

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАЛТИЙСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ИММАНУИЛА КАНТА»**

На правах рукописи



КНЯЗЕВА Екатерина Геннадьевна

**ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИИ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
СРЕДСТВАМИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

5.8.7. Методология и технология профессионального образования

Диссертация
на соискание учёной степени
кандидата педагогических наук

Научный руководитель:
доктор педагогических наук, доцент
Грибанькова Анжела Алексеевна

Калининград – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|------------|
| ВВЕДЕНИЕ | 3 |
| ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ | |
| 1.1. Формирование профессиональной компетенции студентов медицинских специальностей как педагогический феномен | 20 |
| 1.2. Сущностные характеристики компетенции командной работы и специфика ее формирования в контексте высшего медицинского образования | 36 |
| 1.3. Симуляционные технологии как средство формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей | 53 |
| ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ | 71 |
| ГЛАВА 2. РЕАЛИЗАЦИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ | |
| 2.1. Структура и содержание модели формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий | 79 |
| 2.2. Организация педагогического эксперимента и его содержательные характеристики | 105 |
| 2.3. Результаты реализации педагогической модели формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий | 121 |
| ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ | 135 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 140 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 150 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ | 181 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Работа врача отличается наличием сложноустроенной системы профессиональных и межличностных взаимодействий и отношений, от характера которых во многом зависит результативность оказания медицинской помощи и осуществления профессиональной деятельности в целом. Способность и готовность к командной работе и продуктивному взаимодействию для выпускника медицинской специальности является важнейшим профессионально-личностным качеством, от сформированности которого будет зависеть конкурентоспособность специалиста и его карьерные возможности. Поскольку успешность будущего специалиста в профессиональной деятельности во многом обусловлена готовностью к совместному решению задач в условиях неопределенности и непрерывных изменений во внешней и внутренней среде, то организация командно-ориентированного обучения средствами симуляционных технологий представляется одной из наиболее актуальных и результативных стратегий реализации образовательного процесса на медицинских специальностях.

С учетом специфики осуществления профессиональной медицинской деятельности в условиях современности научный и практический интерес к командной работе значительно усиливается. Это обусловлено тем, что при динамичном и быстром развитии социума противостоять вызовам пандемий становится возможным лишь в ситуации незамедлительной консолидации усилий и ресурсов специалистов разного уровня и профиля. В подобных обстоятельствах медицинские организации особенно остро нуждаются в специалистах, компетентных в области командной работы и сотрудничества.

Большинство работодателей на данный момент рассматривает выпускников медицинских специальностей не только с позиции наличия у них профессиональных знаний, но и с учетом сформированных социально-психологических характеристик и качеств. Ключевым требованием работодателей и критерием профессионализма специалиста на сегодняшний

день является сформированная у студента -медика компетенция командной работы. Современному обществу нужен компетентный специалист, способный продуктивно решать поставленные задачи, требующие анализа ситуации и выбора решений как самостоятельно, так и в командном взаимодействии с другими. При несформированности данной компетенции выпускник становится невостребованным на рынке труда, т.к. он не осознает себя в качестве части профессионального сообщества, не понимает важности осуществления деятельности в команде, что в совокупности приводит к менее успешной профессионализации или смене рода деятельности.

Анализ образовательной практики медицинских специальностей указывает на недостаточный уровень развития у выпускников таких навыков, как работа в команде, эффективная коммуникация, проявление лидерства, умение сообща принимать решения, что в контексте дальнейшей медицинской практики оборачивается возникновением затруднений и совершением врачебных ошибок. Отметим, что, в отличие от зарубежной, в отечественной системе профессионального образования формирование компетенции командной работы не отражено в ключевых целях и слабо представлено в проблемном поле педагогической науки. В то же время, стоит отметить, что в новом ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. №988, универсальная компетенция, связанная с командной работой и лидерством (УК-3), имеет самостоятельный педагогический статус: «способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели» и выступает в качестве одного из требований к результатам освоения программы специалитета.

Современное медицинское образование должно способствовать приближению образовательного пространства к новой среде практического здравоохранения и в полной мере решать проблему качественной и всесторонней профессиональной подготовки. Выбор симуляционных технологий в качестве результативного средства формирования у студентов

медицинских специальностей компетенции командной работы обусловлен преимуществами данной образовательной формы. Опыт применения симуляционных технологий на медицинских специальностях свидетельствует об успешном моделировании ситуаций межличностного взаимодействия в контексте применения данных технологий с целью отработки практических навыков и умений работы в команде.

Применение симуляционных технологий в образовательном процессе позволяет будущему специалисту освоить навыки командной работы: предлагать собственное решение или беспрекословно подчиняться лидеру, быстро распределять роли и обязанности, согласовывать свои действия с действиями коллег для эффективного решения имеющейся у пациента проблемы и т.д. Таким образом, симуляционные технологии позволяют построить имитационную модель будущей профессиональной деятельности с учетом специфики взаимодействия с другими участниками лечебного процесса. Вместе с тем, рассматривая организацию обучения студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий сквозь призму оценки степени ее применения в контексте командной работы, необходимо отметить, что она нуждается в разработке и дальнейшем совершенствовании. Необходимо определить, каким образом должно быть организовано обучение средствами симуляционных технологий, чтобы можно было грамотно и продуктивно использовать все его преимущества для формирования у студентов-медиков компетенции командной работы.

Поскольку врачебная профессиональная деятельность имеет коллективный характер, то важно понимать, что большинство реальных решений выпускники медицинских специальностей будут принимать в ходе взаимодействия с коллегами, пациентами, руководством и другими участниками лечебного процесса. Общеизвестно также, что уровня мастерства в медицинской профессии невозможно достичь вне профессионального сообщества, без готовности к командному взаимодействию и опыта сотрудничества. Успех профессиональной деятельности врача, особенно в ситуации оказания экстренной медицинской помощи, не всегда может быть

гарантирован компетенцией отдельного врача, т.к. большое значение здесь имеет четко скоординированная работа специалистов. Способность специалиста выступать универсальным участником команды, т.е. «встроиться» в любую команду и результативно выполнять свои обязанности в ее составе без ущерба для работы, является важнейшим качеством врача.

Вышеизложенное подтверждает актуальность поставленной научной проблемы в образовательной практике медицинских специальностей и подчеркивает важность обнаружения, научного обоснования и внедрения в процесс профессиональной подготовки специально теоретических основ и педагогических условий, ориентированных на результативное формирование у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы.

Степень разработанности проблемы. Разработка проблемы компетентностного подхода в профессиональном образовании специалистов нашла свое отражение в работах ряда ученых: В.И. Байденко, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, Г.И. Ибрагимов, А.М. Новиков, И.Д. Рудинский, В.В. Сериков, Ю.Г. Татур, А.В. Хуторской, М.А. Чошанов и др. Аспекты формирования у будущих специалистов готовности к профессиональному межличностному общению и к командной работе (компетенции командной работы, умения к работе в команде) отражены в контексте диссертационных исследований М.П. Козыревой (2009), Г.В. Лопатенкова (1999), А.Д. Малышевой (2018), О.М. Мутовкиной (1999), В.С. Окуневой (2013), К.Е. Шахмаевой (2019) и др. Особенности развития студентов вуза в условиях командной формы организации обучения и использования имитационных методов обучения в формировании практической компетентности медицинского персонала описаны в трудах Н.Ф. Плотниковой (2008) и А.А. Мутигуллина (2014). Организация командной работы обучающихся, развитие группы и студенческой команды в образовательном процессе вуза рассмотрены такими авторами, как Е.И. Бунина (2012), А.В. Ивлев (2006), Ю.В. Козырев (2002), Н.И. Шевандрин (1989) и др.

В связи с актуальностью и недостаточной разработанностью проблемы исследования определился ряд **противоречий** между:

- социальным заказом на подготовку компетентных и профессионально ориентированных выпускников медицинских специальностей, способных продуктивно решать профессиональные задачи в ходе командного взаимодействия, и реальным уровнем сформированности компетенции командной работы студентов соответствующих вузов;

- пониманием со стороны государства и работодателей важности формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы (ФГОС ВО) для улучшения ситуации в российском здравоохранении и реальной, преимущественно индивидуальной и алгоритмической формой организации обучения и учебно-профессиональной деятельности студентов на медицинских специальностях;

- мотивированным стремлением студентов медицинских специальностей к получению качественной профессиональной подготовки и недостаточным теоретическим и организационно-методическим обеспечением образовательной деятельности на медицинских специальностях, не позволяющим в полной мере организовать педагогический процесс формирования у студентов-медиков компетенции командной работы.

Научная и практическая значимость обращения к данной проблеме позволила определить тему диссертации: «Формирование компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий», а также сформулировать научную проблему исследования, связанную с недостаточной разработанностью в педагогической науке и практике теоретических основ и педагогических условий результативного формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы с учетом возможностей симуляционных технологий.

Цель исследования – теоретически обосновать и экспериментально проверить педагогическую модель формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий.

Объект исследования – процесс подготовки студентов медицинских специальностей.

Предмет исследования – педагогическая модель формирования компетенции командной работы студентов средствами симуляционных технологий.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что формирование компетенции студентов медицинских специальностей командной работы будет результативным при соблюдении следующих педагогических условий:

- осознания студентами медицинских специальностей готовности к командной работе как необходимой составляющей их компетентности и важного условия результативного осуществления профессиональной деятельности;

- моделирования практико-ориентированной и коммуникативно-деятельностной образовательной среды на медицинских специальностях средствами симуляционных технологий в предметном и социальном контекстах будущей профессиональной деятельности с учетом принципов компетентностной ориентированности медицинского образования, полисубъектного взаимодействия субъектов профессионального медицинского образования, рефлексивной активности, корпоративного обучения, обязательного учёта индивидуально-личностных особенностей студентов-медиков, социальной обусловленности целей и основного содержания высшего медицинского образования;

- организационно-методического обеспечения модели формирования компетенции командной работы, позволяющего содержательно наполнить, диагностировать и прогнозировать процесс формирования компетенции командной работы на основе получения обратной связи и комплексной диагностики индивидуально-личностных особенностей студентов медицинских специальностей;

- формирования компетенции командной работы на основе гуманистически-деятельностной парадигмы, в рамках которой студент медицинской специальности принимает социальную роль врача, включен в

образовательный процесс и выступает в качестве активного и самостоятельного субъекта будущей профессиональной деятельности.

С учетом данных позиций в исследовании поставлены следующие **задачи**:

1. Уточнить содержание понятия «компетенция командной работы студентов медицинских специальностей», обозначить его сущностные и структурные составляющие.

2. Обосновать специфику командно-ориентированного обучения студентов в контексте высшего медицинского образования, раскрыв потенциал симуляционных технологий как средства формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей.

3. Разработать организационно-методическое обеспечение педагогической модели формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий.

4. Экспериментально проверить в процессе подготовки студентов медицинских специальностей педагогическую модель формирования компетенции командной работы средствами симуляционных технологий, а также педагогические условия эффективности данного процесса.

Методы исследования: теоретические (анализ педагогической литературы по проблеме формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, педагогическое моделирование структурных и содержательных аспектов изучаемого процесса); эмпирические (анкетирование, тестирование); диагностические (педагогический эксперимент, метод экспертной оценки, метод математической статистики).

Методологическую основу исследования составили: *структурно-функциональный подход*, раскрывающий целостный процесс формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы через формирование когнитивно-целевого, мотивационно-ценностного и рефлексивно-деятельностного компонентов (Т.А. Ильина, А.И. Щербаков и

др.); *системный подход*, обеспечивший интеграцию, тесное взаимодействие и согласованность выделенных компонентов компетенции командной работы, а также позволивший разработать модель и выявить поэтапное формирование у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы (И.В. Блауберг, Ф.Ф. Королев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Садовский, Э.Г. Юдин и др.); *компетентностный подход*, обуславливающий сложность, целесообразность и многоуровневость формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, составляющей важнейшую слагаемую его профессиональной компетентности (В.А. Болотов, Н.И. Вьюнова, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, А.А. Коростелев, И.Д. Рудинский, В.В. Сериков, А.В. Хуторской, А.И. Чучалин, О.Н. Ярыгин и др.).

Теоретическим основанием исследования являются:

- положения педагогики профессионального образования и методологии педагогических исследований: С.И. Архангельский, С.А. Бешенков, И.Г. Герасимов, В. И. Загвязинский, Э.Ф. Зеер, И.Ф. Исаев, А.К. Маркова, М.А. Мещерякова, В.И. Михеев, И.П. Подласый, А.Ю. Потапова, М.Н. Скаткин, В.А. Сластенин, Е.Н. Шиянов и др.;

- научные идеи компетентностного подхода в профессиональном образовании специалистов: В.И. Байденко, А.Г. Бермус, В.А. Болотов, Н.И. Вьюнова, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, Г.И. Ибрагимов, В.А. Кальней, А.А. Коростелев, А.М. Новиков, И.Д. Рудинский, В.В. Сериков, Ю.Г. Татур, А.В. Хуторской, М.А. Чошанов, А.И. Чучалин, С.Е. Шишов, О.Н. Ярыгин и др.;

- вопросы подготовки студентов медицинского вуза к профессиональной деятельности в рамках современной концепции образования: Р.С. Богачев, Э.С. Ибрагимова, М.К. Катиева, А.В. Паночкина и др.;

- аспекты организации общения и установления отношений в группе, в том числе и общение с пациентами: А.В. Батаршев, А.А. Бодалев, Н.С. Давыдова, Дж. Дрейпер, Е.В. Дьяченко, В.Н. Мясищев, С. Кёрц, Г.Н. Носачёв, Б.Д. Парыгин, Дж. Сильверман и др.;

- идеи командообразования и организации командной работы: Д. Анкона, Х. Бресман, Е.К. Гитман Т.М. Грабенко, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, А.М. Карякин, Ю.В. Михайлова, С.В. Петров, Д.Ф. Фролов и др.;

- аспекты командно-ориентированного обучения, в том числе и в рамках подготовки студентов-медиков: С.Б. Ахметова, Г.А. Абдулина, К.М. Бородина, Н.П. Клушина, И.В. Лосева, Г.А. Омарова, Е.В. Позднякова, Л.И. Савва, К.Е. Шахмаева, G. Brown, S. Edmunds, P. Haidet, L. Michaelson, D. Parmalee, V.F. Schneider, M. Sweet, B.M. Thompson и др.;

- идеи реализации активных и интерактивных методов обучения, в том числе и в медицинском образовании: В.Я. Вульферт С.Б. Дюсенова, Е.В. Зарукина, Е.А. Корнеева, Е.С. Полат, А.О. Бударина и др.;

- основные положения организации симуляционного обучения в профессиональном медицинском образовании: А.Н. Архипов, З.З. Балкизов, П.В. Глыбочко, М.Д. Горшков, М.П. Гринберг, С.И. Емельянов, А.Л. Кольш, В.А. Кубышкин, Т.А. Кузнецова, Ю.И. Логвинов, А.А. Свистунов, А.В. Шабунин и др.;

- аспекты применения симуляционных образовательных технологий в формировании профессиональных компетенций будущих врачей: С.А. Булатов, Е.В. Волчкова, С.В. Корнев, Ю.В. Королева, И.И. Косаговская, А.А. Литвин, В.В. Мадьянова, С.Г. Пак, С.А. Перепелица, Д.С. Тишков, Р.Ф. Хамитов, J.W. Crommett, R.D. Dumire, J.V. Holcomb и др.

Опытно-экспериментальная база исследования. Исследование проводилось с 2017 по 2023 год на базе Высшей школы медицины (ранее Медицинский институт) Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта» (ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта»). В исследовании приняли участие 284 человека (студенты, преподаватели университета), из них студенты 5-6 курсов экспериментальных (122 чел.) и контрольных (127 чел.) групп, а также профессорско-преподавательский состав Высшей школы медицины (35 чел.).

Организация и этапы исследования. Исследование осуществлялось в следующей логике:

Первый этап (2017-2018 гг.) – анализ научных источников и опыта работы медицинских вузов в контексте формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, использования симуляционных технологий позволил обосновать актуальность проблемы, определить базовые позиции исследования, его терминологическую базу и методологию, составить программу экспериментальной работы.

Второй этап (2018-2020 гг.) - разработка и реализация модели формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, выявление педагогических условий, способствующих результативности ее реализации на основе симуляционных технологий, проведение экспериментальной работы по ее апробации, анализ полученных экспериментальных данных.

Третий этап (2020-2023 гг.) – количественный и качественный анализ данных эксперимента, систематизация результатов исследования и формулировка выводов, оформление текста диссертации, внедрение результатов работы и публикация материалов исследования.

Полученные исследовательские результаты позволили вынести на защиту **основные положения:**

1. Компетенция командной работы студента медицинских специальностей представляет собой целостное системное образование, охватывающее когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты, включающее в себя способность и готовность к партнерскому взаимодействию и совместной деятельности и направленное на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели на основе интеграции знаний, умений, навыков и компетенций каждого участника, соответствующих характеру, специфике и условиям профессиональной медицинской деятельности. Командная работа строится на эффективной коммуникации, сотрудничестве, диалоговом общении и установлении партнерских взаимоотношений между участниками команды.

2. Под формированием у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы следует понимать системный и целенаправленный образовательный процесс, охватывающий познавательно-ориентировочный, организационно-стимульный и содержательно-оценочный этапы, в ходе которых происходит приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности в дальнейшем.

3. Симуляционные технологии - система интерактивных методов и способов моделирования образовательного процесса, основанная на поэтапном конструировании, имитации и воспроизведении ситуаций клинической практики с применением биологических, механических, электронных и виртуальных моделей. Симуляционные технологии обеспечивают формирование у студентов медицинских специальностей компетенцию командной работы, партнерского взаимодействия с коллегами, а также навыки и умения эффективного профессионального и межличностного общения. Продуктивными формами симуляционного обучения выступают симуляционный тренинг, ролевая игра, ситуационный анализ (case-study, дебрифинг).

4. Педагогическая модель формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, разработанная на основе интеграции системно-структурного, личностно-деятельностного и компетентностного подходов, представляет собой целостное единство основных элементов, в качестве которых выступают нормативно-целевой (цель и задачи, субъекты, предпосылки разработки модели, нормативно-правовые документы), методологический (совокупность научных принципов и подходов), содержательно-функциональный (компоненты, методическая слагаемая, педагогические условия, этапы) и результативно-корректирующий (конечный результат, критерии, показатели, уровни) блоки.

5. Результативность формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы обеспечивается комплексом

взаимодополняющих друг друга педагогических условий: осознания студентами-медиками готовности к командной работе как необходимой составляющей их компетентности и важного условия результативного осуществления профессиональной деятельности; моделирования практико-ориентированной и коммуникативно-деятельностной образовательной среды вуза средствами симуляционных технологий в предметном и социальном контекстах будущей профессиональной деятельности; организационно-методического обеспечения модели формирования компетенции командной работы, позволяющего содержательно наполнить, диагностировать и прогнозировать процесс формирования компетенции командной работы на основе получения обратной связи и комплексной диагностики индивидуально-личностных особенностей студентов медицинских специальностей; формирования компетенции командной работы на основе гуманистически-деятельностной парадигмы, в рамках которой студент-медик принимает социальную роль врача, включен в образовательный процесс и выступает в качестве активного и самостоятельного субъекта будущей профессиональной деятельности.

Научная новизна исследования:

- уточнено применительно к студентам медицинских специальностей содержание понятия «компетенция командной работы» как целостного системного образования, охватывающего когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты, включающего в себя партнерское взаимодействие и совместную деятельность и направленное на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели на основе интеграции знаний, умений, навыков и компетенций каждого участника, соответствующих характеру, специфике и условиям профессиональной медицинской деятельности;

- обоснована специфика командно-ориентированного обучения студентов как особой образовательной стратегии, которая в контексте высшего медицинского образования способствует подготовке

высококвалифицированных специалистов, готовых к осуществлению командно-ориентированной профессиональной деятельности;

- раскрыт потенциал симуляционных обучающих технологий как средства формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, тренировки партнерского взаимодействия с коллегами, закрепления навыков и умений эффективного профессионального и межличностного общения;

- охарактеризованы содержательные и организационно-методические особенности процесса формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий как системного и целенаправленного образовательного процесса, охватывающего познавательный-ориентировочный, организационно-стимульный и содержательно-оценочный этапы, в ходе которых происходит приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности в дальнейшем;

- на основе интеграции системного, структурно-функционального и компетентностного подходов разработана и апробирована в процессе профессиональной подготовки студентов медицинских специальностей педагогическая модель формирования компетенции командной работы средствами симуляционных технологий, представляющая собой целостное единство основных элементов, в качестве которых выступают нормативно-целевой (цель и задачи, субъекты, предпосылки разработки модели, нормативно-правовые документы), методологический (совокупность научных принципов и подходов), содержательно-функциональный (компоненты, методическая слагаемая, педагогические условия, этапы) и результативно-корректирующий (конечный результат, критерии, показатели, уровни) блоки;

- доказано, что результативность формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий может быть обеспечена реализацией определенных педагогических условий.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что проведенное исследование конкретизирует методологию и технологию профессионального образования применительно к студентам медицинских специальностей:

- раскрыты смысловые концепты понятия «компетенция командной работы студента медицинской специальности» как целостного системного образования, направленного на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели, охарактеризованы его структурные компоненты и критериально-уровневые позиции сформированности данной компетенции у студентов медицинских специальностей;

- обоснованы принципы (компетентностной ориентированности медицинского образования, полисубъектного взаимодействия субъектов профессионального медицинского образования, рефлексивной активности, корпоративного обучения, обязательного учёта индивидуально-личностных особенностей студентов медицинских специальностей, социальной обусловленности целей и основного содержания высшего медицинского образования) формирования у студентов-медиков компетенции командной работы средствами симуляционных технологий;

- определены основные этапы формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей (познавательно-ориентировочный, организационно-стимульный и содержательно-оценочный), в ходе которых происходит приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности;

- обоснованы организационно-методические характеристики использования в образовательном процессе вуза симуляционных обучающих технологий как средства формирования компетенции командной работы студентов, тренировки партнерского взаимодействия с коллегами, закрепления

навыков и умений эффективного профессионального и межличностного общения;

- разработана педагогическая модель формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий, включающая нормативно-целевой, методологический, содержательно-функциональный и результативно-корректирующий блоки;

- охарактеризована совокупность педагогических условий результативного формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий.

Практическая значимость исследования:

- внедрена педагогическая модель формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий, доказана результативность ее реализации и перспективность применения в процессе подготовки студентов медицинских специальностей;

- апробированы педагогические условия, способствующие результативности формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий;

- разработан диагностический комплекс для выявления уровня сформированности у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий;

- подготовлены методические разработки и дидактические материалы, разработанные с учетом возможностей симуляционных обучающих технологий, позволяющие в процессе профессиональной подготовки студентов-медиков, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело, результативно формировать компетенцию командной работы.

Личный вклад автора характеризуется определением основных методологических и теоретических положений, уточнением сущности базовых понятий исследования, разработкой и внедрением модели формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий. Автором разработаны практикумы на

основе технологии симуляционного обучения, дидактические материалы, внесены изменения в рабочие программы с учетом возможностей симуляционного обучения в подготовке студентов медицинских специальностей к командной работе.

Работа выполнена согласно паспорту специальности **5.8.7 Методология и технология профессионального образования**, отражая компетентностную модель специалиста: универсальные и профессиональные компетенции (п.4), образовательную среду профессиональных образовательных организаций, развитие образовательных сред в профессиональном образовании (п.10); а также подготовку кадров в образовательных организациях высшего образования (п.18).

Достоверность результатов и выводов определена соответствующими предмету, гипотезе и задачам методологическими позициями диссертации, логическим построением работы, совокупностью взаимодополняющих исследовательских методов, экспериментальной проверкой основных позиций гипотезы, качественным и количественным анализом результатов эксперимента, апробацией и внедрением результатов в образовательный процесс профессиональной подготовки студентов-медиков на основе симуляционных технологий.

Апробация и внедрение результатов исследования. Полученные результаты и выводы исследования, методические разработки и дидактические материалы, разработанные на основе симуляционных технологий, внедрены в образовательный процесс подготовки студентов Высшей школы медицины (ранее Медицинский институт) к командной работе.

Результаты исследования обсуждались на международных, всероссийских, региональных научно-практических конференциях: II международной научно-практической конференции теоретических и прикладных разработок молодых ученых «Современные научно-практические решения и подходы» (2017 г.), XI международной научной конференции «Развитие экспортного потенциала высшего образования: содержание, опыт, перспективы» (2019 г.), IX международной научной конференции

«Антропоцентрические науки: инновационный взгляд на образование и развитие личности» (2019 г.), международной научной конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы педагогики и психологии в образовательном и социальном контексте» (2019 г.), научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Государственное и муниципальное управление: исследования и технологии» (2019 г.); международной научной конференции «Социальная психология в социальных практиках: проблемы и перспективы исследования» (2020 г.), заседаниях учебно-методического совета Высшей школы медицины (ранее Медицинский институт) ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта», нашли отражение в содержательном наполнении рабочих программ с учетом возможностей симуляционного обучения в подготовке студентов медицинских специальностей к командной работе. По итогам работы опубликовано 15 работ, из них 7 научных статей в журналах, входящих в перечень ведущих периодических изданий ВАК РФ.

Структура работы включает введение, две главы, содержащие теоретический анализ проблемы исследования и результаты экспериментальной работы, заключение, список литературы (288 источников, в том числе 37 на английском языке), и 5 приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ КОМПЕТЕНЦИИ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ СРЕДСТВАМИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

1.1. Формирование профессиональной компетенции студентов медицинских специальностей как педагогический феномен

Проблема формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы становится все более актуальной по причине повышения требований общества к будущим специалистам - выпускникам высшей медицинской школы. Становление единого образовательного пространства в контексте новой парадигмы профессионального обучения и воспитания предусматривает, в первую очередь, реализацию системных изменений в вузовском образовании, которые направлены на развитие у студентов личностных и профессиональных компетенций, отвечающих специфике и условиям трудовой деятельности и обеспечивающих эффективное решение ими поставленных профессиональных задач.

Для формулирования определения ключевого понятия нашей диссертационной работы первоначально осуществим обзор психолого-педагогической литературы, посвященной изучению теоретических основ проблемы формирования компетенции студентов-медиков в области командной работы.

Изучение проблемы формирования у студентов медицинских специальностей компетенции в области командной работы актуализировалось в начале XXI века. В последние годы данная тема находится в центре научного интереса и относится к наиболее актуальным и активно разрабатываемым педагогическим проблемам. Анализ проведенных педагогических исследований показывает, что в современной науке отмечается разнообразие подходов к пониманию категорий компетенции, компетентности, профессиональной

компетентности, объединяющим началом которых выступает их трактовка как необходимого и первостепенного условия осуществления человеком трудовой деятельности.

Компетентностный подход, обуславливающий сложность, целесообразность и многоуровневость формирования компетенции командной работы студента медицинской специальности, составляет важнейшую слагаемую его профессиональной подготовки в вузе. В российской педагогической науке идеи компетентностного подхода в профессиональном образовании специалистов рассматривались такими учеными, как В.И. Байденко, А.Г. Бермус, В.А. Болотов, Н.И. Вьюнова, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, Г.И. Ибрагимов, В.А. Кальней, А.А. Коростелев, А.М. Новиков, И.Д. Рудинский, В.В. Сериков, Ю.Г. Татур, А.В. Хуторской, М.А. Чошанов, А.И. Чучалин, С.Е. Шишов, О.Н. Ярыгин и др.).

Высшее медицинское образование предполагает приобретение студентами не только фундаментальных знаний, а именно компетенций, позволяющих в полном объеме обеспечить высокую степень профессиональной подготовки врача [83], [143], [220]. Наличие у выпускника хороших знаний не может обеспечить гарантию результативности практической деятельности. Компетентностный подход в подготовке студента-медика позволяет активизировать личностные ресурсы в образовательном процессе, усиливая практические аспекты подготовки в вузе [90], [97], [104].

Реализация компетентностного подхода предусматривает не просто получение студентами определенных знаний и усвоение умений, а его способность и готовность решать в практической деятельности разнообразные профессиональные проблемы. При этом речь идет не просто об интериоризации полученных знаний, а о выработке способности анализировать возникающие проблемы, готовности ставить целевые ориентиры и варианты ее решения, даже в ситуации недостаточности информации и ресурсов. Как отмечает С. Меркулова, будущему специалисту необходимо осознать возникшую профессиональную проблему, проанализировать имеющуюся практику ее

решения, самостоятельно управлять и корректировать свои действия, что характеризует степень его компетентности, которая взаимосвязана с внутренними ресурсами личности студента: познавательными, эмоционально-волевыми, мотивационными, творческими и др. [131, с. 129.].

Данный подход к профессиональной подготовке специалиста является объективным явлением в образовательной практике, обусловленным происходящими в социально-экономической и образовательной политике преобразованиями. Предъявляемые сегодня требования к качеству подготовки специалистов далеко не всегда учитываются в образовательных программах, и решение данного вопроса диктует важность обновления как содержания подготовки, так и образовательных технологий. Данные требования рассматриваются одними учеными как квалификации [32], [52], [69], [81], [82], [105], [150], [212], другими – как компетенции [2], [10], [17], [33], [66], [151], [183].

Основным целевым ориентиром реализации компетентностного подхода становится подготовка компетентного специалиста, готового и способного применять полученные знания и умения в практической деятельности. Категория «компетентный» рассматривается в словаре русского языка в значении знающего, осведомленного в определенной сфере человека; а также обладающего компетенцией [156, с. 265]. Фундамент компетентности строится на саморазвитии личности, ее способности к самоорганизации и анализу внутреннего и внешнего опыта [25], [134].

В рамках теоретического анализа ключевого понятия исследования «формирование компетенции командной работы» представляется важным проанализировать не только содержание понятий «компетентность» и «компетенция», но и рассматриваемых многими учеными смежных с ними категорий «квалификация», «качество подготовки», «готовность», «способность» и др.

Э.Ф. Зеер рассматривает компетентностный подход в качестве приоритетного направления профессионального образования, средствами

достижения которого становятся компетентности и компетенции [58, с. 27]. Соотношение данных категорий в аспекте профессионального образования специалиста рассматривается многими педагогами, по-разному трактуящими данные педагогические понятия. Однако, большинство ученых едины в том, что понятие «компетенция» взаимосвязано с личностными аспектами, готовностью и способностью эффективно осуществлять профессиональную деятельность. Несмотря на различные определения понятий «компетенция» и «компетентность» отечественными и зарубежными специалистами, вопрос остается дискуссионным до сих пор.

Словарь иностранных слов категорию «компетенция» определяет, как: область полномочий органа или должностного лица; круг вопросов, в которых данное лицо обладает познаниями, опытом; «компетентность»: как обладание компетенцией, а также обладание знаниями, позволяющими судить о чем - либо [211, с. 247]. Одним из первых при рассмотрении речевой деятельности стал использовать категорию компетенции Н. Хомский. Ученый отмечал, что есть компетенция как знание языковых знаков и правил их соединения, и есть употребление как способность использования этих знаний в речевой деятельности. Именно данное употребление он и назвал компетентностью [231]. В современной педагогической науке компетенция рассматривается в качестве результата образовательного процесса, а компетентность как «компетенция в действии» [9], [41], [49], [57], [68], [198].

В Глоссарии Европейского Фонда образования (ЕФО) можно увидеть применение категории «компетентность» в аналогичных значениях с категорией «компетенция», рассматриваемой в качестве области отношений, складывающихся между знанием и действием в человеческой практике [111, с. 33.], а компетентностный подход предусматривает усиление практической составляющей образовательного процесса [24, с. 51.].

Рассматривая понятие «компетенции», Э.Ф. Зеер акцентирует внимание на его понимании на совокупных способах деятельности, определяющих ее результативность, способность личности реализовывать на в профессиональной

деятельности собственную компетентность. Фундаментом компетенции Э.Ф. Зеер определяет способности как комплекс способов действий [58, с. 27].

С точки зрения В.Я. Назмутдинова, компетенцию можно трактовать как осознанную способность реализовать свои знания и умения в определенных обстоятельствах. Она становится синтезом полученных знаний, умений, личностных характеристик обучающихся [146, с. 181]. Специалист, обладающий компетенцией, имеет определенные знания в конкретной профессиональной области, а также способность и готовность быть самостоятельным и гибким в процессе выполнения профессиональных функций. Компетенция направлена на формирование профессиональной рефлексивности, аналитичности, независимости и ответственного отношения специалиста к своей работе.

По мнению С.Е. Шишова, компетенция может характеризовать способность специалиста актуализировать полученные знания, умения и способы выполнения действий в практической профессиональной деятельности [247, с. 30]. М.Б. Чельшкова, В.И. Звонников, О.В. Давыдова рассматривают компетентность как интегральный показатель потенциальных способностей, включающих комплекс «проявляющихся в деятельности и оцениваемых компетенций» [234, с. 12-13]. В.А. Овчаренко, Л.М. Карасева определяют компетентность как степень образованности человека, достаточную для саморазвития и ответственного принятия решений [155, с. 120].

В зарубежных исследованиях компетенция определяется как мотивированная способность, готовность к выполнению деятельности. В современном английском языке используются понятия «competence» (также - «competency») - the ability to do something well - способность делать что-либо хорошо; «competent» - able to do something well - способный делать что-либо хорошо; «competently» - компетентно [255]. Таким образом, в данном понимании речь идет о готовности что-либо делать и способности к данному виду деятельности.

С точки зрения С.Д. Чуркина, И.А. Иваненко, категорию «компетентность» необходимо рассматривать в функциональном пространстве деятельности личности, а «компетенцию» - в поведенческом [235, с. 206]. Компетентность выражается в способности личности выбирать способы деятельности, исходя из оценивания и анализа ситуации» [95, с. 9.]. По мнению Б.Д. Элькониной, «компетентность - мера включенности человека в деятельность» [214]. А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский определяют компетентность как способность к деятельности «со знанием дела» [176].

В работе мы ориентируемся на определение компетентности специалиста с высшим образованием, сформулированное Ю.Г. Татур: «это проявленные им на практике стремление и способность (готовность) реализовать свой потенциал (знания, умения, опыт, личностные качества и др.) для успешной творческой (продуктивной) деятельности в профессиональной и социальной сферах, осознавая социальную значимость и личную ответственность за результаты этой деятельности, необходимость ее постоянного совершенствования» [221, с. 9].

Как отмечает Г.И. Ибрагимов, в рассмотрении категории «профессиональная компетентность» имеются некоторые различия: одни специалисты включают в данное понятие «мобильность знаний, вариативность метода и критичность мышления» (М.А. Чошанов), другие – совокупность социальной, специальной и индивидуальной компетентности (В. Ландшеер); третьи - совокупность ключевых компетенций (А.М. Новиков) [66, с. 361]. Как отмечает Ш.Ю. Азизов, формирование компетентностей должно осуществляться индивидуально для каждой профессиональной области, предполагая определенную совокупность компетентностей [2, с. 164].

Большинство специалистов профессиональную компетентность рассматривают в качестве интегральной характеристики, раскрывающей способность и готовность специалиста к выполнению профессиональной деятельности, применяя имеющиеся знания, опыт и сформированные ценности [95, с. 9-10].

Достаточно часто профессиональную компетентность определяют, как синоним качества профессиональной подготовки специалиста [96], [122], [192]. Однако, как отмечает Г.И. Ибрагимов, качество подготовки является многоструктурной категорией, охватывающей комплекс характеристик различных объектов и процессов, относящихся к профессиональной подготовке человека. Когда речь идет о компетентности, необходимо говорить о результативной составляющей образования [66, с. 361].

Кроме того, рассматривая компетенции специалиста, учеными рассматриваются не только различные аспекты освоения знаний и умений в процессе подготовки, но и формы получения практического опыта решения профессиональных задач [8], [35], [60], [191]. Однако, если речь идет о квалификации, чаще всего имеется в виду «степень и вид профессиональной обученности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определённой работы» [217, с. 107].

Понимание категорий «компетенция» и «квалификация» чаще всего имеют некоторую степень схожести, различия касаются лишь функционального контекста их использования: понятие «квалификация» используется в должностных документах и нормативных актах, «компетенция» - в научной литературе и образовательных стандартах. Поэтому понятие «компетенция» более объемное, нежели «обученность» и «квалификация», и его важно анализировать в аспекте профессиональной деятельности специалиста.

Определение компетенций специалиста зачастую соотносится с понятием способностей [12], [13], [94]. Н.А. Гришанова к основным характеристикам компетенций относит «эффективное использование способностей, позволяющее плодотворно осуществлять профессиональную деятельность» [45, с. 24]. Способности в данном понимании рассматриваются как совокупность умений, «способен», т.е. «умеет делать» [58, с. 33]. С точки зрения Н.В. Шестак, способности можно охарактеризовать как внутренние личностные регулятивы, определяющие потенциал овладения способами деятельности [245, с. 38]. Т.А. Корнева определяет способности как личностные свойства-качества,

определяющие результативность деятельности [99, с. 197]. Аналогичное понимание способностей мы находим у Е.Н. Глубоковой, И.Э. Кондраковой, Л.М. Мосоловой, Т.Н. Носковой, Т.Б. Павловой, С.А. Писаревой, А.П. Тряпицыной, А.В. Тумалева и др. [40, с. 14-15].

Кроме того, рассматривая компетенции специалиста, ученые отождествляют данное понятие с понятием готовности к профессиональной деятельности [170], [175], [180], [188]. Рассмотрим схожесть и различие данных трактовок.

Важно понимать, что в научном мире в настоящем времени не выработано единого понимания сути понятия готовности. В отечественной психолого-педагогической науке изучением готовности к осуществлению профессиональной деятельности занимались Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, А.А. Деркач, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, А.В. Хуторской, В.А. Сластенин, Л.А. Кандыбович, В.А. Крутецкий, В.Н. Мясищев, А.П. Тряпицына, Н.Д. Левитов, В.С. Мерлин, К.К. Платонов, Ф.Н. Гоноблин, Л.М. Митина, О.В. Акулова, Г.И. Хозяинов, Н.Ф. Ефремова, Р.Д. Санжаева и др.

В толковом словаре русского языка, составленном С.И. Ожеговым и Н.Ю. Шведовой, находим, что под готовностью следует понимать: во-первых, согласие кого-либо осуществить что-то определенное и ранее неизвестное, т.е. новое, а во-вторых, готовность - это состояние уже осуществленного действия или задания, т.е. особое состояние, при котором все уже готово или сделано для чего-либо [156, с. 144]. Близкую ко второму значению дает трактовку готовности В.И. Даль, который рассматривал под данным понятием свойство или состояние готового [46, с. 388].

Обращаясь к научной психолого-педагогической литературе, отметим, что проблема понимания готовности затрагивалась в трудах А.Н. Леонтьева. В рамках теории деятельности ученый понимал готовность как особое психическое состояние, выражающееся в адаптации и настроенности личности на успешное выполнение определенных действий в текущий момент времени,

что подразумевает актуализацию ею собственных возможностей и способностей [114].

Понятие готовности в качестве психического состояния интерпретировали также Б.Г. Ананьев, Н.Д. Левитов, Б.Ф. Ломов, К.К. Платонов, Д.Н. Узнадзе, А.А. Ухтомский и др. В.Д. Шадриков соотносил понятие «готовность» с достижением субъектом высшего уровня профессионализма [239]. Отечественные психологи Б.Г. Ананьев, Д.Н. Узнадзе, К.К. Платонов и др. трактовали психологическую готовность к деятельности как системное состояние функционирования личности, которое предусматривает мобилизацию и концентрацию сил и возможностей человека на осуществление тех или иных действий [37], [56], [165], [200].

Считая, что в содержании профессиональной готовности должны отражаться цели профессионального образования, В.А. Сластенин определял готовность как устойчивую характеристику человека, суть которой сводится к системе профессионально обусловленных требований к специалисту. Ученый выделял две основные составляющие профессиональной готовности:

- 1 - физическая, психофизиологическая и психологическая готовность;
- 2 - компетентность (научно-теоретическая и практическая готовность) как обязательное условие, сердцевина профессионализма [210].

Таким образом, в психолого-педагогической науке готовность рассматривается не только как личностная характеристика, но и система знаний, умений, навыков, овладение которыми обуславливает способность человека успешно осуществлять определенную профессиональную деятельность (В.А. Сластенин, А.В. Запорожец, М.И. Дьяченко, Б.Ф. Ломов, Л.А. Кандыбович, А.В. Петровский и др.).

Выступая итогом подготовленности человека к реализации деятельности, готовность как устойчивая личностная характеристика представлена также во взглядах таких ученых, как М.И. Дьяченко, В.А. Крутецкий, В.А. Сластенин, Л.А. Кандыбович, А.А. Деркач, А.К. Маркова и др. В своей диссертационной работе (2009 г.) М.П. Козырева писала о том, что готовность по мере своего

формирования преобразуется в устойчивое качество специалиста, которое накладывает отпечаток на его реальное поведение и осуществление деятельности, обеспечивая целесообразность профессиональных действий и успешное получение необходимых результатов труда [95].

Занимаясь проблемами осуществления педагогической деятельности, В.П. Бездухов считал, что готовность представляет собой важное свойство личности, объединяющее в себе не только теоретические знания и профессиональные умения, но и общее позитивное отношение специалиста к деятельности [14]. Н.Е. Дружинин также интерпретировал понятие «готовность» в качестве психического состояния. Ученый имел в виду активизацию человека, наблюдаемую перед началом выполнения какого-либо действия или деятельности. Подобная активизация в обязательном порядке предусматривает: понимание собственных целей; анализ и оценку сложившихся обстоятельств и условий; продумывание возможных и выбор максимально эффективного способа действия; обдумывание и определение необходимых интеллектуальных, мотивационных, эмоционально-волевых и других усилий; прогнозирование вероятности достижения поставленных целей и получения результата; мобилизация ресурсов и возможностей человека; самовнушение и поддержка с целью реализации действий и достижения имеющихся целей [50].

Готовность показывает потенциальный уровень профессионального развития будущего специалиста через степень сформированности целостного комплекса познавательных, мотивационных, эмоционально-волевых, операционно-поведенческих и других свойств личности, которые в совокупности создают необходимые условия для продуктивного осуществления функций, соотносимых с потребностями и требованиями деятельности в данной профессиональной среде [95], [113], [129], [135], [184].

