и адресовать информацию не абстрактной «семье», а конкретным людям, поддерживая зрительный контакт с каждым.

В адаптированном протоколе для родителей детей с инвалидностью также подчеркивается важность акцента на том, что может быть сделано, даже в сложной ситуации - это предотвращает формирование реакции

беспомощности.

Этот этап приобретает в семейном контексте особую сложность и значимость. Врач сталкивается с множественными и потенциально конфликтующими эмоциональными проявлениями: один член семьи может плакать, другой - проявлять гнев, третий - отрицать услышанное [3].

Адаптированные стратегии включают:

- признание и валидацию каждой реакции: «Я вижу, что это известие стало для вас шоком», «Я слышу ваше возмущение, и это понятно»
- предотвращение внутрисемейных конфликтов в момент разговора (например, если один член семьи начинает обвинять другого: «это ты виноват, что не настоял на лечении»)
- создание безопасного пространства для выражения эмоций, включая возможность сделать паузу или выйти из комнаты.
- Использование эмпатических высказываний, которые не звучат как пустые утешения: «Я не могу представить, насколько это тяжело для вас слышать».

В протоколе, адаптированном для родителей, особое внимание уделяется работе с виной и чувством неполноценности, которые часто возникают у матерей и отцов при сообщении диагноза ребенка.

Финальный этап в семейной адаптации также претерпевает значительные изменения. Вместо обсуждения плана лечения с одним пациентом, врач должен фасилитировать семейное совещание по поводу дальнейших шагов.

Ключевые элементы:

- проверка готовности к обсуждению плана: «Вы готовы сейчас говорить о том, что мы можем сделать дальше, или вам нужно время?»
- совместное определение приоритетов - что для семьи сейчас наиболее важно.
- распределение ролей внутри семьи при реализации плана (кто будет сопровождать на процедуры, кто будет общаться с врачом, кто будет

заниматься организационными вопросами).

- обсуждение поддержки: какие ресурсы (социальные, психологические, духовные) доступны семье.
- планирование следующей встречи и определение «мостика» до нее.

Систематический обзор подтверждает, что именно завершающий этап, включающий совместное планирование, наиболее тесно связан с удовлетворенностью семьи процессом коммуникации и последующей приверженностью лечению.

Одно из немногих прямых описаний применения SPIKES в семейном консилиуме представлено в отчете бразильских исследователей, использовавших протокол при встрече с семьей пациента с метастатической холангиокарциномой, находящегося на паллиативной помощи.

Согласно отчету, применение шестиступенчатой модели привело к следующим результатам:

- укреплению связи между медицинской командой, пациентом и членами семьи.
- снижение эмоционального дистресса родственников (по субъективной оценке, медицинского персонала).
- повышение готовности принимать клинические решения, что отражало доверие к лечащей команде.

Авторы подчеркивают, что протокол способствовал переходу от патерналистской модели информирования к совместному принятию решений с учетом ценностей и предпочтений семьи.

В исследовании, проведенном среди ординаторов отделений интенсивной терапии, было показано, что симуляционное обучение с использованием модифицированного SPIKES для семейных встреч значительно улучшает коммуникативные навыки.

Дизайн исследования включал:

1. Предварительную симуляцию семейной встречи.

2. 30-минутную лекцию о протоколе SPIKES

3. Повторную симуляцию через неделю

Результаты продемонстрировали улучшение по всем 20 пунктам SPIKES ($p < 0.001$), причем средний суммарный балл повысился с 24.7 до 46.1. Существенно возрос также уровень комфорта ординаторов при проведении семейных встреч, посвященных end-of-life вопросам ($p < 0.001$) [6].

Важно, что данные улучшения были зафиксированы как у американских выпускников, так и у российских выпускников медицинских университетов, что подтверждает адаптивность протокола.

Наиболее детально разработанная адаптация SPIKES для семейного контекста представлена в педиатрической практике при сообщении родителям диагноза о нарушении развития у ребенка.

Исследователи модифицировали оригинальный протокол следующим образом:

- **Setting:** включение обоих родителей (если возможно), обеспечение конфиденциальности, присутствие координатора, который поможет с последующей навигацией.
- **Perception:** выяснение того, что родители уже заметили в развитии ребенка и какие у них есть подозрения.
- **Invitation:** уточнение, хотят ли родители получить полную информацию сейчас или предпочитают поэтапное информирование.
- **Knowledge:** сообщение диагноза, сопровождаемое наглядными материалами и с акцентом на то, что можно сделать.
- **Empathy:** работа с типичными родительскими реакциями (шок, отрицание, вина, гнев), валидация этих эмоций.
- **Strategy:** обсуждение конкретного плана вмешательств, подключение служб ранней помощи, предоставление информации о группах поддержки.

Авторы подчеркивают необходимость поддержки перехода родителей от реакции «выжидательного наблюдения» к «активным изменениям» и

«принятию» как ключевой задачи адаптированного протокола.

Представленные данные свидетельствуют о принципиальной возможности адаптации SPIKES к различным культурным контекстам. Однако в мультикультурных обществах требуется дополнительная настройка: в некоторых культурах принято сообщать сложную информацию не самому пациенту, а старшему члену семьи; в других - открытое выражение эмоций может считаться неуместным.

Российская адаптация протокола - «ПРАВДА» (Подготовка - Разведка - Актуальность - Весть - Душевность - Альтернативы) демонстрирует попытку сохранить структуру SPIKES, но с использованием более доступных для русскоязычного контекста формулировок [4].

Пандемия COVID-19 актуализировала вопрос о возможности проведения семейных встреч в дистанционном формате. Появились руководства по адаптации SPIKES для видеоконференцсвязи. Основные рекомендации включают: проверку технического соединения перед встречей, обеспечение возможности подключения всех членов семьи (включая тех, кто находится в других городах), использование техник удержания внимания в виртуальной среде. Однако авторы признают, что передача эмпатии через экран остается серьезным вызовом, и необходимы дальнейшие исследования оптимальных форматов дистанционных семейных встреч.

Несмотря на обнадеживающие данные, следует признать ограничения имеющейся доказательной базы:

- отсутствие исследований системного уровня - не изучалось влияние обучения семейно-ориентированному SPIKES на клинические исходы пациентов
- гетерогенность протоколов адаптации - отсутствует единая стандартизированная версия SPIKES для семьи
- преимущественно западные выборки - мало данных об эффективности в незападных культурах

- краткосрочные результаты - неясно, сохраняются ли эффекты обучения в долгосрочной перспективе

Также высказываются предложения о дальнейшем развитии модели, в частности, о включении этапа рефлексии после завершения встречи для медицинской команды (самоанализ того, что прошло хорошо, а что можно улучшить).

Кризисная ситуация (реанимация, внезапная смерть)

- Назначается один «говорящий» специалист.
- Запрещены фразы: «все будет хорошо», «он не чувствует боли» (без доказательств).
- Разрешено молчание и физическое присутствие (стул рядом с родителем).

Эмпирически доказано, что внедрение структурированных протоколов общения (например, «NICU Communication Guidelines») снижает:

- уровень посттравматического стресса у родителей на 34 % ($p < 0.05$);
- количество повторных госпитализаций из-за непонимания рекомендаций на 27 % [6].

Для оценки рекомендуется использовать опросник PICS (Parent-Interprofessional Communication Satisfaction) и шкалу AHRQ для медицинских учреждений.

Заключение

Успешная коммуникация с ребенком и его семьей в медицинской и психолого-педагогической практике – это непрерывный процесс, требующий профессионализма, чуткости, терпения и постоянного развития. Построение доверительных отношений, основанных на уважении и понимании, является ключом к достижению наилучших результатов для благополучия ребенка. Коммуникация с ребенком и его семьей - это не «мягкий навык», а клиническая компетенция, требующая системного обучения. Эффективная модель включает:

1. Одновременное обращение к ребенку (по возрасту) и к родителю.

2. Признание семьи как эксперта в повседневных потребностях ребенка.

3. Регулярную рефлексия специалистом собственных коммуникативных ошибок (супервизия).

Специфика общения с ребенком и его семьей заключается в синтезе научного знания и человеческого участия. Эффективная коммуникация в медицине и педагогике строится не на монологе специалиста, а на диалоге, учитывающем возрастные особенности, эмоциональное состояние и семейный контекст. Только такая модель взаимодействия позволяет минимизировать стресс, повысить эффективность лечения и обучения, а также сформировать у ребенка базовое доверие к миру и взрослым.

Литература/References:

1. Лазуренко С.Б., Свиридова Т.В., Нурлыгаянов И.Н. Современные направления психолого-педагогической подготовки медицинского работника в педиатрии. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах. - 2020. - №40.

2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. (2018). Партнерская модель коммуникации в педиатрии. - Российский педиатрический журнал. – 2018. №21(3). – С.156–162.

3. Бирюкова Е.Г., Герасимова А.М., Павлова Н.Н., Свиридова Т.В. Направления междисциплинарного взаимодействия среднего медицинского персонала педиатрического учреждения и специалистов психолого-педагогического профиля. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах. -2017. - №31.

4. Best practice guidelines for communicating to parents the diagnosis of disability. (2019). ScienceDirect, 139, 104841.

5. Summary of SPIKES Approach and Illustrative Parent Video Perspectives. NIH PMC.

6. Rossi, S. Systematic review on SPIKES protocol effectiveness. VigiPallia.

Глава 4.6.

**ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ВЕДЕНИЯ ДИАЛОГА
В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЯХ НА ЗАНЯТИЯХ
ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ МЕДИЦИНЫ****Гукина Л. В.***кандидат филологических наук, доцент,
заведующий кафедрой иностранных языков**ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В главе учебный диалог на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе рассматривается как технология формирования профессионально ориентированных коммуникативных навыков. Отмечается, что обращение к диалогу как технологии личностно ориентированного образования в контексте разнообразной работы с учебным языковым материалом, позволяет развивать у обучающихся навыки межличностной и межкультурной коммуникации, формирует модели вербального и невербального поведения, востребованные в будущей профессиональной деятельности.

Ключевые слова: профессионально ориентированное обучение, диалог, диалогическое коммуникативное взаимодействие, ситуационно обусловленная коммуникация, модели коммуникации, иностранный язык медицины.

**DEVELOPING DIALOGUE SKILLS
FOR PROFESSIONAL PURPOSES
IN MEDICAL FOREIGN LANGUAGE CLASSES****Gukina L. V.***Candidate of Philology, Associate Professor,
Head of the Department of Foreign Languages
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. This article examines educational dialogue in foreign language classes at a medical school as a technology for developing professionally oriented communication skills. It is noted that using dialogue as a technology for student-centered education in the context of diverse work with educational language material helps develop students' interpersonal and intercultural communication skills and fosters verbal and nonverbal behavior patterns relevant for future professional development.

Keywords: professionally oriented training, dialogue, dialogic communicative interaction, situationally conditioned communication, communication models, foreign language of medicine.

Введение

Обучение моделям речевого поведения при формировании у будущего врача навыков профессионально ориентированной коммуникации является первостепенной педагогической задачей, реализуемой на занятиях по иностранному языку в вузе. В профессии врача востребованы разные виды речевой деятельности: монологической речь (сообщение, доклад), диалог в узком формате (врач – врач, врач – пациент), диалогическое взаимодействие в команде коллег. Вместе с этим существенное значение имеет воспитание у обучающихся культуры вербального и невербального поведения в профессиональной среде. Особую актуальность получает педагогический выбор дидактических средств и обучающих технологий, необходимых и достаточных для создания продуктивной и комфортной среды учебной коммуникации. Выбор диалога как приоритетного инструмента формирования навыков профессионально ориентированного коммуникативного взаимодействия объясняется уникальностью его природы. Диалог обладает потенциалом формировать единое пространство вариативных смыслов и взглядов, в котором осуществляется не просто воздействие одного

коммуниканта на другого, но именно взаимодействие [12; 13; 14].

Цель работы: изучить потенциал технологии диалоговой коммуникации для формирования иноязычных профессионально ориентированных навыков и моделей культурного коммуникативного взаимодействия в будущей профессии врача.

Материалы и методы исследования

Методом исследования в работе послужил анализ педагогического опыта имплементации технологии диалоговой коммуникации в процессе обучения иностранному языку медицины в ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России. Отбору и сопоставительному анализу подвергнут корпус из 60 авторских коммуникативных заданий, направленных на организацию учебного диалогического взаимодействия.

Результаты и их обсуждение

Исследование показало, что включение технологий учебного диалога в процесс обучения профессионально ориентированному иностранному языку позволяет создать основу для формирования моделей вербального и невербального поведения будущего медицинского специалиста. В данном случае педагогический выбор технологии объясняется тем, что диалог является формой социально-речевого общения, основой сотрудничества и взаимопонимания между участниками совместной деятельности, а диалогическая речь формируется под влиянием мотивов деятельности и имеет определенную цель и задачу [1, с. 128; 4, с. 112-114]. Следует также отметить, что диалогические навыки формируются у обучающихся поэтапно и последовательно в условиях постоянного обращения к данному технологическому приему в контексте работы с языковым материалом. При этом чрезвычайно важным оказывается формирование у обучающихся понимания природы диалога, его структуры и потенциала применения в своей речевой практике.

Единицей диалогической речи, как и монологической, является речевой

акт, или речевое действие. В рамках речевого акта сочетаются рецепция и репродукция; речевое целое конструируется двумя и более партнерами; каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего. Значимыми экстралингвистическими чертами диалога являются: коллективность информации; вариативность информации; различия в оценке информации; активное участие в речи мимики, жестов, действий партнеров; влияние предметного окружения собеседников [2, с. 194-199].

Диалогическое речевое действие может быть одношаговым и многошаговым и рассматриваться как целое, составленное из частей. Степень развернутости диалогического действия зависит от характера его соотношения с неречевым. Если цель деятельностного акта осуществляется за счет неречевого действия, акт речи бывает свернутым, одношаговым. В процессе диалогического взаимодействия обучающиеся обмениваются краткими репликами с целью прокомментировать выполняемое действие, привлечь к совместным действиям, оценить действия партнера или совместно наблюдаемые действия коллег. Многошаговым речевое действие может быть тогда, когда оно является доминирующим в деятельностном акте.

Мотивы такого действия могут совпадать с социальными потребностями говорящих: с потребностью самовыражения, общения, самоутверждения, познания. Цель высказывания может состоять в том, чтобы переубедить партнера в чем-то, выразить свои чувства, получить сведения. Многошаговое речевое действие может предшествовать неречевому (планирование); может следовать за ним (обсуждение результатов). На первый план выступают особенности говорящего: его вкусы, взгляды, степень информированности по данному вопросу и многое другое.

Промежуточной формой между одношаговым и многошаговым действием является диалог. Выбор структурных моделей различен в монологической и диалогической речи. Значительную роль в диалоге играют вопросы. Чтобы обучить студентов искусству диалогического взаимодействия

требуется существенная подготовка через систему коммуникативных заданий (вопросно-ответных, репликовых, условной беседы). Поэтому на этапе начальной подготовки в методике обучения устной иноязычной речи доминируют вопросно-ответные задания.

Коммуникативная цель вопросительных предложений – запрос информации, а вопрос – это одновременно и побуждение к речевой реакции. Они различаются по источнику для ответов, типу вопросов, адресу вопросов и технике применения. В репликовых коммуникативных заданиях реакция обучающихся не программируется: они сами создают содержание высказывания и свободно выбирают форму его выражения, опираясь на ранее усвоенный языковой материал.

Согласно коммуникативной структуре, различают следующие виды репликовых заданий: утверждение – вопрос (ответная реплика выражает удивление, сомнение, переспрос, уточнение, предположение, желание получить дополнительные сведения); утверждение - утверждение (ответная реплика выражает подтверждение, согласие, суждение, заверение, поправку, обещание); утверждение – отрицание (ответная реплика выражает опровержение, несогласие, возражение, оспаривание, протест). Значимым компонентом подготовки языкового материала являются всякого рода грамматические и лексические преобразования реплик в соответствии с вариативностью условий их употребления в речи (изменение действующего лица, времени действия).

Коммуникативные задания, рекомендуемые для этой цели, делятся по структурному принципу на дистрибутивные (изменение синтаксических связей), подстановочные (расширение ассоциативных связей) и трансформационные (расширение тех и других связей). Выбор заданий связан с лексическими и грамматическими особенностями реплик. Реплики, усвоенные в составе диалогических единств, следует затем включать в новые комбинации. При этом необходимо вводить в диалог фразы, употреблявшиеся ранее в монологических высказываниях, использовать комбинирование реплик на

основе контекстных связей: выбор из двух колонок реплик, подходящих по смыслу; называние опорной реплики к данной реактивной; называние реактивной реплики к данной опорной. На стадии комбинирования речевого образца с ранее изученными предлагаются также задания на расширение реплик. Речевые задания делятся на макро- и микроситуации, которые обеспечивают формирование определенной ступени в обучении диалогическому взаимодействию.

Задания на основе микроситуации по характеру реакции близки к контекстным, однако необходимость учитывать предлагаемые обстоятельства для правильной реакции требует большей активизации мыслительной деятельности обучающихся и формирует близкую к естественной ситуацию общения [5, с. 134–136; 15, с. 125–147]. Обучение ведению многошагового диалога на основе макроситуации осуществляется с учетом структуры речевого действия, которое складывается из программирования, осуществления программы и сопоставления того и другого. Исходя из цели коммуникации и учитывая особенности собеседника, каждый из участников общения определяет общую программу своих высказываний, а затем по ходу диалога, в зависимости от содержания и формы сообщений партнера, уточняет характер следующей реплики. Ведение диалога на логической основе является творческой деятельностью, поэтому важен учебный тренинг, симулирующий ситуации профессионально ориентированной коммуникации по вариативной тематике и с разным количеством участников. В качестве дидактического материала могут использоваться задания в виде диаграмм, таблиц, схем, кластеров и других средств, которые формируют идеи и направление коммуникации [6, с. 194–200; 7, с. 102–105; 8, с. 163; 9, с. 31–34].

Например, дидактический компонент в виде таблицы в комплексе коммуникативных заданий может стать основой учебного диалогического взаимодействия, при этом выбор технологии его реализации (игра, ситуационная симуляция и др.) зависит от конкретных обучающих целей:

1) *Discuss in class the negative impact of alcohol on the growth rate and development of the fetus. Emphasize the short-term and long-term effects of mother's alcohol use on her child.*

2) *Use the chart below as help to discuss with your partner the birth defects associated with maternal alcohol use.*

BIRTH DEFECTS ASSOCIATED WITH ALCOHOL EXPOSURE		
<i>Cardiac</i>	Atrial septal defects Ventricular septal defects	Aberrant great vessels Tetralogy of Fallot
<i>Skeletal</i>	Hypoplastic nails Shortened fifth digits Radioulnar synostosis Flexion contractures Camptodactyly	Clinodactyly Pectus excavatum and carinatum Klippel-Feil syndrome Hemivertebrae Scoliosis
<i>Renal</i>	Aplastic, dysplastic, hypoplastic kidneys Horseshoe kidneys	Ureteral duplications Hydronephrosis
<i>Ocular</i>	Strabismus Retinal vascular anomalies	Refractive problems secondary to small globes
<i>Auditory</i>	Conductive hearing loss	Neurosensory hearing loss
<i>Other</i>	Virtually every malformation has been described in some patient with FAS. The etiologic specificity of most of these anomalies to alcohol teratogenesis remains uncertain.	

