ISSN:2828-6235
Impact factor:13.77

International Journal of Literature and Language Studies(IJLLS)

UDK: 374.7:614.253.5:81'42

TIBBIY DISKURS ASOSIDA O'RTA TIBBIYOT XODIMLARINING KASBIY-KOMMUNIKATIV KOMPETENSIYASINI TIBBIY DISKURS ASOSIDA RIVOJLANTIRISH: INTEGRATIV SHARH VA KONSEPTUAL MODEL

Mirzayeva Gulshoda Rizoqulovna
Respublika o'rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlari malakasini oshirish va ularni ixtisoslashtirish markazi Buxoro filiali o'qituvchisi
doi:https://doi.org/10.5281/zenodo.23156346

ANNOTATSIYA Dolzarbligi. Hamshira bemor bilan eng ko'p vaqt muloqot qiladigan tibbiyot xodimi bo'lib, uning muloqot sifati bemor xavfsizligi, davolanishga rioya qilish, bemor qoniqishi va tibbiy jamoa ishining samaradorligi bilan bevosita bog'liq. Biroq o'rta tibbiyot xodimlarining kommunikativ tayyorgarligi asosan dastlabki kasbiy ta'lim bosqichida o'rganilgan, malaka oshirish tizimida esa tibbiy diskursga asoslangan tizimli yondashuv yetarlicha ishlab chiqilmagan.

Maqsad. Ushbu integrativ sharhning maqsadi tibbiy diskurs, o'rta tibbiyot xodimlarining kasbiy-kommunikativ kompetensiyasi va uni kattalar ta'limi sharoitida rivojlantirish texnologiyalariga oid nazariy va empirik adabiyotlarni sintez qilish hamda shu asosda malaka oshirish kurslari uchun integrativ pedagogik modelni asoslashdan iborat.

Metodlar. Sharh R. Whittemore va K. Knafl metodologiyasining besh bosqichi asosida bajarildi. PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Cochrane Library, ERIC, eLIBRARY.ru va CyberLeninka bazalaridan maqsadli tanlangan tizimli sharhlar, meta-tahlillar, randomizatsiyalangan va kvazi-eksperimental tadqiqotlar, nazariy monografiyalar hamda xalqaro va milliy me'yoriy hujjatlar tahlil qilindi; ma'lumotlar doimiy qiyoslash va tematik tahlil usullari bilan sintez qilindi.

Natijalar. Sintez oltita mavzuni ajratib berdi: (1) hamshiralik diskursining uch o'qli institutsional tuzilmasi (hamshira–bemor, hamshira–shifokor, hamshira–hamshira); (2) kasbiy-kommunikativ kompetensiyaning to'rt domenli tuzilishi; (3) kattalar ta'limi va malaka oshirishning andragogik asoslari; (4) hamshiralar uchun kommunikativ treninglar va simulyatsion ta'lim samaradorligi; (5) baholashdagi uslubiy muammolar; (6) ko'p tillilik, tashkiliy muhit va kasbiy charchoq kabi kontekstual omillar. Dalillarga ko'ra, faqat ma'ruzaga asoslangan malaka oshirish amaliyotni kam o'zgartiradi, rolli o'yin, standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya, tuzilmalangan debrifing va qayta aloqani birlashtirgan interaktiv kurslar esa hamshiralarning muloqot ko'nikmalari va o'z-o'ziga ishonchini oshiradi; biroq dalillar sifati asosan o'rtacha va past, uzoq muddatli natijalar va bemor uchun oqibatlar kam o'rganilgan. **Xulosa.** Maqsadli, mazmunli-integrativ, andragogik-texnologik va natijaviy-baholash bloklaridan iborat integrativ pedagogik model taklif etildi va uni tekshirish uchun oltita ilmiy taxmin shakllantirildi. Maqola o'rta tibbiyot xodimlari malakasini oshirish markazlari o'qituvchilari, metodistlar va hamshiralik ishi rahbarlari uchun mo'ljallangan.

Kalit so'zlar: integrativ sharh, o'rta tibbiyot xodimlari, hamshira, malaka oshirish, kasbiy-kommunikativ kompetensiya, tibbiy diskurs, andragogika, simulyatsion ta'lim, debrifing, SBAR, teach-back.

АННОТАЦИЯ Актуальность. Медицинская сестра проводит с пациентом больше времени, чем любой другой медицинский работник, и качество её общения напрямую связано с безопасностью пациента, приверженностью лечению, удовлетворённостью пациентов и эффективностью работы медицинской команды. Однако коммуникативная подготовка средних медицинских работников изучалась преимущественно на этапе

базового профессионального образования, а системный подход на основе медицинского дискурса в системе повышения квалификации разработан недостаточно.

Цель. Синтезировать теоретическую и эмпирическую литературу о медицинском дискурсе, профессионально-коммуникативной компетенции средних медицинских работников и технологиях её развития в условиях обучения взрослых и на этой основе обосновать интегративную педагогическую модель курсов повышения квалификации. **Методы.** Интегративный обзор выполнен по пятиэтапной методологии R. Whittemore и K. Knafl. Проанализированы целенаправленно отобранные систематические обзоры, метаанализы, рандомизированные и квазиэкспериментальные исследования, теоретические монографии, международные и национальные нормативные документы (PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Cochrane Library, ERIC, eLIBRARY.ru, CyberLeninka); синтез проведён методами постоянного сравнения и тематического анализа.

Результаты. Выделены шесть тем: трёхосевая структура сестринского дискурса; четырёхдоменная структура профессионально-коммуникативной компетенции; андрагогические основы повышения квалификации; эффективность коммуникативных тренингов и симуляционного обучения медсестёр; методологические проблемы оценивания; контекстуальные факторы. Лекционное обучение мало меняет практику, тогда как интерактивные курсы, сочетающие ролевые игры, симуляцию со стандартизированным пациентом, структурированный дебрифинг и обратную связь, улучшают коммуникативные навыки и самоэффективность медсестёр; качество доказательств преимущественно умеренное или низкое.

Выводы. Предложена интегративная педагогическая модель из целевого, содержательно-интегративного, андрагогико-технологического и результативно-оценочного блоков и сформулированы шесть гипотез для её проверки.

Ключевые слова: интегративный обзор, средние медицинские работники, медицинская сестра, повышение квалификации, профессионально-коммуникативная компетенция, медицинский дискурс, андрагогика, симуляционное обучение, дебрифинг, SBAR.

ABSTRACT Background. Nurses spend more time with patients than any other health prof essional, and the quality of their communication is directly linked to patient safety, treatment adherence, patient satisfaction and team performance. However, the communication training of mid-level health workers has been studied mainly in pre-registration education, while a systematic, discourse-based approach within continuing professional development remains underdeveloped. **Aim.** To synthesise theoretical and empirical literature on medical discourse, the professional-communicative competence of mid-level health workers and the technologies for developing it in adult learning settings, and to substantiate an integrative pedagogical model for in-service training courses.

Methods. The integrative review followed Whittemore and Knafl's five-stage methodology. Purposively selected systematic reviews, meta-analyses, randomised and quasi-experimental studies, theoretical monographs and international and national policy documents (PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Cochrane Library, ERIC, eLIBRARY.ru, CyberLeninka) were analysed using constant comparison and thematic analysis. **Results.** Six themes emerged: the three-axis structure of nursing discourse; a four-domain structure of professional-communicative competence; the andragogical foundations of in-service training; the effectiveness of communication training and simulation for nurses; methodological problems in assessment; and contextual factors. Lecture-only training rarely changes practice, whereas interactive courses combining role play, simulated-patient scenarios, structured debriefing and feedback improve nurses' communication skills and self-efficacy; the certainty of evidence is mostly moderate to low.

Conclusion. An integrative pedagogical model comprising goal, content-integrative, andragogical-technological and outcome-assessment blocks is proposed, together with six propositions for empirical testing.

Keywords: integrative review, mid-level health workers, nurse, continuing professional development, professional-communicative competence, medical discourse, andragogy, simulation-based education, debriefing, SBAR.

KIRISH

Hamshiralar va akusherlar dunyo bo'yicha sog'liqni saqlash xodimlarining eng katta qismini tashkil etadi; Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ularning ta'limi va kasbiy rivojlanishiga sarmoya kiritishni sog'liqni saqlash tizimlarini mustahkamlashning ustuvor yo'nalishi sifatida belgilagan [1, 2]. O'zbekistonda ham sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish va tibbiyot-farmatsevtika ta'limini rivojlantirishga qaratilgan me'yoriy hujjatlarda o'rta tibbiyot xodimlarini tayyorlash va ularning malakasini muntazam oshirish muhim vazifa sifatida qayd etilgan [3, 4]. Hamshiralar ta'lim darajasining bemorlar uchun natijalar, jumladan shifoxona o'limi ko'rsatkichlari bilan bog'liqligi Yevropaning to'qqiz mamlakatida o'tkazilgan yirik tadqiqotda ko'rsatilgan [5].