В традиционном понимании готовность, являясь профессионально значимым качеством личности будущего специалиста, включает в себя два основных компонента: личностный компонент: индивидуально-личностные

качества, профессиональная мотивация, цели и интересы личности, ее ценности и др.; процессуальный компонент: знания, умения, навыки будущего специалиста, обуславливающие реализацию профессиональных функций и достижение поставленных задач данной деятельности [186]. В научных работах, относящихся к области профессиональной деятельности и образования, выделяют такие виды готовности, как: профессиональная готовность; социально-психологическая готовность к труду; психологическая готовность; нравственно-психологическая готовность; моральная готовность к профессиональной деятельности [130], [138], [139], [161].

В современной педагогике наблюдается явление усиления личностно-деятельностного подхода в рассмотрении профессиональной компетентности специалиста, для которого характерна интерпретация компетентности как системной реализации разнообразных личностных слагаемых, обуславливающих результативность осуществления своей профессиональной деятельности (А.Г. Бермус, В.А. Болотов, А.М. Новиков, С.Е. Шишов и др.).

С нашей точки зрения, понятие «профессиональная компетентность» является наиболее общим и системным, т.к. включает в себя все вышеперечисленные виды готовности. Суть формирования профессиональной компетентности сводится учеными к трем ключевым аспектам [190], [193], [196], [213], [216]:

1 – формирование профессиональной компетентности как конечная цель и результат целостного образовательного процесса в рамках профессиональной подготовки будущего специалиста;

2 - формирование профессиональной компетентности как овладение студентами компетенциями, необходимыми для решения профессиональных задач в будущем;

3 - формирование профессиональной компетентности как подготовка человека к осуществлению профессиональных функций для конкретной профессиональной сферы.

Основываясь на научных взглядах о сущности профессиональной компетентности, компетенции, готовности специалиста к деятельности, составленных такими учеными-педагогами, как В.И. Байденко, А.Г. Бермус, В.А. Болотов, Н.И. Вьюнова, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, Г.И. Ибрагимов, И.Д. Рудинский, Ю.Г. Татур, А.В. Хуторской, и др., структуру компетенции следует представлять в виде совокупности следующих компонентов (рис.1):

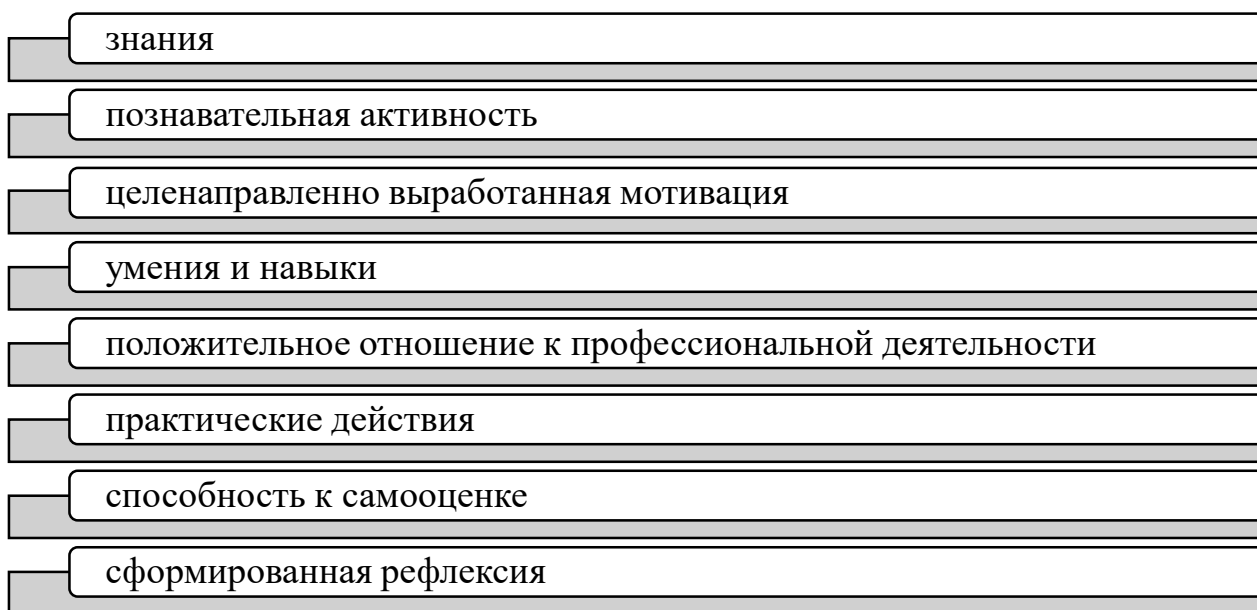


Рис. 1. Структурные компоненты компетенции специалиста

Нам представляется, что среди структурных компонентов компетенции индивида необходимо помимо усвоения способов реализации профессиональных функций выделить также степень развитости позитивного отношения к совершению трудовых операций и организации целенаправленного совершенствования себя в профессии. Бесспорно, что становление профессионализма личности обусловлено степенью сформированности компетенций, которые представляют собой системные образования, состоящее из мотивационных, когнитивных, операционально-функциональных и личностных составляющих.

Занимаясь вопросами подготовки студентов к осуществлению будущей профессиональной деятельности, Ю.А. Самарин подчеркивал важность овладения ими психическими предпосылками выбранной профессии, а также

становления операциональных, нравственных, организаторских и иных умений и способностей. Все это в совокупности позволит молодым специалистам достичь успеха и сократит продолжительность и интенсивность протекания адаптационного периода [1].

Современные исследователи (Н.И. Вьюнова, Э.Ф. Зеер, И.А. Зимняя, Г.И. Ибрагимов, В.А. Кальней, А.А. Коростелев, И.Д. Рудинский, В.В. Сериков, Ю.Г. Татур, М.А. Чошанов, А.И. Чучалин и др.), в качестве целостного проявления широкого диапазона индивидуально-личностных качеств специалиста, среди ключевых компонентов выделяли:

- когнитивные (интеллектуальные, познавательные) компоненты;
- мотивационные компоненты;
- эмоциональные компоненты.

Согласно взглядам А.А. Деркача, Е.В. Селезневой, О.В. Михайлова, А.А. Исаева, подготовка к профессии должна предусматривать целенаправленное формирование и становление комплекса соответствующих мотивов, отношений, восприятий и поведенческих паттернов специалиста, активизация которых позволит ему оптимально осуществлять свою профессиональную деятельность [48], [59], [97].

Таким образом, изучение и анализ понятия «компетенции» в научной педагогической литературе показывает многоаспектность понимания данного понятия. Разные авторы осмысливают психолого-педагогические аспекты компетенции в рамках выделения определенных характеристик. Ключевыми среди них выступают следующие аспекты понимания:

- 1 – компетенция как функциональное состояние человека, его основная характеристика;
- 2 – компетенция как системное личностное образование;
- 3 – компетенция как устойчивое личностное качество, обусловленное комплексом сформированных умений и навыков, важных для осуществления собственной профессиональной деятельности;

4 – компетенция как состояние личности к осуществлению профессиональной деятельности;

5 – компетенция как синтез мотивов, личностных качеств, свойств, состояний и ситуаций;

6 – компетенция как уровень личностной ориентации;

7 – компетенция как особая установка личности на осуществление профессиональной деятельности [91].

На наш взгляд, понятие компетенции выступает многоплановым неоднородным педагогическим понятием, которое включает в себя разноуровневые компоненты и аспекты.

Анализ литературных источников показал, что в рамках профессионального образования, в том числе высшего медицинского, в качестве самостоятельных предметов исследования выступили следующие виды компетенций: организационная компетентность; инновационная; аналитическая; коммуникативная; проектирования здоровьесберегающего педагогического процесса; профессионального саморазвития; командной работы и др. [67], [104], [132], [154].

Следовательно, в ходе изучения литературы по теме исследования нам удалось установить, что понятие компетенции имеет многоаспектную сущность и состоит из нескольких взаимосвязанных компонентов. Фундаментом компетенции становится психологическая составляющая, представляющая собой специфическое состояние психики человека, которое может быть со временем преобразовано в устойчивое личностное качество, реализуемое в ходе осуществления профессиональной деятельности [51, с. 180].

Компетенцию следует рассматривать в качестве целостного образования личности; формирование компетенции тесно перекликается со становлением значимых профессиональных и социальных качеств и способностей специалиста.

Следует указать, что традиционным в педагогической литературе выступает выделение в структуре компетенции следующих ключевых

элементов: мотивационного; теоретического; операционно-процессуального (прикладного); психологического.

Мы полностью согласны с данной научной мыслью, т.к. считаем, что мотивационный компонент выступает основным показателем перехода возможностей личности в реальную готовность совершать какое-либо действие в практическом плане. Вместе с тем, мы понимаем важность операционно-процессуального компонента, который обеспечивается сформированностью у человека соответствующих знаний, умений и навыков, а также владением необходимыми приемами, технологиями и способами деятельности.

Научное сообщество сходится во мнении, что сформированная компетенция предусматривает наличие у специалиста позитивного отношения к выполнению деятельности и способности результативно решать поставленные задачи и, в случае необходимости, преодолевать возникающие затруднения и проблемы [27], [233]. Тем самым, компетенция становится созвучной когнитивной, эмоционально-волевой мобилизованности человека, которая наблюдается в ситуации его полной или частичной вовлеченности в выполнение той или иной деятельности.

Согласно современным взглядам, стоит обращать особое внимание на развитие психологической составляющей компетенции, в особенности в тех профессиональных сферах, где специалист вынужден сталкиваться с выполнением деятельности в условиях повышенной ответственности, какой является медицинская деятельность [166], [171], [202].

В результате теоретического анализа, мы пришли к выводу, что компетенция студента медицинской специальности – это системное личностное качество, которое состоит из совокупности тесно взаимосвязанных между собой компонентов и определяет успешность реализации будущей профессиональной деятельности. Ключевыми элементами профессиональной компетентности являются мотивационные слагаемые, теоретические знания, практические навыки, умения, способы и приемы деятельности, включенные в

систему компетенций, наличные психофизиологические, индивидуально-личностные особенности и т.д.

В каждом из рассмотренных компонентов тесно переплетаются познавательные, личностные, рефлексивные и другие стороны психической организации обучающегося.

В широком плане суть педагогического процесса формирования компетенции заключается в том, что он выступает целенаправленной и систематизированной деятельностью субъектов высшей школы по выработке у студентов-медиков необходимых профессионально важных знаний, умений и навыков, а также по развитию у них совокупности личностных качеств, наличие которых является важным для эффективной реализации основных профессиональных функций в дальнейшем [236], [245], [246].

Будучи детерминированным социальными и психолого-педагогическими факторами [160, с. 156], процесс формирования компетенций базируется на создании продуктивных условий организации результативной профессиональной подготовки студентов на медицинских специальностях, в основе чего лежит сформированная субъектная позиция обучающихся и наличие у них необходимых личностных ресурсов.

На основе проведенного теоретического анализа, мы рассматриваем компетенцию студентов-медиков как целостное структурное образование личности, включающее в себя профессионально важные качества, знания, умения, навыки, мотивационно-ценностные, эмоционально-волевые и интерактивные особенности обучающихся, в совокупности обеспечивающие результативное выполнение функциональных обязанностей и успешное взаимодействие в социально-профессиональной среде.

Очевидно, что квалифицированное осуществление выпускниками медицинских специальностей своих профессиональных функций обусловлено наличием у них определенного уровня знаний, сформированности практических умений и навыков, соответствующих характеру, специфике и условиям профессиональной медицинской деятельности. На основе анализа

содержания ФГОС и профессиограммы медицинского работника правильным представляется выделение главных требований к будущим специалистам, одним из которых является компетенция командной работы.

1.2. Сущностные характеристики компетенции командной работы и специфика ее формирования в контексте высшего медицинского образования

Командно-ориентированное обучение представляет собой особую образовательную стратегию, которая помогает создать оптимальные условия для активного и целенаправленного обучения студента при условии обеспечения продуктивного соотношения взаимодействия и общения обучающихся и преподавателей.

В контексте высшего медицинского образования командно-ориентированное обучение способствует подготовке высококвалифицированных специалистов, готовых для осуществления командно-ориентированной практической профессиональной деятельности. Бесспорно, что основной предпосылкой формирования у студентов-медиков компетенции командной работы является организация системы обучения с целью поиска и реализации прикладных ситуационных решений на основе совместного группового обсуждения конкретных клинических случаев [89, с. 118].

Становится очевидным, что с учетом условий осуществления и специфики будущей профессиональной деятельности командно-ориентированное обучение будет иметь ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами обучения. Процесс формирования у студентов-медиков компетенции командной работы будет более успешным, если будет предусматривать такую организацию образовательного процесса, при которой появится возможность совместного обучения обучающихся различной специализации медицинского вуза. Данная особенность, на наш взгляд,

позволит обеспечить высокий уровень активности и гибкости учебно-профессиональной деятельности будущих специалистов [89, с. 118].

Командно-ориентированное обучение в целом содействует становлению у обучающихся в высшей школе профессионального мышления посредством активного, вовлеченного и самостоятельного участия в групповых дискуссиях [177]. При этом, К.М. Бородина акцентирует внимание на том, что в ходе совместного решения студентами-медиками проблемных профессиональных задач отмечается развитие не только критического, но и креативного мышления [26, с. 48].

Тем самым студент-медик меняет пассивную роль слушателя и исполнителя на активную роль самостоятельного субъекта, способного активно взаимодействовать с другими участниками образовательного процесса в ходе выполнения деятельности, направленной на решение реальных практических задач [89, с. 118].

Перспективность организации командно-ориентированного обучения студентов-медиков также определяется тем, что оно способствует установлению максимально продуктивных взаимоотношений в диадах «преподаватель-студент» и «студент-студент» [222].

Первоначально команда-ориентированное обучение определяется как обучение, целенаправленно организованное в малых группах взаимодействия студентов-медиков. Именно компетенция командной работы является приоритетной и имеет здесь первостепенное значение как в контексте теоретической подготовки студентов, так и в ходе ее отработки и закрепления на практике [89, с. 118].

Центральным понятием работы выступает понятие «команда». Теоретический анализ психолого-педагогической литературы свидетельствует о неоднозначности сформированных определений. В связи с этим, актуальным представляется анализ понятия «команда».

Общепризнан вывод о том, что команда представляет собой группу, которая состоит из двух и более людей. Вместе с тем, суть понятия в большей

степени отражает точка зрения исследователей, согласно которой в качестве команды следует понимать коллективного субъекта деятельности [123], [159].

Как отмечают К. Гансуар, Е.А. Неретина, Ю.В. Корокошко, команда, выступая важным звеном инициации обмена знаниями и навыками, представляет собой динамичную и самоуправляемую малую группу, в которой объединение участников происходит на основе равноправия [36, с. 22].

По оценкам ряда исследователей [5], [77], [110], [125], [248] команде присущи следующие сущностные характеристики:

1) направленность на достижение поставленных командных целей, признание общих ценностей, выполнение совместных действий и т.д.;

2) высокая степень взаимосвязи и взаимозависимости участников команды на основе взаимодополняющих и взаимозаменяющих умений и навыков;

3) наличие сформированного чувства принадлежности к команде, переживание целевого и ценностно-ориентационного единства;

4) интерактивность, единство и синхронность темпа и ритма совместной деятельности посредством четкой координации и согласованности командной работы и взаимодействия;

5) высокая степень самоотдачи каждого участника, готовность к обмену знаниями (информацией), умениями, навыками, компетенциями и другими ресурсами, что способствует росту общей и индивидуальной результативности труда;

6) ролевое позиционирование, распределение трудовых усилий и разделение ответственности между всеми участниками команды за достижение общих конечных результатов и т.д. [80], [120], [124], [158], [199], [240], [241], [244] и др.

Опираясь на взгляды Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой, Д.Ф. Фролова и Т.М. Грабенко, можно утверждать, что команда – это группа лиц, которой присущи следующие характеристики:

1 – наличие общих целей;

- 2 – обмен комплементарными знаниями, умениями и т.д.;
- 3 – присутствие значительной степени взаимозависимости;
- 4 – принятие ответственности за общий успех и достижение командных результатов [64].

Общепринято, что работа по формированию у студентов-медиков компетенции командной работы предусматривает разделение учебной группы на подгруппы [47], [70], [224]. По мнению коллектива авторов (С.Б. Ахметова, Г.А. Абдулина, И.В. Лосева), к распределению обучающихся на отдельные подгруппы следует подходить с большой долей внимания, т.к. правильно сформированные подгруппы обладают большей эффективностью и управляемостью [7, с. 93].

Сформированные на постоянной основе подгруппы должны характеризоваться также равноценностью не только относительно уровня дисциплинированности, но и по интеллектуально-познавательным, мотивационным, эмоционально-волевым возможностям участников. Все это в определенной степени исключает вероятность учета пожеланий самих будущих специалистов, поскольку практика реформирования групп на основании данного параметра показывает меньшую результативность образовавшихся коллективов, отсутствие общей групповой динамики развития группы, а также значительные временные потери на последующую адаптацию участников [7].

По мнению современного ученого В.С. Окуневой, продуктивность установления и поддержания партнерского взаимодействия зависит от следующих параметров:

- 1) степень совпадения ожиданий относительно поведения другого и паттернов реального поведения участника группы;
- 2) целесообразность действий в зависимости от возможных в данной ситуации;
- 3) уровень включенности каждого участника команды во взаимодействие [158, с. 156].

Профессиональная подготовка, осуществляемая на основе командно-ориентированного обучения, как правило, включает в себя комплекс заданий, специально подобранных для совместного выполнения в группе [163], [242]. Одной из целей при этом выступает совершенствования профессионально-личностного развития будущих специалистов и становление у них способности работать в самоуправляемой команде [89, с. 118].

Таким образом, командно-ориентированное обучение студентов-медиков не ограничивается преимущественно пассивно теоретико-практической подготовкой, но позволяет максимально приблизить и включить будущих специалистов к реальным условиям решения сложных проблем и осуществления профессиональной деятельности. Это становится возможным за счет переориентации времени обучения студентов с приоритетности освоения содержания учебных курсов на непосредственное его использование в условиях реальной работы в команде по решению поставленных профессиональных задач, с которыми они будут сталкиваться в будущем [89, с. 118].

Как отмечалось ранее, командно-ориентированное обучение предусматривает, что студенты работают в составе устойчиво сформированных подгрупп, т.е. в подгруппах, функционирующих на постоянной основе [173]. Участию в командной работе предшествует ознакомление с содержанием учебного курса. Подобная теоретическая подготовка студентов завершается самостоятельным выполнением контрольного тестового задания. Помимо индивидуальной формы контроля обучающимся предоставляется возможность последующего совместного обсуждения задания в рамках всей подгруппы, в ходе которого вырабатываются общие командные ответы. Очевидно, что в рамках группового анализа студент получает обратную связь и оценку собственного уровня знаний. Кроме этого, происходит закрепление и корректировка полученных знаний через осмысление и пояснение в случае ошибочно сформированных представлений и суждений.

Следующим этапом командно-ориентированного метода обучения после индивидуальной и групповой теоретической подготовки является практическое

использование полученных знаний для решения профессиональных задач в контексте командной работы. Следовательно, студент не просто пассивно воспринимает информацию, но стремится к ее самостоятельному закреплению и применению в ходе работы подгруппы.

Основная роль преподавателя при командно-ориентированном обучении заключается в планировании, моделировании и управлении образовательным процессом в условиях организации командной работы [93].

По мнению зарубежных исследователей L. Michaelson, M. Sweet и D. Parmalee, целесообразно выделить следующие значимых компонентов командно-ориентированного обучения:

1. Группа, основными характеристиками которой являются постоянство функционирования и управляемость;
2. Подотчетность, в основе которой лежит понимание и принятие студентами ответственности за личные и командные результаты;
3. Обратная связь, отличительными особенностями которой выступают своевременность, командная и индивидуальная направленность, четкость организации и т.д.;
4. Дизайн заданий, т.е. выбор заданий, которые соответствуют как образовательным целям, так и обеспечивают необходимую групповую динамику [272].

Маркерами успешного подбора и реализации всех перечисленных компонентов является: во-первых, получение высоких результатов обучения студентов-медиков; во-вторых, наблюдаемый высокий уровень сплоченности и продуктивности учебной группы [258], [259], [262].

Как следствие, в педагогической науке и практике оформилось устойчивое представление о том, что, работающему в рамках командно-ориентированного обучения преподавателю в обязательном порядке необходимо отслеживать динамику формирования и развития группы. В качестве важных показателей наблюдения, по мнению исследователей, при этом будут выступать следующие [29], [92], [127]:

1 – наличие у группы разнообразных ресурсов, необходимых для успешного выполнения поставленных задач, и относительно равноценное распределение потенциала среди участников и других групп. В данном контексте целесообразно включение в одну группу участников, имеющих различные характеристики, что обеспечит представленность в работе группы разноплановых точек зрения на решение той или иной профессиональной задачи. Иными словами, несмотря на то, что непохожесть участников группы провоцирует определенные трудности адаптации и затрудняет процессы командообразования и сплочения группы на начальных этапах, важно понимать, что в дальнейшей работе эта особенность выступит мощнейшим ресурсом и катализатором качественной профессиональной подготовки;

2 – отсутствие внутригрупповых объединений, наличие которых, как правило, препятствует общему развитию и сплочению группы и, в целом, снижает эффективность работы;

3 – степень использования группой широкого диапазона возможностей для преобразования в максимально продуктивную и самоуправляемую команду.

Практика показывает, что возникающие внутри группы коалиции создают ситуацию внутренней и внешней напряженности. Поэтому важно понимать, что создание групп по желанию самих студентов-медиков приведет к образованию потенциально разрушительных и непродуктивных подгрупп. Поскольку основополагающим в создании высокоэффективной и сплоченной команды является временной критерий, то обучающиеся должны продолжать обучение в своей первоначальной подгруппе на протяжении всего учебного курса [271].

В контексте традиционно организованного учебного процесса студент подвергается контролю и оценке сугубо со стороны преподавателя. При командно-ориентированном обучении различие заключается в том, что студент дополнительно несет ответственность также и перед всей группой, т.к. от его индивидуальной работы и качества активного участия будут зависеть общие

командные результаты. Данный факт обуславливает необходимость функционирования всей группы как единого целого [15].

Очевидно, что отсутствие подготовки и заинтересованности в работе группы у нескольких участников существенно ограничит качество индивидуальной подготовки и затруднит развитие коллектива. В то время как понимание важности вносимого вклада каждым студентом в поиск и решение групповой учебно-профессиональной задачи приводит к тому, что сильные студенты готовы делиться своими знаниями с участниками своей группы, что в условиях традиционной системы медицинского образования встречается довольно редко.

Очевидно, что отбор командных заданий и клинических случаев в контексте формирования у студентов-медиков компетенции командной работы должен осуществляться на основе ключевого требования, которое заключается в создании условий для развития высокого уровня группового взаимодействия между студентами-медиками. Следовательно, задания, используемые в контексте командно-ориентированного обучения, должны характеризоваться:

1 – достаточно высоким уровнем сложности, т.к. это приведет к использованию максимально возможных ресурсов участников для принятия общего группового решения и получения лучшего результата;

2 – быстротой и подвижностью взаимодействия, а также определенной динамикой принятия решения, что в совокупности создаст необходимость активного включения всех участников в процесс совместного обсуждения и обеспечит нужную групповую динамику [272].

Таким образом, при командно-ориентированном обучении создается благоприятный контекст, позволяющий детерминировать качественные и количественные аспекты взаимодействия и способствующий трансформации малосплоченной учебной группы в эффективную самоуправляемую команду [136]. Полученные и многократно отработанные навыки и умения командной работы студенты медицинских специальностей смогут использовать в контексте своей будущей профессиональной деятельности [89, с. 118].

Важной характеристикой эффективной командной работы является наличие доверия между участниками группы, т.к. они, находясь в разных условиях и имея неравнозначные ресурсы, совместно ищут решение сложной учебно-профессиональной проблемы. Данная особенность ставит студентов-медиков в просоциальную позицию, т.е. позицию добровольного участия в принесении пользы другим людям. Все это содействует развитию позитивной мотивации, сплоченности и доверительности между участниками команды.

Разработка заданий в контексте командно-ориентированного обучения происходит с опорой на представление конечного результата. Преподаватель должен поставить перед собой вопрос: не только, что должны знать студенты-медики, но и что они должны будут уметь делать? Другими словами, командно-ориентированное обучение позволяет будущим специалистам получить не только теоретические знания в рамках данного учебного курса, но и сформировать компетенцию командной работы и готовность к использованию полученных знаний на практике при быстром и качественном разрешении поставленных важных и актуальных проблем и задач будущей профессиональной деятельности.

Анализ теоретической литературы показал, что групповая динамика соотносится со следующими важными критериями совместной деятельности:

- открытость общения и взаимодействия между участниками группы;
- способность и готовность студентов-медиков к самостоятельной и часто дополнительной работе по сбору необходимой информации;
- готовность студентов-медиков к активному обмену информацией [7, с. 93].

Специально подчеркнем, что при командной работе будущие специалисты-медики начинают осознавать взаимосвязь и взаимозависимость собственной, т.е. личной успешности и успешности команды в целом.

Как в отечественных, так и в зарубежных источниках содержатся многочисленные подтвержденные данные о том, что при командно-ориентированном обучении обучающиеся превосходят свои индивидуальные

результаты, т.е. их личная эффективность и результативность обучения значительно возрастает (С.Б. Ахметова, Г.А. Абдулина, И.В. Лосева, А.А. Хожаев; L. Michaelsen, M. Sweet, D. Parmalee, P.G. Koles, A. Stolfi, N.J. Borges, A.W. Woolley, C.F. Chabris, A. Pentland и др.) [7], [229], [269], [272], [276], [285], [286], [287], [288].

Очевидно, что будущее место работы студента-медика отличается наличием сложноустроенной системы профессиональных и межличностных взаимодействий и отношений, от характера которых во многом зависит эффективность осуществления профессиональной деятельности.

Сформированная у студентов-медиков компетенция командной работы и продуктивного взаимодействия в коллективе обуславливает его профессиональную успешность и определяет карьерные возможности. На полученный опыт в контексте командно-ориентированного обучения будущий специалист может опираться на протяжении всего обучения в вузе, при прохождении практики на всех этапах обучения и в условиях дальнейшего осуществления профессиональной деятельности.

В отличие от традиционного обучения командно-ориентированное обучение, во-первых, ориентировано на уход от пассивных форм преподавания к активной и интерактивной в условиях разделения учебной группы обучающихся на подгруппы, каждая из которых в дальнейшем должна быть преобразована в команду. Сущность такого обучения заключается в создании условия для активного участия каждого участника группы в решении учебно-профессиональной задачи. При этом в педагогической теории представлена точка зрения, согласно которой эффективное занятие возможно организовать в условиях синхронной работы нескольких подгрупп в одной учебной аудитории [229, с. 234].

Обзор отечественной и зарубежной литературы позволил нам установить, что первостепенное значение при этом имеет наличие своевременной обратной связи и качество поставленных перед группой задач, которые определяют уровень мотивации и степень заинтересованности участников, а также

побуждают их к поиску решения и совершению определенных действий [3], [54], [78], [167], [283] и др.

В контексте командно-ориентированного обучения студент-медик в полной мере несет ответственность за общий итог работы группы, поэтому он ориентирован на получение не только индивидуального, но и максимально высокого командного результата.

В качестве основных результатов применения командно-ориентированного обучения в системе высшего образования помимо соответствующей профессиональной подготовки и активного участия студентов-медиков в закреплении знаний и получении опыта следует обозначить:

1) развитие умений социального взаимодействия, командной работы, сотрудничества, участия в групповых обсуждениях, дискуссиях и т.д. [71], [112], [153], [261];

2) становление умения отстаивать свое мнение и учитывать точки зрения других, что в результате развивает способность к анализу различных аспектов ситуации с разных позиций [142], [189], [267], [278];

3) отработка умения принимать быстрые и качественные решения поставленных задач совместно с другими людьми, в том числе в экстремальных ситуациях и в ситуациях неопределенности [204], [215], [282];

4) формирование профессионального клинического мышления;

5) выработка умения осознанно оценивать и рационально планировать свои действия и действия других людей, плодотворно осуществлять свою роль в команде, распределять обязанности между участниками [31], [36], [89], [178], [182], [229].

По мнению ряда исследователей, одним из сложнейших задач командно-ориентированного обучения является формирование команды [263], [270], [282]. Данному аспекту следует уделить должное внимание, поскольку уровень сплоченности будет влиять на эффективность работы и психологическое благополучие студентов. На стадии формирования команды положительную

роль играет изучение индивидуально-личностных особенностей обучающихся, а также осуществление целенаправленной и системной работы по сплочению и оптимизации взаимодействия всех участников группы.

Анализ работ по выбранной теме диссертации позволил нам установить главное отличие командно-ориентированного обучения от обучения в малых группах. Мы согласны с мнением Е.В. Поздняковой и Г.А. Омаровой, которые в своей статье [178, с. 57] указывают, что важным аспектом командно-ориентированного обучения выступает самостоятельный и активный поиск и принятие решения одной и той же задачи каждой командой, что бесспорно порождает определенную ситуацию здорового соперничества и продуктивной конкуренции между подгруппами.

Другими словами, все команды презентуют и обосновывают принятое решение поставленной перед ними учебно-профессиональной задачи. Высказывая и поясняя принятое в команде решение, студенты-медики активно участвуют в дискуссии, возникающей при столкновении различных точек зрения, напр., на решение реального клинического случая.

Таким образом, командно-ориентированное обучение, представляющее собой интерактивный метод обучения, создает оптимальные условия для приобретения студентами-медиками навыков и умений командной работы над решением учебно-профессиональной проблемы и реализации конкретных практических действий.

Анализ особенностей коллективной работы, реализуемой в контексте командно-ориентированного обучения, показывает, что обмен информацией происходит между:

- студентами – участниками одной команды;
- студентами – участниками разных команд;
- студентами и преподавателем [229, с. 234].

Подобное активное участие в командном и внекомандном обсуждении поставленной проблемы в целом способствует профессионально-личностному

и социальному развитию студентов и повышает качество медицинского образования в целом.

Согласно результатам исследования, осуществленного современным ученым А.А. Хожаевым, студенты-медики относят командно-ориентированное обучение к категории продуктивного по причине повышения и развития у них мотивации и качества овладения учебным материалом. Ученым также было доказано на достоверном уровне значимости существенное улучшение показателей обучения студентов, в частности, лучшее усвоение тем учебного курса [229, с. 234].

Целесообразность организации командно-ориентированного обучения основывается на его потенциале относительно установления взаимосвязи теоретических и практических основ учебной и будущей профессиональной деятельности. Важной выступает научная мысль, согласно которой закрепление и усвоение знаний студентами протекает эффективно при обеспечении условия их вовлечения в активные практические действия. Максимальные результаты при этом наблюдаются, если речь идет о командных действиях, в ходе которых будущие специалисты совместно анализируют проблему, ставят цели и определяют пути и способы решения поставленной задачи [36, с. 22].

Теоретическая база каждого участника команды пополняется и расширяется посредством ознакомления со взглядами, представлениями и методами работы, используемыми другими участниками. В связи с этим участники рассматривают проблему с разных точек зрения, в результате чего появляется синергетический эффект разной степени выраженности.

Таким образом, важной особенностью командно-ориентированного обучения студентов является наличие синергетического эффекта. Ученые сходятся во мнении, что возникающий в ходе командной работы синергетический эффект определяет не только эффективность решения задачи, но и оказывает положительное влияние на общее развитие и сплоченность группы [36], [272] и др.

По результатам исследований, студенты, обладающие умениями работать в команде, характеризуются сформированной мотивацией к саморазвитию [73], гибкостью поведения и ориентацией на сотрудничество с другими. В своей статье В.Л. Попов указывает, что опыт и 80 % знаний специалисты приобретают в ходе неформально организованного обучения и взаимодействия с другими на рабочем месте [182, с. 18].

В контексте системы медицинского образования командная работа представляется одной из наиболее актуальных и результативных стратегий реализации образовательного процесса, т.к. успешность будущего специалиста в профессиональной деятельности во многом обусловлена готовностью к командному решению задач в условиях неопределенности и непрерывных изменений во внешней и внутренней среде. Знания и профессиональные навыки студентов-медиков, сформированные в контексте командно-ориентированного обучения, бесспорно будут востребованы в дальнейшей практической врачебной деятельности.

Особо подчеркнем, что командно-ориентированное обучение сопряжено, во-первых, с методами организации совместного обучения в малых группах, а во-вторых, с обучением в сотрудничестве, что в педагогической литературе соотносится с современными педагогическими технологиями в образовательном пространстве [179].

Следовательно, осуществление целенаправленной педагогической деятельности, ориентированной на формирование у студентов-медиков компетенции командной работы, будет способствовать развитию у них умений социального взаимодействия и принятия не только самостоятельных, но и коллективных решений учебных и профессиональных задач. Помимо этого, осознание востребованности формируемых результатов будет способствовать становлению у студентов-медиков профессиональной и личностной уверенности.

Обзор отечественной и зарубежной литературы позволил выделить социально-психологические характеристики эффективной команды. Уточним,

что данные характеристики могут быть присущи не только эффективной учебной, но и профессиональной группе. Главные особенности эффективной команды отражена на рисунке 2.

Общепризнанно, что преобразование группы в эффективную команду строится на основе принятия и практической реализации определенных принципов:

- 1 – добровольность вхождения в команду;
- 2 – выполнение работы на основе коллективного сотрудничества;
- 3 – наличие командных форм стимулирования и контроля работы;
- 4 – приоритетность командной ответственности и исполнительской дисциплины;
- 5 – самоуправление внутри группы [4], [85].

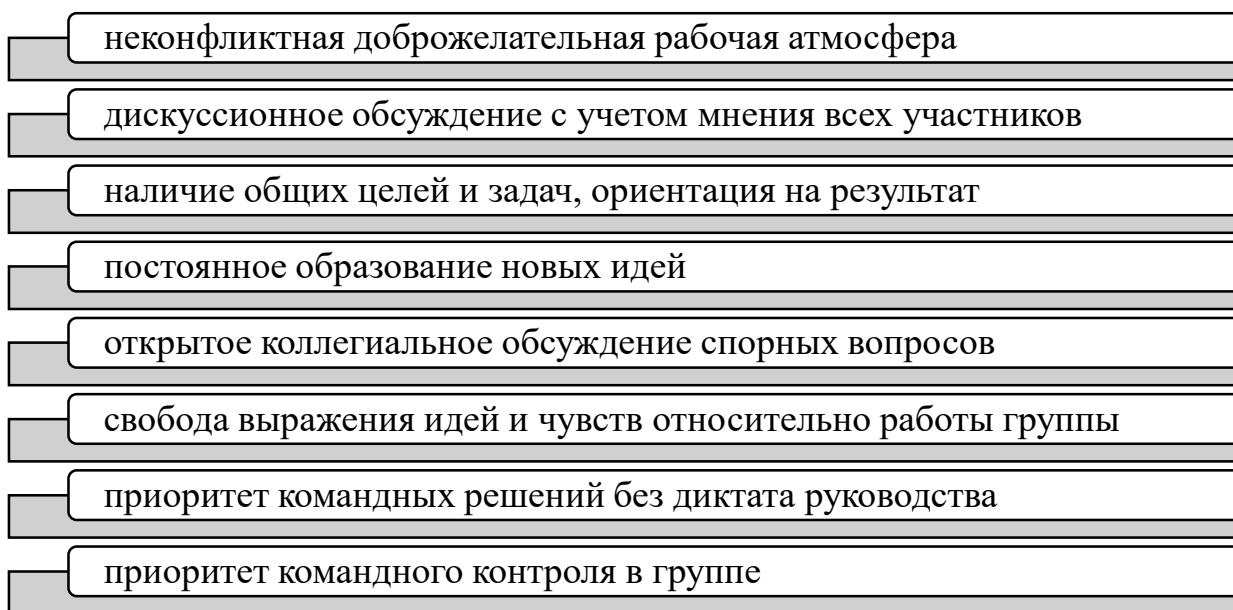


Рис. 2. Социально-психологические характеристики эффективной команды

Формирование способности работать в эффективной команде предусматривает понимание внешних и внутренних сторон процесса командообразования. Внешние аспекты организационно-культурного контекста формирования команды связаны с следующими параметрами:

- структурированность окружающей среды;
- общий организационный климат и психологическая атмосфера;

- административная поддержка и компетентность руководства;
- слаженность системы контроля;
- интенсивность стрессового воздействия внешних условий.

В качестве внутренних компонентов контекста формирования команды можно назвать следующее:

- способ распределения власти;
- степень сплоченности участников команды;
- принятие командных целей и норм всеми участниками;
- доминирующие формы командного взаимодействия;
- характер распределения внутригрупповых ролей.

Исходя из перечисленных командных процессов, можно выделить этапы формирования команды:

1. этап вхождения в рабочую группу, составление первичного портрета группы через отслеживание основных характеристик взаимодействия в команде, аспектов лидерства, специфику командных ролей;
2. этап определения проблем команды;
3. этап генерации способов решений и подготовка плана действий;
4. этап активной реализации плана действий;
5. этап рефлексии и оценивание итогов работы команды [85].

Существенные особенности командной работы обучающихся вуза, согласно научным взглядам коллектива современных исследователей (Л.И. Савва, Е.А. Гасаненко, К.Е. Шахмаева), отражены на рис. 3.

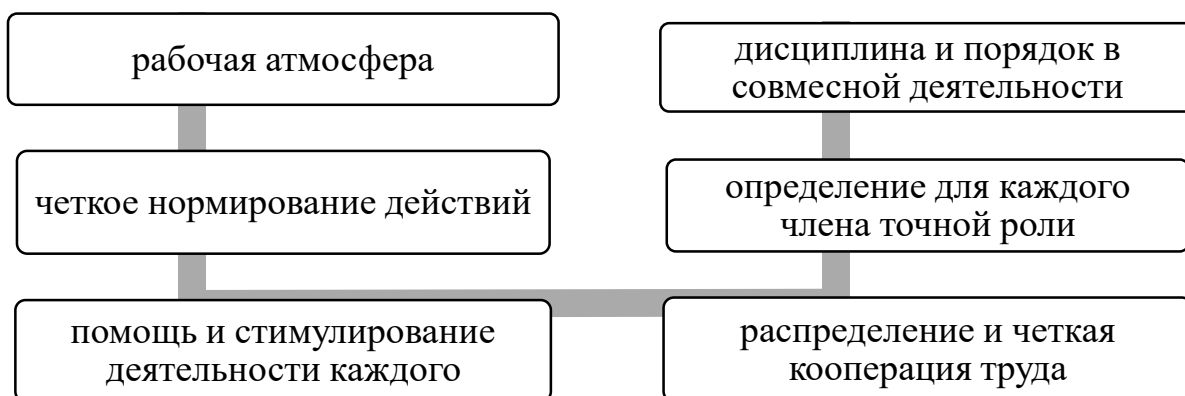


Рис. 3. Признаки командной работы студентов [199]

Анализируя перечисленные характеристики командной работы будущих специалистов, можно сделать вывод о том, что деятельность студентов медицинских специальностей в составе команды будут отличаться следующими особенностями: понимание сотрудничества и взаимодействия как важнейших условий результативности работы, активность, гибкость, сплоченность, определенная степень креативности, интеграция индивидуального опыта и опыта других участников, общее осмысление целесообразности тех или иных решений, задач, ответственность и т.д. [199, с. 56].

Ключевыми элементами командной работы является отслеживание протекания процессов внутри команды, среди которых в обязательном порядке следует рассматривать: коммуникацию; деятельность по принятию решений; общую координацию; работу по разрешению и предупреждению конфликтов; деятельность, направленную на налаживание и поддержание внешних связей с окружающей действительностью.

Таким образом, применительно к нашему исследованию, мы рассматриваем командную работу студентов медицинских специальностей как компетенцию, включающую в себя партнерское взаимодействие и совместную деятельность, которая ориентирована на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели и построена на основе интеграции знаний, умений и навыков каждого участника. Следовательно, в рамках организации совместной деятельности студентов-медиков необходимо учитывать теоретические, психологические и прикладные аспекты компетенции. Очевидно также, что командная работа строится на эффективной коммуникации, сотрудничестве, диалоговом общении и установлении партнерских взаимоотношений между участниками.

Компетенция командной работы студентов медицинских специальностей представляет собой интегративное личностное образование, которое включает когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты, направленные на организацию и обеспечение

совместной деятельности и партнерского взаимодействия, ориентированные на достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели и построенные на основе интеграции знаний, умений, навыков каждого участника.

Формирование у студентов-медиков компетенции командной работы является целостным процессом, направленным на подготовку будущих специалистов к установлению партнерского взаимодействия и участию в совместной деятельности, которые ориентированы на достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели и построены на основе интеграции знаний, умений, навыков и компетенций каждого участника.

1.3. Симуляционные технологии как средство формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей

Симуляционные образовательные технологии представляет собой относительно новую область применения в подготовке высших медицинских кадров. В настоящее время организация и прохождение студентами-медиками симуляционного обучения выступает неукоснительным условием сертификации во многих европейских странах, а также в США, Японии и т.д. В Российской Федерации согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 № 1475н [187] симуляционный курс является обязательным компонентом профессионального образования в ординатуре. Анализ теоретических и практических аспектов подготовки будущих врачей показал, что благодаря значимым прикладным аспектам симуляционные технологии прочно вошли и являются важнейшим звеном современной системы профессионального медицинского образования и развития здравоохранения в целом [86], [87], [88].

В 2012 г. в отечественном здравоохранении было образовано Российское общество симуляционного обучения в медицине - РОСОМЕД, деятельность

которого направлена на подготовку будущих специалистов-медиков с опорой на симуляционные технологии. В контексте его деятельности были осуществлены следующие важнейшие мероприятия:

1 - публикация востребованного и активно используемого первого руководства по симуляционному обучению в медицине [205];

2 - обоснование и реализация важнейших разработок симуляционного оборудования [79], [140], [243];

3 – определение стандартов симуляционного тренинга [107];

4 – закрепление классификаций симуляционного оборудования, а также описание видов симуляционно-аттестационных центров [38], [149], [172], [219], [250].

Являясь на сегодняшний день актуальной образовательной технологией, симуляционное обучение строится на основе моделирования реальности и имитации того или иного клинического случая (ситуации) [20], [108], [109], [203]. Для подобного воссоздания клинического случая или отдельной физиологической системы организма применяются специально выполненные модели, которые могут быть следующих видов:

- биологические модели;

- механические модели;

- электронные модели;

- виртуальные или компьютерные модели [87], [205].