3) *Work in groups of two or three. Make up a plan of educating program for young mothers. The principles of healthy habits should be highlighted. Present your plan to the class to discuss. Use any audio- and visual aids.*

4) *Make anti-advertisements for bad habits during pregnancy:*

a) alcohol abuse b) drug addiction c) others

Use computer design if possible. Present your ads to the class to discuss. Use any visual aids.

В данном примере использование информационной таблицы в качестве базового компонента комплекса коммуникативных заданий, организующего

учебное профессионально ориентированное диалогическое общение, демонстрирует технологическую возможность расширения педагогом тематики диалогического взаимодействия обучающихся с привлечением вариативного количества участников на разных этапах коммуникации. Вместе с этим сформулированные коммуникативные задания направлены на организацию профессионально ориентированного сотворчества обучающихся – создание обучающей программы для молодых мам с акцентом на пользу здорового образа жизни и вред алкоголя для здоровья матери и ребенка (задания 3, 4).

Продукт корпоративного интеллектуального творчества с использованием компьютерных технологий, представляется в учебной группе с использованием современных средств визуализации и обсуждается в формате свободной дискуссии. В следующем комплексе заданий коммуникативная карта в виде таблицы является звеном, организующим учебное диалогическое взаимодействие обучающихся по узкоспециализированной теме «*Apnea in the preterm infant*», с компонентом повышения терминологической и понятийной сложности изучаемого материала:

1) *In class, discuss the essentials of diagnosis and typical features.*

– Respiratory pause of sufficient duration to result in cyanosis or bradycardia.

– Most common in infants born at less than 34 weeks' gestation with onset at less than 2 weeks of age.

– Methylxanthines (e.g., caffeine) provide effective treatment for apnea of prematurity.

2) *Work in pairs. Discuss with your partner the following:*

1. Forms of apnea and difference between them.

2. Common causes of apnea in a preterm infant. Use the chart below as help in a dialogue with your partner.

Causes of apnea in the preterm infant	
Temperature instability – both cold and heat stress Response to passage of a feeding tube Gastroesophageal reflux	
Hypoxemia	<i>Pulmonary parenchymal disease</i> <i>Patent ductus arteriosus</i> <i>Anemia</i>
Infection	<i>Sepsis (viral or bacterial)</i> <i>Necrotizing enterocolitis</i>
Metabolic causes	<i>Hypoglycemia</i> <i>Hyponatremia</i>
Intracranial hemorrhage Posthemorrhagic hydrocephalus Seizures Drugs (e.g., morphine) Apnea of prematurity	

Терминологический и понятийный объем данной коммуникативной карты призван расширить общее понимание изучаемой темы, мотивировать обучающихся к критическому осмыслению нового материала, что реализуется в процессе учебной профессионально ориентированной коммуникации с коллегами.

Выявлено, что диалоги формируют не только модели общения, но и культуру коммуникативного взаимодействия в будущем профессиональном сообществе [10, с. 38-43]. Поэтому в курсе английского языка в медицинском вузе есть запрос на отход от однотипных заданий, направленных на формирование навыков разных видов чтения, к заданиям, инициирующим вне- и внутритекстовый диалог путем последовательного обсуждения фрагментов текстовой информации. Это подводит к финальному этапу, на котором может быть реализована корпоративная коммуникация обучающихся в малых и больших группах в контексте ситуационно заданного общения. Для эффективной реализации потенциала диалогового обучения актуальной

педагогической задачей является создание среды, в которой обучающиеся отрабатывают диалоговые модели поэтапно, с повторениями и сменой векторов тематической коммуникации.

В учебном взаимодействии важен переход от монологической к устной речи. Понимание педагогом природы диалоговой коммуникации позволяет использовать даже узкоформатный диалог как ценный инструмент для формирования навыков профессионально ориентированного коммуникативного взаимодействия. Принимается во внимание, что, хотя единицей диалогической и монологической речи является речевой акт, или речевое действие, по структуре диалог сложнее монологической речи. При организации коммуникации в качестве преимущественных качеств диалога используется его природная ситуативность. Он требует большего внимания к своей содержательной части и более эмоционально окрашен, нежели монологическая речь. Выбор педагогом диалога как модели коммуникации оказывается верным, поскольку для обучающихся диалог интересен из-за коммуникативной обращенности партнеров друг к другу. В диалогическом общении, как и в игре, симулируются ситуации, характерные для будущей профессиональной деятельности обучающихся, формируются и воспитываются модели вербального и невербального коммуникативного поведения [3, с. 68-72; 16, с. 47–58].

Данный аспект следует использовать преподавателю для мотивации обучающихся к активной аудиторной и самостоятельной работе над говорением. Отходя от линейной схемы работы с материалом занятия и обращаясь к диалогу, преподаватель имеет возможность реализовать уникальный потенциал технологии диалогового обучения как интерактивного обучения, в ходе которого осуществляется взаимодействие преподавателя и обучающегося, или обучающихся между собой. То есть ситуация диалогического общения по теме на аудиторном занятии создает ситуацию открытой межличностной коммуникации участников процесса обучения,

включая преподавателя и студентов, что является существенным для создания комфортной среды общения. В учебном диалоге тренируются навыки рецепции и репродукции. Каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего.

Опыт преподавания иностранного языка показывает, что некоторые обучающиеся хорошо воспринимают реплики партнера по диалогу, готовы эмоционально реагировать на них, а другие предпочитают воспроизводить больше речевых моделей и игнорируют реплики собеседника по разным причинам – не слышат или не понимают, не готовы выразить эмоцию. Следует отметить, что диалогическая речь требует существенной плановой дополнительной подготовки: внеаудиторной самостоятельной тренировки на рецепцию путем многократного прослушивания аутентичной речи и практической отработки навыков диалогической речи в режиме диалогового процесса обучения в аудитории. При этом даже на продвинутом этапе изучения темы педагоги вновь и вновь обращаются к вопросно-ответным заданиям, которые могут быть предвестниками диалогического взаимодействия и далее осуществляться в контексте учебного диалогического общения в расширенном формате. Технология работы с вопросами оказывается результативной, если реализуется в формате ситуативной коммуникации. Ниже приведены коммуникативные карты для организации учебного диалогического взаимодействия, симулирующего вопросно-ответную беседу патронажной сестры или педиатра с родителями в ситуациях первого, второго и третьего посещения младенца на дому.

1. You are a health visitor or a doctor. Use the chart below with a list of questions for the first review at 6 – 8 weeks as help in a dialogue with a parent.

First Review at 6 – 8 Weeks

Do you feel well yourself?

Do you have any worries about **feeding** your baby?

Do you have any concerns about your baby's **weight** gain?

Does your baby watch your face and follows with his/her eyes?

Does your baby turn towards the light?

Does your baby smile at you?

Do you think your baby can hear you?

Is your baby startled by loud noises?

Are there any problems in looking after your baby?

Do you have any other worries about your baby?

How are you feeding your baby?

Protect your baby from sunburn

Check the water before you bath your baby. Hot water can scald your baby badly.

2. You are a health visitor or a doctor. Use the chart below with a list of questions for the second review at 6 – 9 months as help in a dialogue with a parent.

Second Review at 6 – 9 Months

Do you think your baby can hear you?

Do you feel well yourself?

Have you had any worries about your child's **health**?

Do you have any worries about how your baby is **feeding**?

Do you have any worries about your baby's **development**?

Are you happy your baby is gaining **weight**?

Is your baby sitting alone?

Does your baby babble (Ba-ba, da-da etc)?

Do you have any worries about your baby's **eyesight**?

Have you noticed a squint?

Are all your child's immunizations up to date?

Start brushing your baby's teeth as soon as they appear.

Do you have fire guards to stop your child touching heaters and open fires?

3. You are a health visitor or a doctor. Use the chart below with a list of questions for the second review at 18 – 24 months as help in a dialogue with a parent.

Third Review at 18 – 24 Months

Are you feeling well yourself?

Have you had any worries about your child's **behaviour**?

Are you happy your baby is growing **normally**?

Are you happy that your child hears **normally**?

Does your child understand when you talk to him/her?

Do you have any worries about the way your child **talks**?

Are you happy that your child's **eyesight** is normal?

Do you think your child has a squint?

Does your child walk normally?

Are you brushing your child's teeth every day?

Are your child's immunizations up to date?

Are all your household products stored out of reach or in a cupboard with a child-proof latch?

Do you keep your medicines and tablets in child-proof bottles and in a safe medicine cabinet?

Практика обучения профессионально ориентированному коммуникативному взаимодействию будущих врачей выявила, что при большей речевой сложности диалог как просоциальная обучающая технология способен снять у обучающихся напряженность и неуверенность. Обнаружено, что элементы культуры профессионально ориентированного коммуникативного взаимодействия формируются в диалоге с расширенным количеством участников. Здесь также актуально использование вежливых формул приветствия, фраз, выражающих внимание к собеседнику и обсуждаемой теме, и формул вежливого прощания.