Hamshiralik faoliyatida muloqot alohida o'rin tutadi. Hamshira bemorni qabul qiladi, uning ahvolini kuzatadi, shifokor ko'rsatmalarini bajaradi va tushuntiradi, bemor va oilasini o'qitadi, smena davomida ma'lumotni hamkasblariga topshiradi. H. Peplau hamshiralikni hamshira va bemor o'rtasidagi terapevtik shaxslararo munosabatlar jarayoni sifatida ta'riflagan [6]. Bemorlar hamshiralar bilan muloqotda texnik bilimdan ko'ra e'tibor, samimiylik va o'zini tushunilgandek his qilishni yuqori qadrlashi aniqlangan [7]. Samarali muloqot hamshiralik parvarishining sifati va bemor xavfsizligining asosiy sharti hisoblanadi [8]. Shifokor–bemor muloqoti bo'yicha to'plangan dalillar ham muloqot sifati davolanishga rioya qilish va sog'liq natijalari bilan bog'liqligini ko'rsatadi [9–11], AQSh Milliy akademiyalari esa bemor bilan hamkorlik va jamoaviy muloqotni tashxis xatolarini kamaytirishning asosiy yo'nalishlaridan biri deb hisoblaydi [12].

Shu bilan birga, kommunikativ ko'nikmalar ish tajribasi bilan o'z-o'zidan shakllanmaydi. Tajribali tibbiyot xodimlari muloqotning "mazmun" qismini amaliyotda o'zlashtirsa-da, jarayon va idrok bilan bog'liq ko'nikmalar maxsus o'qitishsiz rivojlanmasligi aniqlangan [13]. Hamshiralarning kasbiy rivojlanishi esa P. Benner ta'riflagan "boshlovchidan ekspertgacha" bo'lgan yo'l bo'lib, unda tajriba refleksiya bilan birga kechgandagina ekspertlikka aylanadi [14]. Demak, ish faoliyati davomida muntazam o'tkaziladigan malaka oshirish kurslari kommunikativ kompetensiyani maqsadli rivojlantirish uchun eng qulay bosqich hisoblanadi.

Biroq bu sohadagi ilmiy bilimlar bir necha jihatdan tarqoq. Birinchidan, tibbiy diskurs rus va o'zbek tilshunosligida asosan lingvistik nuqtai nazardan, institutsional diskursning turi sifatida o'rganilgan [15–17], uning tadqiqotlari esa ko'proq shifokor nutqiga qaratilgan. Ikkinchidan, kommunikativ ta'lim samaradorligiga oid dalillarning katta qismi tibbiyot talabalari va shifokorlarga tegishli [18, 19], hamshiralarga oid tadqiqotlar esa nisbatan kam va asosan dastlabki kasbiy ta'lim bosqichida o'tkazilgan [20, 21]. Uchinchidan, malaka oshirish kurslarining pedagogik samaradorligiga oid tadqiqotlar odatda klinik mavzularga bag'ishlangan bo'lib, muloqot ko'nikmalari alohida o'rganilmagan [22, 23]. Natijada o'rta tibbiyot xodimlari malakasini oshirish tizimida tibbiy diskursga asoslangan, dalillarga tayangan kommunikativ ta'lim modeli mavjud emas.

Bunday turli xil va turli dizayndagi manbalarni birlashtirish uchun eng mos usul integrativ sharh hisoblanadi: u nazariy va empirik, eksperimental va noeksperimental adabiyotlarni birgalikda tahlil qilib, hodisani yaxlit tushunish va yangi konseptual ramka yaratish imkonini beradi [24, 25].

Sharhning maqsadi – tibbiy diskurs, o'rta tibbiyot xodimlarining kasbiy-kommunikativ kompetensiyasi (KKK) va uni malaka oshirish sharoitida rivojlantirish texnologiyalariga oid

adabiyotlarni tanqidiy sintez qilish hamda shu asosda dalillarga tayangan integrativ pedagogik modelni asoslashdan iborat. Sharh quyidagi tadqiqot savollariga javob izlaydi:

– TS1. Hamshiralik faoliyatidagi tibbiy diskurs qanday tuzilmaga ega va uning qaysi xususiyatlari pedagogik jihatdan ahamiyatli?

– TS2. O'rta tibbiyot xodimining kasbiy-kommunikativ kompetensiyasi qanday tarkibiy domenlardan iborat?

– TS3. Kattalar ta'limi sharoitida, xususan malaka oshirish kurslarida KKKni rivojlantirishning qaysi mexanizmlari samarali ekani isbotlangan?

– TS4. KKKni baholashda qanday uslubiy muammolar mavjud va adabiyotdagi qaysi bo'shliqlar kelgusi tadqiqotlarni talab qiladi?

METODOLOGIYA

Sharh dizayni

Tadqiqot R. Whittemore va K. Knafl tomonidan ishlab chiqilgan integrativ sharh metodologiyasi asosida bajarildi [24]. Bu yondashuv nazariy, sifat va miqdoriy manbalarni bitta sintezda birlashtirishga imkon beradi va shu bois hamshiralik ta'limi tadqiqotlarida keng qo'llaniladi. Uning besh bosqichi va ularning mazkur ishda amalga oshirilishi 1-jadvalda keltirilgan.

1-jadval.

Integrativ sharh bosqichlari va ularning ushbu tadqiqotda amalga oshirilishi

Bosqich	Mazmuni
1. Muammoni aniqlash	Tadqiqot obyekti (o'rta tibbiyot xodimlarining KKK), predmeti (malaka oshirish tizimida tibbiy diskurs asosida rivojlantirish) va to'rtta tadqiqot savoli (TS1–TS4) belgilandi.
2. Adabiyotlarni qidirish	Ingliz, rus va o'zbek tillaridagi kalit so'zlar bilan elektron bazalarda qidiruv; asosiy manbalarning adabiyotlar ro'yxati bo'yicha qo'shimcha qidiruv; xalqaro va milliy me'yoriy hujjatlarni tanlash.
3. Ma'lumotlarni baholash	Empirik manbalar dizayni, tanlanma hajmi, nazorat guruhi mavjudligi va mualliflar keltirgan dalil sifati (GRADE) bo'yicha; nazariy manbalar asoslanganligi va mavzuga muvofiqligi bo'yicha baholandi.
4. Ma'lumotlarni tahlil qilish	Ma'lumotlar matritsasini tuzish, doimiy qiyoslash, naqsh va mavzularni ajratish, xulosalarni manbalar bilan qayta tekshirish.
5. Taqdimot	Natijalar mavzular bo'yicha matn va jadvallarda, sintez mahsuli esa integrativ pedagogik model va empirik tekshirish uchun ilmiy taxminlar shaklida taqdim etildi.

Qidiruv strategiyasi va manbalarni tanlash

Adabiyotlar PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, Cochrane Library, ERIC, Google Scholar, eLIBRARY.ru va CyberLeninka bazalaridan hamda pedagogika va tibbiyot sohasidagi milliy ilmiy jurnallardan izlandi. Kalit so'zlar uchta mantiqiy blokka guruhlandi va AND/OR operatorlari bilan birlashtirildi (2-jadval). Integrativ sharh maqsadi hodisani yaxlit tushunish bo'lgani uchun manbalar maqsadli (purposive) tanlandi: avvalo tizimli sharh va meta-tahlillarga, so'ngra ular qamrab olmagan masalalar bo'yicha nazariy ishlar, birlamchi tadqiqotlar va me'yoriy hujjatlarga ustuvorlik berildi. Asosiy manbalarning adabiyotlar ro'yxati qo'shimcha ravishda ko'rib chiqildi.

2-jadval.