Помимо функции обучения, симуляционные технологии позволяют контролировать и оценить не только сформированные у обучающихся знания, но и их практические умения и навыки. Следовательно, симуляционные технологии являются ценным инструментом профессионального образования и развития практических навыков студентов-медиков [86], [87], [88], [145], [147].

Важное преимущество прикладного использования симуляционных технологий, по мнению И.И. Косаговской, Е.В. Волчковой, С.Г. Пак, заключается в том, что будущие специалисты имеют возможность выработать и закрепить навыки врачебной деятельности в ходе моделирования клинических

ситуаций не на реальных людях, а в ходе взаимодействия с высокотехнологичными и компьютеризированными тренажерами и манекенами [101, с. 49].

Анализ ряда работ позволяет утверждать, что практика использования симуляционных технологий в профессиональной подготовке врачей и медперсонала имеет многовековую историю. Считается, что первые упоминания о прообразах симуляционного обучения наблюдались уже в средневековье, хотя в то время они и имели чрезвычайно примитивный характер [42]. Производство анатомических моделей и фантомов в европейских странах датируется XVIII в. [185, с. 138].

Активное развитие и общемировая поддержка данного вида обучения характерны для последних десятилетий. В целом ее развитие обусловлено тотальным течением научно-технического прогресса, прогрессом медицинских знаний и бурным развитием медицинской науки. Так, со стремительным развитием информационных технологий и компьютерной индустрии появилась возможность использовать возможности техники и электроники на создание виртуальных тренажеров и симуляторов конкретных физиологических систем качественно нового уровня. Становление химической отрасли создало благоприятные условия для появления новых материалов и создания манекенов из специально созданных материалов [101], [185], [205].

В настоящее время в системе медицинского образования используются различные технические средства обучения, напр., модели, фантомы, муляжи, виртуальные симуляторы, тренажеры и т.д. Все они в совокупности содействуют моделированию и воссозданию целостных явлений, процессов и ситуаций профессиональной медицинской деятельности [63], [141]. В отличие от предыдущих этапов, обучение средствами симуляционных технологий, для которых была характерна точечная отработка несложных практических умений и навыков студентов с использованием отдельно взятых фантомов, на современном этапе наблюдается широкое распространение комплексных виртуальных симуляторов [76], [118], [121].

Анализ практики профессионального обучения средствами симуляционных технологий в зарубежных медицинских вузах, показал, что она имеет давнюю историю и часто строится на основе применения клинических случаев «стандартизированных пациентов» и проигрывания ситуационных задач [28], [44], [205], [264], [277]. Роль стандартизированных пациентов чаще всего играли актеры пожилого возраста, получившие необходимые знания в области симуляции патологий. Взаимодействие студентов-медиков с такими «пациентами» позволяет в ходе самостоятельного обнаружения и выработки тактики лечения закрепить навыки пропедевтики внутренних болезней. Одним из недостатков при этом выступает неспособность «стандартизированного пациента» моделировать различные варианты изменения клинической картины в силу неосведомленности относительно патофизиологии заболевания [65, с. 166].

Непосредственно само понятие «симуляция» появилось в к. XX в. и обозначало успешные, научно обоснованные разработки и широко используемые модели результативной отработки практических навыков.

Приравнивая симуляционные технологии к процессам тренировки практических навыков и умений, можно определить их сущность как «научно обоснованную организацию деятельности». Таким образом, посредством активного внедрения и реализации в образовательном процессе симуляционных технологий может быть осуществлено повышение результативности подготовки медицинских кадров [86], [87], [88].

Обзор научных трудов позволил установить многообразие трактовки симуляционных обучающих технологий. В широком плане данное понятие представляет собой обязательный компонент профессионального медицинского образования, в рамках которого каждый обучающийся имеет возможность выстроить модель собственной профессиональной деятельности или ее конкретных элементов с учетом выработанных профессиональных стандартов, правил и требований [197], [208].

Зарубежный ученый Мак Паги полагал, что под симуляцией следует понимать особое оборудование, набор условий или конкретного человека, которые помогают максимально точно и реалистично смоделировать актуальные проблемы (клинические ситуации, реальные случаи медицинской практики и т.д.). Функция обучающегося при этом заключается в правильном реагировании на сложившуюся ситуацию в соответствии с типичными способами реальной профессиональной деятельности [205].

Более детализированную трактовку предложил Д. Паба, который под симуляцией понимал технику, обеспечивающую возможность замещения и/или обогащения практического опыта обучающегося. Все это, по мнению ученого, достигается за счет специального создания в абсолютно интерактивной форме особой ситуации, в содержании которой восстанавливается и воспроизводится конкретная, т.е. реально существующая, проблема [205]. Следовательно, ученый подчеркивал особую значимость этапа целенаправленного планирования процесса обучения студентов и тщательного подбора его содержательных оснований.

Таковыми учеными, как Н. Маран и Р. Плавин, был сделан вывод о том, что под симуляцией следует понимать особую методику образования, сущностью которой является «погружение в среду», т.е. полное или частичное воспроизведение и реализация в ходе интерактивной деятельности клинической картины, имеющей место в реальной практике, при условии отсутствия какого-либо риска для пациента [205].

Подводя итог вышесказанному, отметим, что под симуляцией, как правило, понимаются следующие семантические единицы:

- 1 – «моделирование»;
- 2 – «имитация реального случая»;
- 3 – «реалистичное воспроизведение».

Таким образом, в контексте формирования профессиональной компетенции командной работы студентов-медиков симуляционные технологии представляют собой современную и актуальную образовательную

технологии, которая служит для отработки и оценки знаний, а также практических навыков и умений и базируется на основании реалистичного моделирования, имитации и воспроизведения ситуаций клинической практики с применением биологических, механических, электронных и виртуальных (компьютерных) моделей.

В медицинском образовании обучение средствами симуляционных технологий осуществляется специально подготовленными инструкторами, в роли которых могут выступать:

- преподаватели-тренеры;
- наставники;
- учебные мастера [101, с. 49].

Считается эффективным, если сообща со штатными инструкторами в организации обучения средствами симуляционных технологий участвуют так называемые эксперты, роль которых исполняют практикующие специалисты, имеющие реальный опыт профессиональной деятельности в данной медицинской области. Совместными усилиями в ходе реализации обучения средствами симуляционных технологий инструкторы и эксперты:

- разрабатывают сценарии разнообразных клинических ситуаций широкой направленности;
- осуществляют методическую работу;
- совершенствуют и уточняют содержание используемых клинических случаев;
- при поддержке технических работников поддерживают в рабочем состоянии используемое профессиональное оборудование и средства обучения;
- сопровождают инженерно-техническое обслуживание и создание новых средств обучения, напр., моделей, тренажеров, симуляторов и т.д. [101, с. 49].

Анализ теоретических источников и образовательной практики показал, что в ходе обучения средствами симуляционных технологий основополагающим и особо эффективным этапом определяется дебрифинг, под

которым следует понимать процедуру обсуждения результатов, полученных в ходе выполнения задания.

В литературе дебрифинг трактуется как особый вид образовательной деятельности, в рамках которого происходит:

- 1) Разбор и анализ выполненного симуляционного задания;
- 2) Рассмотрения положительных и отрицательных сторон деятельности и поведения обучающихся;
- 3) Совместная рефлексия полученного опыта.

С точки зрения И.И. Косаговецкой, Е.В. Волчковой и С.Г. Пак, в ходе дебрифинга наблюдается не только закрепление сформированных навыков и знаний, но и активизация рефлексивного мышления студентов, а также появляется возможность получения обратной связи на основе оценки качества практического выполнения симуляционного упражнения [101, с. 49].

Зарубежные ученые в ходе исследовательской деятельности установили, что в процессе выполнения симуляционного задания у обучающихся по причине полной вовлеченности и погруженности в ситуацию не складывается полная и целостная картина происходящего. Другими словами, пребывая в роли активного участника-деятеля и находясь в центре развертывания событий, они имеют достаточно слабое представление о том, что именно происходило в целом и какие непосредственно действия осуществлялись им и другими участниками [257], [265], [280].

Таким образом, дебрифинг позволяет накапливать и трансформировать беспорядочный опыт деятельности и поведения, полученный в ходе выполнения симуляционного задания, в осмысленный практический опыт, который содействует формированию готовности будущего специалиста-медика к осуществлению профессиональной деятельности в дальнейшем.

Обзор зарубежной литературы убедительно доказывает эффективность включения и проведения дебрифинга в контексте обучения средствами симуляционных технологий, поскольку его польза заключается в повышении результативности и качества обучения, а также в увеличении длительности

сохранения обучающимися имеющихся знаний и навыков (G.L. Savoldelli, V.N. Naik, J. Park, P. J. Morgan, J. Tarshis, V. LeBlanc и др.) [253], [268], [273], [274], [279], [281].

Отработка практических врачебных навыков на основе традиционного обучения, по сравнению со симуляционным, имеет ряд недостатков, главными из которых в контексте медицинского образования являются:

- при обучении на животных: сложности содержания вивария, ограниченность числа и времени манипуляций, этические проблемы, наличие протестов защитников прав животных и т.д.;

- при обучении на трупах: морально-этические и правовые ограничения и проблемы, невозможность оценить качество осуществленной работы, сложности организации и т.д.;

- при обучении с участием пациентов: опасность нанесения вреда, риск возникновения ятрогенных заболеваний [86], [87], [88], [101], [174], [185], [205].

Исходя из обозначенного выше, можно заключить, что обучение средствами симуляционных технологий позволяет эффективно и безопасно сформировать у студентов-медиков необходимые практические компетенции. Смоделированные на практике клинические ситуации содействуют более уверенному и быстрому переходу к реальным действиям и вмешательствам, что положительно отразится на качестве оказания медицинской помощи в дальнейшем.

В зарубежной научной литературе отмечается высокая результативность организации и использования тренингов на роботах-симуляторах пациента в контексте оценивания уровня командной работы и совершенствования образовательных процессов в целом [260], [266]. Так, исследование, проведенное J.B. Holcomb, R.D. Dumire, J.W. Crommett и др. соавторами, подтвердило рост командного мастерства посредством проведения тренинга с использованием симуляторов при воспроизведении травматического шока [271].

В качестве главных преимуществ обучения средствами симуляционных технологий чаще всего называются следующие аспекты:

- 1) меньшие финансовые затраты;
- 2) отсутствие риска для пациента;
- 3) допустимость большого количества повторов симуляционного занятия (упражнения), многократная тренировка конкретных медицинских манипуляций и действий, часто отработка их до уровня автоматизма;
- 4) отсутствие каких-либо ограничений по времени, форме и режиму обучения;
- 5) постоянный контроль за результатами выполнения задания;
- 6) объективная, автоматическая, быстрая, количественная и качественная оценка качества оказания студентами-медиками помощи;
- 7) возможность анализа кризисных ситуаций, редко встречающихся заболеваний и патологий;
- 8) относительная независимость от преподавателя, т.к. может осуществляться и без постоянного и непосредственного присутствия и контроля со стороны преподавателя;
- 9) программная обратная связь, разбор допущенных ошибок;
- 10) незамедлительное получение методических рекомендаций;
- 11) возможность доведения процедур закрепления знаний и отработки умений и навыков до совершенства, подтвержденного освоения;
- 12) менее стрессовая ситуация обучения для обучающегося, комфортная безопасная среда;
- 13) объективная сертификация [53], [86], [87], [88], [101], [133], [169], [223], [225], [280] и др.

В ходе осуществления теоретического анализа целесообразным представляется рассмотрение симуляционного оборудования, которое активно применяется в системе медицинского образования. На сегодняшний день традиционным является выделение семи основных уровней симуляционного оборудования. Рассмотрим каждый из семи уровней, расположив их по уровню

реалистичности, порядку усложнения и сложности воплощения в образовательную практику [101, с. 49].

Первый уровень симуляционного оборудования представлен визуальными технологиями обучения, в качестве которых могут выступать средства традиционного обучения: плакаты, схемы, модели анатомического строения человеческого организма. С развитием компьютерных и информационных технологий данный уровень был дополнен созданными электронными книгами и соответствующим компьютерным обеспечением (программы). Важность визуальных технологий симуляционного обучения основывается на том понимании, что фундаментом любого навыка выступает зрительное симуляционное обучение, т.е. первоначально у студента медицинской специальности должен быть выработан правильный алгоритм действий при осуществлении той или иной врачебной манипуляции. Поскольку все это происходит, как правило, в мысленном плане, то минусом данного уровня симуляционного оборудования является отсутствие возможности тренировки студента на уровне реальной практики.

Второй уровень симуляционного оборудования условно называется тактильным, т.к. при условии возникновения пассивной реакции фантома у студентов-медиков появляется возможность тренировки мануальных практических навыков, обработки двигательной координации и очередности совершения действий. Таким образом, посредством использования реалистичных фантомов у будущих специалистов формируются практические навыки осуществления определенных медицинских манипуляций, доведение их до автоматизма.

На третьем – реактивном уровне симуляционного оборудования используются специально изготовленные тренажеры и манекены, которые способны воссоздавать элементарные реакции фантома на то или иное действие и которые оснащены электронными датчиками и контроллерами. Благодаря подобному устройству становится возможной базовая оценка точности манипуляций и действий студентов.

В основе четвертого автоматизированного уровня симуляционного оборудования лежит применение манекенов-симуляторов, способных реагировать на внешние воздействия посредством задействования компьютерных технологий. Тренировка когнитивных умений и навыков сенсорной моторики происходит за счет воспроизведения фантомом определенного ответа на каждое из действий обучающегося.

Пятый аппаратный уровень симуляционного оборудования предполагает наличие специально оборудованного медицинского кабинета, операционного блока, палаты интенсивной терапии, машины скорой помощи и т.д. Главным является воссоздание обстановки осуществления профессиональной медицинской деятельности, максимально приближенной к реальным условиям, что содействует развитию у будущих специалистов готовности и способности функционировать в аналогичных условиях.

Осуществление объективной оценки общей квалификации обучающегося становится возможным на основе использования шестого интерактивного уровня симуляционного оборудования. На практике применения искусственного манекена здесь наблюдается автоматический ответ в виде изменения параметров и динамики его состояния вследствие совершения студентом-медиком ошибочных или правильных действий. Следовательно, речь идет о построении комплексного взаимодействия, обучающегося с манекеном-симулятором при условии использования сложного медицинского оборудования.

Седьмой, интегрированный уровень симуляционного оборудования предусматривает максимально реалистичное взаимодействие студента-медика со сложнейшими симуляторами и медицинской аппаратурой. Тренировка профессиональных навыков и умений происходит при непосредственном отражении всех необходимых показателей клинической ситуации.

В современных условиях в рамках симуляционного обучения акцент делается на использовании симуляционных тренажеров и манекенов различной сложности; оптимальным вариантом является имитатор реального пациента, в

роли которого чаще всего выступает многофункциональный компьютеризированный манекен [162, с. 126].

Вместе с тем, важной формой симуляционного обучения продолжает оставаться также «стандартизованный пациент», роль которого, как правило, играет реальный человек (актер), имеющий навыки имитировать на высоком уровне реалистичности то или иное патологическое состояние (заболевание). Подобная форма содействует:

- запуску и становлению у студентов-медиков клинического врачебного мышления;
- развитию навыков сбора анамнеза;
- объективной оценке степени соблюдения будущими специалистами деонтологических принципов врачебной профессии [84], [179], [210].

Исследование проблемы формирования у студентов-медиков компетенции командной работы убеждает, что в ходе обучения средствами симуляционных технологий должна быть сформирована команда, в составе которой участники будут совместно решать поставленные перед ними задачи и согласованно оказывать соответствующую медицинскую помощь.

Таким образом, ключевой идеей работы выступает утверждение, согласно которому важной задачей обучения средствами симуляционных технологий является обучение работе в команде с коллегами, тренировки партнерского взаимодействия участников команды, закрепление навыков и умений эффективного профессионального и межличностного общения [194], [249].

Решение данной задачи отражается в следующих аспектах:

- 1 – умение быстро и четко распределять роли, обязанности и разделять ответственность;
- 2 – совместное, квалифицированное и результативное решение проблемы;
- 3 – способность принимать собственное, т.е. индивидуальное, и командное решение;
- 4 – готовность, при необходимости, к безоговорочному подчинению лидеру в команде [53], [101].

Ключевым понятием обучения средствами симуляционных технологий является понятие «сценарий», суть которого сводится к заблаговременно продуманному и подробному плану проведения какой-либо ситуации, осуществления чего-либо [185, с. 138].

В литературе встречается точка зрения, согласно которой сценарий в контексте обучения средствами симуляционных технологий следует трактовать как определенный вариант модели обучения в интерактивной форме, который можно соотнести с case-study - эффективным методом анализа и решения кейсов - конкретных задач-случаев [185], [206], [207], [237].

Выступая инструментом активного проблемно-ситуационного анализа, симуляционный сценарий является целенаправленно организационной формой обучения в медицинском образовательном процессе.

Планирование и подготовка сценария является одним из важнейших этапов подготовки симуляционного тренинга. На этом этапе важно задействовать и активизировать:

- медицинские знания студентов-медиков на основе освоенных учебных программ;
- применение имеющегося симуляционного оборудования;
- использование будущими специалистами деонтологических принципов, правовых аспектов оказания медицинской помощи, а также принятие во внимание совокупности различных клинических условий.

Важным принципом разработки сценария выступает концентрация на конкретной проблеме и текущей цели обучения. Для достижения необходимого уровня реалистичности важным представляется, по мнению М.П. Потапова, постановка в одном сценарии симуляционного занятия не более трех образовательных задач, а также задействование познавательных, двигательных, эмоциональных и иных компонентов [185, с. 138].

Основной посыл при этом заключается в увеличении «реалистичности», т.е. приближенности структуры и содержания симуляционного занятия к реальным условиям осуществления профессиональной деятельности. Стоит

подчеркнуть, что реалистичность является многоаспектным понятием и достигается не только за счет способности симуляционного оборудования имитировать состояние и реакции организма, но реального и полного воссоздания ситуации в целом [98], [116].

В литературе находим, что реалистичность в контексте обучения средствами симуляционных технологий состоит из нескольких компонентов:

- механический компонент;
- инструментальный компонент;
- психологический компонент;
- средовый компонент;
- операционный компонент [201].

Таким образом, результативное осуществление обучения средствами симуляционных технологий строится на повышении и строгом учете реалистичности, которая позволяет воссоздавать клинические ситуации любого уровня сложности.

Основополагающим звеном реализации обучения средствами симуляционных технологий в медицинском вузе также является обратная связь. Чаще всего обучающиеся получают ее в форме общей оценки выполненных действий.

Другим распространенным вариантом получения обратной связи и важнейшим этапом симуляционного занятия выступает дебрифинг – совместный разбор ситуации, в ходе которого студенты-медики обсуждают и анализируют собственные действия, определяют причины, плюсы и недостатки осуществления тех или иных действий, а также обобщают приобретенный опыт [273], [280], [281].

В литературе выдвигаются два ключевых критерия, обеспечивающих эффективность дебрифинга в плане получения качественной обратной связи. Во-первых, обеспечение в обсуждении открытости обучающихся, что оборачивается лучшим закреплением сформированных знаний и навыков. Во-

вторых, роль преподавателя должна заключаться в руководстве обсуждением, т.е. исполнение роли модератора дебрифинга [185, с. 138].

Необходимо подчеркнуть, что при традиционной системе обучения процедура оценивания сводится, как правило, к объективному в той или иной степени определению уровня теоретической подготовки будущих специалистов. Установление степени сформированности прикладных навыков и умений не предусмотрено при применении традиционных форм оценивания, что, бесспорно, свидетельствует о невысокой эффективности обучения. При обучении средствами симуляционных технологий положительный результат получения обратной связи и анализа осуществленных действий, помимо объективной и дифференцированной оценки уровня практической и теоретической подготовки студентов-медиков, выражается в стимулировании мотивации обучения и практического освоения профессиональной медицинской деятельности.

Подводя итог, можно сказать, что обучение средствами симуляционных технологий не ограничивается только решением практических задач и отработкой прикладных навыков. Проведение симуляционного практического занятия может также подразумевать плавный переход к анализу теоретических аспектов медицинской науки и других научных областей. Ведущую роль при этом играет преподаватель, которые, выступая в роли модератора, имеет возможность направить обсуждение в нужное русло.

В рамках симуляционного тренинга могут быть воссозданы сценарии клинических ситуаций различной тематики, например:

- сценарий, основное содержание которого связано с моделированием ситуации медицинских манипуляций;
- сценарий, основное содержание которого связано с моделированием конкретных патологических состояний и заболеваний, аналогично возникающих у людей различных возрастов;
- сценарий, основное содержание которого связано с моделированием необходимых оперативных вмешательств и т.д. [6], [169].

Авторским коллективом в статье [228, с. 201] указывается, что при планировании, продумывании и разработке сценариев симуляционного занятия максимально важно обеспечить:

- реалистичность всех аспектов, деталей и условий клинической ситуации;
- достоверность внешней среды;
- соответствие выбранной клинической ситуации действительной медицинской практики.

Общепризнанным мнением в отечественной науке считается то положение, согласно которому обучение средствами симуляционных технологий должно строиться на основе учета следующих методологических и организационных постулатов:

1. Включение элементов симуляционного обучения во все этапы профессионального медицинского образования.
2. Подготовка соответствующей нормативно-правовой базы, которая должна отвечать критериям гибкости и постоянного улучшения по мере становления и совершенствования данной образовательной технологии.
3. Интенсивность образовательного процесса, модульное устройство обучения, что позволяет продуктивные условия для организации единовременной подготовки медицинских работников различной специализации.
4. Обеспечение объективности педагогического контроля и процедуры аттестации медицинского персонала.
5. Привлечение работодателей и независимых наблюдателей для участия в процессах осуществления аттестации обучающихся.
6. Выработка единых требований к процедуре и содержанию критериев для оценки результатов, полученных в ходе реализации симуляционных методов в медицинском образовании.

7. Обеспечение со стороны государства системы учета итогов изучения модулей обучения средствами симуляционных технологий и формирование единого реестра подготовленных специалистов.

8. Становление системы обучения и профессиональной подготовки профессорско-преподавательского состава, а также обучение инструкторов и экспертов обучения средствами симуляционных технологий [205].

Важное значение для нашего исследования имеют идеи, указанные в статье [6, с. 181], написанной Г.М. Ардувановой. Согласно точке зрения этого отечественного автора, при организации обучения средствами симуляционных технологий в рамках высшего медицинского образования важно учитывать не только информационный тематический ресурс, но и уделять внимание проработке мотивационных особенностей обучающихся. На особую ценность высокой мотивации к обучению в системе профессионального образования медицинских работников указывает также О.С. Юткина [251, с. 84].

Во-вторых, мы согласны с мыслью Г.М. Ардувановой, согласно которой профессиональная успешность специалиста-медика в значительной степени определяется сформированностью у него коммуникативной компетентности, которая может проявляться как на уровне отдельного пациента, так и на уровне общества в целом (профессиональное сообщество, коллектив, семья, окружающие люди и т.д.). Особую значимость при этом имеет умение и навыки будущего специалиста работать в команде [6, с. 181].

Таким образом, обучение средствами симуляционных технологий на сегодняшний день является перспективным и востребованным направлением развития профессионального медицинского образования; общепризнанно, что именно оно выступает максимально оптимальным форматом реализации подготовки высококвалифицированных специалистов-медиков.

Помимо усиления общей практической направленности образовательного процесса, важнейшее преимущество реализации обучения средствами симуляционных технологий, по сравнению с традиционными формами, заключается в том, что становление важных практических компетенций

студентов-медиков происходит при полном отсутствии риска причинения ущерба и вреда здоровью реального человека, пациента. Все это в совокупности, по мнению ученых, обеспечивает высокую степень формирования знаний, умений, навыков и профессионально значимых компетенций при условии незначительной степени стресса [74], [86], [87], [88].

В ходе обобщения рассмотренных теоретических источников и анализа образовательной практики профессиональной подготовки нами было установлено, что реализация симуляционных технологий позволяет:

- сформировать готовность к командной работе;
- проработать различные особенности установления и поддержания командного взаимодействия и межпрофессионального общения в теоретическом и практическом планах;
- выработать умение принимать командные решения и участвовать в сложной совместной деятельности;
- развить координацию командного выполнения задания, а также навыки командного общения в стрессовых и кризисных ситуациях;
- повысить личную эффективность и результативность своих действий в условиях осуществления командной работы;
- расширить в значительной степени коммуникативное пространство будущего специалиста, увеличить диапазон его возможностей относительно используемых коммуникативных средств и паттернов поведения.

Являясь рекомендованной тактикой безопасного обучения студентов медицинских специальностей профессиональной деятельности, симуляционные технологии не должны полностью заменить традиционные методы обучения; речь идет о их продуктивной интеграции в систему современного медицинского вуза, что позволит в максимальной степени усилить общую результативность формирования у студентов-медиков компетенции командной работы и, в особенности, ее практический аспект.

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что поддерживаемое на законодательном и государственном уровнях обучение

средствами симуляционных технологий – это результативный инструмент, обеспечивающий продуктивное формирование у студентов-медиков компетенции командной работы. Использование данной образовательной технологии содействует не только становлению теоретической и практической готовности обучающихся к профессиональной деятельности, но и способствует формированию у них компетенции командной работы.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

В настоящее время проблема формирования компетенций специалиста продолжает оставаться в центре научного интереса и относится к наиболее актуальным и активно разрабатываемым. В современной науке отмечается разнообразие подходов к пониманию сущности профессиональных компетенций, объединяющим началом которых выступает трактовка компетенции как необходимого и первостепенного условия осуществления человеком трудовой деятельности. Высшее медицинское образование предполагает приобретение студентами не только фундаментальных знаний, а именно компетенций, позволяющих в полном объеме обеспечить высокую степень профессиональной подготовки врача. Наличие у выпускника хороших знаний не может обеспечить гарантию результативности практической деятельности. Компетентностный подход в подготовке студента медицинской специальности позволяет активизировать личностные ресурсы в образовательном процессе, усиливая практические аспекты подготовки в вузе.

Реализация компетентностного подхода предусматривает не просто получение студентами определенных знаний и усвоение умений, а его способность и готовность решать в практической деятельности разнообразные профессиональные проблемы. При этом речь идет не просто об интериоризации полученных знаний, а о выработке способности анализировать возникающие проблемы, готовности ставить целевые ориентиры и варианты ее решения, даже в ситуации недостаточности информации и ресурсов.

Компетенцию следует рассматривать в качестве целостного образования личности; формирование компетенции тесно перекликается со становлением значимых профессиональных и социальных качеств и способностей специалиста.

Рассмотрение педагогических аспектов компетенции позволило выделить следующие ключевые дефиниции данного понятия: компетенция как функциональное состояние человека, его основная характеристика; компетенция как системное личностное образование; компетенция как устойчивое личностное качество, обусловленное комплексом сформированных знаний, умений и навыков, важных для осуществления профессиональной деятельности; компетенция как состояние личности к осуществлению профессиональной деятельности; компетенция как синтез мотивов, личностных качеств, свойств, состояний и ситуаций; компетенция как уровень личностной ориентации; компетенция как особая установка личности на осуществление профессиональной деятельности.

В ходе теоретического анализа мы пришли к выводу, что компетенция выступает многоаспектной неоднородной педагогической категорией, которая включает в себя разноуровневые компоненты. Традиционным в психолого-педагогической литературе выступает выделение в структуре компетенции трех ключевых элементов: мотивационного; теоретического; операционно-процессуального (прикладного); психологического. Мотивационный компонент выступает основным показателем перехода возможностей личности в реальную готовность совершать какое-либо действие в практическом плане. Вместе с тем, мы понимаем важность операционно-процессуального компонента, который обеспечивается сформированностью у человека соответствующих знаний, умений и навыков, а также владением необходимыми приемами, технологиями и способами деятельности. Сформированная компетенция предусматривает наличие у специалиста позитивного отношения к выполнению деятельности и способности результативно решать поставленные задачи и, в случае необходимости, преодолевать возникающие затруднения и проблемы. Тем

самым, компетенция становится созвучной когнитивной, эмоционально-волевой мобилизованности человека, которая наблюдается в ситуации его полной или частичной вовлеченности в выполнение той или иной деятельности. Кроме того, стоит обращать особое внимание на развитие психологической составляющей компетенции, в особенности в тех профессиональных сферах, где специалист вынужден сталкиваться с выполнением деятельности в условиях повышенной ответственности, какой является медицинская деятельность.

На основе проведенного теоретического анализа, мы рассматриваем компетенцию как целостное системное образование личности, включающее в себя профессионально важные качества, знания, умения, навыки, мотивационно-ценностные, эмоционально-волевые и интерактивные особенности обучающихся, в совокупности, обеспечивающие результативное выполнение функциональных обязанностей и успешное взаимодействие в социально-профессиональной среде.

Командно-ориентированное обучение представляет собой особую образовательную стратегию, которая в контексте высшего медицинского образования способствует подготовке высококвалифицированных специалистов, компетентных в области осуществления командно-ориентированной профессиональной деятельности. Основной предпосылкой формирования компетенции командной работы у студентов-медиков является организация системы обучения с целью поиска и реализации прикладных ситуационных решений на основе совместного группового обсуждения конкретных клинических случаев.

Анализ научных работ показал, что с учетом условий осуществления и специфики будущей профессиональной деятельности командно-ориентированное обучение имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методами обучения.

Теоретический анализ также свидетельствует о неоднозначности сформированных определений понятия «команда». С одной стороны, команда

представляет собой группу, которая состоит из двух и более людей. С другой, суть понятия в большей степени отражает точка зрения исследователей, согласно которой в качестве команды следует понимать коллективного субъекта деятельности.

Бесспорно, что команда, выступая важным звеном инициации обмена знаниями и навыками, представляет собой динамичную и самоуправляемую малую группу, для которой присущи следующие сущностные характеристики: направленность на достижение поставленных командных целей, признание общих ценностей, выполнение совместных действий и т.д.; высокая степень взаимосвязи и взаимозависимости участников команды на основе взаимодополняющих и взаимозаменяющих умений и навыков; наличие сформированного чувства принадлежности к команде, переживание целевого и ценностно-ориентационного единства; интерактивность, единство и синхронность темпа и ритма совместной деятельности посредством четкой координации и согласованности командной работы и взаимодействия; высокая степень самоотдачи каждого участника, готовность к обмену знаниями (информацией), умениями, навыками, компетенциями и другими ресурсами; ролевое позиционирование, распределение трудовых усилий и разделение ответственности между всеми участниками команды за достижение общих конечных результатов и т.д.

В качестве основных результатов применения командно-ориентированного обучения в системе высшего медицинского образования, помимо соответствующей профессиональной подготовки и активного участия будущих специалистов в закреплении знаний и получении опыта, следует обозначить: развитие умений социального взаимодействия, командной работы, сотрудничества, участия в групповых обсуждениях, дискуссиях и т.д.; становление умения отстаивать свое мнение и учитывать точки зрения других, что, в результате, развивает способность к анализу различных аспектов ситуации с разных позиций; отработка умения принимать быстрые и качественные решения поставленных задач совместно с другими людьми, в том

числе в экстремальных ситуациях и в ситуациях неопределенности; формирование профессионального клинического мышления; выработка умения осознанно оценивать и рационально планировать свои действия и действия других людей, плодотворно осуществлять свою роль в команде, распределять обязанности между участниками.

Таким образом, командно-ориентированное обучение, представляющее собой интерактивный метод обучения, создает оптимальные условия для приобретения студентами-медиками компетенции командной работы в решении учебно-профессиональных проблем и реализации конкретных практических действий.

Рассмотрение этапов, внешних и внутренних компонентов контекста формирования команды позволило выделить характерные особенности командной работы обучающихся вуза.

Применительно к нашему исследованию, мы рассматриваем командную работу студентов медицинских специальностей как компетенцию, включающую в себя партнерское взаимодействие и совместную деятельность, которая ориентирована на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели и построена на основе интеграции знаний, умений, навыков каждого участника. Очевидно также, что командная работа строится на эффективной коммуникации, сотрудничестве, диалоговом общении и установлении партнерских взаимоотношений между участниками.

Компетенция командной работы студента медицинской специальности представляет собой целостное системное образование, охватывающее когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты, включающее в себя готовность и способность к партнерскому взаимодействию и совместной деятельности и направленное на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели на основе интеграции знаний, умений, навыков и компетенций каждого участника, соответствующих характеру, специфике и условиям профессиональной медицинской деятельности. Командная работа строится на

эффективной коммуникации, сотрудничестве, диалоговом общении и установлении партнерских взаимоотношений между участниками команды.

Под формированием у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы следует понимать системный и целенаправленный образовательный процесс, охватывающий познавательно-ориентировочный, организационно-стимульный и содержательно-оценочный этапы, в ходе которых происходит приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности в дальнейшем.

Будучи детерминированным социальными и психолого-педагогическими факторами, процесс формирования компетенции базируется на создании продуктивных условий организации результативной профессиональной подготовки студентов на медицинских специальностях, в основе чего лежит сформированная субъектная позиция обучающихся и наличие у них необходимых личностных ресурсов.

Обучение на основе симуляционных технологий представляет собой относительно новую область развития и становления медицинской науки. Анализ теоретических и практических аспектов подготовки будущих врачей показал, что благодаря значимым прикладным аспектам симуляционные технологии прочно вошли и являются важнейшим звеном современной системы профессионального медицинского образования и развития здравоохранения в целом.

В контексте формирования у студентов-медиков компетенции командной работы симуляционные технологии выступают в роли современной и актуальной образовательной технологии, которая служит для отработки и оценки знаний, а также практических навыков и умений и строится на основе реалистичного моделирования, имитации и воспроизведения ситуаций клинической практики с применением биологических, механических, электронных и виртуальных (компьютерных) моделей. Следовательно,

симуляционные технологии являются ценным инструментом профессионального образования и развития практических навыков студентов-медиков.

Обзор научных трудов позволил установить многообразие трактовки обучения на основе симуляционных технологий. В медицинском образовании непосредственно само понятие «симуляция» включает в себя такие семантические единицы, как «моделирование»; «имитация реального случая»; «реалистичное воспроизведение». В широком плане данное понятие представляет собой обязательный компонент профессионального медицинского образования, в рамках которого каждый обучающийся имеет возможность выстроить модель собственной профессиональной деятельности или ее конкретных элементов с учетом выработанных профессиональных стандартов, правил и требований.

В ходе обобщения рассмотренных теоретических источников и анализа образовательной практики профессиональной подготовки нами было установлено, что реализация симуляционных технологий позволяет: сформировать готовность к командной работе; проработать различные особенности установления и поддержания командного взаимодействия и межпрофессионального общения в теоретическом и практическом планах; выработать умение принимать командные решения и участвовать в сложной совместной деятельности; развить координацию командного выполнения задания, а также навыки командного общения в стрессовых и кризисных ситуациях; повысить личную эффективность и результативность своих действий в условиях осуществления командной работы; расширить в значительной степени коммуникативное пространство будущего специалиста, увеличить диапазон его возможностей относительно используемых коммуникативных средств и паттернов поведения.

Важной задачей формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий является обучение работе в команде с коллегами, тренировка партнерского

взаимодействия участников команды, закрепление навыков и умений эффективного профессионального и межличностного общения.

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что поддерживаемое на законодательном и государственном уровнях обучение на основе симуляционных технологий – это результативный инструмент, обеспечивающий продуктивное формирование у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы. Использование данной образовательной технологии содействует не только становлению теоретической и практической готовности обучающихся к профессиональной деятельности, но и способствует формированию у них компетенции командной работы.

ГЛАВА 2. РЕАЛИЗАЦИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ МОДЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

2.1. Структура и содержание модели формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий

С целью формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий нами была разработана педагогическая модель, которая прошла практическую реализацию и апробацию.

Очевидно, что идея симуляционных технологий имеет относительно продолжительную историю использования в системе профессионального медицинского образования. Проводимая нами работа характеризуется новизной в силу применения симуляционных технологий в контексте формирования у студентов-медиков компетенции командной работы и организации результативной совместной деятельности в дальнейшем.

Анализируя суть понятия «модель» в рамках психолого-педагогической науки, можно обнаружить, что модель представляет собой наглядно представленный образец или схему какого-либо объекта, явления или процесса. Отличительными особенностями такого наглядного отображения является определенная степень условности и схематизации. Следовательно, педагогическая модель – это искусственно созданный объект или наглядное вспомогательное средство отображения и описания реальной педагогической деятельности, осуществленное на абстрактном уровне [18].

Согласно научной позиции И.П. Подласого, научная модель является системой, которая может быть представлена в воображаемом или материально

реализованном виде и которая отображает основные свойства и характеристики объекта и предмета исследования.

Следовательно, модель заменяет объект в рамках целей моделирования и, как следствие, объект может быть изучен посредством сконструированной модели [39].

С точки зрения В.И. Михеева и А.Ю. Потаповой, в модели должны быть обозначены следующие составляющие:

- субъекты педагогической деятельности, участники;
- замысел конечного результата и его суть;
- средства достижения конечного результата;
- условия, обеспечивающие достижение конечного результата [137].

Под формированием компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей следует понимать системный и целенаправленный образовательный процесс, ориентированный на приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности в дальнейшем.

Структура педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей, разработанная на основе интеграции системно-структурного, личностно-деятельностного и компетентностного подходов, представляет собой целостное единство основных элементов, в качестве которых выступают следующие блоки:

- 1 – Нормативно-целевой блок педагогической модели.
- 2 – Методологический блок педагогической модели.
- 3 – Содержательно-функциональный блок педагогической модели.
- 4 – Результативно-корректирующий блок педагогической модели.

Названные блоки разработанной педагогической модели содержательно и структурно отображают целостность и тесную взаимосвязь процессов формирования компетенции командной работы у студентов медицинских

специальностей с позиции системного, структурно-функционального и компетентностного подходов. Графическое изображение педагогической модели показано на рис 4.



Рис. 4. Педагогическая модель формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей

В рамках осуществляемой работы рассмотрим содержательные и структурные аспекты всех четырех блоков педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

В первый нормативно-целевой блок педагогической модели включены следующие элементы:

- цель и задачи педагогической модели;
- субъекты - участники модели;
- предпосылки разработки модели и осуществления деятельности по формированию компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей;
- нормативно-правовые документы, на основе которых была разработана и реализована модель.

Исходя из элементов нормативно-целевого блока, можно констатировать, что данный блок представляет собой центральную управляющую структуру педагогической модели, которая обуславливает содержательное и структурное наполнение методологического, содержательно-функционального и результативно-корректирующего блоков и устанавливает функциональные связи между ними.

Очевидно, что нормативно-целевой блок педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей состоит из нормативной и целевой частей. Определение сущности данных частей представляется чрезвычайно значимым, т.к. именно они задают направления развертывания педагогической деятельности по внедрению и реализации педагогической модели в рамках образовательного процесса.

Нормативная часть воспроизводит перспективы развития и актуальное состояние системы высшего медицинского образования и фиксирует следующие основания разработки и реализации педагогической модели:

- социальный заказ;

- государственный заказ;
- запросы работодателей и представителей медицинских учреждений;
- требования к реализации системы высшего медицинского образования,

которые выстраиваются с учетом нормативно-правовых документов.

Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие процесс формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий, перечислены в Приложении 1.

Выписка из ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. №988 [226], касающаяся аспекта формирования компетенции, связанной с командной работой и лидерством (УК-3), а также индикаторы данной компетенции приводятся в Приложении 2.

Целевая часть нормативно-целевого блока педагогической модели была построена на основе нормативной базы исследования и анализа научной психолого-педагогической и медицинской литературы. Обобщение названных выше источников, сопоставление главных идей, содержащихся в них, позволяет сформулировать приоритетную цель, которая выступает одной из главных характеристик педагогической модели.

Цель педагогической модели обозначена нами как формирование компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей и организации результативной совместной деятельности. В качестве перспективной цели рассматривается формирование у обучающихся устойчивой мотивационной-ценностной установки на постоянное совершенствование и развитие себя в данном направлении.

Достижение данной цели будет содействовать решению профессиональных задач и качественному осуществлению трудовой деятельности в дальнейшем.

Таким образом, аргументируя в своей основе предвосхищение идеального конечного результата, обозначенная цель педагогической модели проявляется и

реализуется в ходе практической совместной деятельности и в настоящее время характеризуется особой актуальностью в контексте анализа содержательных и структурных аспектов высшего профессионального медицинского образования. Она определяется социальными требованиями, государственным заказом и запросами непосредственных работодателей и представителей медицинских учреждений.

В качестве важных задач формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей определены три задачи:

1 задача - формирование когнитивно-целевого компонента компетентности командной работы;

2 задача - формирование мотивационно-ценностного компонента компетентности командной работы;

3 задача - формирование рефлексивно-деятельностного компонента компетентности командной работы.

Субъектами педагогической модели являются профессорско-преподавательский состав вуза и студенты - медицинских специальностей. В рамках профессорско-преподавательского состава особо следует уточнить участие инструкторов и экспертов, работающих в контексте симуляционного обучения, а также специалистов службы технической поддержки, оказывающих содействие в качественном применении симуляционного оборудования.

Нормативно-целевой блок выполняет две центральные функции:

1 функция – функция целеполагания, т.е. представление цели и конечного результата в контексте будущей профессиональной деятельности, активация целевых установок преподавателей и студентов-медиков на формирование компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей;

2 функция – мотивирующая функция, реализуемая через становление у обучающихся положительной и постоянной мотивации к формированию компетенции командной работы у студентов, понимание ее важности для будущей профессиональной деятельности и т.д.

Являясь основанием педагогической модели, методологический блок воспроизводит методологическую базу проводимой работы в целостной совокупности научных принципов и подходов.

При организации работы по формированию компетенции командной работы у студентов-медиков средствами симуляционных технологий и разработке педагогической модели мы основывались на таких подходах, как:

- структурно-функциональный подход, позволивший рассматривать целостный процесс формирования компетенции командной работы у студентов-медиков через формирование когнитивно-целевого, мотивационно-ценностного и рефлексивно-деятельностного компонентов;

- системный подход, обеспечивший синтез и комплексность выделенных компонентов формирования компетенции командной работы у студентов-медиков, а также их согласованность и тесное взаимодействие друг с другом.

Мы основываемся на том, что любую педагогическую систему следует рассматривать как сложную систему взаимосвязанных компонентов, направленных на достижение образовательных целей и задач образования подрастающего поколения и взрослых людей.