Важно, чтобы все участники процесса обучения, погружаясь в пространство диалогической коммуникации, получали дополнительную психологическую поддержку педагога и коллег. Увлечённость общением с коллегой и заинтересованность темой обсуждения даёт обучающимся

возможность снять языковой барьер, не концентрироваться на потенциальных лексико-грамматических ошибках. В комфортной и творческой обстановке будущие врачи учатся самостоятельно моделировать ситуацию общения с учетом нравственных и этических норм, присущих для такого типа общения. В диалоге, построенном на материале конкретного занятия, формируется и модель социально-речевого общения, воспитывается основа сотрудничества и взаимопонимания с коллегами в текущей образовательной деятельности, которая также соотносится с ситуациями будущей профессиональной деятельности [11, с. 35–37].

Диалогу, как речевому взаимодействию двух или более участников команды, присущи такие качества как коллективность и вариативность информации; различие в оценке информации; привлечение мимики, жестов, действий партнеров; зависимость от среды общения. Представляется, что технология учебного диалога является одной из главных технологий личностно ориентированного образования. Диалог формирует коммуникативную среду, в которой обучающиеся чувствуют себя комфортно. В дружественной атмосфере участники диалога обогащают друг друга новыми мыслями, раскрывают свой творческий потенциал, личностно развиваются. Атмосфера диалога помогает обучающимся развивать интеллектуальные и эмоциональные свойства личности. В диалоге участники ищут истину вместе, соглашаются и спорят, выражают эмоции. По своей сути учебный диалог – это способ отношений. Он развивает умение слушать партнера, уважать его мнение, то есть развивает толерантность. Таким образом, в диалоге проявляются важнейшие формы человеческих отношений: взаимоуважение, взаимообогащение, сопереживание, сотворчество. Лучшей технологией формирования навыков профессионально ориентированного диалогического взаимодействия является привлечение обучающихся к участию в проектной деятельности, научно-практических конференциях, формат которых предполагает активное коммуникативное взаимодействие в малых и больших группах и возможность реализации

усвоенных моделей культурного речевого поведения, востребованных в медицинском сообществе.

Заключение

Технологии учебного диалогического взаимодействия, применяемые на занятиях по иностранному языку медицины, организуют интерактивную среду для формирования у обучающихся навыков профессионально ориентированного общения. Умение вести диалог формируется путем учебных тренингов с применением дидактических средств, позволяющих переходить от простых моделей диалогической профессионально ориентированной коммуникации к более сложным.

Обращение к диалогу как технологии личностно ориентированного образования в контексте разнообразной работы с языковым материалом на продвинутом этапе обучения позволяет развивать критическое мышление обучающихся, поддерживать навыки межличностной и межкультурной коммуникации, формировать модели вербального и невербального поведения, востребованные в будущей профессиональной деятельности.

Литература/References:

1. Алмазова Н. И., Рубцова А. В., Крылова Е. А., Ерёмин Ю. В., Смольская Н. Б. Стратегии индивидуализации высшего иноязычного профессионально ориентированного образования: подходы, методы, технологии: монография. – СПб.: Политех–Пресс, 2020. - 128 с.
2. Воронина И. Р., Чеснокова П. А., Бородин Е. Д., Казанцева Г. А. Возможности технологии диалогового обучения в вузе // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. - 2020. - № 7 (49).- С. 194–199.
3. Гизятова Л. А., Плотникова Н. Ф. Профессионально ориентированное обучение английскому языку студентов медиков. // Казанский лингвистический журнал. - 2019. - Т. 2. - № 4. - С. 68–72.

4. Голикова Т. О. Применение коммуникативного подхода при обучении английскому языку студентов продвинутого уровня // Современное педагогическое образование. – 2024. - № 6. - С. 112–114.

5. Головкина Н. П. Ситуационное моделирование при обучении иностранному языку как способ формирования речевых действий обучающихся // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. - 2023. - № 6- 2 (81). - С.134–136.

6. Гукина Л. В. Кластер как методический прием технологии развития критического мышления на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе // Теоретические и прикладные аспекты лингвообразования. Сборник научных статей Межвузовской научно-практической конференции. Под редакцией Л.С. Зникиной. – Кемерово : КузГТУ, 2019. - С. 194–200.

7. Гукина Л. В. Использование кластера как активного метода обучения профессионально ориентированному иностранному языку // Современные технологии дистанционного и электронного обучения и обеспечения медицинского образования: материалы VI Региональной научно-практической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2018. - С. 102–1053.

8. Гукина Л. В. Синквейн как технология активизации работы обучающихся с профессионально ориентированным текстом/ Л. В. Гукина, Л. В. Личная; под ред. Л. С. Зникиной // Профессиональное образование: теоретические и прикладные аспекты лингводидактики. – Кемерово : КузГТУ, 2018.- С. 163.

9. Гукина, Л. В. Использование технологии синквейн при работе с иноязычным медицинским текстом / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования: материалы IX межрегиональной науч. метод. конф. – Кемерово: КемГМУ, 2017. - С. 31–34.

10. Гукина, Л. В. Воспитательный потенциал практических занятий по иностранному языку / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы

воспитательного процесса в медицинском вузе. Сборник докладов. - 2016. - С. 38–43.

11. Гуреева А. В. Моделирование ситуаций общения как одно из средств формирования иноязычной коммуникативной компетенции студентов языковых вузов // Современное педагогическое образование. - 2019. - № 8. - С. 35–37.

12. Диалогическое (М. Бахтин) или гуманистическое (К. Роджерс) общение – URL: <https://studfile.net/preview/9399854/page:9/> (дата обращения: 10.03.2026).

13. Лурия А. Р. Язык и сознание – URL: https://bookap.info/book/luriya_yazyk_i_soznanie/gl48.shtm (дата обращения: 10.03.2026).

14. Померанц Г. С. Истина диалога – URL: https://nowimir.ru/DATA/040023_5.htm (дата обращения: 10.02.2024).

15. Серова Т. С., Тулиева К. В., Пипченко Е. Л. Разыгрывание коммуникативно-речевых микроситуаций как средство обучения монологическому высказыванию в иноязычном диалогическом общении // Вестник ПНИПУ. Проблемы языкознания и педагогики. - 2019. - № 1. - С. 125–147.

16. Lipatova, E. G. Formation of future doctors' professional communication culture within the competence-based approach. // Teaching Methodology in Higher Education. 2020. Vol. 9. No 32. P. 47–58. DOI: 10.18720/HUM/ISSN 2227-8591.32.04

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
2. Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Об информации, информационных технологиях и защите информации Федерации : федеральный закон от 27 июля 2006 г. №149-ФЗ (с изм. на 29.12.2025). URL: <http://kod.kodeks.ru/docs/>
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ (с изм. на 23.07.2025). URL: <http://kod.kodeks.ru/docs/>
6. Приказ Минздрава России от 19.02.2024 № 72н «О внесении изменений в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, утвержденные приказом министерства здравоохранения российской федерации». – URL: <https://normativ.kontur.ruclid=mqn2tzr1su195370911> (дата обращения 1.03.2026)
7. Проект приказа Минздрава «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Регуляторная политика, 2025-2026). – URL: <https://normativ.kontur.ru>. (дата обращения 1.03.2026).
8. Проект «подготовка врачей, обладающих бережливым мышлением». Некоторые результаты изучения проблем / Т. А. Штернис, Ю. С. Чурсина, И. И. Селин [и др.] // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения : материалы XIV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 28 декабря 2022 года. – Кемерово: КемГМУ, 2022. – С. 166-173. – EDN YQJGCU.

9. Программа повышения квалификации ВГМУ им. Н.Н. Бурденко по специальности «Психиатрия-наркология». – URL: <https://doc.vrnngmu.ru/course/index.php?categoryid=34>. (дата обращения 1.03.2026).

10. Абульханова-Славская, К.А. Стратегия жизни. - М.: Мысль, 1991. – 300 с.

11. Акименко, Г. В. Индивидуализация обучения в вузе как условие его эффективности: психолого-педагогический аспект // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования : материалы IX Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием (Кемерово, 13 декабря 2017 г.). - Кемерово, 2017. - С. 74–77.

12. Акименко, Г. В. Из опыта организации самостоятельной работы студентов в рамках изучения курса «Психология и педагогика» в медицинском университете // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. Часть 2. - Издательство: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.) (Пенза), 2017. - С. 178-180.

13. Акименко, Г.В., Кирина, Ю.Ю., Федосеева, И.Ф., Яковлев, А.С. Клиповое мышление поколения Z: особенности развития когнитивных способностей в процессе обучения в вузе // Дневник науки. - 2023. - № 12 (84).

14. Акименко, Г. В. К вопросу о современных подходах к методическому обеспечению преподавания психологии в медицинском вузе на примере кафедры психологии КемГМУ // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова / Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. сборник статей X Международной научно-практической конференции: в 3 частях. - Издательство: Наука и Просвещение (ИП Гуляев Г.Ю.) (Пенза), 2017. - С. 188-190.

15. Акименко, Г. В. Психология и педагогика : учебно-методическое пособие для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе специалитета по специальности

«Фармация» / Г. В. Акименко, Т.М. Михайлова. - Кемеровский государственный медицинский университет, Кафедра истории и психологии. - Кемерово, 2017. - 124 с.

16. Акименко, Г. В. К вопросу о мотивации ценностного отношения к здоровому образу жизни в рамках изучения курса «Психология» у студентов медицинского вуза // Г.В. Акименко, Т.М. Михайлова /: Инновационное развитие науки и образования. Монография. - Пенза, 2017. - С. 164-171.

17. Акименко, Г. В. Инновационные формы и методы экологического образования и воспитания в медицинском университете / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 37-43. – EDN PMGQPL.

18. Акименко, Г. В. Эволюция медицинского образования в эпоху «цифровой революции» / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования : материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 257-263. – EDN DECCID.

19. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Развитие коммуникативной компетенции обучающихся в медицинском вузе // Педагогика и психология: прикладные исследования и разработки / Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. - Москва, 2023. - С. 16-26

20. Акименко, Г. В. Проектирование содержания системы экологического образования в профессиональной подготовке врачей / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев, Т. А. Штернис [и др.] // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 210-218. – EDN

JAEEBM.

21. Акименко, Г. В. Экосистемный подход как современный тренд развития высшего медицинского образования / Г. В. Акименко, А. С. Яковлев, Т. А. Штернис [и др.] // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 201-209. – EDN WXOCGT.

22. Алмазова Н. И., Рубцова А. В., Крылова Е. А., Ерёмин Ю. В., Смольская Н. Б. Стратегии индивидуализации высшего иноязычного профессионально ориентированного образования: подходы, методы, технологии: монография. – СПб.: Политех–Пресс, 2020. - 128 с.

23. Алмазова Н.И., Халяпина Л.П. Когнитивно-деятельностные аспекты использования нейросетей в высшем образовании // Вестник Томского государственного университета. – 2025. – № 521. – С. 194–201.

24. Амиров Р. А., Билалова У. М. Перспективы внедрения технологий искусственного интеллекта в сфере высшего образования // Управленческое консультирование. -2020.- №3. - С. 80-88.

25. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Конфликтология: Учебник для вузов.- М.: ЮНИТИ, 2000.- 551 с.

26. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы. Психология формирования и развития личности. М.: Изд-во МГУ. 1981. - С. 3-18.

27. Аньчкова, П. И. Запрос на цифровую трансформацию: оценка студентами-стоматологами эффективности образовательных технологий и приоритетов модернизации учебного процесса / И. В. Самусь, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Стратегические векторы развития науки, медицины, цифровых и образовательных технологий : материалы III Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 19–20 ноября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 264-267. – EDN BSSQWM.

28. Аршинова Е.В., Билан М.А. Динамические аспекты интернализации профессиональных ценностей будущих специалистов деонтологического профиля // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2018. - № 4. - С. 106-117.

29. Аршинова Е.В., Янко Е.В., Браун О.А., Билан М.А., Аркузин М.Г., Пфетцер А.А. Динамика профессиональной идентичности студентов в цифровизации образовательной среды и ее девиации/ / Профессиональное образование в России и за рубежом. - 2022.- № 1(45). - С. 116-121.

30. Ахременко Я.А., Слепцов А.П., Пальшин Г.А. Современные подходы к организации научно-исследовательской работы студентов в условиях инновационного развития вуза // Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова. – 2010.

31. Баймухамедов М.Ф., Еслямов С.Г. К вопросу о применении роботов в подготовке специалистов с высшим образованием // Актуальные научные исследования в современном мире. - 2020.- № 6-2(62). - С. 18-22.

32. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. (2018). Партнерская модель коммуникации в педиатрии // Российский педиатрический журнал. – 2018. №21(3). – С.156–162.

33. Белимова, А.А. Социальный опыт личности как содержание социальной компетентности будущего специалиста / А.А. Белимова // Научные ведомости. - 2019. - № 1. - С. 7-10.

34. Беляков В. К. Становление и развитие телемедицинских технологий // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2006. - №4. - С. 73-75.

35. Бирюкова Е.Г., Герасимова А.М., Павлова Н.Н., Свиридова Т.В. Направления междисциплинарного взаимодействия среднего медицинского персонала педиатрического учреждения и специалистов психолого-педагогического профиля. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №31 2017 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-31/the-direction-of-interdisciplinary-cooperation-of-nursing-staff-of-pediatric-institutions-and->

specialists-of-psychological-and-pedagogical-profile (Дата обращения: 20.06.2026).

36. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды. Под ред. Д. И. Фельдштейна. -Москва: Директмедиа Паблишинг. - 2008. - 612 с.

37. Болотов М. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. – 2018. – № 10. – С. 8–14.

38. Браженко О.Н., Солодилина К.А., Лощакова А. И. Психологические и социальные особенности больных туберкулезом с сочетанной ВИЧ-инфекцией в современных условиях //ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2024. – Т. 16. – №. 1. – С. 23-35.

39. Бубнов, Н. С. Психологические аспекты болезни. - Санкт-Петербург: Наука, 2018.

40. Буркова Н.В., Ермолаева Е.В. Скрытая учебная программа в клинической практике: риски и пути коррекции // Педагогика и психология образования. – 2022. – №1. – С. 87-96.

41. Бутина А. В., Кузуб О. С. Основания коммуникации врача и пациента в условиях цифровизации //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – Т. 31. – №. 2. – С. 195-200.

42. Бьюдженталь Д. Наука быть живым. Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической психотерапии / Пер. с англ. А.Б. Фенько. М.: Класс, 1998. -336 с.

43. Валиуллина Е. В. Взаимосвязь конфликтоустойчивости и фрустрации личности // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. - 2020. -№ 1. -С. 1-9.

44. Валиуллина Е. В. Интерактивная направленность личности // Вестник общественных и гуманитарных наук. -2020. -Т. 1.- № 3. -С. 57-60.

45. Валиуллина Е. В. Компоненты эмоционального интеллекта в юношеском возрасте // Вестник Белгородского института развития образования. - 2020.- Т. 7. -№ 3 (17). - С. 85-93.

46. Валиуллина Е. В. Психологический механизм вытеснения при

ситуативной и личностной тревожности // Вестник северо-восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. -2020. -№ 2 (18).- С. 25-29.

47. Валиуллина Е. В. Самооценка личности в молодом возрасте // Научный вестник Крыма. -2021.- №1 (30).

48. Васильева, И. А. Эпидемиология туберкулеза в Российской Федерации в 2015-2024 гг / И. А. Васильева, С. А. Стерликов, В. Б. Галкин // Туберкулез и болезни легких. – 2026. – Т. 104, № 2. – С. 8-17

49. Визило Т.Л., Сильнягин Д.Е., Семенов В.А., Акименко Г.В. Психофизиологические эффекты в деятельности медицинских работников: нарративный обзор // Дневник науки. - 2025. -№ 3 (99).

50. ВИЧ-инфекция у взрослых: клинические рекомендации / Национальная вирусологическая ассоциация, Московское онкологическое общество. – 2024. – 143 с.

51. Воронина И. Р., Чеснокова П. А., Бородина Е. Д., Казанцева Г. А. Возможности технологии диалогового обучения в вузе // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. - 2020. - № 7 (49). - С. 194–199.

52. Воронина Д.К. Нейронные сети в образовании: угрозы, вызовы и перспективы // Вестник РГПУ им. А.И. Герцена. – 2024. – № 212. – С. 126–136

53. Геймификация в образовательном процессе / Т. А. Штернис, Е. М. Размахнина, Н. В. Копытина, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря 2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 71-80. – EDN MHFFIG.

54. Гизятова Л. А., Плотникова Н. Ф. Профессионально ориентированное обучение английскому языку студентов медиков. // Казанский лингвистический журнал. - 2019. - Т. 2. - № 4. - С. 68–72.

55. Голикова Т. О. Применение коммуникативного подхода при

обучении английскому языку студентов продвинутого уровня // Современное педагогическое образование. – 2024.- № 6. - С. 112–114.

56. Головкина Н. П. Ситуационное моделирование при обучении иностранному языку как способ формирования речевых действий обучающихся // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. - 2023. - № 6- 2 (81). - С.134–136.

57. Голованова А.А. Коммуникативная креативность субъекта как фактор эффективности группового решения задач: дис. ...канд. психол. наук : 19.00.01. – Казан. гос. университет, Казань, 2003.-147 с.

58. Гукина Л. В. Кластер как методический прием технологии развития критического мышления на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе // Теоретические и прикладные аспекты лингвообразования. Сборник научных статей Межвузовской научно-практической конференции. / под редакцией Л.С. Зникиной. – Кемерово : КузГТУ, 2019. - С. 194–200.

59. Гукина Л. В. Использование кластера как активного метода обучения профессионально ориентированному иностранному языку // Современные технологии дистанционного и электронного обучения и обеспечения медицинского образования: материалы VI Региональной научно-практической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2018. - С. 102–1053.

60. Гукина Л. В. Синквейн как технология активизации работы обучающихся с профессионально ориентированным текстом/ Л. В. Гукина, Л. В. Личная; под ред. Л. С. Зникиной // Профессиональное образование: теоретические и прикладные аспекты лингводидактики. – Кемерово : КузГТУ, 2018. - С. 163.

61. Гукина, Л. В. Использование технологии синквейн при работе с иноязычным медицинским текстом / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Актуальные вопросы повышения качества непрерывного медицинского образования: материалы IX межрегиональной науч. метод. конф. – Кемерово: КемГМУ, 2017. - С. 31–34.

62. Гукина, Л. В. Воспитательный потенциал практических занятий по

иностранному языку / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе. Сборник докладов. - 2016. - С. 38–43.

63. Гуреева А. В. Моделирование ситуаций общения как одно из средств формирования иноязычной коммуникативной компетенции студентов языковых вузов // Современное педагогическое образование. - 2019. - № 8. - С. 35–37.

64. Диалогическое (М. Бахтин) или гуманистическое (К. Роджерс) общение – URL: <https://studfile.net/preview/9399854/page:9/> (дата обращения: 10.03.2026).

65. Дистанционное обучение как основные виды телемедицинских услуг // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2019. - № 2.

66. Доршук Л.А., Новоселов С.А. Коммуникативная креативность личности как фактор эффективности делового общения / Л.А. Доршук, С.А.Новоселов // Педагогическое образование России.- 2016. — №12. – С. 265-268.