Qidiruv bloklari va kalit so'zlar

Blok	Ingliz tilida	Rus va o'zbek tillarida
Populyatsiya	nurse*, nursing staff, mid-level health worker*, allied health, nursing student*	медицинская сестра, средний медицинский персонал; hamshira, o'rta tibbiyot xodimi
Hodisa	communication skill*, communicative competence, nurse-patient communication, medical discourse, empathy, handover, SBAR	коммуникативная компетенция, медицинский дискурс, общение медсестры и пациента; kommunikativ kompetensiya, tibbiy diskurs
Aralashuv / kontekst	continuing education, continuing professional development, in-service training, simulation, standardized patient, role play, debriefing	повышение квалификации, непрерывное образование, симуляция; malaka oshirish, uzluksiz kasbiy ta'lim, trening

Manbalarni kiritish va chiqarish mezonlari 3-jadvalda keltirilgan. Hamshiralarga oid dalillar yetarli bo'lmagan masalalar bo'yicha (masalan, diskursning suhbat tahlili, tuzilmalangan qayta aloqa samaradorligi) boshqa tibbiyot kasblari, eng avvalo shifokorlar ta'limidagi yuqori sifatli dalillar ham kiritildi va ularni hamshiralarga ko'chirishdagi cheklovlar matnda alohida ko'rsatildi.

3-jadval.

Manbalarni kiritish va chiqarish mezonlari

Kiritish mezonlari	Chiqarish mezonlari
Hamshiralar, o'rta tibbiyot xodimlari yoki boshqa tibbiyot mutaxassislarining muloqoti, tibbiy diskurs, kommunikativ ta'lim yoki uzluksiz kasbiy rivojlanishiga bag'ishlangan ishlar	Muloqot natijalari alohida ajratilmagan umumiy klinik treninglar
Tizimli sharh, meta-tahlil, RNT, kvazi-eksperimental, kogort, sifat va aralash tadqiqotlar; asosiy nazariy monografiyalar; xalqaro va milliy me'yoriy hujjatlar	Tezislar, uslubiy tavsifi bo'lmagan qisqa xabarlar, takroriy nashrlar
Ingliz, rus yoki o'zbek tilida chop etilgan	To'liq matni yoki yetarli annotatsiyasi mavjud bo'lmagan nashrlar
1952–2026-yillar (H. Peplau shaxslararo munosabatlar nazariyasidan boshlab)	Muallifi, nashr joyi yoki yili aniqlanmagan manbalar

Ma'lumotlarni baholash va tahlil qilish

Har bir empirik manbadan muallif, yil, dizayn, ishtirokchilar, aralashuv, natija ko'rsatkichlari va asosiy topilmalar ma'lumotlar matritsasiga kiritildi. Tizimli sharh va meta-tahlillar uchun mualliflar keltirgan GRADE baholaridan va geterogenlik ko'rsatkichlaridan foydalanildi; past sifatli tadqiqotlar chiqarib tashlanmadi, biroq ularning xulosalarga ta'siri cheklandi va bu matnda ta'kidlandi. Tahlil Whittemore–Knafl yondashuvidagi doimiy qiyoslash usulida bajarildi [24], sifat va nazariy manbalar uchun V. Braun va V. Clarke tematik tahlil bosqichlari qo'llandi [26].

Miqdoriy natijalar qayta meta-tahlil qilinmadi; ular asl manbalarda keltirilgan effekt hajmlari bilan birga narrativ tarzda sintez qilindi. Sintezga jami 90 ta manba kiritildi (adabiyotlar ro'yxati); ulardan dalil asosini tashkil etgan asosiy empirik manbalar 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadval.

Sintezga kiritilgan asosiy empirik manbalar tavsifi

Manba	Dizayn va qamrov	Asosiy topilmalar
Kerr va hamk., 2020 [21]	Hamshiralar bo'yicha RNTlarning tizimli sharhi; 7 ta RNT	Barcha tadqiqotlarda kamida bitta muloqot ko'rsatkichi statistik ahamiyatli yaxshilangan; aksariyat treninglar standartlashtirilgan bemorlar bilan o'tkazilgan; o'lchov vositalari standartlashtirilmagan.
Peimani va hamk., 2025 [27]	Surunkali kasalliklar sohasidagi tibbiyot xodimlari; 55 tadqiqot	Treninglarning aksariyati qayta aloqali rolli o'yin, nazariy qism va guruhli refleksiyani birlashtirgan; muloqot xatti-harakati tadqiqotlarning 93 foizida yaxshilangan, natijalar kuzatuv davrida asosan saqlangan.
Mata va hamk., 2021 [28]	Tibbiyot mutaxassislari; RNT va nazoratli kvazi-eksperimentlar	4,5 soatdan 2 kungacha davom etgan treninglar muloqot ko'nikmalari va o'z-o'ziga ishonchni oshirgan; tajribaviy o'qitish uchun makon yaratilishi muhim.
Chen va hamk., 2023 [29]	Hamshiralar; 11 tadqiqot, meta-tahlil	Assertiv muloqot treningi tibbiy xatolar haqida ochiq gapirish xulq-atvorini yaxshilagan (SMD 0,58).
Forsetlund va hamk., 2009 [22]	Cochrane sharhi; 81 RNT, 11 000 dan ortiq tibbiyot xodimi	Malaka oshirish mashg'ulotlari amaliyotni kichik darajada yaxshilaydi; interaktiv va didaktik qismlarni birlashtirgan aralash format samaraliroq; murakkab xulq-atvorni faqat mashg'ulot bilan o'zgartirish qiyin.
Kim va hamk., 2016 [30]	Hamshiralik ta'limida simulyatsiya; 40 tadqiqot, meta-tahlil	Simulyatsiya umumiy effekti SMD 0,70; standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya affektiv natijalarda yuqori effekt bergan (0,73).
Gilligan va hamk., 2021 [18]	Cochrane sharhi; 76 tadqiqot, 10 124 tibbiyot talabasi	Treninglar umumiy muloqot ko'nikmalarini (SMD 0,92) va empatiyani (0,64) yaxshilaydi; shaxsiylashtirilgan qayta aloqa samaraliroq (0,58); dalil sifati past va o'rtacha.
Mlambo va hamk., 2021 [23]	Hamshiralarning uzluksiz kasbiy rivojlanishi bo'yicha sifat tadqiqotlari metasintezi; 25 maqola	Tashkiliy madaniyat, rahbariyat qo'llab-quvvatlashi, motivatsiya va amaliyotga ta'sirni his qilish o'qishning asosiy omillari.

NATIJALAR

1-mavzu. Hamshiralik faoliyatidagi tibbiy diskurs va uning tuzilmasi

Tibbiy diskursni o'rganishda uchta bir-birini to'ldiruvchi ilmiy an'ana mavjud. Lingvistik an'anada diskurs ekstralingvistik omillar bilan birga olingan matn, "hayotga singdirilgan nutq" sifatida ta'riflanadi [15], uning kognitiv jihatlari nutq hosil qilish va tushunish jarayonlari orqali o'rganiladi [16]. V.I. Karasik tasnifida tibbiy diskurs institutsional diskurs turi bo'lib, uning asosiy belgilarini maqsad, ishtirokchilar va ular o'rtasidagi status-rol munosabatlari tashkil etadi [17]. Hamshiralik faoliyati uchun bu yondashuvning ahamiyati shundaki, hamshira institutsional ierarxiyada shifokor va bemor o'rtasida "vositachi" maqomida bo'lib, bir vaqtning o'zida bir necha status-rol munosabatlarida ishtirok etadi.

Sotsiolingvistik-interaksion an'ana real klinik suhbatlarni tahlil qiladi. E. Mishler qabul jarayonida "tibbiyot ovozi" va bemorning "hayot dunyosi ovozi" o'rtasidagi ziddiyatni ko'rsatib bergan [31]; bemorning kundalik tilini tushunish va unga yaqin turish hamshira faoliyatining tabiiy vazifasi hisoblanadi. Suhbat tahlili savolning kichik shakliy farqlari ham natijaga ta'sir qilishini isbotlagan: tibbiyot xodimi suhbat boshida bemorni tez to'xtatsa, bemor shikoyatlarini oxirigacha aytib ulgurmaydi [32], qo'shimcha savolning ifoda shakli esa aytilmay qolgan shikoyatlar sonini sezilarli o'zgartiradi [33]. Institutsional muloqotni ijtimoiy tartib sifatida tahlil qilish [34, 35] va J. Gumperzning kodni almashtirish haqidagi g'oyalari [36] ko'p tilli muhitda ishlaydigan hamshiralar uchun alohida ahamiyatga ega.