Исходя из системного подхода, можно отметить, что формирование компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей представляет собой одну из подсистем единой педагогической системы профессионального медицинского образования и отвечает таким требованиям, как:

- целостный и управляемый характер;
- зависимость результативности модели от четкости постановки цели и организации целенаправленных, комплексных воздействий, ориентированных на качественную теоретическую и практическую подготовку студентов-медиков;
- гибкость, открытость, определенная степень вероятности в силу наличия связей с внешней средой, окружающей действительностью;

- динамичность, подвижность тесно взаимосвязанных между собой слагаемых (элементов, компонентов) [100, с. 103].

Использование системного подхода в контексте решения поставленной цели позволяет рассматривать формирование компетенции командной работы у студентов-медиков в качестве педагогической системы, которая ориентирована на создание продуктивных условий для развития целостного образования, содержащего знания, умения, навыки, компетенции и профессионально-личностные качества будущего специалиста, от формирования которых зависит результативность осуществления профессиональной деятельности в дальнейшем.

Учет системного подхода при решении проблемы формирования компетенции командной работы у студентов-медиков в учебно-воспитательном процессе обуславливает переход от традиционных образовательных способов и форм к альтернативным и обеспечивает большую степень результативности работы при условии опоры на индивидуально-личностные характеристики обучающихся. Ключевой предпосылкой системного подхода выступает четкое целеполагание на всех этапах осуществления педагогической деятельности и реализации образовательных технологий.

Системно-структурный подход позволяет представить целостность в качестве ключевой характеристики нашей педагогической модели, которая обнаруживается в относительной самостоятельности ее блоков и компонентов формирования компетенции командной работы у студентов-медиков при соблюдении условия тесной взаимосвязанности их содержательных и структурных составляющих. Таким образом, разработанная модель представляет собой целостный педагогический конструкт, состоящий из системы взаимообусловленных компонентов, между которыми установлены системообразующие связи [19], [61], [62].

Методологической основой разработанной педагогической модели, помимо структурного и системного подходов, выступил также

компетентностный подход к формированию компетенции командной работы у студентов-медиков.

Компетентностный подход как один из основополагающих предпосылок теоретико-методологической основы обуславливает следующие аспекты разработанной педагогической модели:

- системность и целесообразность;
- сложность, определяющая наличие различных блоков и структурных элементов;
- раскручивание во времени, т.е. учет этапности и временных параметров процессов формирования;
- многоуровневость.

Значение данного подхода в контексте разработки педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов-медиков состоит, в первую очередь, в ее практико-ориентированной направленности. Выбор строился на основе понимания важности создания условий для продуктивного использования симуляционных технологий, а также для профессионально-личностного развития и саморазвития студентов-медиков, становления у них активности в контексте сотрудничества и установления партнерских и субъект-субъектных отношений. Использование данного подхода позволяет рассматривать процесс формирования компетенции командной работы у студентов-медиков как особый педагогический процесс, который обладает следующими характеристиками: выстраивание образовательной деятельности с учетом принципов общей дидактики; субъектная позиция студентов-медиков; применение приемов активизации и стимулирования положительной мотивации к обучению; акцентирование внимания на индивидуально-личностных особенностях обучающихся, а также на сформированном у них субъектном опыте; выстраивание субъект-субъектных отношений на основе сотрудничества и диалога.

Данная методологическая база является устойчивой и наиболее продуктивной основой и вектором разработки и практической реализации

педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

Разработанная модель строится на основе тесной взаимосвязи ведущих принципов педагогической науки.

Во-первых, принцип компетентностной ориентированности медицинского образования, реализация которого позволяет организовать выполнение задачи результативного формирования у студентов-медиков компетенции командной работы в ходе преподавания учебных дисциплин и практик в контексте приложения фундаментальных положений компетентностного подхода (Р.С. Богачев, Э.С. Ибрагимова, М.К. Катиева, А.В. Паночкина и др.).

В последние годы в медицинском образовании происходят трансформации, обуславливающие организационные и содержательные аспекты работы врача. Данные изменения в процессе профессиональной подготовки связаны с выходом за границы профессиональных компетенций, связанных с сохранением жизни пациента и его трудоспособности, актуализируя проблемы обеспечения полноценности жизненного функционирования пациента во всех сферах его жизнедеятельности. Данные задачи связаны с формированием компетенций не только осуществления определенных медицинских (лечение, диагностика, реабилитация) манипуляций, но и их соотносительностью с внутренними потребностями и ожиданиями пациентов [164]. Это диктует важность внедрения в процесс подготовки врача в вузе компетенций командной работы, межличностного взаимодействия.

Компетентностная ориентированность медицинского образования ставит на первые позиции не информированность студента-медика, а его способность результативно выполнять профессиональные функции (в процессе анализа профессиональных ситуаций, освоения медицинских технологий, коммуникации, этики поведения, рефлексии своей деятельности и др.).

В связи с этим важными составляющими компетентностной ориентированности медицинского образования должны стать ответственность, умение согласованно работать в команде, анализировать свое профессиональное поведение. Подготовка студентов-медиков в данном аспекте должна быть ориентирована на развитие внутреннего потенциала, мобилизации внутренних и внешних ресурсов. Компетентностная ориентированность медицинского образования должна основываться на совокупности медицинских умений, профессиональных знаний и личностного развития студентов, что позволяет в процессе командной работы и применения симуляционных технологий развивать навыки клинического мышления, профессиональной коммуникации, самостоятельности и ответственности за свои действия, а преподавателям медицинских вузов необходимо обеспечить эффективность данного процесса.

Во-вторых, принцип полисубъектного взаимодействия субъектов профессионального медицинского образования (С.Б. Ахметова, Г.А. Абдулина, К.М. Бородина, Н.П. Клушина, И.В. Лосева, Г.А. Омарова, Е.В. Позднякова, Л.И. Савва, К.Е. Шахмаева и др.). Данный принцип декларирует приоритетность обучающегося как носителя субъектности, активности, самостоятельности и ответственности [128], что создает предпосылки для осознанного и целенаправленного течения обучения, которое характеризуется постановкой собственных, лично значимых образовательных целей [126] и развитием готовности к самореализации в учебной и профессиональной деятельности [232].

Полисубъектное взаимодействие субъектов профессионального медицинского образования предусматривает определенную форму субъект-субъектных отношений [23], [168], при которой участники образовательного процесса связаны единой деятельностью, что проявляется в готовности и способности к активным совместным действиям, работе в команде, интеграции имеющихся компетенций, становясь единым субъектом в отношении процесса саморазвития.

Данное взаимодействие можно рассматривать в следующих аспектах: феноменологически: как важную совместную работу участников команды; динамически: как взаимную ориентированность их деятельности и поведения; структурно: как систему, ориентированную формирование внутрикомандной коммуникации; организационно: как обеспечение необходимых условий для организации командного взаимодействия; функционально: как принятие участниками команды необходимости совместной работы и выстраивания эффективных профессиональных взаимоотношений. Применение симуляционных технологий в максимальной степени способствует выстраиванию субъект-субъектных взаимоотношений между участниками педагогической модели.

В-третьих, принцип рефлексивной активности, который строится на базе активации и стимулирования у студентов-медиков процессов самопознания, самооценивания, саморазвития и самоуправления на основе построения индивидуального образовательного маршрута. Рефлексивная активность обусловлена внутренней мотивированностью деятельности, она ориентирована на анализ и понимание ценностных установок, содержания и результата работы, ее критического осмысления, развивает навыки самоконтроля и самооценки, способствует развитию собственной и командной ответственности за результат (С.А. Бешенков, И.Г. Герасимов, И.Ф. Исаев, М.А. Мещерякова, В.И. Михеев, А.Ю. Потапова, В.А. Слостенин, Е.Н. Шиянов и др.).

Рефлексивная активность студента в процессе обучения становится механизмом его самоорганизации, повышает степень осознанности обучения, развивает адекватную самооценку и уровень притязаний, формирует учебную мотивацию. Рефлексивная активность позволяет студенту развивать умения самоорганизации и саморазвития, в связи с чем формирование рефлексивного мышления является необходимой составляющей формирования компетенции командного взаимодействия в процессе обучения.

Данный принцип позволяет способствовать становлению профессионально-личностной позиции будущих специалистов и организации

групповой атмосферы сотрудничества, диалога и сотворчества. Он обеспечивает получение каждым обучающимся своевременной и объективной актуальной информации о своих действиях и степени сформированности компетенции командной работы в сравнении с самими собой, с другими студентами и с конечным идеальным результатом. Важным значением данного принципа является предоставление каждому обучающемуся возможности после получения обратной связи и сравнения достигнутых результатов внести необходимые коррективы для достижения максимально возможного уровня сформированности компетенции командной работы.

В-четвертых, принцип корпоративного обучения и учёта индивидуально-личностных особенностей студентов-медиков, что предполагает выстраивание образовательного процесса с позиции понимания студенческой группы как единой команды, становление которой способствует продуктивной деятельности и получению высоких результатов. При этом важно помнить о необходимости индивидуального подхода к каждому обучающемуся, об обязательном учете его запросов, потребностей, интересов, личностных особенностей и т.д.

Специфика корпоративного обучения связана с тем, что не только преподаватель, но и студенты-медики принимают позицию экспертов. При этом формируемые профессиональные компетенции студентов-медиков становятся потенциалом организации командного взаимодействия. Студенты решают профессиональные ситуации, применяя сформированные компетенции и практические навыки, что дает им возможность вырабатывать новые модели профессиональной деятельности. Корпоративное обучение направлено на конечный результат, оно учитывает объективные образовательные потребности студентов в их профессионально-личностном развитии.

Исходя из данного принципа, процесс формирования у студентов-медиков компетентности командной работы должен быть выстроен на основе эффективного сочетания индивидуальной и групповой форм работы. Использование индивидуальных форм представляется наиболее

целесообразным в рамках осуществления самостоятельной работы и проектирования индивидуальных маршрутов образования (А.О. Бударина, С.Б. Дюсенова, Е.В. Зарукина, Е.А. Корнеева, Е.С. Полат и др.).

В-пятых, принцип социальной обусловленности целей и содержания высшего медицинского образования поясняет возможности взаимовлияния процессов социального, коммуникативного и профессионально-личностного развития [21]. Социально-педагогическая обусловленность целей и содержания высшего медицинского образования определяется социальными потребностями, характеризуя целевые ориентиры профессиональной подготовки студентов-медиков, содержательные и организационные аспекты образовательного процесса.

В рамках нашей работы данный принцип обуславливает профессионально-личностное развитие будущего специалиста в пространстве его профессионального образования (С.И. Архангельский, В.И. Загвязинский, Э.Ф. Зеер, И.Ф. Исаев, А.К. Маркова, И.П. Подласый, В.А. Сластенин, Е.Н. Шиянов и др.). В образовательном пространстве студент имеет возможность реализовать свои профессиональные потребности с учетом внешних и внутренних факторов, стимулирующих продуктивное командное взаимодействие на основе применения симуляционных технологий. Тем самым, деятельность по формированию у студентов-медиков компетенции командной работы постепенно и гармонично вплетается в основное содержание профессиональной подготовки.

Таким образом, на основе осуществленного анализа принципов педагогической деятельности, мы пришли к выводу, что максимально продуктивными в контексте организации и реализации педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов-медиков средствами симуляционных технологий являются такие принципы, как принцип компетентностной ориентированности медицинского образования, принцип полисубъектного взаимодействия субъектов профессионального медицинского образования, принцип рефлексивной активности, принцип

корпоративного обучения и учёта индивидуально-личностных особенностей студентов-медиков, принцип социальной обусловленности целей и основного содержания высшего медицинского образования.

Содержательно-функциональный блок педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов-медиков во многом строится на основе анализа содержания основных образовательных программ и учебно-методических комплексов, которые характеризуются особой важностью и значимостью в контексте осуществляемой работы. Так, нами была рассмотрена роль каждой учебной дисциплины в процессе формирования компетенции командной работы у студентов-медиков.

Содержательно-функциональный блок педагогической модели основывается на реализации в ходе формирования компетенции командной работы у студентов-медиков совокупности максимально результативных форм, методов, приемов и средств работы. Ключевой предпосылкой являлось достижение поставленной цели средствами симуляционных технологий, которые способствуют тому, что студенты-медики находятся в активной субъектной позиции и могут в наибольшей степени реализовать себя в контексте командно-организованного решений учебно-профессиональных задач [89, с. 118].

В качестве конкретного наполнения содержательно-функционального блока педагогической модели выступили следующие слагаемые:

- компоненты компетенции командной работы;
- методическая слагаемая, представленная средствами симуляционных технологий как совокупности результативных средств формирования у студентов-медиков компетенции командной работы;
- педагогические условия формирования у студентов-медиков компетенции командной работы;
- этапы формирования у студентов-медиков компетенции командной работы.

Осуществленный анализ теоретических и практических аспектов работы показал, что структура компетенции командной работы должна включать в себя такие компоненты, как:

1. Когнитивно-целевой компонент.
2. Мотивационно-ценностный компонент.
3. Рефлексивно-деятельностный компонент.

На наш взгляд, важным считается изначальное разграничение в общем понимании компетенции командной работы двух плоскостей:

- 1 – социальная плоскость компетенции командной работы;
- 2 – профессиональная плоскость компетенции командной работы.

Очевидно, что компетенция командной работы будет строиться на тесной взаимосвязи данных двух плоскостей. Это обусловлено тем, что первоосновой формирования компетенции командной работы у студентов-медиков выступает общая готовность обучающихся к командной работе и межличностному взаимодействию в условиях повседневной жизнедеятельности.

Обозначенные когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты компетенции командной работы, по сути, носят универсальный характер и могут быть перенесены в любую сферу профессиональной деятельности.

Выделение компонентов компетенции командной работы базируется на общих положениях психолого-педагогической науки относительно личностной и деятельностной организации активности обучающихся. Другими словами, подобная структура учитывает сформированное в науке понимание:

- когниций и целей как основы деятельности, в том числе и профессиональной;
- мотивации, включая потребности, интересы, ценности личности и т.д., в качестве первоосновы и первопричины отношений и начала деятельности и становления личности;

- деятельности и рефлексии как непосредственных и целенаправленных процессуальных явлений реализации личности, достижения ею результатов и их оценка (самооценка).

Содержательные аспекты каждого компонента компетенции командной работы у студентов-медиков были обозначены нами с учетом требований ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело [226].

Когнитивно-целевой компонент компетенции командной работы включает в себя следующие элементы:

- 1) знания о структурно-содержательных аспектах командной работы;
- 2) представления о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде;
- 3) знания о признаках и структуре работы в команде;
- 4) представления о ключевых командных ролях, типах поведения человека в команде;
- 5) знания о динамике развития межличностных отношений в группе (команде), этапах развития команды;
- 6) знания в области образования и формирования команды, групповой сплоченности, основные принципы, методики, способы, технологии и т.д.;
- 7) представления о конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде;
- 8) знания об основных теориях лидерства и стилях руководства, а также о методах эффективного руководства командами.

Мотивационно-ценностный компонент компетенции командной работы содержит в себе такие элементы, как:

- 1) позитивное отношение к работе в команде, формирование ценностного отношения к осуществлению профессиональной деятельности в команде;
- 2) положительная мотивация к работе в команде, заинтересованность в каждом участнике команды, разделение командных интересов;

3) планирование собственных, т.е. личных, целей формирования профессиональной готовности к командной работе и проектирование вероятных способов их достижения;

4) принятие ответственности за совместное осуществление деятельности и результативность выполнения общего задания;

5) понимание общей и частных целей командной работы, отношение к ним как к личностно значимым;

6) осознанная установка на формирование у себя компетенции командной работы, овладение продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций в контексте совместной деятельности и(или) их продуктивное разрешение.

В структуру рефлексивно-деятельностного компонента компетенции командной работы входят такие элементы, как:

1) практическая реализация знаний и умений в области выполнения совместной деятельности в группе, умение построить свою деятельность и организовать собственную личность в рамках командной работы, правильное распределение временных и иных ресурсов;

2) навык командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной совместной деятельности;

3) умение приносить пользу для команды и командного выполнения поставленной задачи, используя различные ресурсы;

4) рефлексивные умения: оценивание собственной деятельности и личного вклада в командный результат, а также анализ действий других в контексте получения общего результата;

5) осуществление самоконтроля и умение улучшать выполнение своей деятельности в ходе анализа и рефлексии собственных действий и действий других участников команды;

6) умение осуществлять деятельность по предотвращению конфликтов и(или) их продуктивному разрешению;

7) умение сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды, осуществлять эффективную коммуникацию и взаимосвязи с ними на основе диалога и понимания их текущего эмоционального состояния, индивидуально-личностных особенностей и т.д.;

8) проявление толерантного и эмпатийного отношения к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию;

9) реализация на практике навыков командообразования и группового сплочения;

10) умение совместно планировать, ставить, принимать и достигать общие командные цели сообща выбранным способом в рамках выполнения командной работы;

11) умение разрабатывать стратегию и план действий команды, формировать задачи участникам команды для достижения поставленной цели;

12) умение использовать эффективные стили организации, руководства и управления командой;

13) умение организовывать, проектировать и анализировать межличностные, групповые и организационные коммуникации в команде.

Описание содержательных элементов каждого из трех компонентов компетенции командной работы показывает, что когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты тесно взаимосвязаны между собой.

В качестве ключевой педагогической технологии формирования компетенции командной работы у студентов-медиков выбраны симуляционные технологии, которые, исходя из теоретических и практических взглядов, являются наиболее оптимальным и продуктивным инструментом в выбранном направлении педагогической работы [86], [87], [88], [89].

С целью формирования компетенции командной работы у студентов-медиков средствами симуляционных технологий были использованы различные формы педагогической работы:

1) Симуляционный тренинг представляет собой командное нахождение и реализацию студентами медицинских специальностей конкретного алгоритма профессиональных действий, осуществление которого является наиболее оптимальным для данного клинического случая. В ходе таких тренингов у студентов медицинских специальностей имеется возможность осуществления практической совместной деятельности, направленной на решение реального задания будущей профессиональной деятельности.

Процедура выполнения симуляционного упражнения предусматривает следующие учебные действия студентов-медиков: мозговой штурм по нахождению решения и разработке алгоритма действий; представление командного решения; получение обратной связи [102, с. 22].

Таким образом, проведение симуляционных тренингов позволяет в процессуальном плане апробировать возможности отработки сформированных знаний и представлений в контексте конкретной профессиональной деятельности.

Перечень общих тематических блоков симуляционных тренингов представлен в Приложении 3. В рамках каждого тематического блока симуляционных тренингов разработаны серии из нескольких клинических историй (ситуаций), максимально приближенных к реальным условиям оказания профессиональной медицинской помощи. Проведение тренинга происходит в условиях конкретной имитационной среды с применением необходимых интерактивных тренажеров, специальных технических и нетехнических симуляционных средств.

При разработке симуляционных тренингов, помимо основного сценарного содержания, были учтены и предусмотрены особые задания (упражнения), направленные:

- на командообразование, сплочение участников команды: «Ритм», «Узел», «Образуем круг», «Коллективный счет», «Зачем мне нужна эта группа», «Проективный рисунок», «Паутина» и т.д.;

- на формирование положительного настроения на командную работу: «Алфавит», «Диаграмма», «Что дальше?», «Цифра-команда», «И-раз-два-три», «Магниты», «Слово за словом» и т.д.

- на снятие психоэмоционального напряжения и психологическую разрядку: «И я с тобой», «Встреча», «В десятку», «По одному», «Качели», «Матрешка», «Скала», «Лабиринт» и др.

- на получение обратной связи: «Карусель», «Весы», «Эмоции», «Открытый разговор», «Зеркало», «Личный и командный багаж», «Ассоциации», «Цветной стул», «Социограмма», «Прямая связь» и т.д.

2) Ролевая игра, в ходе которой происходит отработка действий согласно конкретным клиническим алгоритмам, в контексте четко заданного сценария игры и ролей участников [11], [43], [218]. Сценарий игры и роли участников разрабатываются на основе разбора и анализа наиболее распространенных стандартных и экстренных клинических ситуаций, требующих оказания профессиональной медицинской помощи.

Таким образом, посредством ролевой игры происходит возникновение симуляционной модели не только профессиональной медицинской деятельности, но и характерного социально-делового и личностного взаимодействия в типовом предметном и социальном контексте определенной области медицинской профессии. В ходе данной формы активного обучения студенты-медики могут, помимо практической реализации и развития профессионального мышления и сформированных медицинских знаний, и умений, также потренироваться в осуществлении разнообразного коммуникативного взаимодействия и апробировании, проб себя в широком диапазоне профессиональных ролей и функций. Итогом игры, как правило, выступает рассмотрение причин и последствий принятого решения или полученного результата [34], [55], [103].

3) Схожей формой работы с симуляционным тренингом является ситуационный анализ (case-study - групповая форма организации разбора конкретных ситуаций, дебрифинг), который ориентирован на анализ

конкретных клинических случаев различного типа (иллюстрация, проблема, упражнение, оценка и т.д.) с использованием имеющихся теоретических знаний [30], [106]. Основной целью является оперативная выработка результативного решения. Разбор ситуации и принятие решения предполагает научное обоснование проблемной области со ссылкой на научные источники, определение причин и факторов, оказывающих влияние на ситуацию, рассмотрение альтернативных вариантов решения, анализ эффективности того или иного варианта с позиции оптимальности и минимизации негативных последствий [103, с. 27].

Формирование компетенции командной работы посредством case-study строится на основе продумывания конкретных случаев, взятых из реальной клинической практики.

Педагогический процесс формирования компетенции командной работы у студентов-медиков средствами симуляционных технологий предусматривает грамотное соединение разнообразных методов и форм симуляционного обучения, что позволяет в максимальной степени направить образовательный процесс в нужное направление выработки у каждого обучающегося данного важного качества личности в ходе максимального погружения в ситуацию практических проб себя в различных профессиональных ролях и условиях, приближенных к реальным [89, с. 118].

Помимо перечисленных форм работы в контексте педагогической деятельности была организована самостоятельная работа студентов-медиков, которая имела следующее содержание: предварительное ознакомление с учебным материалом, предусматривающее его дальнейшее обсуждение и закрепление в группе; выполнение конкретных практических заданий, чтение статей и другой научной литературы, работа с Интернет-ресурсами, просмотр и анализ тематических видео, презентаций и т.д.

Формирование когнитивно-целевого компонента компетенции командной работы предусматривало также использование активных форм работы:

проблемной лекции, тематической групповой дискуссии, презентации, технологии блокчейн и т.д. [55], [63], [72], [75], [115], [117], [152].

Вышесказанное в еще большей степени подтверждается тем фактом, что применение симуляционных технологий не исключает традиционные формы и способы профессиональной подготовки медицинских специалистов, но в значительной степени усовершенствует их, т.к. позволяют на практическом уровне непосредственно отработать сформированные знания и умения [89]. Кроме того, исходя из исследовательских данных, выше всего обучающимися оценивается возможность исправить допущенные ошибки в безопасной образовательной среде, возникающей в контексте организации симуляционного обучения [275].

В содержательно-функциональном блоке педагогической модели рассмотрены также этапы формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы.

Первый - познавательный-ориентировочный этап формирования компетенции командной работы у студентов-медиков в большей степени ориентирован на развитие когнитивно-целевого компонента, т.е. овладение и становление всех его элементов. На данном этапе осуществлялось включение обучающихся в процесс овладения системой знаний о командной работе, способах совместной деятельности и т.д. Результатом данного этапа является сформированность когнитивно-целевого компонента компетенции обучающихся в области командной работы.

Цель второго организационно-стимульного этапа формирования компетенции командной работы у студентов-медиков заключается в развитии мотивационно-ценностного компонента через формирование у них положительной мотивации и ценностного отношения к осуществлению командной профессиональной деятельности, понимание готовности к командной работе как одной из важнейших компетенций будущего специалиста. Содержание данного этапа содействовало продуктивному решению мотивационно-ценностных задач обеспечения теоретической и

практической готовности студента к командной работе. Итогом данного этапа выступает становление студента-медика в качестве субъекта формирования компетенции командной работы у студентов-медиков, развитие ее мотивационно-ценностного компонента.

На третьем содержательно-оценочном этапе происходит активное развитие рефлексивно-деятельностного компонента компетенции командной работы у студентов-медиков через приобретение непосредственного опыта совместной деятельности. Данный этап является наиболее протяженным по времени и представляет собой непосредственное решение поставленной задачи. В процессе обучения средствами симуляционных технологий происходит развитие рефлексивно-деятельностного компонента данной компетенции посредством осознанного апробирования себя в конкретных ситуациях совместной деятельности, имитирующих предметный и социальный контекст будущей профессиональной области.

В содержательно-функциональном блоке педагогической модели раскрывается комплекс педагогических условий, реализация которых способствует результативности процесса формирования компетенции командной работы у студентов-медиков. К таковым следует отнести:

- осознание студентами-медиками готовности к командной работе как необходимой составляющей их компетентности и важного условия результативного осуществления профессиональной деятельности;
- моделирование практико-ориентированной и коммуникативно-деятельностной образовательной среды вуза средствами симуляционных технологий в предметном и социальном контекстах будущей профессиональной деятельности;
- организационно-методическое обеспечение модели формирования компетенции командной работы, позволяющее содержательно наполнить, диагностировать и прогнозировать процесс формирования компетенции командной работы на основе получения обратной связи и комплексной диагностики индивидуально-личностных особенностей студентов-медиков;

- формирование компетенции командной работы на основе гуманистически-деятельностной парадигмы, в рамках которой студент-медик принимает социальную роль врача, включен в образовательный процесс и выступает в качестве активного и самостоятельного субъекта будущей профессиональной деятельности.

Обозначенные педагогические условия логично взаимодополняют друг друга, объединяясь в единый комплекс. Они ориентированы на решение общей педагогической цели и обеспечивают результативность формирования у студентов-медиков компетенции командной работы. Проверка результативности комплекса педагогических условий была проведена в ходе формирующего эксперимента.

Результативно-корректирующий блок педагогической модели обеспечивает своевременное получение обратной связи о результативности протекания процесса формирования компетенции командной работы у студентов-медиков, о положительных аспектах осуществляемой работы и возникающих затруднениях.

Данный блок выполняет ключевую аналитическую функцию, которая выражается в способности определять и анализировать необходимые данные о результатах сформированности у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, а также прогнозировать и отслеживать преимущества этого процесса, недостатки, трудности и причины их появления с целью внесения необходимых изменений и своевременной корректировки процесса. Методы реализации данного блока отражены в параграфе 2.2.

В результативно-корректирующем блоке педагогической модели также представлен результат целенаправленного педагогического процесса – сформированная у студентов-медиков компетенция командной работы. Согласно этому, были выделены три уровня данной компетенции у студентов-медиков:

- адаптивный (начальный);
- репродуктивный (средний);

- продуктивный (высокий).

Данные уровни отражают характерные показатели сформированной компетенции командной работы у студентов-медиков по соответствующим критериям: когнитивно-целевому, мотивационно-ценностному и рефлексивно-деятельностному.

Подчеркнем, что когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты выступают критериями компетенции командной работы. Сформированность всех компонентов свидетельствует о сформированности целостной компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

Система критериев и показателей сформированности компонентов компетенции командной работы была выстроена на основе используемого диагностического инструментария и представлена в ходе анализа полученных результатов экспериментальной работы. Каждый выделенный критерий определяется соответствующими параметрами, которые в совокупности создают комплексную картину формирования у студентов-медиков компетенции командной работы.

Таким образом, на основе теоретического анализа выявленной научной проблемы нами была обоснована педагогическая модель формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей и предложены педагогические условия ее результативной реализации, что дает возможность организовать и провести опытно-экспериментальную работу по заявленной проблеме в системе профессионального медицинского образования.

Разработанная педагогическая модель является целостной, открытой, универсальной, прагматичной и ориентированной на результат; ее основная цель заключается в подготовке конкурентоспособных выпускников медицинских специальностей.

Сконструированная на основе положений структурно-функционального, системного, компетентностного подходов, педагогическая модель отображает совокупность взаимосвязанных блоков (нормативно-целевого,

методологического, содержательно-функционального и результативно-корректирующего), которые соподчинены уровневой иерархией и функциональными связями и которые содействует целенаправленному планированию, организации, управлению и совершенствованию процесса формирования компетенции командной работы у студентов-медиков.

В нашей работе использование педагогической модели является средством исследования изучаемого объекта - процесса формирования у студентов-медиков компетенции командной работы и позволяет расширить систему научных представлений об изучаемом предмете как целостном педагогическом явлении для более глубокого изучения его сущности.

В заключении отметим, что, поскольку проблема формирования компетенции командной работы у студентов-медиков в современных условиях выступает одной из актуальных и важных задач высшего медицинского образования, то представленная модель выступает своеобразным ориентиром для организации целенаправленного образовательного процесса в системе профессионального медицинского образования в логике осуществленного исследования.

2.2. Организация педагогического эксперимента и его содержательные характеристики

Для проверки результативности разработанной нами педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий и программы ее реализации был осуществлен педагогический эксперимент как продуманная и научно обоснованная система организации процесса профессиональной подготовки студентов медицинских специальностей, направленная на проверку и обоснование гипотезы исследования. Как отмечает В.А. Беликов, экспериментальная работа становится не только возможностью научного познания определенных педагогических процессов, но и

инструментом открытия новых возможностей в педагогической практике, помогая совершенствовать содержательные, методические и организационные аспекты образовательного процесса [16].

Педагогический эксперимент был реализован с 2017 по 2022 год на базе Высшей школы медицины (ранее Медицинский институт) Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», осуществлялся поэтапно с постановкой на каждом этапе конкретных задач и обоснованием диагностического комплекса. Каждый этап экспериментальной работы был логическим продолжением предыдущего и предполагал анализ и систематизацию полученных результатов.

В процессе **диагностического этапа** осуществлялся констатирующий эксперимент, целью которого стало выявление актуального уровня сформированности компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей. Основные задачи данного этапа: изучение и обобщение педагогической практики профессиональной подготовки студентов медицинских специальностей по формированию компетенции командной работы с учетом возможностей симуляционных технологий; обоснование диагностического комплекса, позволяющего выявить уровень сформированности компетенции командной работы у студентов-медиков; характеристика критериальных и уровневых показателей сформированности у студентов-медиков компетенции командной работы; определение экспериментальной и контрольной групп для реализации эксперимента, изучение исходного уровня (до проведения формирующего эксперимента) сформированности искомой компетенции.

В процессе **практического этапа** был проведен формирующий эксперимент с целью проверки результативности модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий. Основные задачи данного этапа: апробация педагогической модели формирования компетенции командной

работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий; проверка достаточности педагогических условий, обеспечивающих результативность формирования компетенции командной работы, изучение итогового уровня (после проведения формирующего эксперимента) сформированности искомой компетентности.

В ходе *аналитико-обобщающего этапа* был проведен анализ результатов внедрения модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий. Основные задачи данного этапа:

- обобщение и анализ результатов экспериментальной работы;
- проведение статистического анализа результатов уровня сформированности компетенции командной работы студентов экспериментальных и контрольных групп;
- оформление результатов эксперимента и формулировка выводов исследования.

Всего в опытно-экспериментальной работе участвовали 284 человека (студенты, преподаватели университета), из них 122 студента 5-6 курсов экспериментальных и 127 студентов контрольных групп, 35 экспертов. В экспериментальной группе были апробированы педагогические условия, способствующие повышению результативности процесса формирования у студентов-медиков компетенции командной работы.

С целью анализа уровня сформированности компетенции командной работы у студентов-медиков с учетом возможностей симуляционных технологий важным стало определение критериев, показателей и уровней сформированности данной компетенции.

В процессе теоретического анализа научной литературы и изучения опыта практической работы медицинских вузов страны нами определены критерии и показатели сформированности у студентов-медиков компетенции командной работы, а также возможности симуляционных технологий в повышении результативности данного процесса. По причине разнообразия

научных позиций в определении содержательных характеристик понятия «компетенция командной работы студентов медицинских специальностей», проанализированных нами в первой главе исследования, вопрос выделения критериев сформированности искомой компетенции является сложным и дискуссионным. При обосновании критериев и показателей сформированности у студентов-медиков компетенции командной работы мы ориентировались на работы М.Н. Скаткина, В.М. Полонского, рассматривающих такие требования к обоснованию критериев, как:

- адекватность критерия педагогическому конструкту, который он измеряет, что предполагает четкое соответствие содержания изучаемого педагогического конструкта;

- выражение критерия соответствующей дефиницией, что предусматривает единство качественных показателей при изучении определенных явлений;

- простота критерия, т.е. доступность способов измерения с применением простейших методик [181], [209].

Каждый из компонентов педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей с учетом возможностей симуляционных технологий (когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный) может быть охарактеризован определенными показателями. В таблице 1 нами представлены критерии и показатели сформированности у студентов-медиков компетенции командной работы.

Таблица 1

Критерии и показатели
сформированности у студентов компетенции командной работы

| Критерии | Показатели |
|---------------------------|---|
| Когнитивно-целевой | - знания о структурно-содержательных аспектах командной работы, признаках и структуре работы в команде, динамике развития межличностных отношений в группе (команде), |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>этапах развития команды, специфике образования и формирования команды, групповой сплоченности, основных принципах, методиках, способах, технологиях и т.д., основных теориях лидерства и стилях руководства, а также о методах эффективного руководства командами;</p> <ul style="list-style-type: none"> - представления о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, ключевых командных ролях, типах поведения человека в команде, конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде. |
| <p>Мотивационно-ценностный</p> | <ul style="list-style-type: none"> - отношение к работе в команде, формированию ценностного отношения к осуществлению профессиональной деятельности в команде; - положительная мотивация к работе в команде, заинтересованность в каждом участнике команды, разделение командных интересов; - планирование собственных, т.е. личных, целей формирования профессиональной готовности к командной работе и проектирование вероятных способов их достижения; - принятие ответственности за совместное осуществление деятельности и результативность выполнения общего задания; - понимание общей и частных целей командной работы, отношение к ним как к лично значимым; - осознанная установка на формирование у себя компетентности командной работы, овладение продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций в контексте совместной деятельности и(или) их продуктивное разрешение. |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Рефлексивно-деятельностный | <ul style="list-style-type: none">- практическая реализация знаний и умений в области выполнения совместной деятельности в группе, умение построить свою деятельность и организовать собственную личность в рамках командной работы, правильное распределение временных и иных ресурсов;- навык командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной совместной деятельности;- умение приносить пользу для команды и командного выполнения поставленной задачи, используя различные ресурсы;- рефлексивные умения: оценивание собственной деятельности и личного вклада в командный результат, а также анализ действий других в контексте получения общего результата;- осуществление самоконтроля и умение улучшать выполнение своей деятельности в ходе анализа и рефлексии собственных действий и действий других участников команды;- умение осуществлять деятельность по предотвращению конфликтов и(или) их продуктивному разрешению;- умение сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды, осуществлять эффективную коммуникацию и взаимосвязи с ними на основе диалога и понимания их текущего эмоционального состояния, индивидуально-личностных особенностей и т.д.;- проявление толерантного и эмпатийного отношения к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию; |
|-----------------------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - реализация на практике навыков командообразования и группового сплочения; - умение совместно планировать, ставить, принимать и достигать общие командные цели сообща выбранным способом в рамках выполнения командной работы; - умение разрабатывать стратегию и план действий команды, формировать задачи участникам команды для достижения поставленной цели; - умение использовать эффективные стили организации, руководства и управления командой; - умение организовывать, проектировать и анализировать межличностные, групповые и организационные коммуникации в команде. |
|--|---|

Процедура экспериментальной проверки результативности педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов-медиков средствами симуляционных технологий выстроена на сравнении исходного и итогового уровня сформированности отдельных компонентов компетенции командной работы до и после реализации формирующего эксперимента.

В процессе диагностической работы нами использован диагностический инструментарий, представленный в таблице 2. Представленный комплекс методик позволяет оценить сформированность всех компонентов педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов-медиков.

Таблица 2

Комплекс диагностических методик

| Компоненты | Методики | Диагностируемые параметры |
|---------------------------|-----------------|---|
| Когнитивно-целевой | Тест знаний | знания о структурно-содержательных и организационных аспектах командной |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| | | работы |
| Мотивационно-ценностный | Методика незаконченных предложений | отношение к работе в команде, ценностное отношение к осуществлению профессиональной деятельности в команде, мотивация к работе в команде, заинтересованность в каждом участнике команды, разделение командных интересов, осознанная установка на формирование у себя профессиональной готовности к командной работе, овладение продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций в контексте совместной деятельности и(или) их продуктивное разрешение |
| | Диагностика мотиваторов социально-психологической активности личности | ведущие потребности-мотиваторы личности, мотивационная доминанта личностной активности, доминирующие потребности: достижение успеха, стремление к власти, тенденция к аффилиации (групповому признанию и уважению) |
| Рефлексивно-деятельностный | Решение ситуационных задач (ситуационно-поведенческое тестирование) | практическая реализация знаний и умений в области выполнения совместной деятельности в группе, умение построить свою деятельность и организовать собственную личность в рамках командной работы, правильное распределение временных и иных |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>ресурсов</p> <p>навык командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной совместной деятельности;</p> <p>умение приносить пользу для команды и командного выполнения поставленной задачи, используя различные ресурсы;</p> <p>рефлексивные умения: оценивание собственной деятельности и личного вклада в командный результат, а также анализ действий других в контексте получения общего результата;</p> <p>осуществление самоконтроля и умение улучшать выполнение своей деятельности в ходе анализа и рефлексии собственных действий и действий других участников команды;</p> <p>умение сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды, осуществлять эффективную коммуникацию и взаимосвязи с ними на основе диалога и понимания их текущего эмоционального состояния, индивидуально-личностных особенностей и т.д.;</p> <p>проявление толерантного и эмпатийного отношения к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию; умение осуществлять</p> |
| | <p>Экспертная оценка, наблюдение в реальной деятельности</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>деятельность по предотвращению конфликтов и их продуктивному разрешению;</p> <p>реализация на практике навыков командообразования и группового сплочения;</p> <p>умение совместно планировать, ставить, принимать и достигать общие командные цели сообща выбранным способом в рамках выполнения командной работы;</p> <p>умение разрабатывать стратегию и план действий команды, формировать задачи участникам команды для достижения поставленной цели;</p> <p>умение использовать эффективные стили организации, руководства и управления командой;</p> <p>умение организовывать, проектировать и анализировать межличностные, групповые и организационные коммуникации в команде</p> |
| | <p>Опросник межличностных отношений (А.А. Рукавишников)</p> | <p>способы социальной ориентации по отношению к членам команды, межличностное поведение (потребность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми, на основе которых возникают взаимодействие и сотрудничество, стремление создавать и сохранять</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | чувство взаимного уважения, опираясь на компетентность и ответственность, потребность в контроле) |
| | Тест «Пульсар» (Л.Г. Почебут) | уровень развития группы, степень ее зрелости, которая базируется на основных ее состояниях: подготовленности к деятельности, направленности, организованности, активности, сплоченности, интегративности, референтности |
| | Диагностика уровня развития команды (Л.И. Уманский, Д.И. Лутошкин) | умение совместно планировать, ставить, принимать и достигать общие командные цели сообща выбранным способом в рамках выполнения командной работы; умение разрабатывать стратегию и план действий команды, формировать задачи участникам команды для достижения поставленной цели. |
| | Диагностика уровня развития рефлексивности (А.В. Карпов) | Поведенческие и интроспективные индикаторы рефлексивности личности |

Характеристика диагностического инструментария для исследования уровня сформированности у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий представлена в Приложении 4.

С учетом выделенных критериев нами охарактеризованы уровни сформированности компетенции командной работы:

адаптивный (начальный);

репродуктивный (средний);

продуктивный (высокий).

В таблице 3 представлено соотношение уровней сформированности компонентов, критериев, показателей сформированности компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

Таблица 3

Критерии и уровни сформированности у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы

| Уровни | | |
|---|---|--|
| Адаптивный | Репродуктивный | Продуктивный |
| <i>Когнитивно-целевой компонент</i> | | |
| - минимальный объем несистематизированных знаний о структурно-содержательных аспектах командной работы, признаках и структуре работы в команде, этапах ее развития и специфике образования и формирования, групповой сплоченности, принципах, методиках, способах, технологиях, динамике развития межличностных отношений в команде, основных теориях | - имеющиеся знания о структурно-содержательных аспектах командной работы, признаках и структуре работы в команде, этапах ее развития и специфике образования и формирования, групповой сплоченности, принципах, методиках, способах, технологиях, динамике развития межличностных отношений в команде, основных теориях лидерства, стилях и | - сформированная целостная система знаний о структурно-содержательных аспектах командной работы, признаках и структуре работы в команде, этапах ее развития и специфике образования и формирования, групповой сплоченности, принципах, методиках, способах, технологиях, динамике развития межличностных отношений в команде, основных теориях |

| | | |
|---|--|---|
| <p>лидерства, стилях и методах руководства;</p> <p>- несформированность представлений о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, командных ролях, типах поведения в команде, конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде.</p> | <p>методах руководства;</p> <p>- представления о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, командных ролях, типах поведения в команде, конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде</p> <p>характеризуются поверхностностью и не носят систематизированный характер.</p> | <p>лидерства, стилях и методах руководства;</p> <p>- сформированность представлений о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, командных ролях, типах поведения в команде, конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде.</p> |
| <i>Мотивационно-ценностный компонент</i> | | |
| <p>- отсутствие личностно-значимого смысла к осуществлению работы в команде, нечеткое понимание общей и частных целей командной работы;</p> <p>- отсутствие или эпизодическая</p> | <p>- понимание личностно-значимого смысла к осуществлению работы в команде, нечеткое понимание общей и частных целей командной работы;</p> <p>- более устойчивая развитость внутренних</p> | <p>- устойчивое понимание личностно-значимого смысла к осуществлению работы в команде, четкое понимание общей и частных целей командной работы;</p> <p>- устойчивая развитость</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>развитость внутренних мотивов к работе в команде, установки на формирование у себя готовности к командной работе, овладению продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций и их продуктивное разрешение, отсутствие командных интересов;</p> <p>- неотчетливое планирование собственных целей формирования готовности к командной работе и проектирование вероятных способов их достижения, непринятие ответственности за осуществление деятельности и результативность выполнения общего задания.</p> | <p>мотивов к работе в команде, установки на формирование у себя готовности к командной работе, овладению продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций и их продуктивное разрешение, наличие командных интересов;</p> <p>- способность планирования собственных целей формирования готовности к командной работе и проектирование вероятных способов их достижения, принятие ответственности за осуществление деятельности и результативность выполнения общего задания.</p> | <p>внутренних мотивов к работе в команде, установки на формирование у себя готовности к командной работе, овладению продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций и их продуктивное разрешение, наличие командных интересов;</p> <p>- высокая способность планирования собственных целей формирования готовности к командной работе и проектирование вероятных способов их достижения, принятие ответственности за осуществление деятельности и результативность выполнения общего задания.</p> |
|---|---|--|

Рефлексивно-деятельностный компонент

| | | |
|---|--|--|
| <p>- не всегда способность практически реализовать знания и умения в области выполнения командной работы, выстраивать свою деятельность в рамках командной работы, распределять временные и иные ресурсы, сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды;</p> <p>- частичное развитие навыков командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной деятельности, командообразования и группового сплочения, использования эффективных стилей</p> | <p>- умение практически реализовать знания и умения в области выполнения командной работы, выстраивать свою деятельность в рамках командной работы, распределять временные и иные ресурсы, сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды;</p> <p>- развитие навыков командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной деятельности, командообразования и группового сплочения, использования эффективных стилей</p> | <p>- умение практически реализовать знания и умения в области выполнения командной работы, выстраивать свою деятельность в рамках командной работы, распределять временные и иные ресурсы, сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды;</p> <p>- высокий уровень развития навыков командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной деятельности, командообразования и группового сплочения, использования эффективных стилей</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| <p>организации, руководства и управления командой, осуществления деятельности по предотвращению конфликтов и(или) их продуктивному разрешению;</p> <p>- частичная сформированность рефлексивных умений: оценивания собственной деятельности и личного вклада в командный результат, анализа действий других в контексте получения общего результата, самоконтроля и рефлексии собственных действий и действий других участников команды;</p> <p>- не всегда способность проявлять толерантное и эмпатийное отношение к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию.</p> | <p>руководства и управления командой, осуществления деятельности по предотвращению конфликтов и(или) их продуктивному разрешению;</p> <p>- частичная сформированность рефлексивных умений: оценивания собственной деятельности и личного вклада в командный результат, анализа действий других в контексте получения общего результата, самоконтроля и рефлексии собственных действий и действий других участников команды;</p> <p>- способность проявлять толерантное и эмпатийное отношение к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию.</p> | <p>организации, руководства и управления командой, осуществления деятельности по предотвращению конфликтов и(или) их продуктивному разрешению;</p> <p>- сформированность рефлексивных умений: оценивания собственной деятельности и личного вклада в командный результат, анализа действий других в контексте получения общего результата, самоконтроля и рефлексии собственных действий и действий других участников команды;</p> <p>- способность проявлять толерантное и эмпатийное отношение к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию.</p> |
|--|---|--|

Таким образом, таблица 3 демонстрирует определенные уровневые характеристики когнитивно-целевого, мотивационно-ценностного и рефлексивно-деятельностного компонентов. Сформированность данных компонентов свидетельствует о сформированности компетенции командной работы у студентов-медиков.