67. Заварухин Н. Е., Безуглый Т. А., Носков А. Д., Быструшкина Н. Г., Савчук Е. Ю. Проблемы и тренды студенческой медицинской науки сквозь призму систематического обзора исследований студентов по вопросам ВИЧ/СПИДа. УО [Интернет]. 30 июнь 2025 г. 15(6-1):173-194. доступно на: <https://emreview.ru/index.php/emr/article/view/2117>.

68. Зайнуллина Г.И. Цифровизация обучения иностранным языкам: от онлайн-образования до использования нейросетей // Наука и образование: взаимодействие бизнеса и общества в условиях трансформации информационных процессов и технологий. Материалы Международной научно-практической конференции. В 3-х частях. - Казань, 2023. - С. 316-320.

69. Захарова Е. В., Фильштинская Е. Г. Психосоциальные характеристики больных туберкулезом в России и факторы формирования приверженности лечению //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. – 2020. – Т. 17. – №. 2. – С. 330-347.

70. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития: учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2006. - С. 88-92.

71. Землянухина Н.С. Использование нейросетей в контексте цифровизации образования: преимущества и риски // Гуманитарный научный журнал. – 2024. – №4, часть 2. – С. 70-76.

72. Зимняя, И. А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентного подхода в образовании. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2020.- 42 с.

73. Золотова Н. В. и др. Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения //Туберкулез и болезни легких. – 2021. – Т. 98. – №. 12. – С. 34-40.

74. Иванченко Д.А. Нейросетевые технологии в образовании: возможности и применение: методическое пособие. – Москва: Директ-Медиа, 2025. – 88 с

75. Ивойлов, В. М. Организация лечебно-профилактической помощи работникам угольной отрасли в современных условиях / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис // Медицина в Кузбассе. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 62-64. – EDN PURSEP.

76. Ивойлов, В. М. Персонализация образовательной деятельности в современных условиях: включение студентов в решение задач образовательного процесса / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Вестник общественных и гуманитарных наук. – 2024. – Т. 5, № 3. – С. 118-120. – EDN JPDPYZ.

77. Ивойлов, В. М. Повышение эффективности высшего медицинского образования с учетом потребностей обучающихся / В. М. Ивойлов, Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXIII Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2024 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2024. – С. 210-219. – EDN SXTOEN.

78. Ивойлов, В. М. Стратегические проекты в медицинском вузе как эффективный инструмент развития образовательных программ и повышения качества медицинского образования / В. М. Ивойлов, Н. В. Копытина, Т. А. Штернис // Актуальные вызовы и проблемы медицинского и фармацевтического образования : материалы XVI научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 26 февраля 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 338-346. – EDN JSVVAU.

79. Ивойлов, В. М. Экосистемный подход в формировании здоровья населения / В. М. Ивойлов, О. М. Колесников, П. С. Руднев // Организм и среда жизни: к 100-летию доктора биологических наук, профессора Е. Д. Логачёва и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ : сборник материалов VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 19–20 марта 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 207-212. – EDN VUNQTY.

80. Исаев Д.А., Смирнова Л.А. Влияние личности клинического руководителя на формирование профессиональной идентичности ординатора // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2021. – Т.12. – №3. – С. 45-52.

81. Карпенко Д. С., Зарубина Т. В., Раузина С. Е., Богопольский Г. А., Тихонова Т. А., Глебова О. В. Система управления знаниями в медицинском вузе: взгляд на проблему, реалии, перспективы развития// Информационно-измерительные и управляющие системы. -2014. -Т. 12.- №10. - С. 10–18.

82. Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В., Селедцов А.М. Формирование коммуникативной креативности как результат взаимодействия преподавателя и студента в образовательном процессе медицинского вуза // Педагогика и медицина в воспитательном пространстве: про-блемы, возможности и перспективы. сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 135-летию со дня рождения А. С.

Макаренко. – Кемерово, 2023.- С. 215-221.

83. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2011. - 304 с.

84. Козинцева, Н.М. Развитие компетентности социального взаимодействия студентов / Н.М. Козинцева // Психологические науки. – 2007, №4.

85. Кожуховская Ю. Н., Бекузарова Н. В. Искусственный интеллект как средство повышения мотивации и вовлечённости учащихся // Вестник науки. - 2025.- № 5 (86). - С. 31-43.

86. Коломиец В. М. Особенности психологического сопровождения клинического излечения больного туберкулезом //Региональная научно-практическая конференция «Психология здоровья в образовательном процессе» (с использованием дистанционных технологий). – 2021. – С. 27-32.

87. Копытина, Н. В. Значение негативных факторов среды обитания в развитии профессиональной заболеваемости трудящихся угледобывающей отрасли / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, А. А. Швецов // Вызовы современной эпохи: человек в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, Кемерово, 10 апреля 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 173-180. – EDN FOOVXS.

88. Копытина, Н. В. Инновационные технологии в подготовке студентов медицинского вуза / Н. В. Копытина, И. В. Самусь, О. М. Колесников // Современный мир, природа и человек. Технологии стран БРИКС для развития медицины : сборник материалов XXIV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 10 октября 2025 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2025. – С. 666-678. – EDN KVHSYG.

89. Копытина, Н. В. Окружающая среда и здоровье населения,

проживающего на территориях с угледобывающей промышленностью / Н. В. Копытина, О. В. Ивойлова, П. С. Руднев // Организм и среда жизни: к 100-летию доктора биологических наук, профессора Е. Д. Логачёва и 70-летию кафедры биологии с основами генетики и паразитологии КемГМУ : сборник материалов VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Кемерово, 19–20 марта 2026 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2026. – С. 216-221. – EDN DECHFQ.

90. Копытина, Н. В. Просьюмеризм в высшем учебном заведении: участие студентов в решении проблем образовательного процесса / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, Т. Ю. Джолдошева // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 175-181. – EDN НКVIVK.

91. Копытина, Н. В. Роль информатизации в модернизации здравоохранения Кузбасса / Н. В. Копытина, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 2(98). – EDN UENDVQ.

92. Копытина, Н. В. Роль современной образовательной технологии «перевернутый класс» в повышении качества образования за счет персонализации образовательной деятельности и вовлеченности студентов в образовательный процесс / Н. В. Копытина, Т. А. Штернис, С. С. Кырыкбаева // Актуальные проблемы высшего и среднего образования : материалы XV научно-методической конференции с международным участием, Кемерово, 20 декабря 2023 года. – Кемерово: Кемеровский государственный медицинский университет, 2023. – С. 467-474. – EDN DTIAGJ.

93. Корнеева Н.Ю. Цифровая среда вуза в предметной подготовке педагогов профессионального обучения: искусственный интеллект и геймификация // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование. Педагогические науки». - 2024. - Т. 16, № 3. - С. 82–90.

94. Коршунова Ю. А. Социально-экономические риски стигматизации ВИЧ-инфицированных на примере студенческой молодёжи // Демографическое обозрение. - 2024. - Т. 11, № 1. - С. 61-80. <https://doi.org/10.17323/demreview.v11i1.20932>.

95. Кохановская Д.Р. Развитие креативности студентов университета при изучении дисциплины «Информационные технологии» // Вестник Оренбургского государственного университета. Серия: Педагогика. – 2013. — №2 (151). – С.140-146.

96. Кудрявцев Т. В., Шегурова В. Ю. Психологический анализ динамики профессионального самоопределения личности // Вопросы психологии. - 1983. - №2. - С.51-59.

97. Кудряшов Ю. Ю., Атьков О. Ю. Возможности современных информационных и телемедицинских технологий для организации работы врача общей практики // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 4. – С. 24-28.

98. Культурно-образовательное пространство вуза как перспективная модель воспитания // Акименко Г.В., Асанов С.А., Ведерникова А.В., Головки О.В., Гукина Л.В., Игишева Л.Н., Ким А.Е., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Марьина М.Г., Мехова Г.А., Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Степанова М.Г., Сумбаев Е.А., Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

99. Кучурин В.В. Метапознание в обучении. - СПб.: «ЛОИР», -2022.- 39 с.

100. Ладная, Н. Н. Эпидемическая ситуация по инфекции, вызываемой ВИЧ, в России в 2024 г / Н. Н. Ладная, В. В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2025. – Т. 15, № 3. – С. 13-18. – DOI 10.18565/epidem.2025.15.3.13-18. - EDN ZINEVW.

101. Лазуренко С.Б., Свиридова Т.В., Нурлыгаянов И.Н. Современные направления психолого-педагогической подготовки медицинского работника в педиатрии. // Альманах Института коррекционной педагогики.– 2020.- №40.

102. Леванов В. М., Занозина О. В. Опыт дистанционного преподавания эндокринологии с использованием телемедицинских технологий // Сахарный диабет. - 2007. - №3. - С. 62-66.
103. Леньков С. Л., Рубцова Н. Е., Низамова Е. С. Опросник «Вовлеченность в сферу искусственного интеллекта» и его психометрические свойства // Ярославский педагогический вестник. -2025.- № 1 (142). -С. 179-196.
104. Леонтьев Д. А. Новые ориентиры понимания личности в психологии: от необходимого к возможному // Вопросы психологии. - 2011. - № 1. - С. 12.
105. Леонтьев, Д.А. Методика изучения ценностных ориентаций. - М. 1992. - 17 с.
106. Леуцкий В.В. Использование нейросетей в образовании: возможности, вызовы и проблемы конфиденциальности // Издательский дом «Среда», 2024. – 5 с.
107. Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д. А. Леонтьева. - М.: Смысл, 2011.- 679 с.
108. Лурия А. Р. Язык и сознание – URL: https://bookap.info/book/luriya_yazyk_i_soznanie/gl48.shtm (дата обращения: 10.03.2026).
109. Майер П. А. Психологическая поддержка при формировании приверженности лечению больных туберкулезом //Учёные записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. – 2023. – Т. 30. – №. 4. – С. 10-17.
110. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М., 1996. - 278 с.
111. Медицинская этика и деонтология : учебное пособие / Н. Е. Нехаенко, Н. Н. Чайкина, С. Н. Титова, Г. В. Сыч. – Воронеж : Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2025. – 132 с. – ISBN 978-5-4446-2169-1. – EDN KXOSOP.
112. Метакогниции это: осознание мышления и контроль над разумом. 2025. [Электронный ресурс]. URL: <https://sky.pro/wiki/lifestyle/metakognicii-eto-osoznanie-myshleniya-i-kontrol-nad-razumom/> (Дата обращения: 27.12.2025).