Klinik-kommunikativ an'ana biopsixosotsial model [37] va bemorga yo'naltirilganlik konsepsiyasi [38] negizida shakllangan bo'lib, muloqotni o'rgatiladigan va baholanadigan vazifalar ketma-ketligi sifatida tavsiflaydi: Kalamazoo konsensusi [39] va Calgary-Cambridge modeli [19, 40] bunga misoldir. Hamshiralikda bu an'ananing negizi H. Peplau nazariyasi bo'lib, unda hamshira–bemor munosabatlari tanishuv, identifikatsiya, ekspluatatsiya (yordamdan foydalanish) va yakunlash bosqichlaridan o'tadi, hamshira esa begona, maslahatchi, o'qituvchi, yetakchi va o'rinbosar rollarini bajaradi [6].

Uch an'ana sintezi hamshiralik diskursini uch asosiy muloqot o'qi bo'yicha tuzilgan institutsional tizim sifatida ko'rish imkonini beradi (5-jadval). Shifokor diskursidan farqli ravishda, hamshira diskursida bemor va oilasini o'qitish, shifokor ko'rsatmalarini "tarjima" qilish va smena davomida ma'lumot uzatish ulushi katta. Ma'lumot uzatishdagi nuqsonlar bemor xavfsizligiga tahdid soluvchi omil sifatida qayd etilgan va SBAR (vaziyat, fon, baholash, tavsiya) kabi tuzilmalangan formatlar taklif qilingan [41, 42]; tizimli sharh SBAR joriy etilishi bemor xavfsizligiga, ayniqsa telefon orqali muloqotda, ijobiy ta'sir ko'rsatishi mumkinligini qayd etgan, biroq dalillar sifati o'rtacha bo'lgan [43].

5-jadval.

Hamshiralik diskursining uch o'qli institutsional modeli

Muloqot o'qi	Diskurs turi	Asosiy xususiyatlari	Tayanch o'quv vositalari
Hamshira – bemor (oila)	Terapevtik-parvarish diskursi	Hamshiralik tekshiruvi va anamnez, parvarish tushuntirishlari, bemor va oilani o'qitish, shifokor ko'rsatmalarini oddiy tilga "tarjima" qilish, empatik qo'llab-quvvatlash, deontologik me'yorlar	Peplau bosqichlari, Calgary-Cambridge, teach-back, SPIKES elementlari
Hamshira –	Kasblararo-axborot	Bemor holati haqida aniq	SBAR, read-back,

Muloqot o'qi	Diskurs turi	Asosiy xususiyatlari	Tayanch o'quv vositalari
shifokor	diskursi	va qisqa axborot, ko'rsatmani aniqlashtirish va qayta tasdiqlash, xavf haqida ochiq gapirish (speaking up)	assertiv muloqot, kasblararo simulyatsiya
Hamshira – hamshira (kichik tibbiyot xodimi)	Operativ-tashkiliy diskurs	Smena topshirish, vazifalarni taqsimlash, yosh hamkasblarga ustozlik, jamoada nizolarni boshqarish	Tuzilmalangan smena topshirish, mentorlik, keys-muhokama

2-mavzu. O'rta tibbiyot xodimi kasbiy-kommunikativ kompetensiyasining tuzilishi

R. Epstein va E. Hundert kasbiy kompetensiyani bilim, ko'nikmalar, klinik fikrlash, muloqot, his-tuyg'u va qadriyatlarning kundalik amaliyotda odatiy va oqilona qo'llanishi sifatida ta'riflaydi [44]; bu ta'rif muloqotni "yumshoq ko'nikma" emas, balki klinik kompetensiyaning ajralmas qismi sifatida ko'rishga asos beradi. Lingvodidaktikada M. Canale va M. Swain kommunikativ kompetensiyani grammatik, sotsiolingvistik, diskursiv va strategik komponentlarga ajratgan [45], tibbiy kommunikatsiya adabiyotida esa kompetensiyalar aniq xatti-harakatlar darajasida tavsiflangan [39, 46]. Ushbu manbalarni hamshiralik faoliyati xususiyatlari bilan qiyoslash KKKni to'rtta o'zaro bog'liq domen sifatida tavsiflash imkonini berdi (6-jadval).

6-jadval.

O'rta tibbiyot xodimi kasbiy-kommunikativ kompetensiyasining domenlari

Domen	Mazmuni va kuzatiladigan ko'rsatkichlar	Nazariy-empirik asoslar	Baholash vositalari
Gnostik-lingvistik	Tibbiy terminologiya va dori nomlarini bilish; shifokor ko'rsatmasini bemorga tushunarli tilda yetkazish (kodni almashtirish); jargonni izohlash; bemor tushunganini teach-back usulida tekshirish	[36, 45, 47, 48]	Terminologik test, SP bilan suhbatda jargon chastotasi, teach-back cheklisti
Diskursiv-strategik	Hamshiralik suhbatini tuzish; ochiq va yopiq savollar muvozanati; SBAR bo'yicha axborot berish; xavf haqida ochiq gapirish; nizoli vaziyatlarni boshqarish	[29, 40, 42, 43]	Calgary-Cambridge asosidagi rubrika, SBAR to'liqligi cheklisti, simulyatsiya stansiyasi
Deontologik-empatik	Bioetika va deontologiya me'yorlariga rioya; terapevtik munosabat o'rnatish; empatik javob; og'ir xabardan keyin bemorni qo'llab-quvvatlash; konfidensiallik	[6, 7, 49, 50]	Etik keyslar, empatiya shkalalari, SP bahosi
Noverbal-	Mimika, ko'z bilan aloqa, teginish	[51–53]	Video-tahlil,

Domen	Mazmuni va kuzatiladigan ko'rsatkichlar	Nazariy-empirik asoslar	Baholash vositalari
psixofizik	va ovoz ohangini boshqarish; bemorning noverbal signallarini "o'qish"; stress va charchoq sharoitida o'zini nazorat qilish		noverbal kodlash, o'z-o'zini baholash, emotsional intellekt shkalasi

Domenlarni ajratish analitik maqsadga xizmat qiladi; real vaziyatda ular bir vaqtda namoyon bo'ladi. Masalan, yangi tashxis qo'yilgan qandli diabet bemoriga insulin yuborishni o'rgatayotgan hamshira atamalarni soddalashtiradi va bemorning tushunganini tekshiradi (gnostik-lingvistik), suhbatni bosqichma-bosqich quradi (diskursiv-strategik), bemorning xavotiriga empatik javob beradi (deontologik-empatik) va o'zining sabr-toqatli, xotirjam ohangini saqlaydi (noverbal-psixofizik). Empatik muloqot bemor qoniqishi, davolanishga rioya qilish va xavotirning kamayishi bilan bog'liqligi qayd etilgan [49], teach-back usuli esa surunkali kasalliklarda bemorning o'zini o'zi boshqarishi va davolanishga rioya qilishini yaxshilashi mumkin [48].

3-mavzu. Malaka oshirishning andragogik asoslari

Malaka oshirish kursi tinglovchilari – ko'p yillik ish tajribasiga ega kattalar. M. Knowles andragogika nazariyasiga ko'ra, kattalar o'qishning sababini bilishga ehtiyoj sezadi, o'zini mustaqil shaxs deb biladi, o'z tajribasini o'qishning asosiy manbai sifatida ko'radi, real vazifalarni hal qilishga yo'naltirilgan bo'ladi va asosan ichki motivatsiyaga tayanadi [54]. D. Kolbning tajribaviy o'qitish sikli (aniq tajriba – refleksiya – konseptualizatsiya – faol sinov) [55] va D. Schönning "harakat ustida refleksiya" konsepsiyasi [56] tajribali hamshira o'z amaliyotini tahlil qilish orqali o'rganishini asoslaydi. P. Benner modeliga ko'ra, tajribali hamshiralar qoidalardan ko'ra yaxlit vaziyatni "o'qish"ga tayanadi [14]; shu bois malaka oshirishda ularga tayyor algoritmni yodlatish emas, balki o'z tajribasidagi real vaziyatlarni tuzilmalangan tahlil qilish samaraliroq bo'ladi.

Malaka oshirish samaradorligiga oid empirik dalillar ham shu xulosani tasdiqlaydi. Uzluksiz ta'lim mashg'ulotlariga bag'ishlangan Cochrane sharhining dastlabki versiyasi interaktiv seminarlar amaliyotni o'rtacha va yirik darajada o'zgartirishi, faqat ma'ruzaga asoslangan mashg'ulotlar esa amaliyotni deyarli o'zgartirmasligini ko'rsatgan [57]. Yangilangan sharhda ta'lim mashg'ulotlarining umumiy ta'siri kichik bo'lgani, interaktiv va didaktik qismlarni birlashtirgan aralash format esa eng samarali ekani, murakkab xulq-atvorni faqat mashg'ulotning o'zi bilan o'zgartirish qiyinligi aniqlangan [22]. Shifokorlarning uzluksiz ta'limiga oid sharhlar sintezida ham ko'p komponentli, interaktiv va takroriy dasturlar amaliyot va bemor natijalariga ko'proq ta'sir qilishi qayd etilgan [58].