2.3. Результаты реализации педагогической модели формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий

В процессе реализации эксперимента нами были получены результаты изучения уровня сформированности компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей до и после проведения формирующего эксперимента по когнитивно-целевому, мотивационно-ценностному и рефлексивно-деятельностному компонентам. Представим наглядно полученные результаты исходного и итогового уровней сформированности компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

Исследование **когнитивно-целевого** компонента было направлено на изучение имеющихся у студентов-медиков знаний о структурно-содержательных аспектах командной работы, признаках и структуре работы в команде, динамике развития межличностных отношений в группе (команде), этапах развития команды, специфике образования и формирования команды, групповой сплоченности, основных принципах, методиках, способах, технологиях, основных теориях лидерства и стилях руководства, методах эффективного руководства командами, а также представлений о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, ключевых командных ролях, типах поведения человека в команде, конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде. Рисунок 5 отражает исходный уровень, рисунок 6 – итоговый уровень имеющихся знаний у студентов обеих групп.

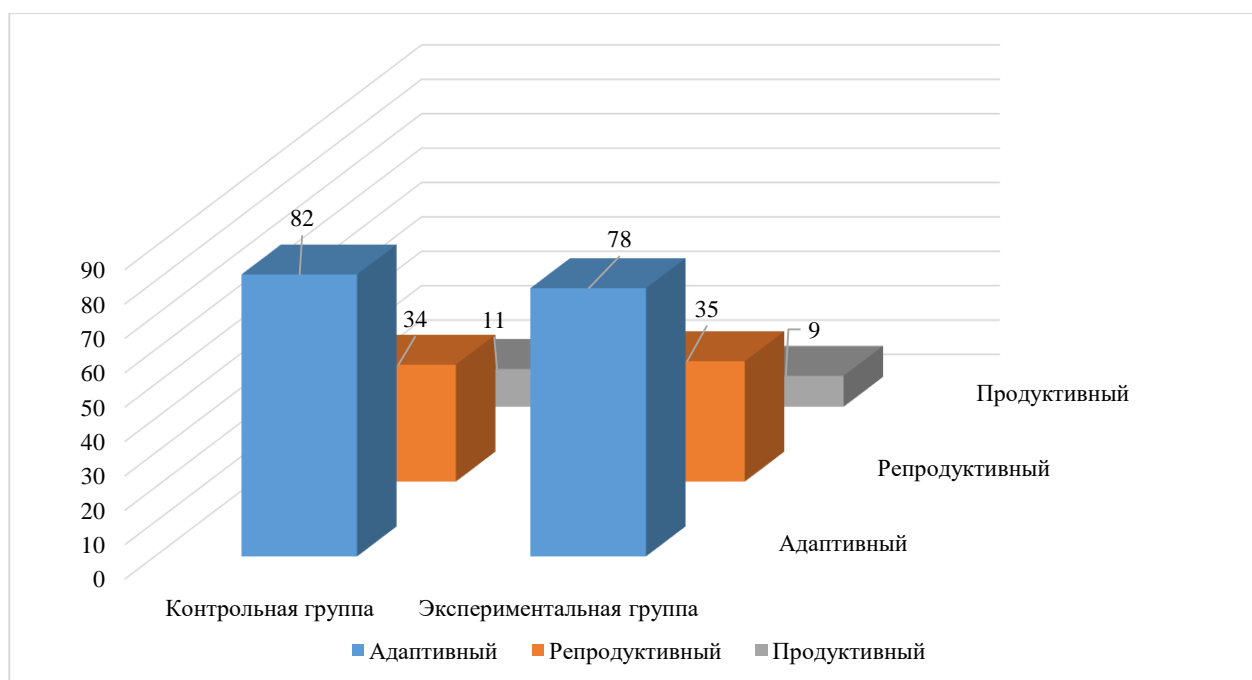


Рис. 5. Сформированность когнитивно-целевого компонента (исходный уровень)

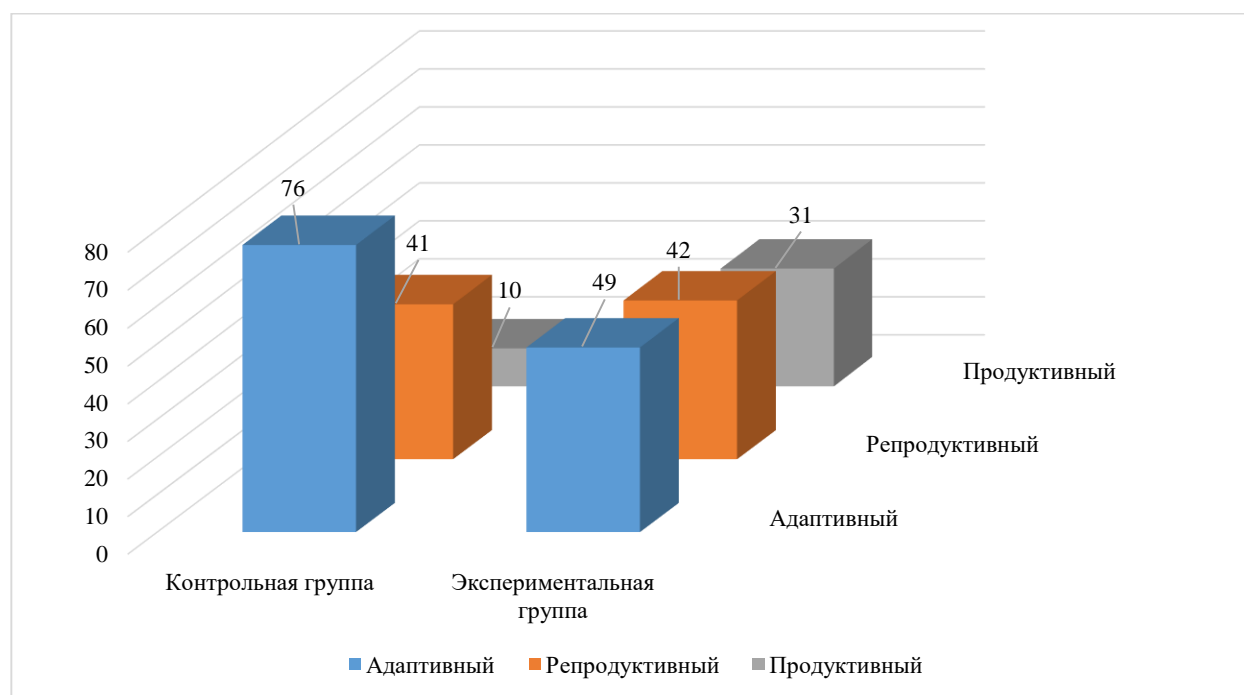


Рис. 6. Сформированность когнитивно-целевого компонента (итоговый уровень)

Тест оценки знаний студентов-медиков показал, в целом, невысокий исходный уровень имеющихся знаний и представлений респондентов о структурно-содержательных и организационных аспектах командной работы.

Лишь 8,7% студентов контрольной и 7,4% студентов экспериментальной групп на данном этапе имеют продуктивный уровень понимания основных аспектов командной работы. Треть респондентов (26,8% студентов контрольной и 28,7% студентов экспериментальной групп) на данном этапе исследования имеют общее представление об основных признаках и структуре работы в команде, динамике развития межличностных отношений в команде, этапах развития команды, специфике образования и формирования команды, групповой сплоченности, основных принципах, методиках, способах, технологиях и т.п.

Результаты тестирования показали, что у студентов практически отсутствуют знания об основных теориях лидерства и стилях руководства, методах эффективного руководства командами, а также представлений о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, ключевых командных ролях, типах поведения человека в команде. Одними из самых сложных аспектов для студентов стал вопрос возможных конфликтов в команде, причин их возникновения, механизмов и стратегий решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде. Слабо ориентируются в основных структурно-содержательных и организационных аспектах командной работы 64,5% студентов контрольной и 63,9 % студентов экспериментальной групп.

Итоговый замер уровня сформированности имеющихся знаний и представлений респондентов о структурно-содержательных и организационных аспектах командной работы показал, что у студентов контрольной группы незначительные изменения в показателях готовности. Студенты же экспериментальной группы значительно продвинулись в уровне сформированности знаний. Продуктивный уровень демонстрируют уже 25,4% студентов, на репродуктивном уровне находятся 34,4% респондентов. Однако треть студентов экспериментальной группы осталась на адаптивном уровне 40,2%, имея лишь общее представление об основных признаках и структуре работы в команде, динамике развития межличностных отношений в команде, этапах развития команды, специфике образования и формирования команды,

групповой сплоченности, основных принципах, методиках, способах, технологиях и т.п.

Для проверки достоверности эмпирических результатов, полученные нами данные, были обработаны с помощью методов математической статистики посредством программы «IBM SPSS Statistics Версия 26».

Нами был использован U-критерий Манна-Уитни - статистический непараметрический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно.

Представим сравнение контрольной и экспериментальной групп по сформированности когнитивно-целевого компонента (табл. 4, 5).

Таблица 4

U-Манна-Уитни. Когнитивно-целевой компонент (исходный уровень)

| | Когнитивно-целевой компонент |
|--|------------------------------|
| U Манна-Уитни | 383,500 |
| W Вилкоксона | 1124,500 |
| Z | -,245 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,806 |

Анализируя таблицу 4, отметим, что среди контрольной и экспериментальной групп не обнаружено значимых различий в сформированности когнитивно-целевого компонента.

Таблица 5

U-Манна-Уитни. Когнитивно-целевой компонент (итоговый уровень)

| | Когнитивно-целевой компонент |
|--|------------------------------|
| U Манна-Уитни | 267,500 |
| W Вилкоксона | 1008,500 |
| Z | -2,082 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,037* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Анализируя таблицу 5, отметим, что обнаружены статистически значимые различия ($U=267,500$, при $p<0,05$) среди экспериментальной и контрольной групп. Таким образом, мы можем отметить, что сформированность когнитивно-целевого компонента у экспериментальной группы статистически выше, чем контрольной.

Исследование **мотивационно-ценностного** компонента было направлено на изучение отношения студентов-медиков обеих групп к работе в команде, ценностного отношения к осуществлению профессиональной деятельности в команде, мотивации к работе в команде, заинтересованности в каждом участнике команды, планировании собственных целей формирования готовности к командной работе и проектировании вероятных способов их достижения, принятия ответственности за совместное осуществление деятельности и результативность выполнения общего задания, понимания целей командной работы, отношение к ним как к лично значимым.

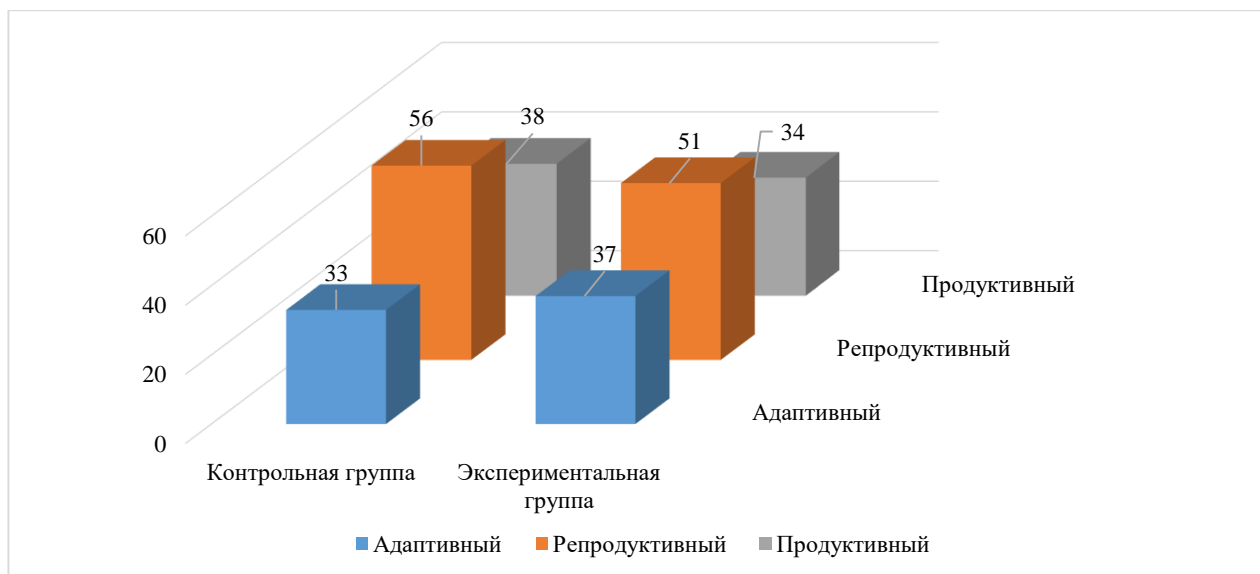


Рис. 7. Сформированность мотивационно-ценностного компонента (исходный уровень)

Рисунок 7 отражает исходный, а рисунок 8 - итоговый уровень сформированности данного компонента у студентов обеих групп.

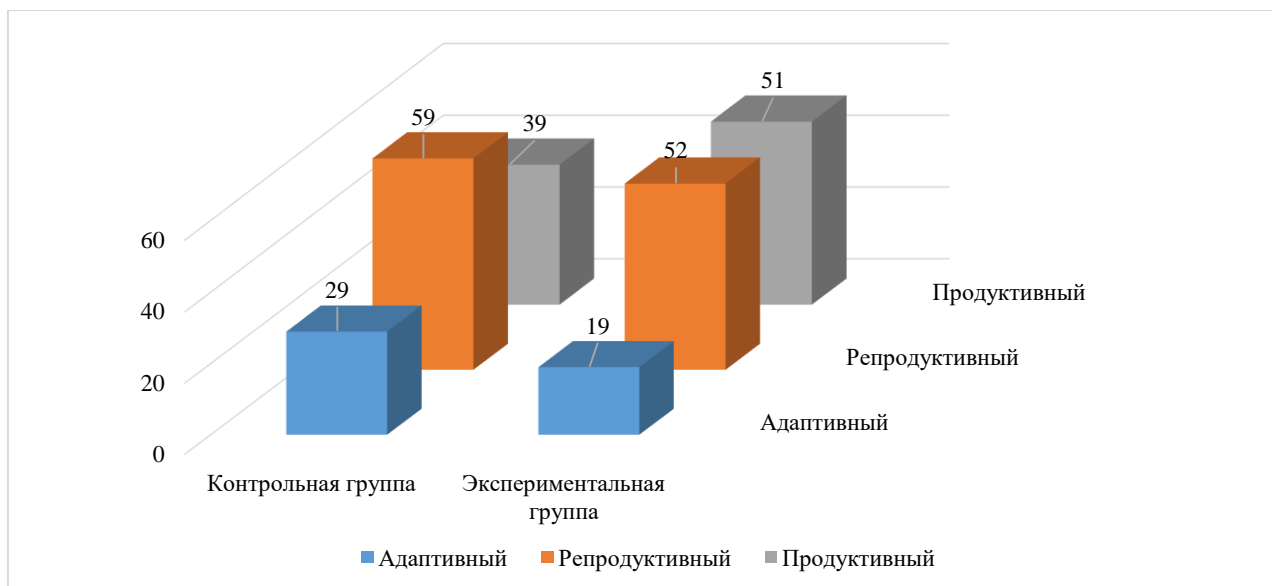


Рис. 8. Сформированность мотивационно-ценностного компонента
(итоговый уровень)

Методика незаконченных предложений позволила проанализировать мотивационно-ценностные установки студентов к работе в команде, отношение к осуществлению профессиональной деятельности в команде, установку на формирование у себя готовности к командной работе, овладение продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций в контексте совместной деятельности и(или) их продуктивное разрешение. Данные исходной диагностики показали наличие у большинства студентов обеих групп позитивного отношения к осуществлению профессиональной деятельности в команде, готовности овладеть эффективными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций в контексте командной работы.

Диагностика мотиваторов социально-психологической активности личности позволила выявить ведущие потребности-мотиваторы, мотивационную доминанту личностной активности, доминирующие потребности студентов-медиков: достижение успеха, стремление к власти, тенденция к аффилиации (групповому признанию и уважению). Данные диагностики исходного уровня показали средний уровень тенденции к аффилиации (групповому признанию и уважению), а также потребности в

достижении успеха у студентов обеих групп. Важно отметить, что на данном этапе лишь 26,0% студентов контрольной и 30,3% студентов экспериментальной групп не были мотивированы к командной работе, не понимали целевых ориентиров данного вида работы, не видели необходимости в освоении различных способов командной работы. Остальные студенты находились на репродуктивном и продуктивном уровне сформированности мотивационно-ценностного компонента. Итоговый замер уровня сформированности данного компонента показал лишь небольшие изменения в сторону мотивационно-ценностной составляющей: на адаптивном (низком) уровне мотивации остались 22,8% студентов контрольной группы, в экспериментальной группе адаптивный уровень продемонстрировали лишь 15,6% студентов. Количество студентов, показавших продуктивный уровень в экспериментальной группе, увеличилось до 41,8%.

Представим сравнение контрольной и экспериментальной групп по сформированности мотивационно-ценностного компонента (табл. 6,7).

Таблица 6

U-Манна-Уитни. Мотивационно-ценностный компонент (исходный уровень)

| | Мотивационно-ценностный компонент |
|--|-----------------------------------|
| U Манна-Уитни | 360,000 |
| W Вилкоксона | 1101,000 |
| Z | -,618 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,537 |

Таблица 7

U-Манна-Уитни. Мотивационно-ценностный компонент (итоговый уровень)

| | Мотивационно-ценностный компонент |
|--|-----------------------------------|
| U Манна-Уитни | 293,000 |
| W Вилкоксона | 524,000 |
| Z | -2,252 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,024* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Анализируя таблицу 6, отметим, что среди контрольной и экспериментальной групп не обнаружено значимых различий в сформированности мотивационно-ценностного компонента.

Анализируя таблицу 7, отметим, что обнаружены статистически значимые различия ($U=293,000$, при $p<0,05$) среди экспериментальной и контрольной групп. Таким образом, мы можем отметить, что сформированность мотивационно-ценностного компонента у экспериментальной группы выше, чем контрольной.

Исследование **рефлексивно-деятельностного** компонента было направлено на изучение реализации на практике навыков командообразования и группового сплочения, знаний и умений в области выполнения совместной деятельности в группе, умений студентов выстраивать свою деятельность и организовать собственную личность в рамках командной работы, правильно распределять временные и иные ресурсы, разрабатывать стратегию и план действий команды, формировать задачи участникам команды для достижения поставленной цели, использовать эффективные стили организации, руководства и управления командой, рефлексивных (оценивание собственной деятельности и личного вклада в командный результат, а также анализ действий других в контексте получения общего результата) и коммуникативных (сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды, осуществлять эффективную коммуникацию и взаимосвязи с ними на основе диалога и понимания их текущего эмоционального состояния, индивидуально-личностных особенностей) умений.

Рисунок 9 отражает исходный, а рисунок 10 – итоговый уровень сформированности данного компонента.

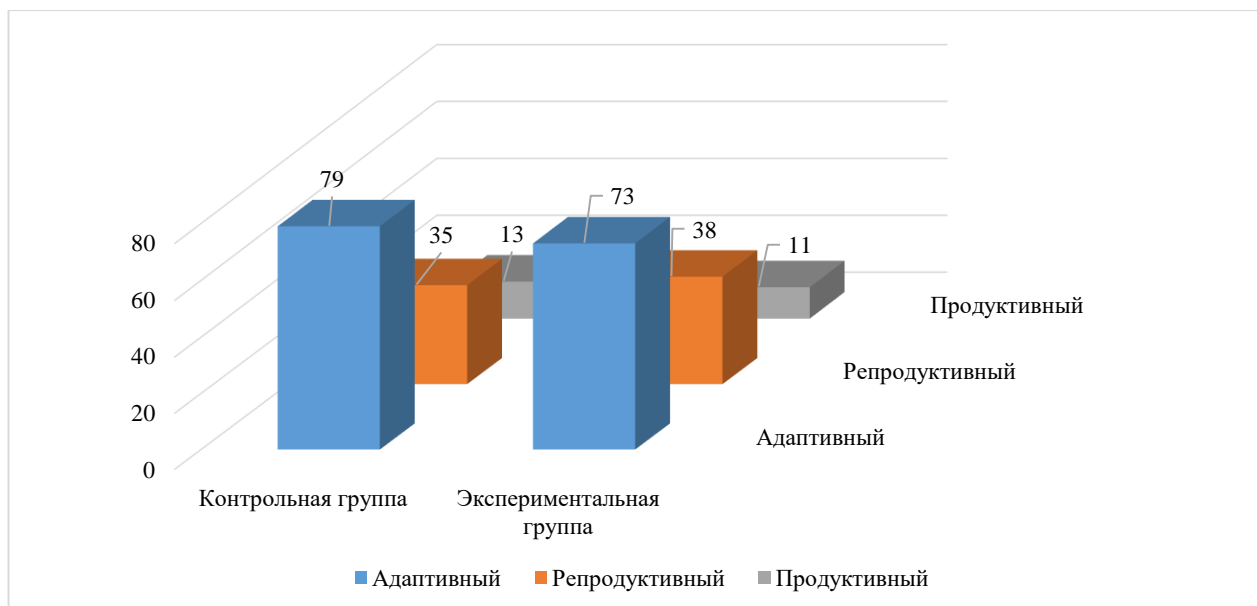


Рис. 9. Сформированность рефлексивно-деятельностного компонента (исходный уровень)

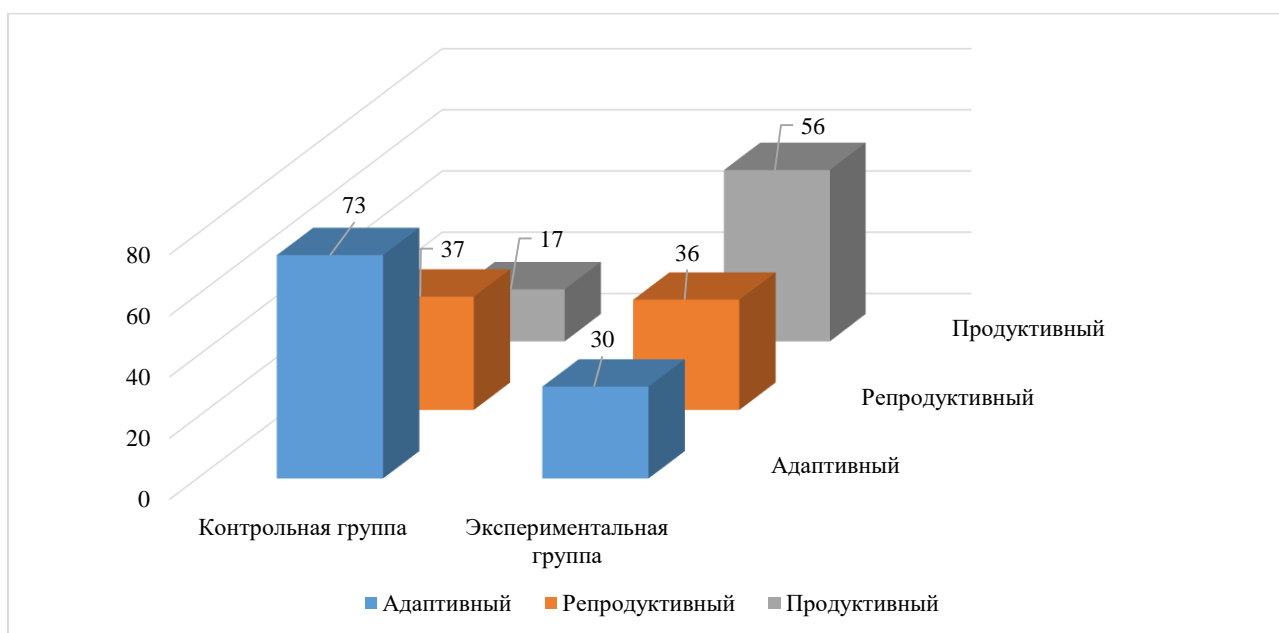


Рис. 10. Сформированность рефлексивно-деятельностного компонента (итоговый уровень)

Решение ситуационных задач (ситуационно-поведенческое тестирование) проводилось с целью анализа уровня сформированности навыков работы в группе на конкретных примерах, т.е. реализации знаний и умений студентов-медиков в области выполнения совместной деятельности в группе, умений

выстраивать свою деятельность и организовать собственную личность в рамках командной работы, правильно распределять временные и иные ресурсы.

Наблюдение экспертов за реальной деятельностью студентов в симуляционном центре осуществлялось в процессе проведения симуляционных тренингов, ролевых игр, ситуационных анализов (case-study, дебрифингов) и опиралось на изучение навыков командного планирования и проектирования успешности выполнения задания и получения результатов в ходе командной совместной деятельности; умений приносить пользу для команды и командного выполнения поставленной задачи, используя различные ресурсы, реализации на практике навыков командообразования и группового сплочения, умения совместно планировать, ставить, принимать и достигать общие командные цели сообща выбранным способом в рамках выполнения командной работы, разрабатывать стратегию и план действий команды, формировать задачи участникам команды для достижения поставленной цели, использовать эффективные стили организации, руководства и управления командой, организовывать, проектировать и анализировать межличностные, групповые и организационные коммуникации в команде.

Кроме того, эксперты оценивали рефлексивные умения студентов: оценивание собственной деятельности и личного вклада в командный результат, а также анализ действий других в контексте получения общего результата, осуществление самоконтроля и умение улучшать выполнение своей деятельности в ходе анализа и рефлексии собственных действий и действий других участников команды.

С целью диагностики уровня развития рефлексивности была проведена методика А.В. Карпова, позволяющая оценить поведенческие и интроспективные индикаторы рефлексивности личности. Изучение исходного уровня развития рефлексивности показало, что на высоком уровне развития данного личностного свойства находятся лишь 27,2% студентов-медиков контрольной и 29,3% студентов-медиков экспериментальной групп, демонстрируя способность личности осмысливать, разносторонне анализировать свою деятельность, взвешенно принимая решения. Данные

итогового замера показали увеличение количества студентов-медиков экспериментальной группы, находящихся на высоком и среднем уровне развития рефлексивности.

С помощью опросника межличностных отношений А.А. Рукавишникова и мнения экспертов нами оценивались и коммуникативные умения студентов-медиков: умения сотрудничать и устанавливать продуктивные межличностные контакты с участниками команды, осуществлять эффективную коммуникацию и взаимосвязи с ними на основе диалога и понимания их текущего эмоционального состояния, индивидуально-личностных особенностей, осуществлять деятельность по предотвращению конфликтов и(или) их продуктивному разрешению, проявлять толерантное и эмпатийное отношение к участникам команды, готовность к поддержке и взаимопониманию.

Данные опросника межличностных отношений А.А. Рукавишникова на исходном этапе позволили констатировать наличие у 39,6% студентов контрольной и 36,9% студентов экспериментальной групп отсутствие желания брать на себя ответственность за работу в команде, стремление избегать общения с членами команды. На итоговом замере у студентов экспериментальной групп результаты значительно улучшились в сторону усиления потребности в принадлежности к группе, стремления быть принятыми членами команды, увеличилось число студентов, испытывающих потребность в создании и поддержании удовлетворительных отношений с членами команды, сохранении чувства взаимного уважения. Увеличилось также количество студентов экспериментальной группы, желающих брать на себя ответственность.

Использование для диагностики теста «Пульсар» и методики изучения уровня развития команды (Л.И. Уманский, Д.И. Лутошкин) позволило оценить уровень развития группы, степень ее зрелости, которая базируется на основных ее состояниях: подготовленности к деятельности, направленности, организованности, активности, сплоченности, интегративности, референтности. Большая часть студентов обеих групп, как показали данные исходного замера,

показали недостаточную степень зрелости и развитости групп, не всегда способность эффективно справляться с поставленными задачами. После проведения формирующего эксперимента, на итоговой диагностике, данные показатели в экспериментальной группе значительно повысились, продемонстрировав достаточную степень зрелости и развитости группы, ее организованности, активности и сплоченности. В контрольной группе зафиксированы незначительные изменения.

Представим сравнение контрольной и экспериментальной групп по сформированности рефлексивно-деятельностного компонента (табл. 8,9).

Таблица 8

U-Манна-Уитни. Рефлексивно-деятельностный компонент
(исходный уровень)

| | Рефлексивно- деятельностный компонент |
|---|--|
| U Манна-Уитни | 380,000 |
| W Вилкоксона | 1121,000 |
| Z | -,403 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,687 |

Анализируя таблицу 8, отметим, что у контрольной и экспериментальной групп не обнаружено значимых различий в сформированности рефлексивно-деятельностного компонента.

Таблица 9

U-Манна-Уитни. Рефлексивно-деятельностный компонент
(итоговый уровень)

| | Рефлексивно- деятельностный компонент |
|---|--|
| U Манна-Уитни | 271,000 |
| W Вилкоксона | 1071,000 |
| Z | -1,101 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,031* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Анализируя таблицу 9, отметим, что обнаружены статистически значимые различия ($U=271,000$, при $p<0,05$) у экспериментальной и контрольной групп. Таким образом, мы можем отметить, что сформированность рефлексивно-деятельностного компонента у экспериментальной группы выше, чем контрольной.

Таблица 10

Анализ данных по показателям всех компонентов компетенции

| Компоненты | | Контрольная группа (кол-во респондентов) | | | | | | Экспериментальная группа (кол-во респондентов) | | | | | |
|---------------------|-------------------|---|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | | Адапт. | | Репрод. | | Продукт. | | Адапт. | | Репрод. | | Продукт. | |
| | | чел | % | чел | % | чел | % | чел | % | чел | % | чел | % |
| Исходный уровень | КЦ | 82 | 64,5 | 34 | 26,8 | 11 | 8,7 | 78 | 63,9 | 35 | 28,7 | 9 | 7,4 |
| | МЦ | 33 | 26,0 | 56 | 44,1 | 38 | 29,9 | 37 | 30,3 | 51 | 41,8 | 34 | 27,9 |
| | РД | 79 | 62,2 | 35 | 27,6 | 13 | 10,2 | 73 | 59,8 | 38 | 31,1 | 11 | 9,1 |
| | Общее значение | 64 | 50,3 | 42 | 33,2 | 21 | 16,5 | 63 | 51,7 | 41 | 33,6 | 18 | 14,7 |
| Итоговый уровень | КЦ | 76 | 59,8 | 41 | 32,4 | 10 | 7,8 | 49 | 40,2 | 42 | 34,4 | 31 | 25,4 |
| | МЦ | 29 | 22,8 | 59 | 46,5 | 39 | 30,7 | 19 | 15,6 | 52 | 42,6 | 51 | 41,8 |
| | РД | 73 | 57,5 | 37 | 29,1 | 17 | 13,4 | 30 | 24,6 | 36 | 29,5 | 56 | 45,9 |
| | Общее значение | 59 | 46,4 | 46 | 36,2 | 22 | 17,4 | 32 | 26,2 | 44 | 36,1 | 46 | 37,7 |

Примечание: КЦ - когнитивно-целевой; МЦ - мотивационно-ценностный; РД - рефлексивно-деятельностный

Представим сравнение контрольной и экспериментальной групп по сформированности интегрального показателя всех компонентов до и после проведения формирующего эксперимента.

Таблица 11.

U-Манна-Уитни. Интегральный показатель (исходный уровень)

| | Интегральный показатель |
|---|-------------------------|
| U Манна-Уитни | 373,000 |
| W Вилкоксона | 604,000 |
| Z | -,412 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,680 |

Анализируя таблицу 11, отметим, что среди контрольной и экспериментальной групп на этапе замера исходного уровня не обнаружено

значимых различий в сформированности у студентов-медиков компетенции командной работы.

Таблица 12

U-Манна-Уитни. Интегральный показатель (итоговый уровень)

| | Интегральный показатель |
|--|-------------------------|
| U Манна-Уитни | 231,000 |
| W Вилкоксона | 1113,000 |
| Z | -1,107 |
| Асимптотический уровень значимости (двухсторонняя) | ,049* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Анализируя таблицу 12, отметим, что обнаружены статистически значимые различия ($U=231,000$, при $p < 0,05$) среди экспериментальной и контрольной групп на этапе замера итогового уровня. Таким образом, мы можем отметить, что сформированность интегрального показателя всех компонентов среди экспериментальной группы достоверно повысилась.

Анализ полученных в экспериментальном исследовании результатов и их статистическая обработка показали уровень сформированности компетенции командной работы у студентов медицинского вуза. Доказано, что после реализации модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий уровень сформированности данной компетенции у студентов экспериментальной группы значительно повысился, что говорит о результативности проведенной работы. Доказано, что после проведения формирующего эксперимента рассмотренные нами результаты сформированности компонентов компетенции у студентов экспериментальной группы значимо отличались от результатов студентов контрольной группы. Вывод: осуществленное нами исследование доказывает результативность реализованной в процессе подготовки студентов вуза педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

Во второй главе нами было представлено научное обоснование педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий, которая прошла практическую реализацию и апробацию.

Под формированием у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы следует понимать системный и целенаправленный образовательный процесс, охватывающий познавательно-ориентировочный, организационно-стимульный и содержательно-оценочный этапы, в ходе которых происходит приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности в дальнейшем.

Структура педагогической модели формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы, разработанная на основе интеграции системного, структурно-функционального и компетентностного подходов, представляет собой целостное единство основных элементов, в качестве которых выступают нормативно-целевой, методологический, содержательно-функциональный и результативно-корректирующий блоки.

В первый нормативно-целевой блок педагогической модели включены следующие элементы: цель и задачи педагогической модели; субъекты - участники модели; предпосылки разработки модели и осуществления деятельности по формированию компетенции командной работы у студентов-медиков; нормативно-правовые документы, на основе которых была разработана и реализована модель.

Основаниями разработки и реализации педагогической модели выступили социальный и государственный заказ; запросы работодателей и представителей медицинских учреждений; требования к реализации системы

высшего медицинского образования, которые выстраиваются с учетом нормативно-правовых документов.

Цель педагогической модели обозначена нами как формирование у студентов-медиков компетенции командной работы и организации результативной совместной деятельности.

Методологической основой разработанной педагогической модели выступили системный, структурно-функциональный и компетентностный подходы к формированию компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей.

На основе осуществленного анализа принципов педагогической деятельности, мы пришли к выводу, что максимально продуктивными в контексте организации и реализации педагогической модели формирования у студентов-медиков компетенции командной работы средствами симуляционных технологий являются такие принципы, как компетентностной ориентированности медицинского образования, полисубъектного взаимодействия субъектов профессионального медицинского образования, рефлексивной активности, принцип корпоративного обучения и обязательного учёта индивидуально-личностных особенностей студентов медицинских специальностей, социальной обусловленности целей и основного содержания высшего медицинского образования.

Осуществленный анализ теоретических и практических аспектов работы показал, что структура компетенции командной работы студентов медицинских специальностей должна включать в себя тесно взаимосвязанные между собой когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты.

В качестве ключевой педагогической технологии формирования у студентов-медиков компетенции командной работы выбраны симуляционные технологии, которые, исходя из теоретических и практических взглядов, являются наиболее оптимальным и продуктивным инструментом в выбранном направлении педагогической работы.

С целью формирования у студентов-медиков компетенции командной работы средствами симуляционных технологий были использованы данные формы педагогической работы: симуляционный тренинг, ролевая игра, ситуационный анализ (case-study, дебрифинг). Помимо перечисленных форм работы в контексте педагогической деятельности было организовано использование активных форм работы, а также самостоятельной работы студентов медицинских специальностей.

В содержательно-функциональном блоке педагогической модели рассмотрены также этапы формирования компетенции командной работы средствами симуляционных технологий: познавательно-ориентировочный, организационно-стимульный, содержательно-оценочный.

К педагогическим условиям, реализация которых способствует результативности процесса формирования компетенции командной работы у студентов-медиков, следует отнести:

- осознание студентами-медиками готовности к командной работе как необходимой составляющей их компетентности и важного условия результативного осуществления профессиональной деятельности;

- моделирование практико-ориентированной и коммуникативно-деятельностной образовательной среды медицинского вуза средствами симуляционных технологий в предметном и социальном контекстах будущей профессиональной деятельности;

- организационно-методическое обеспечение модели формирования компетенции командной работы, позволяющее содержательно наполнить, диагностировать и прогнозировать процесс формирования компетенции командной работы на основе получения обратной связи и комплексной диагностики индивидуально-личностных особенностей студентов медицинских специальностей;

- формирование компетенции командной работы на основе гуманистически-деятельностной парадигмы, в рамках которой студент-медик принимает социальную роль врача, включен в образовательный процесс и

выступает в качестве активного и самостоятельного субъекта будущей профессиональной деятельности.

Проверка результативности комплекса педагогических условий была проведена в ходе формирующего эксперимента.

Результативно-корректирующий блок педагогической модели обеспечивает своевременное получение обратной связи о результативности протекания процесса формирования компетенции командной работы у студентов-медиков, о положительных аспектах осуществляемой работы и возникающих затруднениях. Выделенные уровни сформированности у студентов-медиков компетенции командной работы (адаптивный, репродуктивный и продуктивный) отражают характерные показатели сформированной компетенции командной работы у студентов-медиков по соответствующим компонентам: когнитивно-целевому, мотивационно-ценностному и рефлексивно-деятельностному.

Для проверки результативности разработанной нами педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий и программы ее реализации был осуществлен педагогический эксперимент, включающий диагностический, практический и аналитико-обобщающий этапы. Процедура экспериментальной проверки результативности педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий выстроена на сравнении исходного и итогового уровня сформированности отдельных компонентов данной компетенции до и после реализации формирующего эксперимента (табл. 10).

В процессе диагностической работы нами использован диагностический инструментарий, позволивший оценить сформированность у студентов-медиков когнитивно-целевого, мотивационно-ценностного и рефлексивно-деятельностного компонентов компетенции командной работы.

Анализ результатов у студентов-медиков исходного и итогового уровней компетенции командной работы позволил констатировать значительное повышение уровня сформированности всех компонентов искомой компетенции. Статистический анализ данных показал, что обнаружены статистически значимые различия ($U=231,000$, при $p<0,05$) среди экспериментальной и контрольной групп на этапе замера итогового уровня, что дает основание говорить о том, что сформированность интегрального показателя всех компонентов у студентов экспериментальной группы достоверно повысилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной науке отмечается разнообразие подходов к пониманию сущности понятия компетенции специалиста, объединяющим началом которых выступает ее трактовка как необходимого и первостепенного условия осуществления человеком трудовой деятельности.

Рассмотрение педагогических аспектов компетенции позволило выделить следующие ключевые дефиниции данного понятия: компетенция как функциональное состояние человека, его основная характеристика; компетенция как системное личностное образование; компетенция как устойчивое личностное качество, обусловленное комплексом сформированных умений и навыков, важных для осуществления собственной профессиональной деятельности; компетенция как состояние личности к осуществлению профессиональной деятельности; компетенция как синтез мотивов, личностных качеств, свойств, состояний и ситуаций; компетенция как уровень личностной ориентации; компетенция как особая установка личности на осуществление профессиональной деятельности.

В ходе теоретического анализа мы пришли к выводу, что понятие компетенции выступает многоплановым неоднородным педагогическим понятием, которое включает в себя разноуровневые компоненты и аспекты. Традиционным в педагогической литературе выступает выделение в структуре компетенции совокупности следующих элементов: знания, познавательная активность, целенаправленно выработанная мотивация, умения и навыки, положительное отношение к профессиональной деятельности, практические действия, способность к самоанализу, сформированная рефлексия.

На основе проведенного теоретического анализа мы рассматриваем компетенцию студентов-медиков как целостное структурное образование личности, включающее в себя профессионально важные качества, знания, умения, навыки, мотивационно-ценностные, эмоционально-волевые и интерактивные особенности обучающихся, в совокупности обеспечивающее

результативное выполнение функциональных обязанностей и успешное взаимодействие в социально-профессиональной среде.