113. Митина Л. М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях // Вопросы психологии. - 1999. - №4. - С.28-38
114. Мурашко М.А., Ваньков В.В., Панин А.И., Артемова О.Р., Матвиенко А.В., Гусев А.В., Васильев Ю.А., Владзимирский А.В. Внедрение технологий искусственного интеллекта в здравоохранении России: итоги 2024 г. // Национальное здравоохранение. -2025. №6(3). - С.6-19.
115. Мухина С. А. Современные инновационные технологии обучения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 360 с.
116. Никишкина Е.В., Ларин С.Э., Белаш В.Ю. Нейросети и образование: положительные и отрицательные стороны, возможности использования // Педагогический вестник. – 2024. – № 32. – С. 54–58.
117. Овчинников, В. Ф. Терапевтические подходы к жизни с туберкулезом. - Москва: МГМУ, 2022.
118. Основы бережливого производства для медицинских специальностей с практикумом: Учебник / коллектив авторов ; под общ. ред. Т. А. Штернис и Н. С. Давыдовой. – Москва : КНОРУС, 2026. – 432 с.
119. Осорина М. В., Щербакова О. В., Аванесян М. О. Проблемы метакогнитивной регуляции: нормативные требования и непродуктивные паттерны интеллектуальной деятельности // Вестник СПбГУ. - 2011. -Сер. 12. - Вып. 2. - С. 32-43.
120. Перельман, М. И. Большой туберкулёзом и врач-фтизиатр / М. И. Перельман // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – Т. 83, № 5. – С. 3.
121. Петров, А. В. Влияние поддержки на выздоровление. - Казань: Казанский университет, 2018.
122. Пьянзова, Т. В. Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом при неблагоприятном прогнозе и течении заболевания в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции : дисс. на соискание ученой степени докт. мед. наук– Москва, 2020. – 323 с.

123. Пьянзова, Т. В. Влияние информационно-образовательной работы с впервые выявленными больными туберкулёзом на эффективность лечения // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – Т. 86, № 10. – С. 32-36.
124. Перикова Е. И., Ловягина А. Е., Бызова В. М. Психология метапознания. -СПб.: Скифия-принт, 2020.- 150 с.
125. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. - Л.: Медгиз. 1956. - 65 с.
126. Поваренков Ю.П. Психологическое содержание профессионального становления человека. - М. : Изд-во УРАО, 2002. - 160 с.
127. Полунова М. Доктор, побеседуйте со мной... // Медицинский вестник. - 2007. - № 31. - С. 42-50.
128. Пинская, М. А. Портфолио как инструмент оценивания: возможности и ограничения // Вопросы образования. – 2016. – № 2. – С. 236–249.
129. Перспективы развития регионального здравоохранения / В. М. Ивойлов, А. С. Сергеев, Г. Н. Царик, В. К. Цой // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : Материалы Международного форума, Новосибирск, 30 ноября – 01 2012 года. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2012. – С. 162-166. – EDN TVOJBZ.
130. Померанц Г. С. Истина диалога – URL: https://nowimir.ru/DATA/040023_5.htm (дата обращения: 10.02.2024).
131. Пряжников Н.С. Профессиональное и личностное самоопределение. - М.: Изд-во «Институт практической психологии». 1996. - 256 с.
132. Рассохина И.Ю., Браун О.А., Аркузин Г.М., Аршинова, Е.В., Билан М.А. Становление профессиональной идентичности студентов в «процессе горизонтального обучения» // Профессиональное образование в России и за рубежом. 2019. - № 4 (37). - С. 17-24.
133. Рубцова Е.В. Повышение качества образовательного процесса иностранных учащихся с помощью информационных компьютерных технологий // Образование. Инновации. Качество : материалы V

Международной научно-методической конференции. – 2012. – С. 44-47.

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

135. Семенов В.А., Федосеева И.Ф., Визило Т.Л. Основные компетенции для освоения обучающимися дисциплины «Неврология, нейрохирургия, медицинская генетика» // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. Материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции. -2020.- С. 170-177.

136. Серова Т. С., Тулиева К. В., Пипченко Е. Л. Разыгрывание коммуникативно-речевых микроситуаций как средство обучения монологическому высказыванию в иноязычном диалогическом общении // Вестник ПНИПУ. Проблемы языкознания и педагогики. - 2019. - № 1. - С. 125–147

137. Сидорова, Т. В. Психотерапия в практике борьбы с туберкулезом. Владивосток: ДВГУ, 2021.

138. Снегирева Л.В. Современное состояние проблемы дидактического обеспечения электронного обучения в высшей школе // Балтийский гуманитарный журнал. - 2017. - Т. 6. - № 4 (21). - С. 398-401.

139. // Системная интеграция в здравоохранении. – 2011. –№12. - С. 4-17.

140. Скрипкина Ю.В. Принципы использования нейросетей в образовании: человекообразный подход // Вестник Института образования человека. – 2025. – №2. – С. 1-10.

141. Стрельников С.С., Вохминцев А.П., Каткова А.Л., Ушакова О.М. Информационное поведение и восприятие искусственного интеллекта студентами медицинского вуза // Проблемы современного образования. – 2025. – №2. – С. 122-137.

142. Современные проблемы психического здоровья личности: клинические, психологические и социальные реалии // Акименко Г.В., Асанов С.А., Головкин О.В., Гукина Л.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А.,

Салтанова Е.В., Селедцов А.М., Сумбаев Е.А., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В., Яковлев А.С., Яковлева А.А. - Москва, 2024. – 257 с.

143. Сергеева, М.Г., Макарова, В.В. Формирование и развитие компетентности социального взаимодействия у студентов в высшем учебном заведении / М.Г. Сергеева, В.В. Макарова // Психологические науки, 2020. - №5.

144. Сарапулова А.В., Лешер О.В. Развитие коммуникативной креативности студентов неязыкового вуза: методический аспект /А.В. Сарапулова, О.В. Лешер // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. — №5 (75). — С.74-77.

145. Современное состояние экономической безопасности Кемеровской области-Кузбасс / О. Ю. Тихонова, И. И. Берсенев, А. А. Сашко, В. Г. Вершинин // Экономика: вчера, сегодня, завтра. – 2024. – Т. 14, № 5-1. – С. 243-252. – EDN ХКИКЗУ

146. Степанова Н. А. Проблема изучения самодетерминации личности в отечественной психологической науке // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. - 2019. -Т. 19. -Вып. 1.- С. 69-75.

147. Такоева З. А. Телемедицинские технологии в здравоохранении и науке // Владикавказский медико-биологический вестник. — 2011. - №19.— С. 117-122.

148. Тарасова О.Л., Федосеева И.Ф., Шмакова О.В. и др. - Москва, 2024. – 249 с.

149. Телемедицинские технологии в клинической практике и медицинском образовании // Вестник РУДН. – 2020. - №1.

150. Теория самодетерминации. - URL: <https://www.b17.ru/article/582292/> (дата обращения 20.02.2026).

151. Тимакова С. В. и др. Приверженность к лечению и медико-социальные характеристики больных туберкулезом легких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией и хроническими вирусными гепатитами //Медицинский Альянс. – 2025. – Т. 13. – №. 4.

152. Тимченко О. Л., Федькина Ю. А., Цветкова Е. Г., Затевалов А. М., Байракова А. Л., Гарбузов А. А. Анализ результатов анкетирования студентов медицинского вуза по вопросам стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2024. – Т. 13, № 2. – С. 19-29.

153. Формирование экосистемы развития бережливой личности на примере реализации сквозного потока : учебно-методическое пособие / Н. С. Давыдова, К. В. Грабельников, С. Н. Алексеенко [и др.]. – Краснодар : Кубанский государственный медицинский университет, 2024. – 115 с. – EDN IUNAGM.

154. Чем опасен искусственный интеллект: мнение эксперта. URL: <https://iz.ru/1977910/2025-10-23/ekspert-predupredil-ob-opasnosti-chrezmernogo-uvlecheniia-ii> (дата обращения 23.12.2025).

155. Шестак, Н. В. Медицинская этика и деонтология. Деловой этикет в медицинской образовательной организации : Учебное пособие для вузов / Н. В. Шестак, И. А. Крутий, И. Э. Смирнова. – Санкт-Петербург : ООО «Издательство Лань», 2025. – 128 с. – ISBN 978-5-507-51560-8. – EDN WQPOCG.

156. Шкала метакогнитивной регуляции, МиРТЖС. - URL: <https://psytests.org/coping/mirtjs.html> (Дата обращения: 27.12.2025).

157. Шкала самодетерминации, SDS. - URL: <https://psytests.org/sdt/sds-run.html> (Дата обращения: 27.12.2025).

158. Шнейдер Л.В. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления. Автореф. дис. докт. психол. наук. - М., 2001. - 47 с.