Hamshiralar nuqtai nazaridan esa uzluksiz kasbiy rivojlanish samaradorligi tashkiliy muhitga bog'liq: metasintez natijalariga ko'ra, tashkilot madaniyati, rahbariyat qo'llab-quvvatlashi, vaqt va moliyaviy imkoniyatlar, shaxsiy motivatsiya va o'qishning amaliyotga ta'sirini his qilish asosiy omillar hisoblanadi [23]. Hamshiralarning katta qismi uzluksiz ta'lim kurslaridan keyin amaliyotini o'zgartirish niyatini va real o'zgarishlarni qayd etgan [59], biroq bu ma'lumotlar asosan o'z-o'zini baholashga tayanadi. Shunday qilib, malaka oshirishda kommunikativ ta'lim interaktiv, tajribaga tayangan, takroriy va ish joyidagi amaliyot bilan bog'langan bo'lishi kerak.

4-mavzu. Hamshiralar uchun kommunikativ treninglar va simulyatsion ta'lim samaradorligi

Hamshiralar bo'yicha RNTlarning tizimli sharhi kiritilgan barcha tadqiqotlarda kamida bitta muloqot ko'rsatkichi statistik ahamiyatli yaxshilanganini ko'rsatgan; treninglarning aksariyati onkologiya sohasida va standartlashtirilgan bemorlar bilan o'tkazilgan [21]. Surunkali kasalliklar sohasidagi tibbiyot xodimlari uchun treninglar sharhida eng ko'p qo'llanilgan usullar qayta aloqali rolli o'yin, nazariy qism va guruhli refleksiya bo'lgan; muloqot xatti-harakati va o'z-o'ziga ishonch

tadqiqotlarning aksariyatida yaxshilangan va natijalar kuzatuv davrida asosan saqlangan [27]. Qisqa (bir necha soatdan ikki kungacha) treninglar ham, agar tajribaviy o'qitish uchun makon yaratilsa, muloqot ko'nikmalari va o'z-o'ziga ishonchni oshirishi mumkin [28] – bu malaka oshirish kurslarining cheklangan muddati uchun muhim xulosa. Hamshiralik talabalari bo'yicha sharhda simulyatsiya eng ko'p qo'llanilgan usul bo'lgan, biroq qaysi usul eng samarali ekani hali aniqlanmagan [20]; muammoli o'qitish ham kommunikativ kompetensiyani rivojlantirishi mumkinligi qayd etilgan [60].

Hamshiralik faoliyatining o'ziga xos vazifalari bo'yicha ham dalillar mavjud. Assertiv muloqot treningi hamshiralarning tibbiy xatolar haqida ochiq gapirish xulq-atvorini nazorat guruhiga nisbatan yaxshilagan (SMD 0,58) [29]. Emotsional intellekt treninglari hamshiralarning emotsional intellekti va muloqot ko'nikmalarini oshirib, stressni kamaytirgan, biroq muloqot bo'yicha tadqiqotlar soni oz bo'lgan [53]. Onkologiya sohasidagi Cochrane sharhi kommunikativ treninglar tibbiyot xodimlarining ayrim ko'nikmalarini yaxshilashini qayd etgani holda, bemor uchun natijalarga ta'sir bo'yicha dalillar yetarli emasligini ta'kidlaydi [61].

Simulyatsion ta'lim hamshiralikda alohida chuqur o'rganilgan. Meta-tahlilga ko'ra, simulyatsiya turli o'quv sohalarida samarali (SMD 0,70), standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya esa affektiv natijalarda yuqori effekt bergan; effekt simulyator aniqligiga to'g'ridan-to'g'ri proporsional bo'lmagan [30]. Bu muloqot ko'nikmalari uchun qimmat manekenlar emas, balki yaxshi tayyorlangan standartlashtirilgan bemor yoki tengdoshlar bilan rolli o'yin yetarli ekanini ko'rsatadi. Shifokorlar ta'limidagi dalillar ham bunga mos: standartlashtirilgan bemorlar bilan o'qitish an'anaviy shakllarga nisbatan o'rtacha effekt beradi [62], biroq tengdoshlar o'yinidan ustunligi isbotlanmagan [18]. Yirik randomizatsiyalangan tadqiqotda klinik amaliyot soatlarining bir qismini sifatli simulyatsiya bilan almashtirish bitiruvchilarning tayyorgarligini pasaytirmagan [63]. Simulyatsiya samaradorligining umumiy shartlari – qayta aloqa, takroriy mashq, o'quv dasturiga integratsiya va qiyinchilik darajasining bosqichma-bosqich oshishi – BEME sharhida aniqlangan [64] va keyingi meta-tahlillarda tasdiqlangan [65, 66].

Simulyatsiyadan keyingi tuzilmalangan muhokama (debrifing) tajribani refleksiv o'rganishga aylantiruvchi asosiy bo'g'in hisoblanadi [67, 68]. Hamshiralik ta'limida debrifing usullarini qiyoslagan meta-tahlil tuzilmalangan debrifing o'qishni yaxshilashini qayd etgan, biroq usullar o'rtasidagi farq statistik ahamiyatli bo'lmagan [69]; umumiy simulyatsion ta'limda debrifing samaradorligi meta-tahlilda tasdiqlangan [70]. Video-qayta aloqa tinglovchiga o'zining noverbal xatti-harakatlarini tashqaridan kuzatish imkonini beradi va ta'lim natijalarini yaxshilaydi [71]. Shaxsiylashtirilgan qayta aloqa umumiy qayta aloqaga nisbatan samaraliroq ekani tibbiy ta'limda o'rtacha sifatli dalillar bilan ko'rsatilgan [18, 72].

7-jadval.

O'rta tibbiyot xodimlarining KKKni rivojlantirish mexanizmlari va dalillar holati

Mexanizm	Asosiy domen(lar)	Dalillar mazmuni	Dalil sifati*
Interaktiv seminar (ma'ruza + mashq)	Barcha domenlar	Faqat ma'ruza amaliyotni kam o'zgartiradi; aralash format samaraliroq	O'rtacha
Qayta aloqali rolli o'yin	Diskursiv-strategik, gnostik-lingvistik	Surunkali kasalliklar va hamshiralar bo'yicha sharhlarda eng ko'p qo'llanilgan va samarali usul	O'rtacha / past
Standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya	Deontologik-empatik, diskursiv-strategik	Affektiv natijalarda yuqori effekt; tengdoshlar o'yinidan ustunligi noaniq	Past (yuqori geterogenlik)

Mexanizm	Asosiy domen(lar)	Dalillar mazmuni	Dalil sifati*
Tuzilmalangan debrifing va video-qayta aloqa	Noverbal-psixofizik, refleksiv	O'qishni yaxshilaydi; debrifing usullari o'rtasidagi farq aniqlanmagan	O'rtacha
Tuzilmalangan formatlar (SBAR, teach-back, assertiv muloqot)	Diskursiv-strategik, gnostik-lingvistik	Xavfsizlik va bemor tushunishiga ijobiy ta'sir; ochiq gapirish xulq-atvori yaxshilanadi	O'rtacha / past
Emotsional intellekt treningi	Noverbal-psixofizik	Emotsional intellekt va muloqotni oshiradi, stressni kamaytiradi	Past

* Dalil sifati asl tizimli sharhlarda keltirilgan GRADE baholari va mualliflar xulosalari asosida umumlashtirilgan.

5-mavzu. KKKni baholashdagi uslubiy muammolar

KKKni baholashda G. Millerning to'rt pog'onali piramidasi ("biladi" – "qanday qilishni biladi" – "ko'rsatadi" – "amalda qiladi") [73], o'quv dasturlari samaradorligini baholashda esa D. Kirkpatrickning to'rt darajali modeli (reaksiya, o'rganish, xulq-atvor, natija) [74] keng qo'llaniladi. Kommunikativ ko'nikmalarni "ko'rsatadi" darajasida baholashning asosiy vositasi obyektiv tuzilmalangan klinik imtihon (OSCE) bo'lib [75], uning noto'g'ri talqinlari ham adabiyotda muhokama qilingan [76].