Формирование компетенции сводится к трем ключевым аспектам: формирование компетенции как конечная цель и результат целостного образовательного процесса в рамках профессиональной подготовки будущего специалиста; формирование компетенции как овладение студентами знаниями, умениями и навыками, необходимыми для решения профессиональных задач в будущем; формирование компетенции как подготовка человека к осуществлению профессиональных функций для конкретной профессиональной сферы.

Очевидно, что квалифицированное осуществление выпускниками медицинских специальностей своих профессиональных функций обусловлено наличием у них определенного уровня знаний, сформированности практических умений и навыков, соответствующих характеру, специфике и условиям профессиональной медицинской деятельности. На основе анализа содержания ФГОС и профессиограммы медицинского работника правильным представляется выделение главных требований к будущим специалистам, одним из которых является компетенция командной работы.

Командно-ориентированное обучение представляет собой особую образовательную стратегию, которая в контексте высшего медицинского образования способствует подготовке высококвалифицированных специалистов, готовых и способных к осуществлению командно-ориентированной профессиональной деятельности. Основной предпосылкой формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей является организация системы обучения с целью поиска и реализации прикладных ситуационных решений на основе совместного группового обсуждения конкретных клинических случаев.

Анализ научных работ показал, что с учетом условий осуществления и специфики будущей профессиональной деятельности командно-ориентированное обучение имеет ряд преимуществ по сравнению с

традиционными методами обучения. В качестве основных результатов применения командно-ориентированного обучения в системе высшего медицинского образования, помимо соответствующей профессиональной подготовки и активного участия будущих специалистов в закреплении знаний и получении опыта, следует обозначить: развитие умений социального взаимодействия, командной работы, сотрудничества, участия в групповых обсуждениях, дискуссиях и т.д.; становление умения отстаивать свое мнение и учитывать точки зрения других, что, в результате, развивает способность к анализу различных аспектов ситуации с разных позиций; отработка умения принимать быстрые и качественные решения поставленных задач совместно с другими людьми, в том числе в экстремальных ситуациях и в ситуациях неопределенности; формирование профессионального клинического мышления; выработка умения осознанно оценивать и рационально планировать свои действия и действия других людей, плодотворно осуществлять свою роль в команде, распределять обязанности между участниками. Таким образом, командно-ориентированное обучение, представляющее собой интерактивный метод обучения, создает оптимальные условия для приобретения студентами-медиками навыков и умений командной работы в решении учебно-профессиональных проблем и реализации конкретных практических действий.

Мы рассматриваем командную работу студентов медицинских специальностей как компетенцию, включающую в себя партнерское взаимодействие и совместную деятельность, ориентированную на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели и построенную на основе интеграции знаний, умений и навыков каждого участника. Очевидно также, что командная работа строится на эффективной коммуникации, сотрудничестве, диалоговом общении и установлении партнерских взаимоотношений между участниками.

Компетенция командной работы студента медицинской специальности представляет собой целостное системное образование, включающее в себя когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-

деятельностный компоненты, направленное на активное достижение поставленной общекомандной учебно-профессиональной цели на основе интеграции знаний, умений и навыков каждого участника. Командная работа строится на эффективной коммуникации, сотрудничестве, диалоговом общении и установлении партнерских взаимоотношений между участниками команды.

Под формированием у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы следует понимать системный и целенаправленный образовательный процесс, охватывающий познавательный, ориентировочный, организационно-стимульный и содержательно-оценочный этапы, в ходе которых происходит приобретение обучающимися необходимых знаний, практических умений и навыков, а также развитие у них профессионально-личностных качеств, определяющих осуществление результативной командной деятельности в дальнейшем.

Обучение на основе симуляционных технологий представляет собой относительно новую область развития и становления медицинской науки. Анализ теоретических и практических аспектов подготовки будущих врачей показал, что благодаря значимым прикладным аспектам симуляционные технологии прочно вошли и являются важнейшим звеном современной системы профессионального медицинского образования и развития здравоохранения в целом.

В контексте формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей симуляционные технологии выступают в роли современной и актуальной образовательной технологии, которая служит для отработки и оценки знаний, а также практических навыков и умений и строится на основе реалистичного моделирования, имитации и воспроизведения ситуаций клинической практики с применением биологических, механических, электронных и виртуальных (компьютерных) моделей. Следовательно, симуляционные технологии являются ценным инструментом профессионального образования и развития практических навыков студентов-медиков.

В ходе обобщения рассмотренных теоретических источников и анализа образовательной практики профессиональной подготовки нами было установлено, что реализация симуляционных технологий позволяет: сформировать готовность к командной работе; проработать различные особенности установления и поддержания командного взаимодействия и межпрофессионального общения в теоретическом и практическом планах; выработать умение принимать командные решения и участвовать в сложной совместной деятельности; развить координацию командного выполнения задания, а также навыки командного общения в стрессовых и кризисных ситуациях; повысить личную эффективность и результативность своих действий в условиях осуществления командной работы; расширить в значительной степени коммуникативное пространство будущего специалиста, увеличить диапазон его возможностей относительно используемых коммуникативных средств и паттернов поведения.

Важной задачей обучения средствами симуляционных технологий является обучение работе в команде с коллегами, тренировка партнерского взаимодействия участников команды, закрепление навыков и умений эффективного профессионального и межличностного общения.

Таким образом, анализ зарубежной и отечественной литературы показал, что поддерживаемое на законодательном и государственном уровнях обучение с применением симуляционных технологий – это результативный инструмент, обеспечивающий продуктивное формирование у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы. Использование данной образовательной технологии содействует не только становлению теоретической и практической готовности обучающихся к профессиональной деятельности, но и способствует формированию у них компетенции командной работы.

Структура педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей, разработанная на основе интеграции системного, структурно-функционального и компетентностного подходов, представляет собой целостное единство

основных элементов, в качестве которых выступают нормативно-целевой, методологический, содержательно-функциональный и результативно-корректирующий блоки.

В первый нормативно-целевой блок педагогической модели включены следующие элементы: цель и задачи педагогической модели; субъекты - участники модели; предпосылки разработки модели и осуществления деятельности по формированию компетенции командной работы у студентов-медиков; нормативно-правовые документы, на основе которых была разработана и реализована модель.

Основаниями разработки и реализации педагогической модели выступили социальный и государственный заказ; запросы работодателей и представителей медицинских учреждений; требования к реализации системы высшего медицинского образования, которые выстраиваются с учетом нормативно-правовых документов.

Цель педагогической модели обозначена нами как формирование компетенции командной работы и организации результативной совместной деятельности студентов медицинских специальностей.

Методологической основой разработанной педагогической модели выступили структурно-функциональный, системный и компетентностный подходы к формированию компетенции командной работы у студентов-медиков.

На основе осуществленного анализа принципов педагогической деятельности, мы пришли к выводу, что максимально продуктивными в контексте организации и реализации педагогической модели компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий являются такие принципы, как компетентностной ориентированности медицинского образования, полисубъектного взаимодействия субъектов профессионального медицинского образования, рефлексивной активности, корпоративного обучения и учёта индивидуально-

личностных особенностей студентов-медиков, социальной обусловленности целей и основного содержания высшего медицинского образования.

Осуществленный анализ теоретических и практических аспектов работы показал, что структура компетенции командной работы студентов-медиков должна включать в себя тесно взаимосвязаны между собой когнитивно-целевой, мотивационно-ценностный и рефлексивно-деятельностный компоненты.

В качестве ключевой педагогической технологии формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей выбраны симуляционные технологии, которые, исходя из теоретических и практических взглядов, являются наиболее оптимальным и продуктивным инструментом в выбранном направлении педагогической работы.

С целью формирования у студентов медицинских специальностей компетенции командной работы средствами симуляционных технологий были использованы данные формы педагогической работы: симуляционный тренинг, ролевая игра, ситуационный анализ (case-study, дебрифинг). Помимо перечисленных форм работы в контексте педагогической деятельности было организовано использование активных форм работы, а также самостоятельной работы студентов медицинских специальностей.

В содержательно-функциональном блоке педагогической модели рассмотрены также этапы формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей: познавательного-ориентировочный, организационно-стимульный, содержательно-оценочный.

К педагогическим условиям, реализация которых способствует результативности процесса формирования компетенции командной работы у студентов-медиков, следует отнести:

- осознание студентами-медиками готовности к командной работе как необходимой составляющей их компетентности и важного условия результативного осуществления профессиональной деятельности;

- моделирование практико-ориентированной и коммуникативно-деятельностной образовательной среды медицинского вуза средствами симуляционных технологий в предметном и социальном контекстах будущей профессиональной деятельности;

- организационно-методическое обеспечение модели формирования компетенции командной работы, позволяющее содержательно наполнить, диагностировать и прогнозировать процесс формирования компетенции командной работы на основе получения обратной связи и комплексной диагностики индивидуально-личностных особенностей студентов-медиков;

- формирование компетенции командной работы на основе гуманистически-деятельностной парадигмы, в рамках которой студент-медик принимает социальную роль врача, включен в образовательный процесс и выступает в качестве активного и самостоятельного субъекта будущей профессиональной деятельности.

Обозначенные педагогические условия взаимообуславливают и логично взаимодополняют друг друга, объединяясь в единый комплекс. Они ориентированы на решение общей педагогической цели и обеспечивают результативность формирования компетенции командной работы у студентов-медиков. Проверка результативности комплекса педагогических условий была проведена в ходе формирующего эксперимента.

Результативно-корректирующий блок педагогической модели обеспечивает своевременное получение обратной связи о результативности протекания процесса формирования компетенции командной работы у студентов, о положительных аспектах осуществляемой работы и возникающих затруднениях. Выделенные уровни сформированности компетенции командной работы (адаптивный, репродуктивный и продуктивный) отражают характерные показатели сформированной компетенции по соответствующим компонентам: когнитивно-целевому, мотивационно-ценностному и рефлексивно-деятельностному.

Таким образом, на основе теоретического анализа выявленной научной проблемы нами была обоснована педагогическая модель формирования компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей и предложены педагогические условия ее результативной реализации, что позволило организовать и провести опытно-экспериментальную работу по заявленной проблеме в системе профессионального медицинского образования.

Для проверки результативности разработанной нами педагогической модели и программы ее реализации был осуществлен педагогический эксперимент, включающий диагностический, практический и аналитико-обобщающий этапы. Процедура экспериментальной проверки результативности педагогической модели формирования компетенции командной работы у студентов средствами симуляционных технологий выстроена на сравнении исходного и итогового уровня сформированности отдельных компонентов компетенции командной работы до и после реализации формирующего эксперимента.

В процессе диагностической работы нами использован диагностический инструментарий, позволивший оценить сформированность когнитивно-целевого, мотивационно-ценностного и рефлексивно-деятельностного компонентов

Анализ результатов исходного и итогового уровней компетенции командной работы у студентов медицинских специальностей позволил констатировать значительное повышение уровня сформированности всех компонентов компетенции. Статистический анализ данных показал, что обнаружены статистически значимые различия ($U=231,000$, при $p<0,05$) среди экспериментальной и контрольной групп на этапе замера итогового уровня, что дает основание говорить о том, что сформированность интегрального показателя всех компонентов у студентов экспериментальной группы достоверно повысилась.

Проведенная нами работа не является исчерпывающим решением поставленной научной проблемы в образовательной практике медицинского

вуза и подчеркивает важность обнаружения, научного обоснования и внедрения в процесс профессиональной подготовки студентов актуальных вопросов моделирования ситуаций профессионального взаимодействия в контексте применения симуляционных технологий с целью отработки практических навыков и умений командной работы, а также создания педагогического пространства для саморазвития и самореализации будущих врачей с учетом возможностей симуляционных обучающих технологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авво Б.В., Ахаян А.А., Заир-Бек Е.С., Комаров В.А., Гороховатская Н.В., Феофилова Т.Г., Федорова Н.М., Сосунов Н.Ю. Образовательные стратегии и технологии обучения при реализации компетентностного подхода в педагогическом образовании с учетом гуманитарных технологий: методические рекомендации. Коллектив авторов -СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. - 108 с.
2. Азизов Ш.Ю., Азизов А.А. Компетентностный подход в образовании // Ученые записки Худжандского государственного университета им. академика Б.Гафурова // Гуманитарные науки. - 2018. - №3 (56). – С. 164-168.
3. Андаспаева А.А. Использование активных и инновационных методов обучения в университете / А.А. Андаспаева, Б.К. Жыланбаева, Ш.Е. Жусипбекова, З.Т. Суранчиева, А.А. Акжолова, А.А. Бекежанова, Ш.А. Жакипова, А.Ш. Баракова, К.С. Шадинова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 5-3. - С. 468-472.
4. Анкона Д., Бресман Х. Команды прорыва. Источники инноваций и лидерства в отрасли. – М.: Гревцов Паблшер, 2013. – 336 с.
5. Анненкова Н.В. Формирование эффективной команды сотрудников с учетом их психотипов // Управленческие науки в современном мире. - 2016. - Т. 2. - № 2. - С. 245-249.
6. Ардуванова Г.М. Симуляционное обучение как ресурс повышения качества образования // West Kazakhstan Medical Journal. - 2019. - №3(61). - С. 181-188.
7. Ахметова С.Б., Абдулина Г.А., Лосева И.В. Организация командно-ориентированного обучения по дисциплине «Микробиология» // Медицина и экология. - 2016. - №1(78). - С. 93-95.
8. Багина В.А., Боровкова О.А. Особенности мотивационно-ценностного компонента личностной готовности к профессиональной

деятельности студентов с учетом успешности обучения в вузе // Наука и современность. - 2014. - №34. - С. 35-40.

9. Байденко В.И. Компетенции в профессиональном образовании (к освоению компетентного подхода) // Высшее образование в России. - 2010. - № 11. - С. 17-22.

10. Байденко В.И., Оскарссон Б. Базовые навыки (ключевые компетенции) как интегрирующий фактор образовательного процесса // Профессиональное образование и формирование личности специалиста. - М., 2002. – С. 22-46.

11. Барабаш И.В., Ходус С.В., Олексик В.С., Пустовит К.В., Стукалов А.А. Влияние интерактивных технологий на результативность обучения студентов медицинского вуза // Амурский медицинский журнал. - 2019. - №3(27). - С. 90-92.

12. Барциц Б.Б. Акмеологическая диагностика способностей к командной работе и их развитие: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.13. – М., 2008. - 26 с.

13. Батаршев А.В. Диагностика способности к общению. - СПб.: Питер, 2006. - 176 с.

14. Бездухов В.П. Гуманистическая направленность учителя. - Самара; СПб.: Изд-во СГПУ, 1997. -172 с.

15. Белбин Р.М. Эффективные менеджеры: секрет их успеха с позиции теории командных ролей // Вестник Московского университета. Менеджмент. - 2010. - № 1. - С. 11-25.

16. Беликов В.А. Философия образования личности: Деятельностный аспект. - М.: Владос, 2004. – 266 с.

17. Бермус А.Г. Проблемы и перспективы реализации компетентного подхода в образовании / А.Г. Бермус // Высшее образование в России. - 2010. - №5. - С.9-15.

18. Бешенков С.А. Моделирование и формализация. - М.: Лаборатория Базовых Знаний, 2002. - 336 с.

19. Блауберг И.В., Юдин Э.Г. Становление и сущность системного подхода. - М.: Наука, 1973. - 191 с.
20. Блохин Б.М., Гаврютина И.В., Овчаренко Е.Ю. Симуляционное обучение навыкам работе в команде // Виртуальные технологии в медицине. - 2012. - № 2 (8). - С. 18-20.
21. Богуславский М.В., Неборский Е.В. Стратегические тенденции развития системы высшего образования в Российской Федерации // Гуманитарные исследования Центральной России. - 2017. - 2. - С. 7-20.
22. Бодалев А.А. Познание человека человеком: возрастной, гендерный, этнический и профессиональный аспекты / А.А. Бодалев, Н.В. Васина. – СПб.: Речь, 2005. - 322 с.
23. Бодалев А.А. Психология межличностного общения. - Рязань: РВШ МВД РФ, 1994. - 89 с.
24. Болотов В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от идеи к образовательной программе // Педагогика. - 2003. - № 10. - С. 51.
25. Болотов В.А., Сериков В.В. Компетентностная модель: от науки к образовательной программе // Перемены. - 2004. - № 2. - С. 130-139.
26. Бородина К.М. Командное обучение междисциплинарной практике в медицинском университете // Балтийский гуманитарный журнал. - 2020. - №3(32). - С. 48-50.
27. Бородулина Т.В., Носкова М.В., Корякина О.В., Шкиндрер Н.Л. Анализ мотивации и готовности выпускников к профессиональной деятельности // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2016. - №3(25). - С. 80-86.
28. Булатов С.А. Практические умения и навыки. Программа освоения практических умений по методике «Стандартизированный пациент» / С.А. Булатов, Р.Ф. Хамитов. – Казань: Бриг, 2006. – 44 с.
29. Бунина Е.И. Командная работа обучающихся в инновационном процессе военного вуза: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. – СПб., 2012. - 22 с.

30. Вавилова Л.Н., Маханек А.Б., Князева Е.Г., Гильмуллина А.Р. Использование кейс-метода как средство формирования профессиональных компетенций у студентов фармацевтического факультета // Современные научно-практические решения и подходы: материалы II Международной научно-практической конференции теоретических и прикладных разработок молодых ученых. - 2017. - С. 17-21.

31. Васева Е.С., Бужинская Н.В. Формирование команды как важнейший компонент командно-ориентированного обучения // Проблемы современного образования. - 2020. - №3. - С. 116-123.

32. Вдовенко А.А. Социально-психологические факторы готовности к деятельности в гражданском обществе: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.05. - Кострома, 2010. - 24 с.

33. Вербицкий А.А. Личностный и компетентностный подходы в образовании: проблемы интеграции / А.А. Вербицкий, О.Г. Ларионова. - М.: Логос, 2013. - 336 с.

34. Вульферт В.Я. Имитационные методы активного обучения. - Новосибирск, 2011. - 96 с.

35. Ганиева И.А., Мирук А.В. Развитие психологической готовности студентов к будущей профессиональной деятельности // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2016. - № 3-2 (59). - С. 235-241.

36. Гансуар К., Неретина Е.А., Корокошко Ю.В. Опыт проектно-ориентированного обучения и организации командной работы студентов вуза // Интеграция образования. - 2015. - №2(79). - С. 22-30.

37. Ганюшкин А.Д. Исследование состояния психологической готовности человека к деятельности в экстремальных условиях: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. - Л., 1972. - 22 с.

38. Гацура О.А., Зимица Э.В., Кочубей А.В., Конаныхина А.К., Наваркин М.В. Симуляционные образовательные центры для подготовки

кадров здравоохранения в Российской Федерации // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 10-8. – С. 1482-1484.

39. Герасимов И.Г. Структура научного исследования: философский анализ познавательной деятельности в науке. - М.: Мысль, 1985. - 215 с.

40. Глубокова Е.Н., Кондракова И.Э., Мосолова Л.М., Носкова Т.Н., Павлова Т.Б., Писарева С.А., Тряпицына А.П., Тумалев А.В., Тумалева Е.А. Гуманитарные технологии в высшем профессиональном образовании: научно-методические материалы. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. - 95 с.

41. Горбачева С.С. Компетентностный подход в высшем профессиональном образовании: учебное пособие. - Воронеж: Воронежский гос. педагогический ун-т, 2018. - 70 с.

42. Горшков М.Д., Колыш А.Л. История симуляционного обучения в России и за рубежом // *Медицинское образование и профессиональное развитие*. - 2012. - №3 (9). - с. 126-127.

43. Горшкова О.В. Активные методы обучения: формы и цели применения // *Научно-методический научный журнал «Концепт»*. - 2017. - № 53. – С. 10-15.

44. Гринберг М.П., Архипов А.Н., Кузнецова Т.А. Коммуникативная компетентность врача. Симуляционное обучение. Методика «стандартизированный пациент». – М.: Литтерра, 2015. – 174 с.

45. Гришанова Н.А. Развитие компетентности специалистов как важнейшее направление реформирования профессионального образования // *Квалиметрия в образовании: методология и практика*. Кн. 6. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2002.- С. 24.

46. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. - Т. 1: А-З. - М.: Цитадель, 1998. – 1743 с.

47. Данилов В.А., Матушанский Г.У., Лифанов Е.В. Проблематика формирования компетенции командной работы: ретроспективный и

сравнительный анализ // Вестник ЧГПУ им. И.Я. Яковлева. - 2019. - №2 (102). - С. 68-74.

48. Деркач А.А. Готовность к деятельности как акмеологический феномен / А.А. Деркач, Е.В. Селезнева, О.В. Михайлов. - М.: Изд-во РАГС, 2008. - 94 с.

49. Донских О.А. Дело о компетентностном подходе // Высшее образование в России. - 2013. - №5. - С. 36-45.

50. Дружинин Н.Е. Словарь по профориентации и психологической поддержке. - Кемерово: ЛОГОС, 2003. - 516 с.

51. Дрянных Н.В., Лодкина Т.В. Трактровка понятия «профессиональная готовность» в контексте подготовки студентов вуза к будущей профессиональной деятельности // Вестник Череповецкого государственного университета. - 2021. - №1(100). - С. 180-195.

52. Дуреева Т.В. Критерии формирования готовности к профессиональной деятельности специалиста // Молодой ученый. - 2018. - № 43 (229). - С. 62-66.

53. Дюдяева Е.С., Клейменова А.Г. Перспективы применения симуляционного обучения в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2019. - №10. - С. 449-449.

54. Дюсенова С.Б., Корнеева Е.А. Активные методы обучения в подготовке врача // Успехи современного естествознания. - 2014. - № 12-2.- С. 138-140.

55. Зарукина Е.В. Активные методы обучения: рекомендации по разработке и применению / Е.В. Зарукина, Н.А. Логинова, М.М. Новик. - СПб: СПбГИЭУ, 2010. – 56 с.

56. Захарова Е.А., Ежова Ю.М. Мотивационная готовность как компонент психологической готовности к профессиональной деятельности студентов-медиков // Медицинский альманах. - 2018. - №1(52). - С. 14-18.

57. Захарова Е.Н. О компетентностном подходе в образовательной деятельности // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. - 2011. - №4. – С. 32-39.
58. Зеер Э.Ф. Компетентностный подход к образованию // Образование и наука. - 2005. - №3. - С. 27-40.
59. Зеер Э.Ф. Психология профессионального образования. - М.: Юрайт, 2019. - 394 с.
60. Зернова Г.П. Профессиональная готовность учителя к экспериментальной деятельности: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. - М., 1999. – 26 с.
61. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. - М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. - 42 с.
62. Зимняя И.А. Компетентностный подход. Каково его место в системе современных подходов и проблем образования? // Высшее образование сегодня. - 2005. - № 11. - С. 20-26.
63. Зинкевич Е.Р. Инновационные педагогические технологии в компетентностно-ориентированном образовании / Е.Р. Зинкевич, Л.М. Семенова. - Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, 2019. - 103 с.
64. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Теория и практика командообразования: современная технология создания команд / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, [Д.Ф. Фролов, Т.М. Грабенко]. – СПб.: Речь: Ритм тренинг, 2004. – 289 с.
65. Зинченко О.В., Муравьева А.А., Владимирова О.В. Симуляционное обучение студентов-медиков // Высшее образование в России. - 2016. - №4. - С. 166-168.
66. Ибрагимов Г.И. Компетентностный подход в профессиональном образовании // Образовательные технологии и общество. - 2007. - №3. - С. 361-365.

67. Ибрагимова Э.С. Психолого-педагогические аспекты готовности студентов медицинского вуза к профессиональной деятельности // Уникальные исследования XXI века. - 2015. - №2(2). - С. 41-46.

68. Иванов Д.А. Компетентности и компетентностный подход в современном образовании. – М.: Чистые пруды, 2007. - 32 с.

69. Иванова А.В. Профессиограмма как эталонная модель специалиста // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы III Международной научной конференции (Уфа, 20-23 марта 2013 г.) / под редакцией Г. А. Кайновой. - Уфа: Лето, 2013. - С. 154-155.

70. Ивлев А.В. Развитие студенческой команды в образовательном процессе вуза: автореф. ... канд. пед. наук: 13.00.08. - Магнитогорск, 2006. - 23 с.

71. Игумнова О.В. Критерии, показатели и уровни готовности студентов и курсантов к групповому взаимодействию в рамках образовательного процесса в гражданском и ведомственном вузах // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Педагогика и психология». - 2015. - № 2. - С. 79-92.

72. Изранов В.А., Гордова В.С., Коноплева Е.С., Бондаренко В.Ф., Гулина А.К., Князева Е.Г., Соловьева Л.М., Шевцова Л.М., Изранов А.В., Степанова Т.Н. Особенности организации учебного процесса и преподавания фундаментальных медицинских дисциплин для иностранных студентов в Балтийском федеральном университете имени Иммануила Канта // Развитие экспортного потенциала высшего образования: содержание, опыт, перспективы: Материалы XI Международной учебно-методической конференции / Под редакцией А.Ю. Александрова, Е.Л. Николаева, А.М. Шамсиева, Ш.А. Юсупова. - 2019. - С. 102-106.

73. Ильина Г.Н. Формирование готовности к профессиональному саморазвитию у студентов технического вуза: дис. ... канд. пед.наук: 13.00.01. - Волгоград, 1994. - 131 с.

74. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Горелик С.Г. Симуляционное обучение медсестер // Медицинская сестра. - 2016. - №4. - С. 7-9.
75. Имитационное обучение в системе непрерывного медицинского профессионального образования / Под ред. чл.-кор. РАМН П.В. Глыбочко. - М.: Изд-во Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2012. - 120 с.
76. Итинсон К.С., Чиркова В.М. Роль симуляционных образовательных технологий в формировании профессиональных компетенций будущих врачей // Балтийский гуманитарный журнал. - 2019. - Т.8. № 4(29). - С. 71-73.
77. Казданян С.Ш., Захарян А.В. Психологический климат как фактор эффективной команды и как индикатор оценки ее эффективности // Бюллетень науки и практики. - 2017. - № 6(19). - С. 327-333.
78. Калентьева Н.В., Бекбосынова Р.Б. Командно-ориентированное обучение как способ активации познавательной деятельности // Новейшие достижения европейской науки-2014: материалы X международной научно-практической конференции. - София, 2014. - Т. 13. - С. 18-21.
79. Камышникова Л.А., Ефремова О.А., Ивахно Е.Н., Дуброва В.А. Возможности использования симуляторов в медицинском образовании // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2019. - №3(37). - С. 46-52.
80. Карякин А.М. Командная работа: основы теории и практики. - Иваново: Иван. гос. энерг. ун-т, 2003. - 136 с.
81. Катахова С.С., Катахов С.В. Психологический компонент в формировании готовности студента к профессиональной деятельности // Colloquium-journal. - 2020. - №8(60). - С. 98-99.
82. Киселева Н.А., Мильковская И.Ю. О некоторых критериях готовности студентов вуза к профессиональной деятельности // Достижения вузовской науки. - 2013. - №7. - С. 88-92.
83. Киясов А.П., Гумерова А.А., Рашитов Л.Ф., Хасанова Р.Н., Киясова Е.В. Технологии приобретения компетенций при подготовке врача (опыт Казанского федерального университета) // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2017. - №4(30). - С. 57-64.

84. Климов Е.А. Введение в психологию труда. -М.: Изд-во Моск. ун-та: Академия, 2004. - 334 с.
85. Клушина Н.П. Практико-ориентированная подготовка студентов к работе в команде // Мир науки, культуры, образования. - 2018. - №3 (70). - С. 110-112.
86. Князева Е.Г. Симуляционные технологии как средство формирования готовности студентов-медиков к профессиональной деятельности // Перспективы науки. - 2020. - №12(135). - С. 241-243.
87. Князева Е.Г. Симуляционный центр: возможности подготовки студентов высшего медицинского образования // Перспективы науки. - 2021. - №1(136). - С. 95-97.
88. Князева Е.Г. Современные возможности симуляционных технологий в подготовке студентов высшего медицинского образования // Глобальный научный потенциал. – 2020. – №12(117). - С. 150-152.
89. Князева Е.Г. Формирование готовности студентов медицинского вуза к командной работе средствами симуляционного обучения // Глобальный научный потенциал. - 2021. - №5(122). - С. 120-122.
90. Князева Е.Г. Формирование у студентов высшего медицинского образования компетентности в области командной работы // Глобальный научный потенциал. - 2021. - №12(129). - С. 193-195.
91. Князева Е.Г. Компетенция командной работы и ее формирование у студентов-медиков средствами симуляционных технологий // Перспективы науки. 2023. - № 8(167). - С. 118-120.
92. Козлов В.С., Котельникова С.В. Проектно-ориентированная технология командного обучения студентов // Решетневские чтения. - 2017. -Т. 2. - С. 732-733.
93. Козырев Ю.В. Организация командной работы учителей в условиях развития школы: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. – СПб., 2002. - 175 с.

94. Козырева М.П. Формирование готовности к профессиональному межличностному общению специалистов по сервису и туризму: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Козырева Мария Павловна. - Самара, 2009. - 216 с.

95. Компетентностный подход в педагогическом образовании: Коллективная монография / Под ред. проф. В.А. Козырева и проф. Н.Ф. Родионовой. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2004. - 392 с.

96. Компетентностный подход в системе высшего образования как основа профессионального развития личности: коллективная монография [И. Н. Белых, Г. А. Бурмакина, С. И. Горкунова и др.]; ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет». - Красноярск, 2017. – 126 с.

97. Кондаурова И.Г., Игонина Т.Б. Система педагогической деятельности по подготовке студентов вуза к будущей профессиональной деятельности // Вестник КемГУ. - 2011. - №2. - С. 80-84.

98. Корнев С.В., Свирский Д.А., Чупров М.П., Князева Е.Г. Опыт организации симуляционного обучения студентов высшего медицинского образования // Виртуальные технологии в медицине. - 2016. -№2(16). – С. 7-8.

99. Корнева Т.А. Компетентностный подход в профессиональном образовании // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. - 2013. - №30. – С. 197-202.

100. Королев Ф.Ф. Системный подход и возможности его применения в педагогических исследованиях //Советская педагогика. - 1970. -№9. -С. 103-115.

101. Косаговская И.И., Волчкова Е.В., Пак С.Г. Современные проблемы симуляционного обучения в медицине // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2014. - №1. - С. 49-61.

102. Косаговская И.И., Мадьянова В.В., Королева Ю.В. Современные подходы к симуляционному обучению медицинских кадров (часть 1) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2016. - №5-6. - С. 22-28.

103. Косаговская И.И., Мадьянова В.В., Королева Ю.В. Современные подходы к симуляционному обучению медицинских кадров (часть 2) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2016. - №7-8. - С. 27-33.

104. Котенко В.В., Котенко Е.Н., Чумаков П.А. Актуальные методики формирования профессиональной компетентности студентов медицинского вуза // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 5-2. – С. 336-339.

105. Кочетова Н.Г., Стельмах Я.Г., Кочетова Т.Н. Критерии и показатели готовности выпускников технического вуза к профессиональной деятельности // Самарский научный вестник. - 2020. - №2(31). - С. 244-247.

106. Крылова М.Н. Интерактивные методы в системе преподавания гуманитарных дисциплин в техническом вузе // Перспективы науки и образования. - 2016. - № 4(22). - С. 39-46.

107. Кубышкин В.А., Свистунов А.А., Горшков М.Д., Балкизов З.З. Специалист медицинского симуляционного обучения. - М.: РОСОМЕД, 2016. - 320 с.

108. Лаптиева Л.Н., Рублевская Е.И. Модель симуляционного обучения учащихся медицинских колледжей // Проблемы здоровья и экологии. - 2019. - №4(62). - С. 100-105.

109. Левкин О.А., Перцов В.И. Симуляционное обучение по оказанию экстренной медицинской помощи // Медицина неотложных состояний. - 2018. - №2(89). - С. 110-113.

110. Левченко Л.В., Ивлев А.В. Развитие у будущих экономистов навыков работы в команде // Вестник Самарской государственной экономической академии. - 2006. - № 5. - С. 332-343.

111. Леднев В.С., Никандров Н.Д., Рыжаков М.В. Государственные образовательные стандарты в системе общего образования: теория и практика. - М., 2002. – 384с.

112. Ледовская М.Е. Командная работа и лидерство: учебное пособие / М.Е. Ледовская, И.И. Ледовская, Е.Н. Дьячкова; Автономная некоммерческая организация высшего образования «Белгородский университет кооперации, экономики и права». - Белгород: Издательство Белгородского университета кооперации, экономики и права, 2019. - 174 с.

113. Лежнина Л.В. Готовность психолога образования к профессиональной деятельности: этапы, механизмы, технологии формирования: дис... д-ра психол. наук: 19.00.07. - М., 2010. - 473 с.

114. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Смысл: Academia, 2004. - 345 с.

115. Литвин А.А., Коренев С.В., Князева Е.Г., Litvin V. Возможности блокчейн-технологии в медицине (обзор) // Современные технологии в медицине. – 2019. - Т.11. №4. - С. 191-199.

116. Литвин А.А., Коренев С.В., Князева Е.Г. Симуляционное обучение оказанию первой помощи среди волонтеров чемпионата мира по футболу-2018 // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2017. – Т.12. №2. – С. 501-503.

117. Литвин А.А., Коренев С.В., Князева Е.Г. Современные возможности использования технологии блокчейн в системе образования // Развитие образования. – 2020. - №3 (9). – С. 107-114.

118. Логвинов Ю.И., Ющенко Г.В., Орловская А.И. Оценка эффективности обучения с использованием симуляционных технологий // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2018. - №1(31). - С. 86-105.

119. Ломов Б.Ф. Психическая регуляция деятельности: избр. труды / Б.Ф. Ломов; отв. ред. В.А. Барабанщиков. – М.: Ин-т психологии РАН, 2006. - 622 с.

120. Лопатенков Г.В. Формирование у студентов умения к работе в команде в процессе подготовки банковских специалистов: дис. ... канд. пед. наук. - Казань, 1999. - 192 с.

121. Лучникова Т.А., Приходько О.Б. Использование симуляционных технологий в подготовке студентов к реальной клинической практике // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2020. - №4. - С. 198-199.

122. Магомедова А.А., Абдуллабекова А.Э. Компетентностный подход в формировании готовности студентов педагогических вузов к

профессиональной деятельности // Мир науки, культуры, образования. - 2013. - №1(38). - С. 126-127.

123. Малышева А.Д. Педагогические условия формирования готовности к работе в команде студентов-билингвов Республики Саха (Якутия): автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. - Якутск, 2018. - 23 с.

124. Малышева А.Д. Формирование готовности к работе в команде студентов-билингвов (на примере Республики Саха (Якутия) // Перспективы науки и образования. - 2018. - №4(34). - С. 15-20.

125. Маммаев С.Н., Магомаев М.Ш., Карлина О. А. Методы командного обучения как фактор повышения качества освоения компетенций // Экономические и гуманитарные исследования регионов. - 2017. - № 1. - С. 51-55.

126. Маркова А.К. Психология профессионализма / А.К. Маркова. - М.: Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. - 308 с.

127. Мартынов Г.Н., Подуева В.Ю., Селивоненко О. Г. Формирование команды в системе управления персоналом организации: технологически аспект // Ученые записки Орловского гос. ун-та. Серия: Гуманитарные и социальные науки. - 2015. - №1(64). - С. 50-53.

128. Матушанский Г., Фролов А. Модели подготовки и профессиональной деятельности специалистов // Высшее образование в России. - 2003. - № 4. - С. 92-95.

129. Меньшенина С.Г. Структура готовности к профессиональной деятельности специалистов по информационной безопасности // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. 2018. №1 (37). С. 100-107.

130. Меньшенина С.Г. Формирование готовности к аналитической деятельности студентов-будущих специалистов по информационной и компьютерной безопасности: автореф. дис. . канд. пед. наук: 13.00.08. - Ульяновск, 2016. – 26 с.

131. Меркулова С. Проблема оценки качества подготовки: компетентностный подход // Высшее образование в России. 2007. № 8. С. 127-130.
132. Мещерякова М.А. Учебный процесс вуза в системе управления качеством профессиональной подготовки врачей. - М.: КДУ, 2006. - 139 с.
133. Мирошниченко И.В., Юдаева Ю.А., Лазарева Н.В. О работе обучающего симуляционного центра в Оренбургской государственной медицинской академии // Человек. Спорт. Медицина. - 2013. - №4. - С. 86-89.
134. Митяева А.М. Формирование профессиональной компетентности студентов в вузе: монография / А. М. Митяева. - Орел: ОГУ имени И.С. Тургенева, 2018. - 161 с.
135. Михайлов О.В. Готовность к деятельности как акмеологический феномен: содержание и пути развития: дис. ... канд. психол. наук/ О.В. Михайлов. - М., 2007. - 166 с.
136. Михайлова Ю.В. Формирование готовности работать в команде при обучении иностранному языку в вузе / Ю.В. Михайлова, Е.К. Гитман. - Пермь: Прокрость, 2017. - 165 с.
137. Михеев В.И., Потапова А.Ю. Методы измерения в педагогических исследованиях. - М.: Издательский центр АПО, 2002. - 48 с.
138. Морозова И.С., Воронова Е.В. Динамика содержательных характеристик компонентов психологической готовности студентов-психологов к профессиональной деятельности на различных этапах обучения в вузе // Теория и практика общественного развития. - 2015. - №18. - С. 340-344.
139. Моцарь Л.С., Некрасов С.Д. О готовности студента вуза к профессиональной деятельности // Южно-российский журнал социальных наук. - 2011. - №1. - С. 110-118.
140. Мурин С., Столленверк Н.С. Использование симуляторов в обучении: переломный момент // Виртуальные технологии в медицине. - 2010. - № 1 (5). - С. 7-10.

141. Мутигуллина А.А. Имитационные методы обучения в формировании практической компетентности будущей медицинской сестры: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. - Казань, 2014. - 25 с.

142. Мутовкина О.М. Формирование у студентов технического вуза готовности к профессиональному общению: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. - Волгоград, 1999. - 19 с.

143. Мухин Н.А., Фомин В. В., Лебедева М.В. Значение компетентностного подхода в профессиональной подготовке врача по специальностям «лечебное дело» и «медико-профилактическое дело» / Медицинское образование и вузовская наука. - 2012. - № 2 (2). – С. 40-41.

144. Мясищев В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. – М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 398 с.

145. Навыки общения с пациентами: симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе / Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Серкина А.В.; под научной редакцией Н.С. Давыдовой, Е.В. Дьяченко. – М.: РОСОМЕД, 2020. - 127 с.

146. Назмутдинов В.Я., Юсупова Г.Р. Компетентностный подход в обучении // Ученые записки КГАВМ им. Н.Э. Баумана. - 2013. - №1. - С.181-185.

147. Найговзина Н.Б, Филатов В.Б, Горшков М.Д., Гущина Е.Ю., Кольш А.Л. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении. - М., 2012. - 56 с.

148. Неверкович С.Д. Атрибуция и общение как важнейшие психолого-педагогические основы познавательной активности личности / Неверкович С.Д., Цакаев С.Ш. // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. - 2021. - № 4 (288). - С. 153-159.

149. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: симуляционный курс: методические рекомендации для студентов, врачей / С.А. Перепелица, С.В. Корнев, В.В. Менгис В.В. Довгый, А.П. Крайцер, Е.Г.

Князева, П.В. Лигатюк, Т. Н. Никитина. - Калининград: Изд-во БФУ им. И. Канта, 2015. - 47 с.

150. Новиков А.А. Сущностные и содержательные особенности процесса формирования готовности студентов вузов к профессиональной деятельности // Экономика и управление. - 2012. - №8(82). - С. 52-55.

151. Новиков А.М. Профессиональное образование в России. - М.: ИЦПНПО, 1997. - 253 с.

152. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования / Е.С. Полат и др.; под ред. Е.С. Полат. – М.: Академия, 2009. - 268с.

153. Носачёв Г.Н. Эффективное общение и предупреждение конфликтов в системе «врач – пациент». – М.: Форум, 2015. – 101 с.

154. Носкова М.В., Шихова Е.П., Андреева Д.С. Качество учебного процесса в медицинском вузе: психолого-педагогический подход // Научные ведомости. Сер. Гуманитарные науки. - 2014. - № 26(197). Вып. 24. - С. 128-132.

155. Овчаренко В.А., Карасева Л.М. Компетентностный подход в обучении // Наука и современность. - 2012. №17. – С. 120-124.

156. Ожегов С.И. Словарь русского языка. 70 000 слов / С. И. Ожегов; под ред. Н.Ю. Шведовой. - М.: Русский язык, 1990. - 921 с.

157. Окунева В.С. Деятельность как средство измерения сформированности компетентности командной работы студентов в процессе профессионального обучения // Вестник КрасГАУ. - 2015. - №4. - С. 283-286.

158. Окунева В.С. Обеспечение теоретической готовности формирования компетентности студента к работе в команде в процессе профессионального образования // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. - 2014. - №2(28). - С. 76-80.

159. Окунева В.С. Формирование компетентности командной работы студентов вуза: автореферат дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. - Красноярск, 2013. - 23 с.

160. Орлова Н.В., Петрова С.Н. Показатели готовности студентов технических вузов к профессиональной деятельности // Ученые записки университета Лесгафта. - 2015. - №12(130). - С. 156-160.

161. Орлова Н.В., Петрова С.Н. Факторы, определяющие высокую степень готовности выпускников технических вузов к профессиональной деятельности // Ученые записки университета Лесгафта. - 2016. - №1 (131). - С. 163-167.

162. Осанова М.В., Тимербаев В.Х., Валетова В.В., Зверева Н.Ю. Опыт реализации симуляционных образовательных программ последипломного обучения врачей в неотложной медицине и анестезиологии // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2011. - №3. – С. 126.

163. Осипова С.И., Окунева В.С. Характеристика личности, способной к командной работе // Высшее образование сегодня. - 2012. - № 5. – С. 30-33.

164. Основы профессиональной коммуникативной компетенции медицинского работника / Т.В. Раева, Т.С. Калинкина, Е.Ю. Юсупова, О.В. Шарашкина. - Тюмень: Айвекс, 2020. - 185 с.

165. Охотин Д.А., Копылова И.В. Анализ готовности выпускников медицинских вузов к осуществлению профессиональной деятельности // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. - 2018. - №2. - С. 9-12.

166. Паночкина А.В., Катиева М.К. Психолого-педагогический аспект подготовки врача в современной концепции образования // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2016. - №5. - С. 594-594.