159. Штернис, Т. А. Бережливые технологии в образовательной среде / Т. А. Штернис, Н. В. Копытина // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XIII научно-методической онлайн конференции с международным участием, Кемерово, 22 декабря 2020 года. – Кемерово: КемГМУ, 2021. – С. 39-46. – EDN MCEYTL.

160. Штернис, Т. А. Интерактивные методы обучения информационным

технологиям в здравоохранении на примере медицинского университета / Т. А. Штернис, Г. В. Акименко // Дневник науки. – 2025. – № 3(99). – EDN MYMFES.

161. Штернис, Т. А. Партиципативность в вузе: вовлечение сотрудников в управление, решение проблем / Т. А. Штернис, Н. В. Копытина, Т. Ю. Джолдошева // Прокузбасс 2023 : Материалы межрегионального форума с международным участием, Кемерово, 04–06 июля 2023 года. – Кемерово: ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2023. – С. 218-225. – EDN QXSWCI.

162. Штернис, Т. А. Трансформация процесса преподавания информационных технологий при подготовке медицинских кадров / Т. А. Штернис, С. Л. Кан, Н. В. Копытина // Медицина в Кузбассе. – 2025. – Т. 24, № 4. – С. 5-10. – DOI 10.24412/2687-0053-2025-4-5-10. – EDN BHVVLS.

163. Юнг К. Г. Тэвистокские лекции. Аналитическая психология: ее теория и практика / пер. с англ. В. И. Менжулина. - М: АСТ, 2009. -252 с.

164. Яковлева, С. Н. Образ жизни: адаптация больных туберкулезом. - Рязань: РязГУ, 2022.

165. Яницкий М.С., Иванов М.С. Психологические проблемы постмодернистического общества и постнеклассическая практическая психология. Постнеклассическая практическая психология: региональный опыт: коллективная монография. под ред. М. С. Яницкого, Ю. В. Пелеха. - Тернополь: Навчальна книга – Богдан. 2011. -. С. 9-22.

166. Яницкий М.С., Серый А.В. Развитие системы ценностно-смысловых ориентаций личности в профессиональной деятельности специалистов деонтологического статуса. Личность и профессиональная деятельность. - Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2008. - Т. 1. - С. 147-159.

167. Яницкий М.С., Аршинова Е.В., Иванов М.С., Пфетцер С.А. Ценностно-смысловые аспекты социальной работы со студентами вуза, оказавшимися в кризисной ситуации // Вестник Кемеровского государственного университета. -№ 1 (65), 2016. -С. 149-155.

168. Advanced Learning Technologies (ICALT). Los Alamitos, CA [et al.]:

IEEE, 2023. P. 233-235.

169. Allwood B. W. et al. post-tuberculosis lung health: perspectives from the First International Symposium // *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. – 2020. – T. 24. – №. 8. – C. 820-828.

170. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26.

171. Balasanova, A. A., et al. «Effective but Undertought: Training Psychiatrists in Psychotherapy for Substance Use Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 2025. (PubMed).

172. Best practice guidelines for communicating to parents the diagnosis of disability. (2019). ScienceDirect, 139, 104841.

173. Faiz A., Kurniawaty I. Tantangan Penggunaan ChatGPT dalam Pendidikan Ditinjau dari Sudut Pandang Moral // *Jurnal Ilmu Pendidikan*. – 2023. – №5(1). P. 456-463

174. Johnston S.C. Anticipating and training the physician of the future: the importance of caring in an age of artificial intelligence // *Acad Med*. – 2018. – №93 (8). P. 1105-1106.

175. Rossi, S. Systematic review on SPIKES protocol effectiveness. *VigiPallia*.

176. Morris, C. (2019). *Becoming a Clinical Educator: A Practical Guide*. Wiley-Blackwell.

177. Kenny, N. P., Mann, K. V., & MacLeod, H. (2022). Role modeling in the clinical workplace. In *The Oxford Textbook of Medical Education* (pp. 234-248). Oxford University Press.

178. Bala S., Keniston A., Burden M. Patient Perception of Plain-Language Medical Notes Generated Using Artificial Intelligence Software: Pilot Mixed-Methods Study // *JMIR Form Res*. – 2020. – №4(6). e16670.

179. Chen P.C., Liu Y., Peng L. How to develop machine learning models for healthcare// *Nat Mater*. – 2019. – №18(5). P. 410-414.

180. Chichekian T, Benteux B. The potential of learning with (and not from)

artificial intelligence in education// Front Artif Intell. – 2022. – №13(5). P. 903051.

181. Developing a structured telemedicine curriculum for medical students: a qualitative study based on expert interviews // BMC Medical Education. – 2025. – Vol. 26. – P. 50.

182. Eguchi, M., Takizawa, K., Saeki, M., et al. Human- versus artificial intelligence-delivered roleplay tasks for assessing interactional competence: An applied conversation analytic study / M. Eguchi et al. // TESOL Quarterly. - 2025. - Vol. 59. - P. S183-S219.

183. Hogan, R., Blickle, G. Socioanalytic theory / R. Hogan, G. Blickle // University of Bonn, Department of Psychology. — 2016.

184. The Development of Evaluation Methods for Outcomes in Medical Humanities Curriculum of a Medical School. *KCI*, 2025.

185. Design Logic and Evaluative Implications of Portfolio-Based Learning in Korean Medicine Education: A Conceptual Analysis Based on Competency-Based Education and Programmatic Assessment. *Journal of Korean Medicine*, 2026.

186. Chen X. et al. The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China //Scientific Reports. – 2021. – T. 11. – №. 1. – C. 24236.

187. Datta S. et al. Quality of life, tuberculosis and treatment outcome; a case–control and nested cohort study //European Respiratory Journal. – 2020. – T. 56. – №. 2.

188. Duko B., Bedaso A., Ayano G. The prevalence of depression among patients with tuberculosis: a systematic review and meta-analysis //Annals of general psychiatry. – 2020. – T. 19. – C. 1-11.

189. Febi A. R. et al. Psychological stress and health-related quality of life among tuberculosis patients: a prospective cohort study //ERJ Open Research. – 2021. – T. 7. – №. 3.

190. Perriot J, Masson M, Peiffer G. Renforcer l'éducation thérapeutique des patients tuberculeux [Strengthening therapeutic education for tuberculosis patients]. *Rev Infirm*. 2025 Dec;74(316):41-43. French. doi: 10.1016/j.revinf.2025.10.031.

Epub 2025 Nov 26. PMID: 41371817.

191. Ruiz-Grosso P. et al. Association between tuberculosis and depression on negative outcomes of tuberculosis treatment: a systematic review and meta-analysis // PLoS One. – 2020. – T. 15. – №. 1. – C. e0227472.

192. Veatch, R. Models for ethical medicine in a revolutionary age / R. Veatch // Hastings Center Report. – 1972. - Vol. 2, №3. – p. 5-7.

193. Gázquez-López M., Álvarez-Serrano M. A., Martín-Salvador A., Pérez-Morente M. Á., García-García I., González-García A., Martínez-García E. Attitudes towards people living with HIV/AIDS through the EAPVVS-E: A descriptive analysis in nursing students // Nurse Education Today. 2025. Vol. 144, 106418. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106418>.

194. Li H., Wu Q., Gao E., Zhang Y., Yin D. HIV/AIDS-related knowledge and attitudes toward people living with HIV among college students in Xuzhou, Jiangsu Province, China: a cross-sectional survey // Frontiers in Public Health. 2024. Vol. 12, 1398980. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1398980>.

195. Ljubas D., Škornjak H., Božičević I. Knowledge, attitudes and beliefs regarding HIV among medical students in Zagreb, Croatia // BMC Medical Education. 2024. Vol. 24, № 1004. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05994-y>.

196. Lipatova, E. G. Formation of future doctors' professional communication culture within the competence-based approach. // Teaching Methodology in Higher Education. 2020. Vol. 9. No 32. P. 47–58. DOI: 10.18720/HUM/ISSN 2227-8591.32.04.

197. Looking Back on Digital Medical Education Over the Last 25 Years and Looking to the Future: Narrative Review // Journal of Medical Internet Research. – 2026. – Vol. 26. – e60312.

198. Sallam M., Alabbadi A. M., Abdel-Razeq S., Battah K., Malkawi L., Al-Abbadi M. A., Mahafzah A. HIV Knowledge and Stigmatizing Attitude towards People Living with HIV/AIDS among Medical Students in Jordan // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, № 745. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020745>.

199. Summary of SPIKES Approach and Illustrative Parent Video Perspectives. NIH PMC.

200. Yadav R. K. et al. Health related quality of life and associated factors with medication adherence among tuberculosis patients in selected districts of Gandaki Province of Nepal //Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases. – 2021. – T. 23. – C. 100235.

Научное издание

Монография

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ
И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ:**

монография / под общ. ред.: Г. В. Акименко, А. А. Лопатина,
А. М. Селедцова, Ю. Ю. Кириной.

16+

Формат 60×84/16.
Усл. печ. л. 18,25
Тираж 500 экз.
Заказ № mru03-2026.

Издано в авторской редакции.
ООО «Альпен-Принт»
115230, г. Москва, Электролитный проезд, 3А, с2
Подписано в печать 20.07.2026.

© ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, 2026
© Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной, 2026
© ООО «Альпен-Принт», 2026

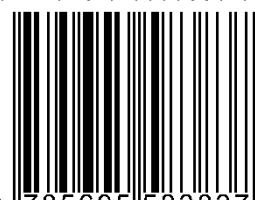


РИНЦ



DOI

ISBN 978-5-6055838-3-7



9 785605 583837 >