Sintez to'rtta asosiy muammoni aniqladi. Birinchidan, o'lchov vositalari juda xilma-xil va standartlashtirilmagan; hamshiralar bo'yicha sharhda bu natijalarni umumlashtirishga asosiy to'siq bo'lgan [21], umumiy tibbiyot sohasida ham muloqotni o'lchash vositalarining psixometrik asoslanganligi notekis [77, 78]. Ikkinchidan, malaka oshirish tadqiqotlarida natija ko'pincha tinglovchining o'z-o'zini baholashi yoki o'z-o'ziga ishonchi bilan o'lchanadi [28, 59], bu esa haqiqiy xulq-atvordagi o'zgarishni to'liq aks ettirmaydi. Uchinchidan, tadqiqotlarning aksariyati natijani kursdan keyin darhol o'lchaydi; ko'nikmalarning ish joyiga ko'chishi va bemor uchun natijalar (Kirkpatrickning 3–4-darajalari) kam o'rganilgan [22, 61]. To'rtinchidan, tadqiqotlar ko'pincha bir markazda, kichik tanlanmalarda va nazorat guruhisiz o'tkazilgan [20, 79].

6-mavzu. Kontekstual omillar

Ko'p tillilik va bemorning tibbiy savodxonligi. O'zbekistonda hamshira ko'pincha o'zbek, rus, qoraqalpoq, tojik va boshqa tillarda so'zlashuvchi bemorlar bilan ishlaydi, tibbiy hujjatlar va dori yo'riqnomalari esa ko'pincha boshqa tilda bo'ladi. Til to'sig'i sharoitida malakasiz tarjimonlardan foydalanish klinik ahamiyatli xatolarga olib kelishi tizimli sharhda ko'rsatilgan [80]. Izohlanmagan tibbiy jargon bemorning tushunishiga to'sqinlik qiladi [47], tibbiy savodxonligi past bemorlar bilan muloqotda esa tushunganlikni tekshirish muhim ahamiyatga ega [48, 81]. Bu gnostik-lingvistik domendagi kodni almashtirish ko'nikmasini milliy kontekstda alohida dolzarb qiladi [36].

Tashkiliy muhit va kasblararo ierarxiya. Hamshiraning shifokorga xavf haqida ochiq gapirishi ko'pincha ierarxiya va qo'rquv bilan to'siladi; tuzilmalangan formatlar va assertiv muloqot treningi bu to'siqni kamaytirishi mumkin [29, 41]. Kasblararo ta'lim jamoaviy muloqot va hamkorlikni yaxshilash vositasi sifatida o'rganilgan [82, 83]. Malaka oshirishdan keyin o'zlashtirilgan ko'nikmalarning amaliyotda qo'llanishi esa bo'lim rahbariyatining qo'llab-quvvatlashiga bog'liq [23].

Kasbiy charchoq va empatiya. Ish yuklamasi, salbiy rol modellari va bemor bilan aloqaning cheklanganligi empatiyaning pasayishiga olib keluvchi omillar sifatida tibbiy ta'limda qayd etilgan

[84, 85]; tajribali hamshiralarda ham surunkali stress muloqot sifatiga salbiy ta'sir qiladi. Emotsional intellekt treninglarining stressni kamaytirishi [53] KKK dasturiga o'zini o'zi boshqarish komponentini kiritish zarurligini ko'rsatadi.

O'qituvchilar tayyorgarligi va raqamli texnologiyalar. Kommunikativ ta'limning sifati o'qituvchining simulyatsiya, qayta aloqa va debrifing ko'nikmalariga bog'liq; pedagogik malakani oshirish dasturlari o'qituvchilarning bilim va xulq-atvorini ijobiy o'zgartiradi [86]. Raqamli ta'lim an'anaviy o'qitishdan kam bo'lmagan natija beradi, biroq ustunligi isbotlanmagan [87], sun'iy intellekt asosidagi muloqot treninglari esa hali erta bosqichda [88]. Ish va o'qishni birga olib boradigan kattalar uchun onlayn nazariy modul va yuzma-yuz amaliy mashg'ulotni birlashtirgan aralash format qulay ekani hamshiralar tajribasida ham qayd etilgan [23].

Aniqlangan ilmiy bo'shliqlar

Olti mavzu bo'yicha sintez adabiyotdagi quyidagi bo'shliqlarni aniqladi (8-jadval).

8-jadval.

Adabiyotda aniqlangan ilmiy bo'shliqlar

Bo'shliq	Tavsifi
Populyatsiya bo'shlig'i	Kommunikativ ta'limga oid dalillarning katta qismi tibbiyot talabalari va shifokorlarga tegishli; amaliyotdagi hamshiralar, ayniqsa malaka oshirish tinglovchilari bo'yicha nazoratli tadqiqotlar kam.
Konseptual uzilish	Tibbiy diskursning lingvistik tadqiqotlari asosan shifokor nutqiga qaratilgan; hamshiralik diskursi pedagogik model darajasiga deyarli olib chiqilmagan.
Kontekstual cheklanganlik	Dalillar asosan ingliz tilli mamlakatlarda olingan; ko'p tilli va postsovet sog'liqni saqlash muhiti uchun ma'lumotlar juda kam.
Natijalar darajasi	Tadqiqotlar asosan o'z-o'zini baholash va Kirkpatrickning 1–2-darajalarida to'xtaydi; ish joyidagi xulq-atvor va bemor natijalari kam o'rganilgan.
Baholash vositalari	O'zbek tilida validatsiya qilingan, hamshiralik faoliyatiga moslashtirilgan muloqot baholash vositalari mavjud emas.
Kasblararo o'q	Hamshira–shifokor muloqotini ikkala kasb vakillari birgalikda o'qitiladigan malaka oshirish dasturlari kam o'rganilgan.

MUHOKAMA

Sintez natijalarining umumiy talqini

Ushbu integrativ sharh uchta asosiy xulosaga olib keldi. Birinchidan, hamshiralik diskursi tibbiy diskursning alohida turi bo'lib, unda bemor va oilani o'qitish, shifokor ko'rsatmalarini "tarjima" qilish va kasblararo axborot uzatish markaziy o'rin tutadi; shu bois o'rta tibbiyot xodimlari uchun kommunikativ ta'lim shifokorlar dasturining qisqartirilgan nusxasi bo'lmasligi, balki hamshiralik faoliyatining real vazifalariga asoslanishi kerak. Ikkinchidan, malaka oshirish sharoitida eng ishonchli dalillar interaktiv, tajribaga tayangan va qayta aloqa bilan boyitilgan aralashuvlarga tegishli [21, 22, 27]; simulyatsiya va debrifing bu mexanizmning amalga oshirish shakli bo'lib, ular uchun qimmat texnologiyalar emas, balki yaxshi tayyorlangan ssenariylar va malakali o'qituvchilar hal qiluvchi ahamiyatga ega [30, 69]. Uchinchidan, dalillar bazasi o'sib borayotgan bo'lsa-da, uning sifati asosan o'rtacha va past, ish joyidagi va bemor uchun natijalar kam o'rganilgan. Shu sababli quyida taklif etilgan model tayyor isbotlangan yechim sifatida emas,

balki dalillarga tayangan va empirik tekshirishni talab qiluvchi konseptual ramka sifatida taqdim etiladi.

Integrativ pedagogik model

Sintez natijalari asosida malaka oshirish kurslari uchun to'rt blokdan iborat integrativ pedagogik model ishlab chiqildi (9-jadval). Modelning integrativligi uch darajada namoyon bo'ladi: (1) nazariy integratsiya – lingvistik, sotsiolingvistik va klinik-kommunikativ an'analar hamshiralik nazariyalari bilan birlashtiriladi; (2) mazmuniy integratsiya – tibbiy terminologiya, deontologiya, tibbiy psixologiya va hamshiralik ishi asoslari o'zaro bog'lanadi, R. Harden "integratsiya zinapoyasi"ning yuqori pog'onalaridagi fanlararo integratsiya maqsad qilib olinadi [89]; (3) texnologik integratsiya – andragogik tamoyillar asosida mashq, qayta aloqa, simulyatsiya va refleksiya yagona sikl sifatida tashkil etiladi [54, 55].

9-jadval.