167. Пармели Д., Микаэльсен Л.К., Кук С., Хьюдс П.Д. Руководство АМБЕ № 65 командное обучение (TBL): практическое руководство // Медицинское образование и профессиональное развитие. - 2014. - №1(15). - С. 50-79.

168. Парыгин Б.Д. Основы социально-психологической теории. - М.: мысль, 1971. - 351 с.

169. Пахомова Ю.В., Захарова Н.Б. Роль симуляционного обучения в системе непрерывного медицинского профессионального образования // *Journal of Siberian Medical Sciences*. - 2013. - №4. - С. 7.

170. Пеняева С.А. Системные механизмы и процесс формирования готовности студентов вуза к профессиональной деятельности // *Научные исследования в образовании*. - 2006. - №4. - С. 109-112.

171. Перепелица С.А., Корнев С.В., Князева Е.Г., Султанов А.И., Поляков К.И., Вайсбейн И.З. Трансграничное обучение студентов, ординаторов, врачей по проекту «золотой стандарт хирургии» // *Виртуальные технологии в медицине*. - 2015. - №2(14). - С. 62-62.

172. Перепелица С.А., Лигатюк П.В., Корнев С.В., Князева Е.Г. Отработка навыков оказания неотложной помощи в симуляционном центре // *Виртуальные технологии в медицине*. - 2015. - №1(13). - С. 25.

173. Петров С.В. Психологический подход к формированию команды: особенности и проблемы // *Вестник университета*. - 2019. - № 4. - С. 181-186.

174. Петров С.В., Стрижелецкий В.В., Горшков М.Д., Гуслев А.Б., Шмидт Е.В. Первый опыт использования виртуальных тренажеров // *Виртуальные технологии в медицине*. – 2009. - № 1(1). - С. 4-6.

175. Петрова С.Н. Технология формирования готовности студентов технического вуза к профессиональной деятельности // *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. - 2010. - № 6 (64). - С. 59-65.

176. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. *Профессиональная педагогика: Учебник*. - М.: Проф. образование, 1997. - 512с.

177. Плотникова Н.Ф. *Формирование критического мышления студентов вуза в условиях командной формы организации обучения: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01*. - Казань, 2008. - 208 с.

178. Позднякова Е.В., Омарова Г.А. Особенности внедрения командно-ориентированного обучения - TBL (team based learning) в процесс обучения биохимии // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. - 2015. - №9-3. - С. 57-60.

179. Полат Е.С. Современные педагогические и информационные технологии в системе образования / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина. – М.: Академия, 2010. - 364 с.

180. Поликарпова М.Ж. Теоретические аспекты формирования готовности к профессиональной деятельности студентов и слушателей юридического вуза // Символ науки. - 2015. - №11-2. - С. 148-152.

181. Полонский В.М. Оценка качества научно-педагогических исследований / В.М. Полонский. - М.: ИНФРА-М, 2019. - 219 с.

182. Попов В.Л. Процесс обучения действием в действии // Управление персоналом. - 2010. - № 2. - С. 18-21.

183. Порческу А.А. Реализация компетентного подхода в профессиональном образовании // Вестник государственного университета управления. - 2013. - №15. - С. 203-205.

184. Постовалова А.И. Социально-психологические структуры готовности к профессиональному выбору лиц юношеского возраста: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.05. - Ярославль, 2010. - 26 с.

185. Потапов М.П. Роль симуляционных образовательных технологий в обучении врачей // Высшее образование в России. - 2019. - №8-9. - С. 138-148.

186. Поторочин А.Г., Зашихин В.С. Методика формирования готовности к профессиональной деятельности студентов юридических вузов // Проблемы современного педагогического образования. - 2019. - №62-4. - С. 175-179.

187. Приказ Минздравсоцразвития России от 5.12.2011 г. № 1475н и №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»

188. Прокопенко И.Г. Формирование психологической готовности студента к профессиональной карьере: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. - Оренбург, 2011. - 24 с.

189. Профессиональная коммуникация современного врача: этапы и перспективы формирования / М.И. Барсукова, Н.А. Клоктунова, И.В. Шешнева. - Саратов: Изд-во Саратовского гос. мед. ун-та, 2019. – 142 с.

190. Профессиональные компетенции в высшей школе: коллективная монография /Нагорнова А.Ю., Миляева Л.Г., Бавыкина Е.Н. и др. ; отв. ред.: А.Ю. Ногорнова, Т.Б. Михеева. - Ульяновск, 2018. - 413 с.

191. Пунько Н.Ю. Структура социально-психологической готовности в процессе профессионального становления студентов в вузе // Мир науки. Педагогика и психология. - 2017. - №2. - С. 61.

192. Равен Д., Ярыгин О.Н., Коростелев А.А. Компетентология: от праксеологии до социкибернетики // Азимут научных исследований: педагогика и психология. - 2017. - Т. 6. - № 1(18). С. 167-175.

193. Реализация компетентностного подхода в профессиональном образовании: монография / Л. И. Савва, В. А. Беликов, П. Ю. Романов и др. ; под общ. ред. Л.И. Савва; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова. - Магнитогорск: МГТУ им. Г. И. Носова, 2019. - 207 с.

194. Риклефс В.П., Досмагамбетова Р.С. Факторы успеха симуляционного обучения с использованием высокотехнологичных симуляторов в медицинском вузе // Материалы 1-й Всероссийской конф. по симуляционному обучению в медицине критических состояний с международным участием, Москва, 2012. - М., 2012. - С. 78-82.

195. Рогожин В.М., Елагина В.С. Современная модель подготовки специалистов // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 6. – С. 160.

196. Родиков А.С. О ценностях компетентностного подхода в педагогике // Вестник ВятГУ. - 2010. - №3. - С. 25-31.

197. Роль симуляционных технологий в медицинском образовании: Материалы учебно-методической конференции для преподавателей высшей

школы. 28 мая 2014 года / Отв. ред. Г.С. Томилка. - Хабаровск: Изд-во ДВГМУ. - 2014. - 67 с.

198. Рудинский И.Д. Компетенция. Компетентность. Компетентностный подход: монография / Рудинский И.Д., Давыдова Н.А., Петров С.В.; под редакцией доктора педагогических наук, профессора И.Д. Рудинского. – М., 2019. - 240 с.

199. Савва Л.И., Гасаненко Е.А., Шахмаева К.Е. Готовность студентов технического вуза к командной работе как основа профессионального имиджа // Перспективы науки и образования. - 2018. - №6(36). - С. 56-64.

200. Санжаева Р.Д. Готовность и психологические механизмы ее формирования. - Улан-Удэ: Изд-во Бурятского гос. ун-та, 2017. - 207 с.

201. Санжаева Р.Д. Психологические механизмы формирования готовности человека к деятельности: дис. ... доктора психол. наук: 19.00.01. - Новосибирск, 1997. - 354 с.

202. Сборник практических руководств для медицинских преподавателей / под ред. З. З. Балкизова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 552 с.

203. Свистунов А.А., Горшков М.Д. Симуляционное обучение в медицине. - М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. - 288 с.

204. Сильверман Дж. Навыки общения с пациентами / Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер; научный консультант перевода с английского А. А. Сонькина. - М.: Гранат, 2018. - 303 с.

205. Симуляционное обучение в медицине / РОСОМЕД – Российское общество симуляционного обучения в медицине: сост. М.Д. Горшков; под редакцией А.А. Свистунова. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. – 287 с.

206. Симуляционное обучение в хирургии / Под ред. В.А. Кубышкина, С.И. Емельянова, М.Д. Горшкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 264 с.

207. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.

208. Симуляционные технологии в медицинском образовании: новые горизонты и свершения: сборник статей региональной научно-практической конференции, Тамбов, 25 декабря 2019 / ответственный редактор Э. М. Османов. - Тамбов: Принт-Сервис, 2019. - 75 с.

209. Скаткин М.Н. Методология и методика педагогических исследований / М.Н. Скаткин. - М.: Педагогика, 1986. - 234 с.

210. Слостенин В.А. Педагогика / В.А. Слостенин, И.Ф. Исаев, Е.Н. Шиянов; Под ред. В.А. Слостенина. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 576 с.

211. Словарь иностранных слов / отв. ред. В.В. Бурцева, Н.М. Семенова. - М.: «Русский язык», 1988. - 817 с.

212. Смирнов И.Г. Педагогическая система формирования готовности будущих специалистов к выполнению профессионального долга: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. - Саратов, 2003. – 22 с.

213. Совершенствование профессионального образования в условиях реализации компетентностного подхода: сборник статей по материалам II региональной научно-практической конференции, 26 апреля 2018 г. / ответственные редакторы: Леушканова О. Ю., Чумаченко Т. А. - Магнитогорск: Изд-во Магнитогорского гос. технического ун-та им. Г. И. Носова, 2018. - 199с.

214. Современные подходы к компетентностно-ориентированному образованию /Под ред. А.В. Великановой. - Самара: Профи, 2001. - 59 с.

215. Созинов А.С., Булатов С.А. Виртуальный больной - взгляд в будущее или игрушка для интеллектуалов? // Виртуальные технологии в медицине. – 2010. - № 1(3). - С. 19-24.

216. Соснин Н.В. О структуре содержания обучения в компетентностной модели // Высшее образование в России. - 2013. - № 1. - С. 23.

217. Социология труда. Теоретико-прикладной толковый словарь / Отв. ред. В.А. Ядов. - СПб.: Наука, 2006. – 425с.

218. Субъектность студента в условиях учебной игровой деятельности/ Неверкович С.Д., Быстрицкая Е.В., Бурханова И.Ю. // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. - 2022. - № 4 (206). - С. 274-278..

219. Таптыгина Е.В. Есть ли место профориентационной работе со школьниками в симуляционном центре? // Виртуальные технологии в медицине. - 2019. - № 1(21). - С. 27-31.

220. Тарасова С.А. Формирование прогностической компетентности у студентов медицинского вуза: на примере изучения математических дисциплин: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. - Курск, 2017. - 157 с.

221. Татур Ю.Г. Компетентностный подход в описании результатов и проектировании стандартов высшего профессионального образования / Ю.Г. Татур. - М.: ИЦ ПКПЦ, 2004. - 18с.

222. Тишков Д.С. Влияние отношений преподаватель-студент и студент-студент на социальную вовлеченность учащихся // Карельский научный журнал. - 2020. - Т. 9. - № 1(30). - С. 37-39.

223. Тишков Д.С., Перетягина И.Н. Симуляционное обучение как эффективный метод практической подготовки // Карельский научный журнал. - 2020. - №2(31). - С. 22-24.

224. Тычинина Е. И. Содержание компетентности внутрикомандного взаимодействия бакалавров экономического профиля // Мир науки, культуры, образования. - 2013. - №1 (38). - С. 81-82.

225. Фаустова А.Г. Психологическое сопровождение процесса симуляционного обучения в медицине // Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2017. - №1. - С. 42-51.

226. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - специалитет по специальности 31.05.01 - Лечебное дело, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. №988.

227. Филатова Л.О. Компетентностный подход к построению содержания обучения как фактор развития преемственности школьного и

вузовского образования / Л.О. Филатова //Дополнительное образование. - 2005. - №7. - С.9-11.

228. Халидуллина О.Ю., Петрушина А.Д., Ушакова С.А., Кайб И.Д., Косинова С.Р., Перфилова О.В., Шайтарова А.В., Куличенко М.П. Симуляционное обучение в непрерывном медицинском образовании врачей педиатров // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2020. - №4. - С. 201-202.

229. Хожаев А.А. Командно-ориентированное обучение в качестве технологии проведения практических занятий у студентов 4 курса // Вестник Вестник Казахского Национального медицинского университета. - 2016. - №3. - С. 234-236.

230. Хозяинов Г.И. Мастерство педагога в процессе образования и обучения. – М.: Физическая культура, 2006. – 206 с.

231. Хомский Н. Аспекты теории синтаксиса / Пер с англ. под ред. и с предисл. В.А. Звегинцева. - М., 1972. - 258с.

232. Хуторской А.В. Педагогика. - СПб.: Питер, 2019. - 608 с.

233. Хуторской А.В. Технология проектирования ключевых и предметных компетенций // «Эйдос». - 2005. - № 4. – С. 1.

234. Чельшкова М.Б., Звонников В.И., Давыдова О.В. Оценивание компетенций в образовании: учебное пособие / Под ред. В.И. Звонникова; Государственный университет управления, УМО по образованию в области менеджмента. - М.: ГУУ, 2011. - 229 с.

235. Чуркин С.Д., Иваненко И.А. Реализация компетентного подхода в профессиональном образовании // Вестник ГУУ. - 2013. - №15. - С. 206-212.

236. Чучалин А.И. Формирование компетенций выпускников основных образовательных программ // Высшее образование в России. - 2008. - №12. - С. 10-19.

237. Шабунин А.В., Логвинов Ю.И. Симуляционное обучение. Руководство. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. - 792 с.

238. Шагурова А.А. Социально-психологическая готовность молодежи к волонтерской деятельности: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.05. - М., 2013. – 25 с.
239. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. - М.: Логос, 2007. - 189 с.
240. Шакирова Д.М., Плотникова Н.Ф. Формирование умений критически мыслить и работать в команде при обучении студентов вуза // Образовательные технологии и общество. - 2006. - №4. - С. 306-314.
241. Шахмаева К.Е., Савва Л.И. Итоги экспериментальной работы по формированию готовности студентов технического вуза к работе в команде // Проблемы современного педагогического образования. - 2018. - №59-4. - С. 368-372.
242. Шахмаева К.Е. Формирование готовности к командной работе студентов технического вуза в процессе профессиональной подготовки: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. - Магнитогорск, 2019. - 196 с.
243. Швиренко И.Р., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Поважная Е.С., Пеклун И.В., Мирошниченко Н.Д. Медицинские тренажеры: применение в клинической и педагогической практике // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2018. - №3. - С. 149-153.
244. Шевандрин Н.И. Выявление уровня развития группы на основе ее ценностно-ориентационного единства: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.05. - М., 1989. - 173 с.
245. Шестак Н.В. Профессиональное образование и компетентностный подход // Высшее образование в России. - 2010. - №3. - С. 38-43.
246. Шестак Н.В., Шестак В.П. Компетентностный подход в дополнительном профессиональном образовании // Высшее образование в России. 2009. № 3. С. 29-39.
247. Шишов С.Е. Понятие компетенции в контексте качества образования / С.Е. Шишов // Стандарты и мониторинг в образовании. - 1999. - №2.- С.30-34.

248. Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Борисенко Е.В., Нестерова Е.В., Макаров А.А. Командное обучение и интерактивная лекция // Виртуальные технологии в медицине. - 2015. - № 1(13). - С. 33-34.

249. Юдаева Ю.А. Симуляционное обучение как образовательная стратегия подготовки сестринского персонала // Бюллетень науки и практики. - 2018. - №5. - С. 111-121.

250. Юдаева Ю.А. Симуляционный центр как инновационное направление развития медицинского профессионального образования // Управление инновациями: теория, методология, практика. - 2014. - №11. - С. 124-127.

251. Юткина О.С. Адаптация студентов при симуляционном обучении // Амурский медицинский журнал. - 2018. - №1-2(20-21). - С. 84-86.

252. Abdelkhalek N., Hussein A., Gibbs T. et al. Using team-based learning to prepare medical students for future problem-based learning // Med. Teach. - 2010. - Vol. 32. - № 2. - P. 123-129.

253. Carter F.J., Farrell S.J., Francis N.K., Adamson G.D., Davie W.C., Martindale J.P., Cuschieri A Content validation of LapSim cutting module. In: Abstracts 13th EAES congress. Venice, Lido. 2005. Surg Endosc. 2006 Apr; 20 Suppl. №1. - P. 35-37.

254. Cambridge Advanced Learner's Dictionary. - Cambridge University Press, 2008. - 1852 с.

255. Christian C.K., Gustafson M.L., Roth E.M., et al. A prospective study of patient safety in the operating room. Surgery. - 2006. Vol. 139. - P. 159-173.

256. Chomsky N. New Horizons in the Study of Language and Mind. Cambridge. - Cambridge University Pres, 2000. June 2012. P.230.

257. Davidson L.K. A 3-year experience implementing blended TBL: active instrumental methods can shift student attitudes to learning // Med. Teach. - 2011. - Vol. 33. - № 9. - P. 750-753.

258. Echeto L., Sposetti V., Childs G. et al. Evaluation of Team-Based Learning and traditional instruction in teaching removable partial denture concepts // J. Dent. Educ. - 2015. - Vol. 79. - №9. - P. 1040-1048.

259. Edmunds S., Brown G. AMEE guides in medical education. AMEE guide no 48: Effective small group learning // Med. Teach. - 2010. - Vol. 32, № 9. - P. 715-726.

260. Gawande A.A., Zinner M.J., Studdert D.M., Brennan T.A. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. Surgery. - 2003. Vol. 133. - P. 614-621.

261. Haidet P., Kubitz K., McCormack W. Analysis of the Team-Based Learning literature: TBL comes of age // J. Excell. Coll. Teach. - 2014. - Vol. 25. - №3. - P. 303-333.

262. Hallikainen H., Vaisanen O., Randell T. et al. Teaching anaesthesia induction to medical students: comparison between full-scale simulation and supervised teaching in the operating theatre // Eur. J. Anaesth. - 2009. - Vol. 26. - P. 101-104.

263. Harakuni S.U., Nagamoti J.M., Mallapur M.D. Effectiveness of team-based learning in microbiology: a non-randomized control study // Educ. Health (Abingdon). - 2015. - Vol. 28. - № 1. - P. 41-44.

264. Hassan I., Sitter H., Schlosser K., Zielke A., Rothmund M., Gerdes B. A virtual reality simulator for objective assessment of surgeons laparoscopic skill. - Chirurg, 2005. - Vol. 72(2). - P. 151 - 155.

265. Holcomb J.B., Dumire R.D., Crommett J.W. et al. Evaluation of trauma team performance using an advanced human patient simulator for resuscitation training // J. Trauma. - 2002. - Vol. 52. - P. 1078-1085.

266. Issenberg S.B., Gordon M.S., Gordon D.L., Safford R.E., Hart I.R. Simulation and new learning technologies// Medical Teacher. - 2001.- №23(1).- P.16-23.

267. Jason R. Frank, Linda Shell. Competency-Based medical education theory of practice // Medical Thecher. - 2010. - Vol. 32. - № 8. - P. 638-646.

268. Jason R. Frank, Rani Mungroo, Yasmin Ahmand. The first comprehensive systematic review of the medical education literature related to Competency-Based Education definitions // *Medical Teacher*. - 2010. - Vol. 32. - №8. - P. 631-638.

269. Koles P.G., Stolfi A., Borges N.J. et al. The impact of team-based learning on medical students' academic performance // *Acad. Med.* - 2010. - Vol. 85, № 11. - P. 1739-1745.

270. Levine R.E., O'Boyle M., Haidet P. et al. Transforming a clinical clerkship with team learning // *Teach. Learn. Med.* - 2004. - Vol. 16, № 3. - P. 270-275.

271. Michaelsen L. Team-Based Learning: Small Group Learning's Next Big Step // *Single Issue Teaching and Learning*. - 2011. - V. 11. - P. 28-32.

272. Michaelsen L., Sweet M., Parmalee D. Team-Based Learning: Small Group Learning's Next Big Step. *New Directions in Teaching and Learning*. – 2009. – P. 7-27.

273. Morgan P.J., Tarshis J., LeBlanc V. et al. Efficacy of high-fidelity simulation debriefing on the performance of practicing anaesthetists in simulated scenarios // *Br. J. Anaesth.* - 2009. - Vol. 103. - P. 531-537.

274. Murin S., Stollenwerk N.S. Simulation in procedural training: at the tipping point // *Chest*. - 2010. - Vol. 137. - P. 1009-1011.

275. Narreddy R., Carter F.J., Cuschieri A. Evaluation of the effect of feedback on surgical task performance on a virtual reality laparoscopic simulator. *Abstracts 13th EAES Congress*. - Venice, Lido, Italy, 1-4 June 2006. *Surg Endosc*. 2006 Apr; 20. - Suppl; 1: P. 13-15.

276. Nieder G.L., Parmelee D.X., Stolfi A., Hudes P.D. Team-based learning in a medical gross anatomy and embryology course // *Clin. Anat.* - 2005. - Vol. 18, № 1. - P. 56-63.

277. Okuda Y., Bond W., Bonfante G. et al. National growth in simulation training within emergency medicine residency programs, 2003-2008 // *Acad. Emerg. Med.* - 2008. - Vol. 15. - P. 1113-1116.

278. Park H.R., Kim C.J., Park J.W. et al. Effects of team-based learning on perceived teamwork and academic performance in a health assessment subject // *Collegian*. - 2015. - Vol. 22. - № 3. - P. 299-305.
279. Penman J., Oliver M. Meeting the challenges of assessing clinical placement venues in a bachelor of nursing program // *Journal of University Teaching & Learning Practice*. – 2017. -№1(2). - P.60-73.
280. Peters V.A.M., Vissers G.A.N. A Simple Classification Model for Debriefing Simulation Games // *Simulation Gaming March*. - 2004. - Vol. 35. - №. 1. - P. 70-84.
281. Savoldelli G.L., Naik V.N., Park J. et al. Value of debriefing during simulated crisis management: oral versus videoassisted oral feedback // *Anesthesiology*. - 2006. - Vol. 105. - P. 279-285.
282. Shellenberger S., Seale J.P., Harris D. et al. Applying team-based learning in primary care residency programs to increase patient alcohol screenings and brief interventions // *Acad. Med.* - 2009. - Vol. 84, № 3. - P. 340-346.
283. Sutherland S., Bahramifarid M., Jalali A. Team-based learning from theory to practice: faculty reactions to the innovation // *Teach. Learn. Med.* - 2013. - Vol. 25. - № 3. - P. 231-236.
284. Thomas P.A., Bowen C.W. A controlled trial of team-based learning in an ambulatory medicine clerkship for medical students // *Teach. Learn. Med.* - 2011. - Vol. 23. - P. 31-36.
285. Thompson B.M., Schneider V.F., Haidet P. et al. Factors influencing implementation of team-based learning in health sciences education // *Acad. Med.* - 2007. - Vol. 82, suppl. 10. - P. 53-56.
286. Thompson B.M., Schneider V.F., Haidet P. et al. Team-based learning at ten medical schools: Two years later // *Med. Educ.* - 2007b. - Vol. 41, N 3. - P. 250-257.
287. Woolley A.W., Chabris C.F., Pentland A. et al. Evidence for a collective intelligence factor in the performance of human groups // *Science*. - 2010. - Vol. 330, № 6004. - P. 686-688.

288. Zgheib N.K., Simaan J.A., Sabra R. Using team-based learning to teach pharmacology to second year medical students improves student performance // Med. Teach. - 2010. - Vol. 32, N 2. - P. 130-135.

Нормативно-правовые документы, регламентирующие процесс формирования компетенции командной работы студентов медицинских специальностей средствами симуляционных технологий

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в РФ»
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 5.12.2011 г. № 1475н и №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»
3. Приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело»
4. Письмо Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 г. № 16-2/10/2-3902
5. Основные образовательные программы специалитета
6. Учебные планы
7. Рабочие программы учебных дисциплин

Выписка из
ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
СТАНДАРТА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ - СПЕЦИАЛИТЕТ ПО
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО,
утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования
Российской Федерации от 12 августа 2020 г. №988

III. Требования к результатам освоения программы специалитета

3.1. В результате освоения программы специалитета у выпускника должны быть сформированы компетенции, установленные программой специалитета.

3.2. Программа специалитета должна устанавливать следующие универсальные компетенции:

| Наименование категории (группы) универсальных компетенций | Код и наименование универсальной компетенции выпускника |
|---|--|
| Системное и критическое мышление | УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий |
| Разработка и реализация проектов | УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла |
| Командная работа и лидерство | УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели |
| Коммуникация | УК-4. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и |

| | |
|---|--|
| | профессионального взаимодействия |
| Межкультурное взаимодействие | УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия |
| Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение) | УК-6. Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни |
| | УК-7. Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности |
| Безопасность жизнедеятельности | УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов |
| Инклюзивная компетентность | УК-9. Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах |
| Экономическая культура, в том числе финансовая грамотность | УК-10. Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности |
| Гражданская позиция | УК-11. Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению |

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-3, индикаторы компетенции:

Знать:

- методики формирования команд.
- методы эффективного руководства коллективами.
- основные теории лидерства и стили руководства.

Уметь:

- разрабатывать план групповых и организационных коммуникаций при подготовке и выполнении проекта.

- сформулировать задачи членам команды для достижения поставленной цели.

- разрабатывать командную стратегию.

- применять эффективные стили руководства командой для достижения поставленной цели.

Владеть:

- умением анализировать, проектировать и организовывать межличностные, групповые и организационные коммуникации в команде для достижения поставленной цели.

- методами организации и управления коллективом.

**Перечень общих тематических блоков симуляционных тренингов,
направленных на формирование компетенции командной работы
студентов медицинских специальностей**

- 1) «Командная работа при принятии клинического решения»
- 2) «Врачебные манипуляции»
- 3) «Экстренная медицинская помощь: работа в команде»
- 4) «Неотложная медицинская помощь при работе в команде»
- 5) «Оказание медицинской помощи: мобильная бригада»
- 6) «Медицинская помощь в кризисных ситуациях»
- 7) «Командная работа в различных клинических ситуациях»
- 8) «Тренинг взаимодействия с руководством/коллегами-врачами/младшим медицинским персоналом»
- 9) «Тренинг безопасности работы для персонала и для пациентов»
- 10) «Тренинг взаимодействия с пациентом и его родственниками»
- 11) «Диспансеризация»
- 12) «Сбор жалоб и анамнеза: работа в команде»
- 13) «Лабораторно-инструментальные исследования»
- 14) «Медицинская информация и дифференциальный диагноз»
- 15) «Деонтологические аспекты профессиональной медицинской деятельности»

Тест знаний

Позволяет оценить уровень знаний студентов-медиков о структурно-содержательных аспектах командной работы, признаках и структуре работы в команде, динамике развития межличностных отношений в группе (команде), этапах развития команды, специфике образования и формирования команды, групповой сплоченности, основных принципах, методиках, способах, технологиях и т.д., основных теориях лидерства и стилях руководства, а также о методах эффективного руководства командами; представления о возможных целях, задачах и преимуществах работы в команде, ключевых командных ролях, типах поведения человека в команде, конфликте, причинах его возникновения, механизмах и стратегии решения конфликтных и проблемных ситуаций в команде.

Методика незаконченных предложений

Методика относится к группе проективных тестов, состоит из 16 незаконченных предложений, каждое из которых направлено на выявление отношений испытуемого к работе в команде, ценностное отношение к осуществлению профессиональной деятельности в команде, мотивации к работе в команде, заинтересованности в каждом участнике команды, разделению командных интересов, наличия осознанной установки на формирование у себя профессиональной готовности к командной работе, овладение продуктивными способами предотвращения конфликтных и проблемных ситуаций в контексте совместной деятельности и(или) их продуктивное разрешение.

1. Работа в команде позволяет мне ...
2. Я вижу смысл командной работы в ...
3. Действия команды согласованны, когда ...
4. Для достижения общей цели важно ...

5. Работая в команде, у меня ...
6. Я считаю, что работа в команде ...
7. Большинство членов моей команды ...
8. В команде я чувствую себя...
9. Эффективное взаимодействие с членами команды строится на ...
10. Интересы команды необходимо ставить ...
11. В случае конфликтной ситуации чаще всего ...
12. Мне не нравится, когда члены команды ...
13. В команде я способен ...
14. Поведение членов команды должно строиться ...
15. Командный дух создается ...
16. Мой авторитет в команде зависит от ...

Диагностика мотиваторов

социально-психологической активности личности

Методика помогает определить ведущие потребности-мотиваторы личности. Методологической основой служит теория мотивации Д.Макклелланда, а также ряд ее более современных интерпретаций. Знание основных потребностей – исходный момент самомотивации, личностного менеджмента. Кроме того, зная ведущие потребности сотрудников и используя соответствующие стимулы, руководитель может повысить субъектно-деятельностную мотивацию.

Респондентам предлагается 15 утверждений. Необходимо выразить свое согласие («полностью согласен» – ПС) или несогласие («не согласен» – НС) по пятибалльной системе.

| | |
|--------------------|-------------|
| Полностью согласен | Не согласен |
| 5 4 3 2 1 | |

Для того чтобы определить доминирующие потребности, заполняется таблица.

| Достижение успеха в целом | | Стремление к власти | | Тенденция к аффилиации (групповому признанию и уважению) | |
|---------------------------|------|---------------------|------|--|------|
| Номер утверждения | Балл | Номер утверждения | Балл | Номер утверждения | Балл |
| 1 | | 2 | | 3 | |
| 4 | | 5 | | 6 | |
| 7 | | 8 | | 9 | |
| 10 | | 11 | | 12 | |
| 13 | | 14 | | 15 | |
| Итого: | | Итого: | | Итого: | |

В сумме в каждой колонке должно получиться от 5 до 25 баллов. Та колонка, в которой сумма баллов будет наиболее высокой, и определит доминирующую потребность – мотивационную доминанту личностной активности. Об уровне выраженности каждой из трех шкал свидетельствуют следующие показатели:

- 19 и более – высокий;
- 8-18 – средний;
- 7 и менее – низкий.

Тестовый материал

1. Я прилагаю все усилия для того, чтобы улучшить показатели командной работы по сравнению с тем, что было раньше.
2. Я получаю удовольствие от того, что мне приходится соревноваться с кем-либо, особенно если я при этом выигрываю.
3. Я часто замечаю, что разговариваю со своими коллегами по работе на «нерабочие» темы.
4. Мне нравится выполнять непростую работу.
5. Мне нравится брать на себя ответственность.

6. Мне нравится, когда окружающие хорошо ко мне относятся.
7. Я хочу знать, насколько хорошо я выполнил то или иное задание в действительности.
8. Я конфликтую с людьми, которые совершают неприятные для меня поступки.
9. У меня хорошие отношения с коллегами по работе.
10. Мне нравится ставить перед собой реальные задачи и выполнять их.

Решение ситуационных задач (ситуационно-поведенческое тестирование)

Ситуационно-поведенческое тестирование проходит в письменном или устном виде с целью анализа уровня сформированности навыков работы в группе на конкретных примерах.

Кейс состоит из сценария и нескольких вариантов ответов. В сценарии описана типичная профессиональная ситуация, связанная со взаимоотношениями в команде. В вариантах ответа описывается решение ситуации. Студентам необходимо выбрать предпочтительный вариант действий, или предложить собственное решение, если тестирование проходит в устной форме.

Экспертная оценка, наблюдение в реальной деятельности

Оценочная процедура, в которой по поведению студента в различных ситуациях работы в команде эксперты оценивают сформированность необходимых навыков.

Эффективным методом оценки считаются различные коллективные ситуационные игры, в которых группа студентов разыгрывает смоделированную профессиональную ситуацию, максимально приближенную к реальной. Наблюдая за игрой, эксперт выявляет навыки студентов, манеру их поведения в рабочей обстановке, стиль решения поставленных задач и преодоления возникающих проблем, а также особенности взаимодействия в команде.

Критерии диагностики (для экспертов)

| Критерии | Показатели | |
|---|---|---|
| <p>Способность к работе в команде.</p> <p>Умение слушать. Способность убеждать, влиять на других членов команды. Умение передавать информацию без потерь.</p> <p>Умение сотрудничать, кооперироваться, конструктивно преодолевать разногласия, использовать потенциал группы и достигать коллективных результатов.</p> <p>Ориентация на командное достижение общей цели.</p> | <p>Убедительно приводит ключевые аргументы при взаимодействии.</p> <p>Убеждает других членов команды.</p> <p>Достигает согласия и поддержки.</p> <p>Аргументированно преодолевает возражения.</p> | <p>Неубедительно приводит ключевые аргументы при взаимодействии.</p> <p>Не убеждает других членов команды.</p> <p>Не достигает согласия и поддержки.</p> <p>Затрудняется в преодолении возражений.</p> |
| <p>Создает командный дух в коллективе.</p> <p>Привлекает всех членов команды к формулированию командной цели.</p> <p>Создает в команде атмосферу творчества и инициативы.</p> <p>Выступает в роли наставника для других членов команды, является неформальным лидером; обладает заслуженным авторитетом.</p> <p>Устанавливает наиболее эффективные правила коммуникации. Гибко применяет множество стилей коммуникации; мастерски использует вопросы, подводя других членов команды к своему мнению. Тратит время и ресурсы на организацию мероприятий, направленных на сплочение команды и ее формирование как единого целого.</p> | <p>Влияет на принятие решения.</p> <p>Изменяет взгляды других членов команды.</p> <p>Анализирует успешные случаи оказания влияния и запрашивает обратную связь.</p> <p>Используют разные стили оказания влияния.</p> <p>Имеет представление о том, как достичь успеха в изменении точек зрения и поведения других членов команды.</p> | <p>Не влияет на принятие решения</p> <p>Не изменяет взгляды других членов команды.</p> <p>Не запрашивает обратную связь о качестве оказания влияния.</p> <p>Использует один стиль оказания влияния.</p> <p>Не имеет представления о том, как достичь успеха в изменении точек зрения и поведения других членов команды.</p> |
| <p>Самостоятельно предлагает командные формы работы.</p> <p>Постоянно анализирует, как его деятельность может быть полезна другим членам команды, информирует их о возможной кооперации.</p> <p>Формулирует и доносит до команды общую цель.</p> <p>Выстраивает систему эффективного взаимодействия между всеми членами команды; помогает распределять роли.</p> | <p>Активно работает в команде.</p> <p>Ставит интересы команды выше собственных.</p> <p>Полностью разделяет цели команды.</p> <p>Знает функциональные обязанности других членов команды. Готов помогать другим</p> | <p>Участвует в командной работе только при настоятельных просьбах.</p> <p>Замкнут.</p> <p>Не любит жертвовать своим временем ради команды. Выполняет свою часть работы,</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Выступает посредником при возникновении разногласий и эффективно их решает.</p> <p>Создает вокруг себя атмосферу дружелюбности и открытости.</p> <p>Умеет взаимодействовать, значительно увеличивая эффективность работы команды.</p> <p>Способен убеждать других и влиять на их мнение.</p> <p>Видит потребности и интересы других членов команды и отталкивается от них в процессе убеждения.</p> | <p>членам команды делать дополнительную работу, не ограничиваясь своими функциями.</p> <p>Стремится к расширению рамок своих обязанностей.</p> <p>Общается открыто и искренне, строит отношения на основе взаимного уважения и доверия. Ясно излагает мысли, способен сформулировать свои идеи и изложить их до других членов команды.</p> <p>Доводит важную информацию до членов команды и руководства в сроки и без потерь.</p> <p>Помогает разным сторонам согласовать свои ожидания.</p> | <p>но не интересуется ее вкладом в командный результат. Пытается соблюдать приемлемую систему коммуникации с другими членами команды. Иногда забывает сообщить коллегам или руководству о важной для них информации.</p> <p>Периодически допускает неточности в своей деятельности, ограничивая эффективность команды.</p> <p>Ставит свои интересы выше интересов команды.</p> <p>Может способствовать возникновению конфликтов в коллективе.</p> <p>Не информирует коллег и руководство о результатах своей деятельности.</p> <p>Неспособен поддерживать систематическую коммуникацию с коллегами.</p> |
|--|--|---|

Опросник межличностных отношений А.А. Рукавишников (ОМО)

Опросник межличностных отношений (ОМО) является русскоязычной версией широко известного за рубежом опросника FIRO (Fundamental

Interpersonal Relations Orientation), разработанного американским психологом В. Шутцем. Автор предлагаемой версии А. А. Рукавишников. Опросник направлен на диагностику различных аспектов межличностных отношений в диадах и группах, а также на изучение коммуникативных особенностей личности.

Опросник ОМО основан на основных постулатах трехмерной теории межличностных отношений В.Шутца. Важнейшей идеей данной теории является положение о том, что каждый индивид имеет характерный способ социальной ориентации по отношению к другим людям, и эта ориентация определяет его межличностное поведение.

Опросник предназначен для оценки поведения человека в три основных областях межличностных потребностей: «включения» (I), контроля» (C) и «аффекта» (A). Внутри каждой области принимают во внимание два направления межличностного поведения: выраженное поведение индивида (e), т.е. мнение индивида об интенсивности собственного поведения в данной области; и поведение, требуемое индивидом от окружающих (w), интенсивность которого является оптимальной для него.

Опросник состоит из шести шкал, каждая из которых, в сущности, содержит утверждение, девятикратно повторяющееся с некоторыми изменениями. Всего в опроснике содержится 54 утверждения, каждое из которых требует от тестируемого, чтобы он выбрал один из ответов в рамках шестибальной оценочной шкалы.

С его помощью измеряются личностные характеристики и оцениваются отношения между людьми. Тип поведения диагностируется в трех областях — включение (I), контроль (C), и аффект (A), по шести шкалам:

Включенность - потребность создавать и поддерживать удовлетворительные отношения с другими людьми (психологически приемлемые), на основе которых возникают взаимодействие и сотрудничество. Отношения устанавливаются по двум направлениям:

- **Ie** (демонстрируемое поведение самого индивида): стремлюсь принимать других людей, поддерживать их интерес ко мне и участие в моей

деятельности; активно стремлюсь принадлежать к различным социальным группам и как можно чаще быть среди людей;

- **Iw** (поведение, ожидаемое индивидом от окружающих): стараюсь, чтобы другие люди вовлекали меня в свою деятельность и стремились быть в моем обществе.

Контроль - потребность создавать и сохранять удовлетворительные отношения с людьми, опираясь на контроль и силу. Отношения устанавливаются по двум направлениям:

- **Се** (демонстрируемое поведение самого индивида): пытаюсь контролировать других людей и влиять на них; стремлюсь руководить и принимать решения;

- **Cw** (поведение, ожидаемое индивидом от окружающих): стараюсь, чтобы другие люди меня контролировали, влияли на меня и говорили мне, что я должен делать.

На эмоциональном уровне эта потребность определяется как стремление создавать и сохранять чувство взаимного уважения, опираясь на компетентность и ответственность. На уровне самопонимания потребность в контроле проявляется в необходимости чувствовать себя компетентной и ответственной личностью. Поведение, вызванное потребностью в контроле, относится к процессу принятия решения, а также затрагивает области силы, влияния и авторитета. Выраженность потребности в контроле варьируется в диапазоне от стремления к власти, авторитету и контролю над другими до желания быть контролируемым, избавиться от ответственности.

Аффект - потребность создавать и удерживать удовлетворительные отношения с остальными людьми, опираясь на эмоциональные отношения. Отношения устанавливаются по двум направлениям:

- **Ae** (демонстрируемое поведение самого индивида): стремлюсь быть в близких, интимных отношениях с остальными, проявлять к ним теплые дружеские чувства;

- **Aw** (поведение, ожидаемое индивидом от окружающих): стараюсь, чтобы другие стремились быть ко мне эмоционально более близкими и делились со мной своими интимными чувствами.

| № п/п | Утверждение | Ответ | | | | | |
|----------|--|-------------|------------|-------------|----------------|------------|--------------|
| | | Обычно 1 | Часто 2 | Иногда 3 | По случаю 4 | Редко 5 | Никогда 6 |
| 1 | Стремлюсь быть вместе со всеми | | | | | | |
| 2 | Предоставляю право другим решать вопрос о том, что необходимо сделать | | | | | | |
| 3 | Становлюсь членом различных групп | | | | | | |
| 4 | Стремлюсь иметь близкие отношения с остальными членами групп | | | | | | |
| 5 | Когда представляется случай, я склонен стать членом интересных организаций | | | | | | |
| 6 | Допускаю, чтобы другие оказывали сильное влияние на мою деятельность | | | | | | |
| 7 | Стремлюсь влиться в неформальную общественную жизнь | | | | | | |
| 8 | Стремлюсь иметь близкие и сердечные отношения с другими | | | | | | |
| 9 | Стремлюсь задействовать других в своих планах | | | | | | |
| 10 | Позволяю другим судить о том, что я делаю | | | | | | |
| 11 | Стараюсь быть среди людей | | | | | | |
| 12 | Стремлюсь устанавливать с другими близкие и сердечные отношения | | | | | | |
| 13 | Имею склонность присоединяться к остальным всякий раз, когда делается что-то совместно | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 14 | Легко подчиняюсь другим | | | | | | |
| 15 | Стараюсь избегать одиночества | | | | | | |
| 16 | Стремлюсь принимать участие в совместных мероприятиях | | | | | | |
| 17 | Стремлюсь относиться к другим по-приятельски | | | | | | |
| 18 | Предоставляю право другим решать вопрос о том, что необходимо сделать | | | | | | |
| 19 | Мое личное отношение к окружающим - холодное и безразличное | | | | | | |
| 20 | Предоставляю право другим руководить ходом событий | | | | | | |
| 21 | Стремлюсь иметь близкие отношения с остальными | | | | | | |
| 22 | Допускаю, чтобы другие оказывали большое влияние на мою деятельность | | | | | | |
| 23 | Стремлюсь установить близкие и сердечные отношения с другими | | | | | | |
| 24 | Позволяю другим судить о том, что я делаю | | | | | | |
| 25 | С другими веду себя холодно и безразлично | | | | | | |
| 26 | Легко подчиняюсь другим | | | | | | |
| 27 | Стремлюсь иметь близкие и сердечные отношения с другими | | | | | | |
| 28 | Люблю, когда другие приглашают меня участвовать в чем-нибудь | | | | | | |
| 29 | Мне нравится, когда остальные люди относятся ко мне непосредственно и сердечно | | | | | | |
| 30 | Стремлюсь оказывать сильное влияние на деятельность других | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 31 | Мне нравится, когда другие приглашают меня участвовать в их деятельности | | | | | | |
| 32 | Мне нравится, когда другие относятся ко мне непосредственно | | | | | | |
| 33 | В обществе других стремлюсь руководить ходом событий | | | | | | |
| 34 | Мне нравится, когда другие подключают меня к своей деятельности | | | | | | |
| 35 | Я люблю, когда другие ведут себя со мной холодно и сдержанно | | | | | | |
| 36 | Стремлюсь, чтобы остальные поступали так, как я хочу | | | | | | |
| 37 | Мне нравится, когда другие приглашают меня принять участие в их дискуссиях | | | | | | |
| 38 | Я люблю, когда другие относятся ко мне по-приятельски | | | | | | |
| 39 | Мне нравится, когда другие приглашают меня принять участие в их деятельности | | | | | | |
| 40 | Мне нравится, когда окружающие относятся ко мне сдержанно | | | | | | |
| 41 | В обществе стараюсь играть главенствующую роль | | | | | | |
| 42 | Мне нравится, когда другие приглашают меня участвовать в чем-нибудь | | | | | | |
| 43 | Мне нравится, когда другие относятся ко мне непосредственно | | | | | | |
| 44 | Стремлюсь, чтобы другие делали то, что я хочу | | | | | | |
| 45 | Мне нравится, когда другие приглашают меня участвовать в своей | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | деятельности | | | | | | |
| 46 | Мне нравится, когда другие относятся ко мне холодно и сдержанно | | | | | | |
| 47 | Стремлюсь сильно влиять на деятельность других | | | | | | |
| 48 | Мне нравится, когда другие подключают меня к их деятельности | | | | | | |
| 49 | Мне нравится, когда остальные люди относятся ко мне непосредственно и сердечно | | | | | | |
| 50 | В обществе стараюсь руководить ходом событий | | | | | | |
| 51 | Мне нравится, когда другие приглашают меня принять участие в их деятельности | | | | | | |
| 52 | Мне нравится, когда ко мне относятся сдержанно | | | | | | |
| 53 | Стараюсь, чтобы остальные делали то, что я хочу | | | | | | |
| 54 | В обществе руковожу ходом событий | | | | | | |

Обработка результатов

Результаты (в баллах) подсчитываются в соответствии с ключом к опроснику.