Malaka oshirish tizimi uchun integrativ pedagogik modelning bloklari

Blok	Tarkibi	Asoslovchi dalillar
Maqsadli blok	Ijtimoiy buyurtma: bemorga yo'naltirilgan, yuqori deontologik madaniyatga ega, jamoada xavfsiz muloqot qila oladigan o'rta tibbiyot xodimi. Maqsad: to'rt domen bo'yicha KKKni rivojlantirish. Kirish diagnostikasi: tinglovchining ish joyidagi muloqot muammolarini aniqlash.	JSST strategik yo'nalishlari va milliy me'yoriy hujjatlar [2, 4]; kompetensiya ta'rifi [44]; andragogika: o'qish sababini bilish ehtiyoji [54]
Mazmunli-integrativ blok	"Hamshiralik faoliyatida klinik muloqot va tibbiy diskurs" fanlararo moduli: uch o'qli model; Peplau bosqichlari; Calgary-Cambridge elementlari; teach-back; SBAR va smena topshirish; assertiv muloqot; og'ir xabardan keyin qo'llab-quvvatlash; ko'p tilli muloqot; o'zini o'zi boshqarish.	Uch an'ana sintezi (5-jadval); hamshiralik nazariyasi [6]; SBAR [42, 43]; teach-back [48]; integratsiya zinapoyasi [89]
Andragogik-texnologik blok	Sikl: tinglovchining real vaziyati → qisqa nazariy blok (onlayn yoki yuzma-yuz) → video-namuna → tengdoshlar bilan rolli o'yin → standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya → tuzilmalangan video-debrifing → ish joyida qo'llash rejasi va keyingi kuzatuv. Shart-sharoit: simulyatsiya xonasi, tayyorlangan SP, malakali o'qituvchilar, bo'lim rahbariyati bilan hamkorlik.	Interaktiv aralash format [22]; qayta aloqali rolli o'yin [27]; simulyatsiya [30, 64]; debrifing [68, 69]; o'qituvchilar tayyorgarligi [86]; tashkiliy qo'llab-quvvatlash [23]
Natijaviy-baholash bloki	To'rt domen bo'yicha mezonlar; uch daraja (10-jadval); vositalar: SP bilan simulyatsiya stansiyasi, SBAR va teach-back cheklistlari, video-tahlil,	Miller piramidasi [73]; Kirkpatrick modeli [74]; OSCE [75]; o'lchov vositalari sharhlari [77, 78]

Blok	Tarkibi	Asoslovchi dalillar
	refleksiv kundalik; 3–6 oydan keyin ish joyida kuzatuv va bemor so'rovnomasi (Kirkpatrick modeli).	

Kompetensiya darajalari Miller piramidasi va P. Benner modeli bilan muvofiqlashtirildi (10-jadval). Darajalarni ball chegaralari bilan qat'iy belgilash uchun avval baholash vositalarini o'zbek tilida validatsiya qilish talab etiladi; shu sababli jadvalda xulq-atvor tavsiflari keltirilgan.

10-jadval.

O'rta tibbiyot xodimi KKK darajalari va ularning Miller va Benner modellari bilan muvofiqligi

Daraja	Xulq-atvor tavsifi	Miller pog'onasi / Benner bosqichi va baholash
I. Boshlang'ich (adaptiv)	Muloqot qoidalari va algoritmlarini biladi, biroq ularni standart vaziyatda ham to'liq qo'llay olmaydi; stressli vaziyatda moslashuvchanlik yetishmaydi.	"Biladi" – "qanday qilishni biladi"; boshlovchi / ilg'or boshlovchi; test, keys tahlili
II. O'rta (reproduktiv-operativ)	Standart vaziyatlarda teach-back, SBAR va tuzilmalangan suhbat usullarini ishonchli qo'llaydi; jargonni izohlaydi; empatik javob beradi.	"Ko'rsatadi"; kompetent; SP bilan simulyatsiya stansiyasi, cheklistlar
III. Yuqori (kreativ-akmeologik)	Murakkab, kutilmagan va nizoli vaziyatlarda muloqot strategiyasini mustaqil tanlaydi, uch o'qda ham samarali muloqot qiladi, yosh hamkasblarga ustozlik qiladi, o'z amaliyotini refleksiv tahlil qiladi.	"Amalda qiladi"; malakali / ekspert; ish joyida kuzatuv, video-tahlil, portfolio

Empirik tekshirish uchun ilmiy taxminlar

Integrativ sharhning muhim vazifalaridan biri kelgusi tadqiqotlar uchun tekshiriladigan taxminlar shakllantirishdir [24, 25]. Sintez asosida oltita taxmin taklif etiladi (11-jadval).

11-jadval.

Integrativ modelni empirik tekshirish uchun ilmiy taxminlar

№	Ilmiy taxmin	Tavsiya etiladigan dizayn va ko'rsatkichlar
T1	Integrativ modul asosidagi malaka oshirish kursi an'anaviy ma'ruzaga asoslangan kursga nisbatan to'rt domenning barchasida yuqoriroq natija beradi.	Klaster-randomizatsiyalangan tadqiqot (kurs guruhlari bo'yicha); SP bilan simulyatsiya stansiyasi, rubrika
T2	Video-debrifing bilan birga o'tkazilgan simulyatsiya debrifingsiz simulyatsiyaga nisbatan noverbal va refleksiv ko'rsatkichlarni ko'proq yaxshilaydi.	Faktorial RNT; video-kodlash, o'z-o'zini va ekspert bahosi o'rtasidagi farq
T3	Teach-back va kodni almashtirish mashqlari ko'p tilli muhitda bemorning hamshira tushuntirishlarini tushunish darajasini oshiradi.	Kvazi-eksperiment; bemor tushunishi testi, jargon chastotasi

№	Ilmiy taxmin	Tavsiya etiladigan dizayn va ko'rsatkichlar
T4	SBAR va assertiv muloqot treningi hamshira–shifokor axborot almashinuvining to'liqligi va xavf haqida ochiq gapirish chastotasini oshiradi.	Bo'limlar bo'yicha "oldin-keyin" nazoratli dizayn; SBAR to'liqligi auditi
T5	Bo'lim rahbariyatining qo'llab-quvvatlashi va kursdan keyingi ish joyidagi kuzatuv o'zlashtirilgan ko'nikmalarning amaliyotga ko'chishini kuchaytiradi.	Aralash usulli tadqiqot; Kirkpatrick 3-darajasi, fokus-guruhlar
T6	Modelda shakllangan ko'nikmalar 6–12 oydan keyin ham saqlanadi va bemor qoniqishi bilan bog'liq bo'ladi.	Uzunlamasina kogort; takroriy simulyatsiya, bemor so'rovnomalari

Sharhning kuchli tomonlari va cheklovlari

Sharhning kuchli tomonlari – uch tildagi manbalarni qamrab olish, nazariy va empirik adabiyotlarni birlashtirish, hamshiralik va kattalar ta'limi nazariyalarini tibbiy diskurs tadqiqotlari bilan bog'lash hamda natijalarni tekshiriladigan model va taxminlar ko'rinishiga keltirishdir. Cheklovlar quyidagilardan iborat. Birinchidan, integrativ sharh turli dizayndagi manbalarni birlashtirgani uchun natijalarni meta-tahlil qilish imkoni cheklangan va sintez qisman tadqiqotchining talqiniga bog'liq [24]. Ikkinchidan, manbalar maqsadli tanlangan va tanlash bitta muallif tomonidan bajarilgan, bu tanlash tarafkashligini butunlay istisno etmaydi. Uchinchidan, ayrim masalalar bo'yicha shifokorlar ta'limidagi dalillardan foydalanildi; ularni o'rta tibbiyot xodimlariga ko'chirish ehtiyotkorlikni talab qiladi. To'rtinchidan, kiritilgan empirik dalillarning aksariyati xorijiy kontekstda olingan, chop etilmagan va kulrang adabiyotlar esa to'liq qamrab olinmagan.

AMALIYOT UCHUN TAVSIYALAR

Sintez natijalari asosida o'rta tibbiyot xodimlari malakasini oshirish markazlari uchun quyidagi tavsiyalar taklif etiladi:

– **Kurs dasturini qayta ko'rib chiqish.** Barcha mutaxassisliklar bo'yicha malaka oshirish kurslariga "Hamshiralik faoliyatida klinik muloqot va tibbiy diskurs" fanlararo modulini kiritish; modul mazmunini tinglovchilarning ish joyidagi real muloqot muammolari asosida shakllantirish [54, 89].

– **Ma'ruzadan interaktiv formatga o'tish.** Nazariy qismni qisqartirib, vaqtning asosiy qismini qayta aloqali rolli o'yin, simulyatsiya va keys-muhokamaga ajratish; nazariy materialni onlayn modul shaklida oldindan berish [22, 27].