Ключи к опроснику

| № п/п | ключи | № п/п | ключи | № п/п | ключи | № п/п | ключи | № п/п | ключи | № п/п | ключи |
|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|------------|-------|---------------|-------|---------|
| 1. | 1, 2, 3, 4 | 30. | 1, 2, 3, 4, 5 | 4. | 1, 2, 3, 4, 5 | 28. | 1, 2 | 2. | 1, 2, 3, 4, 5 | 26. | 1 |
| 3. | 1, 2, 3, 4, 5 | 33. | 1, 2, 3 | 6. | 1, 2 | 31. | 1, 2 | 6. | 1, 2, 3 | 30. | 1, 2 |
| 5. | 1, 2, 3, 4, 5 | 36. | 1, 2, 3 | 12. | 1 | 34. | 1, 2 | 10. | 1, 2, 3 | 35. | 5, 6 |
| 7. | 1, 2, 3 | 40. | 1, 2, 3 | 17. | 1, 2, 3 | 37. | 1 | 14. | 1, 2, 3 | 38. | 1, 2, 3 |
| 9. | 1, 2, 3 | 44. | 1, 2, 3, 4 | 19. | 3, 4, 5, 6 | 39. | 1 | 18. | 1, 2, 3, 4 | 40. | 5, 6 |
| 11. | 1, 2 | 47. | 1, 2, 3, 4 | 21. | 1 | 42. | 1, 2, 3 | 20. | 1, 2, 3, 4 | 43. | 1 |
| 13. | 1 | 50. | 1, 2, 3, 4 | 23. | 1 | 45. | 1, 2, 3 | 22. | 1, 2, 3, 4 | 46. | 4, 5, 6 |
| 15. | 1 | 53. | 1, 2 | 25. | 3, 4, 5, 6 | 48. | 1, 2, 3, 4 | 24. | 1, 2 | 49. | 1 |
| 16. | 1 | 54. | 1, 2 | 27. | 1 | 50. | 1, 2, 3 | 26. | 1, 2 | 52. | 5, 6 |
| | И | | С | | А | | И | | С | | А |

Можно подсчитать индексы (комбинации оценок) по каждой из трех шкал:

- **индексы объема интеракции** ($e + w$);
- **индексы противоречивости межличностного поведения** ($e - w$) — внутри и между отдельными областями межличностных потребностей.

Также можно рассчитать **коэффициенты совместимости** людей — в диаде или в группе.

Результаты тестирования можно представить в виде *таблицы*:

| | Шкалы опросника | | | | | |
|------------|-----------------|----|----|----|----|----|
| | Ie | Iw | Ce | Cw | Ae | Aw |
| $\Sigma =$ | | | | | | |

или *диаграммы*:

| Шкалы | Баллы | | | | | | | | |
|-------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ie | | | | | | | | | |
| Iw | | | | | | | | | |
| Ce | | | | | | | | | |
| Cw | | | | | | | | | |
| Ae | | | | | | | | | |
| Aw | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Интерпретация полученных результатов

Ниже приводится описание типичных тенденций поведения человека, соответствующих разным показателям значений по шкалам ОМО:

Включенность

- Низкие оценки по шкале **Ie** — человек чувствует себя некомфортно среди людей, скорее будет демонстрировать склонность их избегать.
- Высокие оценки по шкале **Ie** — человек чувствует себя комфортно среди людей, будет иметь тенденцию искать их общества.

- Низкие оценки по шкале **Iw** — человек демонстрирует тенденцию общаться с небольшим количеством людей.

- Высокие оценки по шкале **Iw** — человек имеет сильную потребность в принадлежности к группе, стремится быть принятым людьми.

Контроль

- Низкие оценки по шкале **Се** — человек избегает принимать решения и брать на себя ответственность.

- Высокие оценки по шкале **Се** — человек старается брать на себя ответственность, играть в коллективе ведущую роль.

- Низкие оценки по шкале **Cw** — человек не принимает контроля над собой.

- Высокие оценки по шкале **Cw** — человек демонстрирует потребность в зависимости, колеблется при принятии решений.

Аффект

- Низкие оценки по шкале **Ae** — человек очень осторожен при установлении близких, интимных отношений с людьми, избегает таких отношений.

- Высокие оценки по шкале **Ae** — человек демонстрирует большую склонность устанавливать близкие, интимные отношения с людьми.

- Низкие оценки по шкале **Aw** — человек очень осторожен при выборе лиц, с которыми устанавливает глубокие эмоциональные отношения.

- Высокие оценки по шкале **Aw** — человек испытывает большую потребность в том, чтобы другие люди устанавливали с ним близкие эмоциональные отношения.

Чем больше оценки приближаются к крайним значениям диапазона, тем вероятнее ожидать от испытуемого описанного поведения (в общих чертах). Величина полученной оценки определяет степень применимости приведенных выше описаний:

- при *экстремально низких* (0–1) и *экстремально высоких* (8–9) оценках поведение человека будет соответствовать описанным тенденциям, и при этом иметь компульсивный характер*;

- при *низких* (2–3) и *высоких* (6–7) оценках поведение человека будет соответствовать описанным тенденциям;
- при *пограничных* (4–5) оценках человек может демонстрировать обе описанные тенденции поведения.

Тест «Пульсар» (Л.Г. Почебут, 2000)

(оценка социально-психологического уровня развития группы)

Позволяет оценить уровень развития группы на основе анализа ее социально-психологических состояний и для прогнозирования успешности ее деятельности. По результатам опроса каждого члена группы можно судить о степени ее зрелости, которая базируется на основных ее состояниях: подготовленность к деятельности, направленность, организованность, активность, сплоченность, интегративность, референтность,

Данная методика предназначена для оценки уровня развития группы на основе анализа ее социально-психологических состояний и для прогнозирования успешности ее деятельности. По результатам опроса каждого члена группы можно судить о степени ее зрелости, которая базируется на основных ее состояниях:

-подготовленность к деятельности – это состояние, которое характеризует степень готовности членов группы к решению поставленной задачи;

-направленность – это состояние, характеризующееся четким, согласованным осознанием членами группы ее целей, интересов, норм, способов и средств деятельности, а также критериев оценки результатов;

-организованность – это состояние, которое характеризуется четким распределением ролей и статусов в группе, наличием формальной и неформальной структуры;

-активность – это состояние, характеризующее способность группы совершать общественно значимую деятельность и выражающее степень реализации физического и интеллектуального потенциала ее членов;

- сплоченность – это состояние, характеризующееся устойчивостью и единством межличностных взаимоотношений и взаимодействий, что обеспечивает стабильность и преемственность деятельности группы;

-интегративность – это состояние группы, которое характеризуется согласованностью внутригрупповых процессов;

-референтность – это такое состояние группы, при котором членство в ней представляется людям наиболее ценным и значимым.

Инструкция. Просим вас оценить социально-психологическое состояние коллектива, в котором вы работаете. В опроснике представлены название состояния и его содержательная характеристика. В бланке для ответов поставьте тот балл (от 12 до 1), который, по вашему мнению, соответствует развитию данного состояния в вашем коллективе.

| Баллы | 1. Подготовленность к деятельности |
|----------------|---|
| 12 11 10 | Все члены нашего коллектива обладают глубокими профессиональными знаниями, способны с успехом применять их на практике, заинтересованы в повышении своей квалификации. Каждый член коллектива имеет профессиональный авторитет. Коллектив добивается высоких показателей в труде |
| 9 7 8 | Большинство членов коллектива имеют хорошую профессиональную подготовку, стремятся повысить свою квалификацию, стараются применять свои знания на практике |
| 6 5 4 | В нашем коллективе есть и недостаточно квалифицированные работники, которые своим сомнением наносят ущерб профессиональному авторитету коллектива |
| 3 2 1 | Члены коллектива имеют низкую профессиональную подготовку. В большинстве вопросов это дилетанты, не умеющие грамотно решать производственные проблемы и квалифицированно выполнять свои обязанности. Коллектив часто срывает выполнение производственных заданий |
| Баллы | 2. Направленность |
| 12 11 10 | Наш коллектив имеет общую, четкую для всех цель, которая осознается и понимается каждым как его собственная. Коллектив опирается на давние традиции, вырабатывая взаимоуважительные нормы поведения, общие ценности. В нашем коллективе высоко ценятся принципиальность, честность, бескорыстие |
| 9 8 7 | Перед нашим коллективом стоит общая задача. Каждый член коллектива старается удовлетворить свои интересы в рамках решения общей групповой задачи. В коллективе выработаны взаимоприемлемые нормы поведения |
| 6 5 | У каждого члена нашего коллектива существуют свои индивидуальные цели и ценности, которые совершенно не зависят от официальной цели коллектива. |

| | |
|----------------|--|
| 4 | Каждый в своем поведении руководствуется собственными нормами и правилами, не пытаясь согласовать их с другими членами коллектива |
| 3 2 1 | Наш коллектив существует только как официальная организация, цели которой не принимаются, часто входят в противоречие с целями отдельных членов коллектива. Каждый строит свое поведение, опираясь на эгоистические цели. В отношениях наблюдается конфликтность, агрессивность |
| Баллы | 3. Организованность |
| 12 11 10 | Наш коллектив способен самостоятельно организовывать свою работу и досуг. Отношения строятся на принципах сотрудничества, взаимной помощи и доброжелательности. Мы всегда совместно и дружно решаем, как нам эффективнее организовывать свой труд. В коллективе есть авторитетные специалисты, способные взять на себя функции организаторов работы |
| 9 8 7 | Наш коллектив часто пытается самостоятельно организовать свою работу, но это получается не всегда эффективно. Наш организатор (лидер, бригадир, руководитель) нечетко представляет себе план работы и возможности каждого |
| 6 5 4 | При попытках коллектива организовать общую работу возникает много споров, суеты, потерь драгоценного времени. В коллективе нет человека, который мог бы взять на себя функцию организатора. В результате приходится вмешиваться вышестоящему начальнику |
| 3 2 1 | Члены коллектива не могут договориться о том, как совместно организовать работу. Часто мешают друг другу или делают ненужную работу, дублируя друг друга. В коллективе преобладает соперничество, агрессия, подавление личности. У нас нет человека, который был бы способен взять на себя организаторские функции. Даже вышестоящий начальник не в состоянии справиться с коллективом |
| Баллы | 4. Активность |
| 12 11 10 | Все члены нашего коллектива – люди энергичные, кровно заинтересованные в эффективной работе. Они быстро откликаются, если нужно сделать что-то полезное для всех, активно участвуют в решении общих задач коллектива, сотрудничают и помогают друг другу |
| 9 8 7 | Большинство членов нашего коллектива – люди энергичные, заинтересованные в эффективной работе. Многие члены коллектива участвуют в общей работе, помогая друг другу |
| 6 5 4 | Большинство членов коллектива пассивны, мало участвуют в общей работе, не помогают друг другу, стараются решать свои проблемы индивидуально |
| 3 2 1 | Коллектив невозможно поднять на совместное дело, каждый думает только о своих интересах. Практически все члены коллектива проявляют пассивность, инертность при решении общих задач. Они разбираются со своими проблемами отдельно, независимо друг от друга. В коллективе преобладают соперничество, конкуренция |
| Баллы | 5. Сплоченность |
| 12 11 10 | В нашем коллективе существует справедливое отношение ко всем его членам, здесь всегда поддерживают неопытных, выступают в их защиту. Коллектив участливо и доброжелательно относится к новичкам, помогает им |

| | |
|----------------|--|
| | адаптироваться в новых условиях. Все члены коллектива тесно сработались друг с другом, активно обмениваются знаниями и необходимым для работы инструментарием. При возникновении трудностей все сплачиваются, объединяются, живут по принципу: "Один – за всех, все – за одного". В коллективе велико желание трудиться совместно |
| 9 8 7 | Большинство членов коллектива стараются справедливо относиться друг к другу, помочь неопытным, поддержать их, сориентироваться в новых условиях. В трудных случаях коллектив временно объединяется, чувствуется эмоциональная поддержка друг друга |
| 6 5 4 | Члены коллектива проявляют друг к другу равнодушие. Трудности, с которыми сталкиваются новички, не волнуют их. Каждый предоставлен сам себе и решает свои проблемы самостоятельно. В кризисных ситуациях наш коллектив "раскисает", возникает растерянность, отчужденность |
| 3 2 1 | Наш коллектив заметно разделяется на "привилегированных" и "пренебрегаемых". Здесь презрительно относятся к слабым, неопытным, нередко высмеивают их. Новички чувствуют себя лишними, чужими, к ним могут проявить враждебность. В трудных случаях в коллективе возникают споры, конфликты, взаимные обвинения, подозрения, доносы |
| Баллы | 6. Интегративность |
| 12 11 10 | При необходимости выработать важное решение, определяющее дальнейшую деятельность коллектива, все члены активно участвуют в процессе выработки и принятия такого решения. Внимательно выслушивается мнение каждого, и учитываются его интересы. В результате вырабатывается согласованное решение |
| 9 8 7 | При необходимости выработать важное решение все члены коллектива стараются активно участвовать в процесс его выработки и принятия ¹ . Учитывается мнение большинства членов коллектива. Решение принимается путем общего открытого голосования |
| 6 5 4 | При необходимости выработать важное решение только узкий круг активистов участвует в процессе его принятия. Учитываются мнения и интересы нескольких человек, а не всех членов коллектива. Решение принимается без гласного обсуждения, на закрытом совещании |
| 3 2 1 | В коллективе каждый считает свою точку зрения главной и нетерпим к мнению других. В результате совместное решение принять невозможно |
| Баллы | 7. Референтность |
| 12 11 10 | Все члены нашего коллектива доброжелательно настроены по отношению друг к другу. В коллективе развиты взаимопомощь, взаимное доверие и взаимопонимание. Все его члены – близкие друзья, глубоко симпатизирующие друг другу. Достижения и неудачи всего коллектива переживаются каждым как свои собственные. Успехи или неудачи отдельных членов коллектива вызывают искреннее участие остальных. Критика высказывается с добрыми побуждениями. В коллективе преобладает бодрый, жизнерадостный тон взаимоотношений, оптимизм в настроении. Каждый испытывает чувство гордости за наш коллектив |

| | |
|-------------|---|
| 9 8 7 | В нашем коллективе есть всякие люди – хорошие и плохие, очень симпатичные и малопривлекательные. Достижения и неудачи всего коллектива искренне переживаются всеми. В коллективе у всех хорошее, ровное настроение |
| 6 5 4 | Большинство членов нашего коллектива – люди малопривлекательные, несимпатичные, только в силу производственной необходимости работающие вместе. В коллективе относятся друг к другу критически, бывают мелочные придирки. Отношения между людьми прохладные, настроение чаще всего подавленное |
| 3 2 1 | Члены нашего коллектива – люди неприятные, враждебно настроенные друг к другу. В коллективе преобладает настроение угнетенности и пессимизма. Критические замечания носят характер явных или скрытых выпадов. Успехи отдельных членов коллектива вызывают зависть, неудачи – злорадство. Люди неуютно чувствуют себя в коллективе |

Обработка и интерпретация полученной информации.

Ответы всех членов группы по каждому групповому состоянию суммируются, и подсчитывается средняя оценка уровня развития группы. В зависимости от полученной средней оценки можно дать содержательное описание изучаемой группы, определить уровень ее развития и зрелости.

О зрелой, сложившейся, сплоченной, работоспособной и надежной группе можно говорить в том случае, если средняя оценка лежит в пределах от 10 до 12 баллов. Группа является достаточно зрелой, развитой, способной выполнять трудовые задания, если средняя оценка 7-9 баллов. Группа недостаточно зрелая и развитая, не всегда способна эффективно справиться с поставленными задачами, если средняя оценка лежит в пределах от 4 до 6 баллов. Группа характеризуется как незрелая, неразвитая, не способная справиться с поставленными задачами, если средняя оценка составляет 1-3 балла.

Тест для диагностики уровня развития малой команды

(Л.И. Уманский, Д.И. Лутошкин)

Цель: определение уровня развития команды и выявление проблем управления.

Студентам необходимо оценить, в какой степени каждое из предложенных для

оценки утверждений характерно для их команды. Необходимо выбрать один из четырех вариантов:

а) данное утверждение полностью соответствует характеру отношений, сложившихся в нашей команде;

б) данное утверждение в общем характерно для нашей команды;

в) данное утверждение лишь в незначительной степени применимо к нашей команде;

г) данное утверждение не характерно для системы отношений, сложившихся в нашей команде (у нас все наоборот).

Тестовое задание

| № | Вопрос | Ответ (а, б, в, г) |
|----|---|-----------------------|
| 1 | В нашей команде главный критерий ценности человека – его отношение к труду, к коллективу | |
| 2 | В нашей команде новичок, скорее всего, не почувствует себя чужаком, а встретит доброжелательность и радушие | |
| 3 | В нашей команде нет козлов отпущения и любимчиков | |
| 4 | Члены нашей команды не пройдут равнодушно мимо чьей-то беды, им чужда мораль «Моя хата с краю» | |
| 5 | Дух бескорыстия и взаимопомощи отличает нашу команду | |
| 6 | Каждый из нас достаточно инициативен, чтобы в случае необходимости взять на себя ответственность за какое-то дело | |
| 7 | Для нас неприемлем принцип «Своя рубашка ближе к телу» | |
| 8 | Успех каждого из нас искренне радует всех и ни у кого не вызывает зависти | |
| 9 | Большинство из нас всегда могут поступиться личным ради общего дела | |
| 10 | Наша команда обычно не ждет указаний, инициативы ей не занимать | |
| 11 | В нашей команде каждый ощущает себя ответственным за ее успех | |
| 12 | Как правило, при решении важных вопросов мы всегда единодушны | |
| 13 | Наша команда достаточно сплоченная и организованная | |
| 14 | В случае неудач и поражений мы не спешим обвинять друг друга, а пытаемся спокойно разобраться в их причинах | |
| 15 | Когда с нами нет руководителя, мы не теряемся и работаем не менее эффективно, чем в его присутствии | |
| 16 | Когда к нам в команду приходит руководитель, все обычно бывают рады | |
| 17 | Стиль руководства нашей команды ровный, доброжелательный | |
| 18 | Для нас не характерно, чтобы под горячую руку от руководства доставалось и правому, и виноватому. У нас не принято отсиживаться | |

| | | |
|----|--|--|
| | или прятаться за спинами других | |
| 19 | Зная, что в своем стремлении поступить определенным образом команда пойдет по ложному пути, у каждого из нас хватило бы сил, чтобы остановить ее от необдуманного шага | |
| 20 | У нас не промолчат, если увидят, что ты не прав | |
| 21 | После работы мы нередко свободное время проводим вместе | |
| 22 | У нас принято делиться своими семейными радостями и заботами | |
| 23 | У нас тоже есть «диады» и «триады», но это не мешает нам чувствовать себя единой дружной семьей | |
| 24 | В нашей команде нарушитель дисциплины будет держать ответ не только перед руководителем, но и перед всей командой | |
| 25 | В нашей команде силы, внешней привлекательности, обладания престижными вещами еще недостаточно для того, чтобы пользоваться уважением и популярностью | |
| 26 | Наша сплоченность, скорее всего, не пострадает, если в команду вольется сразу несколько новых членов | |

Методика диагностики уровня развития малой команды дает возможность, обобщив ответы всех членов команды, определить уровень ее развития, а также сравнить между собой различные группы.

Ключ к тесту

Обработка данных может производиться двумя способами. Первый способ заключается в дифференцированном количественном подсчете и сопоставлении буквенных знаков: а, б, в, г.

Преобладание ответов:

а – свидетельствует о том, что команда, согласно мнению ее членов, может быть отнесена к коллективу;

б – к среднему уровню развития;

в – к низкому уровню развития;

г – к команде номинального или корпоративного типа.

Второй способ заключается в переводе буквенных ответов в баллы по следующей схеме:

а – 3 балла;

б – 2 балла;

в – 1 балл;

г – 0 баллов.

После определения общего суммарного результата производится его соотнесение с уровнем развития малой команды.

Диагностика уровня развития рефлексивности

(А.В. Карпов)

Рефлексивность как психическое свойство включает в себя:

- способность человека к самовосприятию содержания собственной психики и его анализу (интерпсихическая рефлексия);
- способность к пониманию психики других людей, которая характеризуется не просто умением «встать на место другого», но и механизмами проекции, идентификации, эмпатии (интрапсихическая рефлексия).

Инструкция. Вам предстоит дать ответы на несколько утверждений опросника. В бланке ответов напротив номера вопроса поставьте, пожалуйста, цифру, соответствующую варианту вашего ответа:

1 – абсолютно неверно;

2 – неверно;

3 – скорее неверно;

4 – не знаю;

5 – скорее верно;

6 – верно;

7 – совершенно верно.

1. Прочитав хорошую книгу, я всегда потом долго думаю о ней; хочется ее с кем-нибудь обсудить.

2. Когда меня вдруг неожиданно о чем-то спросят, я могу ответить первое, что пришло в голову.

3. Прежде чем снять трубку телефона, чтобы позвонить по делу, я обычно мысленно планирую предстоящий разговор.

4. Совершив какой-то промах, я долго потом не могу отвлечься от мыслей о нем.

5. Когда я размышляю над чем-то или беседую с другим человеком, мне бывает интересно вдруг вспомнить, что послужило началом цепочки мыслей.

6. Приступая к трудному заданию, я стараюсь не думать о предстоящих сложностях.

7. Главное для меня – представить конечную цель своей деятельности, а детали имеют второстепенное значение.

8. Бывает, что я не могу понять, почему кто-либо недоволен мною.

9. Я часто ставлю себя на место другого человека.

10. Для меня важно в деталях представлять себе ход предстоящей работы.

11. Мне было бы трудно написать серьезное письмо, если бы я за ранее не составил план.

12. Я предпочитаю действовать, а не размышлять над причинами своих неудач.

13. Я довольно легко принимаю решение относительно дорогой покупки.

14. Как правило, что-то задумав, я прокручиваю в голове свои замыслы, уточняя детали, рассматривая все варианты.

15. Я беспокоюсь о своем будущем.

16. Думаю, что во множестве ситуаций надо действовать быстро, руководствуясь первой пришедшей в голову мыслью.

17. Порой я принимаю необдуманные решения.

18. Закончив разговор, я, бывает, продолжаю вести его мысленно, приводя все новые и новые аргументы в защиту своей точки зрения.

19. Если происходит конфликт, то, размышляя над тем, кто в нем виноват, я в первую очередь начинаю с себя.

20. Прежде чем принять решение, я всегда стараюсь все тщательно обдумать и взвесить.

21. У меня бывают конфликты от того, что я порой не могу предугадать, какого поведения ожидают от меня окружающие.

22. Бывает, что, обдумывая разговор с другим человеком, я как бы бессмысленно веду с ним диалог.

23. Я старюсь не задумываться над тем, какие мысли и чувства вызывают в других людях мои слова и поступки.

24. Прежде чем сделать замечание другому человеку, я обязательно подумая, какими словами это лучше сделать, чтобы его не обидеть.

25. Решая трудную задачу, я думаю над ней даже тогда, когда занимаюсь другими делами.

26. Если я с кем-то ссорюсь, то в большинстве случаев не считаю себя виноватым.

27. Редко бывает так, что я жалею о сказанном.

Обработка и интерпретация результатов

При определении уровня выраженности рефлексивности как свойства личности необходимо сопоставить результаты, полученные в ходе проведения диагностики, с ключом.

Суммируйте проставленные баллы по вопросам № 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25 и прибавьте сумму инверсированных баллов.

Баллы по шкалам 2, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 17, 21, 23, 26, 27 необходимо инверсировать

| | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Проставленный балл | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Инверсированный балл | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Переведите баллы в стены по таблице:

Ключ

| Стены | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------|
| Тестовые баллы | 80 - 100 | 101 - 107 | 108 - 113 | 114 - 122 | 123 - 130 | 131 - 139 | 140 - 147 | 148 - 156 | >= 157 |

Уровни выраженности

≥ 7 стенов – высокий уровень рефлексивности;

4–7 стенов – средний уровень рефлексивности;

< 4 стенов – низкий уровень рефлексивности

Материалы статистического анализа

Таблица 1.

Изучение когнитивно-целевого компонента (до формирующего эксперимента)

| Группы | Уровни сформированности | | | | | |
|-------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------|-----|
| | Адаптивный | | Репродуктивный | | Продуктивный | |
| | Кол-во | % | Кол-во | % | Кол-во | % |
| Контрольная | 82 | 64,5 | 34 | 26,8 | 11 | 8,7 |
| Экспериментальная | 78 | 63,9 | 35 | 28,7 | 9 | 7,4 |

Таблица 2.

Изучение когнитивно-целевого компонента (после формирующего эксперимента)

| Группы | Уровни сформированности | | | | | |
|-------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------|------|
| | Адаптивный | | Репродуктивный | | Продуктивный | |
| | Кол-во | % | Кол-во | % | Кол-во | % |
| Контрольная | 76 | 59,8 | 41 | 32,4 | 10 | 7,8 |
| Экспериментальная | 49 | 40,2 | 42 | 34,4 | 31 | 25,4 |

Уровни сформированности когнитивно-целевого компонента до и после формирующего эксперимента:

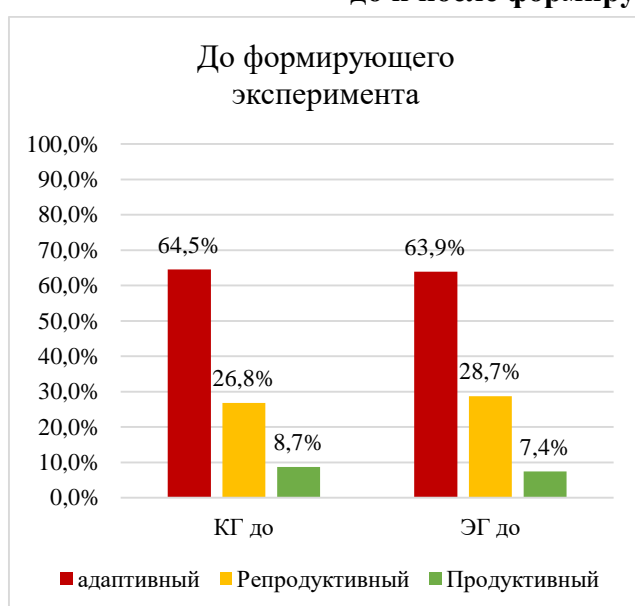


Рисунок 1 – Процентное соотношение сформированности КЦ до



Рисунок 2 – Процентное соотношение сформированности КЦ после

Таблица 3.
U-Манна-Уитни. Когнитивно-целевой компонент
(до формирующего эксперимента)

| | КЦ компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 383,500 |
| W Вилкоксона | 1124,500 |
| Z | -,245 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,806 |

Таблица 4.
U-Манна-Уитни. Когнитивно-целевой компонент
(после формирующего эксперимента)

| | КЦ компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 267,500 |
| W Вилкоксона | 1008,500 |
| Z | -2,082 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,037* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таблица 5.
Значимости T-критерия Вилкоксона для КГ и ЭГ
(когнитивно-целевой компонент)

| | Z | Асимптотическая значимость (двухсторонняя) |
|---------------|--------|--|
| КГ (ДО/ПОСЛЕ) | ,797b | ,361 |
| ЭГ (ДО/ПОСЛЕ) | 3,297b | ,001** |

Примечание: * – $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таблица 6.
Изучение мотивационно-ценностного компонента
(до формирующего эксперимента)

| Группы | Уровни сформированности | | | | | |
|-------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------|------|
| | Адаптивный | | Репродуктивный | | Продуктивный | |
| | Кол-во | % | Кол-во | % | Кол-во | % |
| Контрольная | 33 | 26,0 | 56 | 44,1 | 38 | 29,9 |
| Экспериментальная | 37 | 30,3 | 51 | 41,8 | 34 | 27,9 |

Таблица 7
Изучение мотивационно-ценностного компонента
(после формирующего эксперимента)

| Группы | Уровни сформированности | | | | | |
|-------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------|------|
| | Адаптивный | | Репродуктивный | | Продуктивный | |
| | Кол-во | % | Кол-во | % | Кол-во | % |
| Контрольная | 29 | 22,8 | 59 | 46,5 | 39 | 30,7 |
| Экспериментальная | 19 | 15,6 | 52 | 42,6 | 51 | 41,8 |

Уровни сформированности мотивационно-ценностного компонента
до и после формирующего эксперимента:

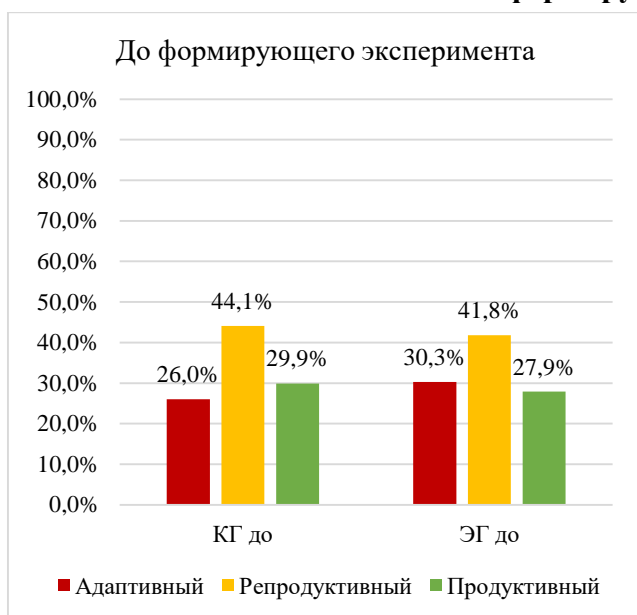


Рисунок 3 – Процентное соотношение сформированности МЦ до

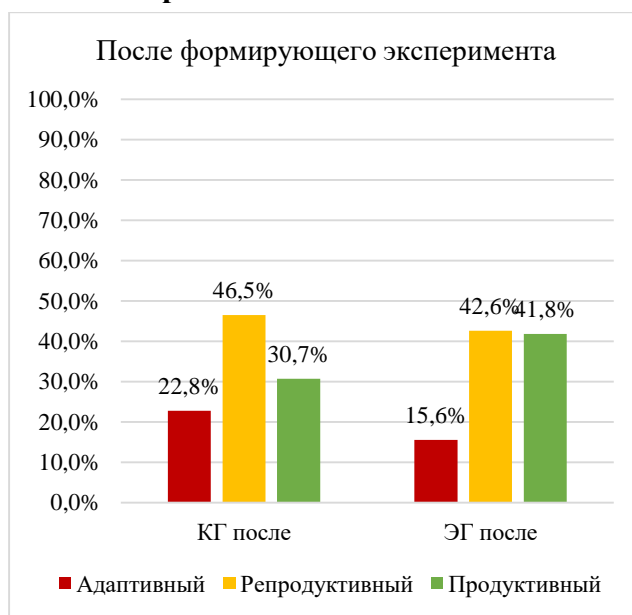


Рисунок 4 – Процентное соотношение сформированности МЦ после

Таблица 8.
Расчёты углового преобразования Фишера между группами
(Методика незаконченных предложений)

| Линия сравнения | КГ (до) | ЭГ (до) | КГ (после) | ЭГ (после) | Угловое преобразование Фишера | |
|---|---------|---------|------------|------------|-------------------------------|-----------------------------|
| | | | | | До (КГ/ЭГ) | После (ЭГ/КГ) |
| Наличие позитивного отношения к осуществлению профессиональной деятельности в команде и готовности овладения продуктивными способами командной работы | 74% | 69,7% | 77,2% | 83,5% | $\Phi_{\text{эмп}} = 0,481$ | $\Phi_{\text{эмп}} = 0,417$ |

Таблица 9.
U-Манна-Уитни. Мотивационно-ценностный компонент
(до формирующего эксперимента)

| | МЦ компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 360,000 |
| W Вилкоксона | 1101,000 |
| Z | -,618 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,537 |

Таблица 10.
U-Манна-Уитни. Мотивационно-ценностный компонент
(после формирующего эксперимента)

| | МЦ компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 293,000 |
| W Вилкоксона | 524,000 |
| Z | -2,252 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,024* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таблица 11.
Значимости T-критерия Вилкоксона для КГ и ЭГ
(мотивационно-ценностный компонент)

| | Z | Асимптотическая значимость (двухсторонняя) |
|---------------|--------|--|
| КГ (ДО/ПОСЛЕ) | ,879b | ,380 |
| ЭГ (ДО/ПОСЛЕ) | 2,588b | ,010** |

Примечание: * – $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таблица 12.
Изучение рефлексивно-деятельностного компонента
(до формирующего эксперимента)

| Группы | Уровни сформированности | | | | | |
|-------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------|------|
| | Адаптивный | | Репродуктивный | | Продуктивный | |
| | Кол-во | % | Кол-во | % | Кол-во | % |
| Контрольная | 79 | 62,2 | 35 | 27,6 | 13 | 10,2 |
| Экспериментальная | 73 | 59,8 | 38 | 31,1 | 11 | 9,1 |

Таблица 13.

**Изучение рефлексивно-деятельностного компонента
(после формирующего эксперимента)**

| Группы | Уровни сформированности | | | | | |
|-------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------|------|
| | Адаптивный | | Репродуктивный | | Продуктивный | |
| | Кол-во | % | Кол-во | % | Кол-во | % |
| Контрольная | 73 | 57,5 | 37 | 29,1 | 17 | 13,4 |
| Экспериментальная | 30 | 24,6 | 36 | 29,5 | 56 | 45,9 |

**Уровни сформированности рефлексивно-деятельностного компонента
до и после формирующего эксперимента:**



Рисунок 5 – Процентное соотношение сформированности РД до

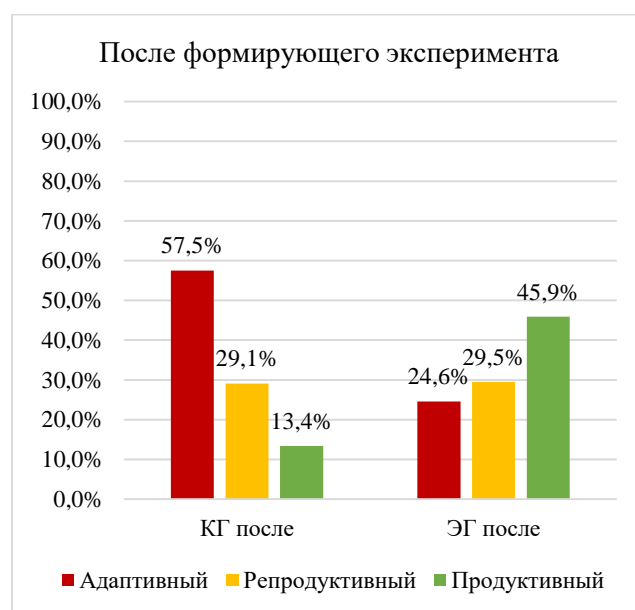


Рисунок 6 – Процентное соотношение сформированности РД после

Таблица 14.

Расчёты углового преобразования Фишера между группами (Методика Карпова)

| Линия сравнения | КГ (до) | ЭГ (до) | КГ (после) | ЭГ (после) | Угловое преобразование Фишера | |
|---|------------|------------|---------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | До (КГ/ЭГ) | После (ЭГ/КГ) |
| Наличие высокого уровня развития рефлексивности | 27,2% | 29,3% | 30,7% | 83,5% | $\Phi_{\text{эмп}} = 0.311$ | $\Phi_{\text{эмп}} = 7.999^*$ |

Примечание: *-различия в исследуемом эффекте значимы

Таблица 15.

Расчёты углового преобразования Фишера между группами (Методика Карпова)

| Линия сравнения | КГ (до) | ЭГ (до) | КГ (после) | ЭГ (после) | Угловое преобразование Фишера | |
|--|------------|------------|---------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | | | | | До (КГ/ЭГ) | После (ЭГ/КГ) |
| Наличие потребности принадлежности к группе, стремлений быть частью команды, брать ответственность | 60,4% | 63,1% | 63,7% | 83,5% | $\Phi_{\text{эмп}} = 0.396$ | $\Phi_{\text{эмп}} = 2.231^*$ |

Примечание: *-различия в исследуемом эффекте значимы

Таблица 16.

U-Манна-Уитни. Рефлексивно-деятельностный компонент
(до формирующего эксперимента)

| | РД компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 380,000 |
| W Вилкоксона | 1121,000 |
| Z | -,403 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,687 |

Таблица 17.

U-Манна-Уитни. Рефлексивно-деятельностный компонент
(после формирующего эксперимента)

| | РД компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 271,000 |
| W Вилкоксона | 1071,000 |
| Z | -1,101 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,031* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таблица 18.

Значимости T-критерия Вилкоксона для КГ и ЭГ
(рефлексивно-деятельностный компонент)

| | Z | Асимптотическая значимость (двухсторонняя) |
|---------------|--------|---|
| КГ (ДО/ПОСЛЕ) | -,725b | ,342 |
| ЭГ (ДО/ПОСЛЕ) | 2,530b | ,011* |

Примечание: * – $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Таблица 19.

Сравнительный анализ результатов по показателям всех компонентов компетенции до и после проведения формирующего эксперимента

| Компоненты | | КГ (кол-во респондентов) | | | | | | ЭГ (кол-во респондентов) | | | | | |
|------------|----------------|--------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | | Адапт | | Репрод | | Прод | | Адапт | | Репрод | | Прод | |
| | | чел | % | Чел | % | чел | % | чел | % | чел | % | чел | % |
| До | КЦ | 82 | 64,5 | 34 | 26,8 | 11 | 8,7 | 78 | 63,9 | 35 | 28,7 | 9 | 7,4 |
| | МЦ | 33 | 26,0 | 56 | 44,1 | 38 | 29,9 | 37 | 30,3 | 51 | 41,8 | 34 | 27,9 |
| | РД | 79 | 62,2 | 35 | 27,6 | 13 | 10,2 | 73 | 59,8 | 38 | 31,1 | 11 | 9,1 |
| | Общее значение | 64 | 50,3 | 42 | 33,2 | 21 | 16,5 | 63 | 51,7 | 41 | 33,6 | 18 | 14,7 |
| После | КЦ | 76 | 59,8 | 41 | 32,4 | 10 | 7,8 | 49 | 40,2 | 42 | 34,4 | 31 | 25,4 |
| | МЦ | 29 | 22,8 | 59 | 46,5 | 39 | 30,7 | 19 | 15,6 | 52 | 42,6 | 51 | 41,8 |
| | РД | 73 | 57,5 | 37 | 29,1 | 17 | 13,4 | 30 | 24,6 | 36 | 29,5 | 56 | 45,9 |
| | Общее значение | 59 | 46,4 | 46 | 36,2 | 22 | 17,4 | 32 | 26,2 | 44 | 36,1 | 46 | 37,7 |

Примечание: КЦ - когнитивно-целевой; МЦ - мотивационно-ценностный; РД - рефлексивно-деятельностный

Процентное соотношение сформированности интегрального показателя до и после формирующего эксперимента:



Рисунок 7 – Процентное соотношение сформированности интегрального показателя до

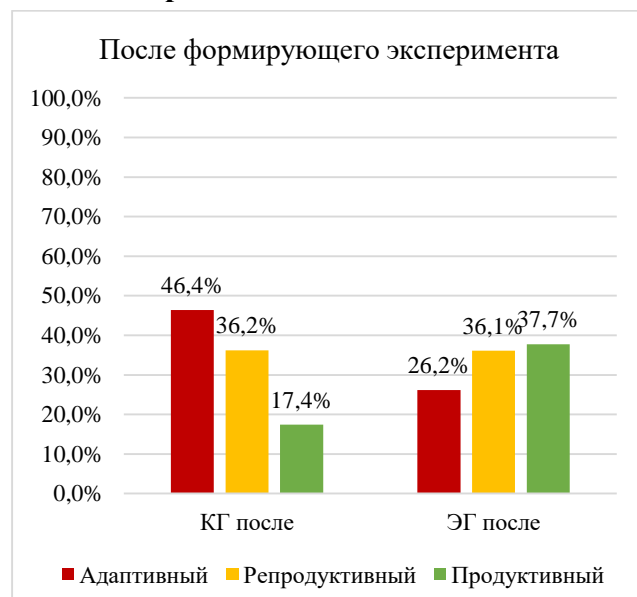


Рисунок 8 – Процентное соотношение сформированности интегрального показателя после

Таблица 20.
U-Манна-Уитни. Интегральный показатель
(до формирующего эксперимента)

| | Интегральный показатель |
|--|-------------------------|
| U Манна-Уитни | 373,000 |
| W Вилкоксона | 604,000 |
| Z | -,412 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,680 |

Таблица 21.
U-Манна-Уитни. Интегральный показатель
(после формирующего эксперимента)

| | КЦ компонент |
|--|--------------|
| U Манна-Уитни | 231,000 |
| W Вилкоксона | 1113,000 |
| Z | -1,107 |
| Асимптотическая значимость (двухсторонняя) | ,049* |

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Таблица 22.
Значимости Т-критерия Вилкоксона для КГ и ЭГ
(интегральный показатель)

| | Z | Асимптотическая значимость (двухсторонняя) |
|---------------|--------|--|
| КГ (ДО/ПОСЛЕ) | 1,897b | ,058 |
| ЭГ (ДО/ПОСЛЕ) | 2,516b | ,012* |

Примечание: * – $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$