– **Arzon simulyatsiya resurslarini yaratish.** Mahalliy til va madaniyatga moslashtirilgan ssenariylar bankini tuzish (yangi tashxisli bemorni o'qitish, norozi bemor bilan suhbat, telefon orqali shifokorga SBAR bo'yicha axborot berish, smena topshirish); standartlashtirilgan bemor sifatida tajribali tinglovchilar yoki o'qituvchilarni tayyorlash [30, 90].

– **Debrifing va qayta aloqani standartlashtirish.** Har bir simulyatsiyadan keyin tuzilmalangan debrifing o'tkazish, imkon bo'lsa video-yozuvdan foydalanish va har bir tinglovchiga shaxsiylashtirilgan qayta aloqa berish [18, 68, 69].

– **O'qituvchilarni tayyorlash.** Malaka oshirish markazlari o'qituvchilari uchun simulyatsion ta'lim, debrifing va qayta aloqa bo'yicha maxsus trening dasturlarini yo'lga qo'yish [86].

– **Kursni ish joyi bilan bog'lash.** Har bir tinglovchi bilan kurs oxirida ish joyida qo'llash rejasini tuzish, bo'lim bosh hamshiralarini jarayonga jalb qilish va 3–6 oydan keyin natijani kuzatish [23, 59].

– **Kasblararo mashg'ulotlar.** Imkon bo'lgan hollarda hamshiralar va shifokorlar ishtirokidagi qo'shma simulyatsiyalar o'tkazish [42, 83].

KELGUSI TADQIQOTLAR YO'NALISHLARI

Aniqlangan bo'shliqlardan kelib chiqib, quyidagi yo'nalishlar ustuvor hisoblanadi: (1) 11-jadvalda keltirilgan taxminlarni malaka oshirish markazlarida nazorat guruhli va iloji bo'lsa randomizatsiyalangan dizaynda tekshirish; (2) ko'nikmalarning ish joyiga ko'chishi va saqlanishini hamda bemor uchun natijalarga ta'sirini uzunlamasina o'rganish; (3) hamshiralik faoliyatiga moslashtirilgan muloqot baholash vositalarini o'zbek tilida ishlab chiqish va validatsiya qilish; (4) real hamshira–bemor suhbatlari asosida ko'p tilli hamshiralik diskursining pragmatik xususiyatlarini tadqiq etish; (5) onlayn va sun'iy intellekt asosidagi vositalarning kattalar uchun kommunikativ ta'limdagi samaradorligini baholash [87, 88].

XULOSA

Ushbu integrativ sharh tibbiy diskurs, hamshiralik nazariyasi va kattalar ta'limiga oid lingvistik, sotsiolingvistik, klinik-kommunikativ va andragogik an'analarni yagona konseptual ramkaga birlashtirdi. Sintez natijasida hamshiralik diskursining uch o'qli institutsional tuzilmasi (hamshira–bemor, hamshira–shifokor, hamshira–hamshira) va o'rta tibbiyot xodimi kasbiy-kommunikativ kompetensiyasining to'rt domenli modeli asoslandi.

Dalillar shuni ko'rsatadiki, malaka oshirish tizimida faqat ma'ruzaga asoslangan kurslar muloqot amaliyotini kam o'zgartiradi. Tinglovchilarning real tajribasiga tayangan, qayta aloqali rolli o'yin, standartlashtirilgan bemor bilan simulyatsiya, tuzilmalangan debrifing va SBAR, teach-back kabi aniq formatlarni birlashtirgan interaktiv kurslar esa hamshiralarning muloqot ko'nikmalari va o'z-o'ziga ishonchini oshiradi. Shu bilan birga, dalillar sifati asosan o'rtacha va past, ish joyidagi va bemor uchun natijalar kam o'rganilgan, milliy ko'p tilli kontekstga oid ma'lumotlar esa deyarli yo'q.

Sharhning asosiy ilmiy mahsuli – maqsadli, mazmunli-integrativ, andragogik-texnologik va natijaviy-baholash bloklaridan iborat, har bir elementi dalillar bilan asoslangan integrativ pedagogik model hamda uni tekshirish uchun shakllantirilgan oltita ilmiy taxmindir. Hamshira muloqoti shunchaki axborot almashinuvi emas, balki bemor xavfsizligi, davolanishga rioya qilish va bemor ishonchini ta'minlovchi parvarish vositasidir. Uni malaka oshirish tizimida tizimli o'qitish o'rta tibbiyot xodimlari tayyorgarligi va tibbiy xizmat sifatini oshirishning muhim yo'nalishlaridan biridir.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. World Health Organization. (2020). State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. WHO.
2. World Health Organization. (2021). Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025. WHO.
3. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrdagi PF-5590-son "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risida"gi Farmoni. https://lex.uz/docs/4096197
4. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019-yil 6-maydagi PQ-4310-son "Tibbiyot va farmatsevtika ta'limi va ilm-fani tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi Qarori. https://lex.uz/docs/4323169
5. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A

retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824–1830. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8
6. Peplau, H. E. (1952). Interpersonal Relations in Nursing. G. P. Putnam's Sons.
7. McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: An exploration of patients' experiences. Journal of Clinical Nursing, 13(1), 41–49. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x
8. Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. Materia Socio-Medica, 26(1), 65–67. https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67
9. Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. Canadian Medical Association Journal, 152(9), 1423–1433.
10. Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. Medical Care, 47(8), 826–834. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
11. Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS ONE, 9(4), e94207. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207
12. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). Improving Diagnosis in Health Care. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/21794
13. Aspegren, K., & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? Medical Teacher, 27(6), 539–543. https://doi.org/10.1080/01421590500136501
14. Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley.
15. Arutyunova, N. D. (1990). Diskurs. In V. N. Yartseva (Ed.), Lingvisticheskiy entsiklopedicheskiy slovar' (pp. 136–137). Sovetskaya entsiklopediya.
16. Kibrik, A. A. (1994). Kognitivnye issledovaniya po diskursu. Voprosy yazykoznaniya, (5), 126–139.
17. Karasik, V. I. (2000). O tipakh diskursa. In Yazykovaya lichnost': institutsional'nyy i personal'nyy diskurs (pp. 5–20). Peremena.
18. Gilligan, C., Powell, M., Lynagh, M. C., Ward, B. M., Lonsdale, C., Harvey, P., James, E. L., Rich, D., Dewi, S. P., Nepal, S., Croft, H. A., & Silverman, J. (2021). Interventions for improving medical students' interpersonal communication in medical consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2(2), CD012418. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012418.pub2
19. Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). Skills for Communicating with Patients (3rd ed.). Radcliffe Publishing.
20. Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V. V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gámez, G., & Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational interventions for nursing students to develop communication skills with patients: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(7), 2241. https://doi.org/10.3390/ijerph17072241
21. Kerr, D., Ostaszkiewicz, J., Dunning, T., & Martin, P. (2020). The effectiveness of training interventions on nurses' communication skills: A systematic review. Nurse Education Today, 89, 104405. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104405
22. Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M. A., Wolf, F., Davis, D., Odgaard-Jensen, J., & Oxman, A. D. (2009). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD003030. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003030.pub2

23. Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. BMC Nursing, 20(1), 62. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2
24. Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546–553. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
25. Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. Human Resource Development Review, 4(3), 356–367. https://doi.org/10.1177/1534484305278283
26. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa
27. Peimani, M., et al. (2025). Training in communication skills for healthcare providers in chronic care: A systematic review. BMC Medical Education, 25.
28. Mata, Á. N. de S., de Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., de Medeiros, G. C. B. S., de Oliveira Segundo, V. H., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: A systematic review. Human Resources for Health, 19(1), 30. https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3
29. Chen, H.-W., et al. (2023). Assertive communication training for nurses to speak up in cases of medical errors: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today.
30. Kim, J., Park, J.-H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: A meta-analysis. BMC Medical Education, 16, 152. https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7
31. Mishler, E. G. (1984). The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews. Ablex.
32. Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. Annals of Internal Medicine, 101(5), 692–696. https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692
33. Heritage, J., Robinson, J. D., Elliott, M. N., Beckett, M., & Wilkes, M. (2007). Reducing patients' unmet concerns in primary care: The difference one word can make. Journal of General Internal Medicine, 22(10), 1429–1433. https://doi.org/10.1007/s11606-007-0279-0
34. Sarangi, S., & Roberts, C. (Eds.). (1999). Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings. Mouton de Gruyter.
35. Heritage, J., & Maynard, D. W. (Eds.). (2006). Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge University Press.
36. Gumperz, J. J. (1982). Discourse Strategies. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511611834
37. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460
38. Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine, 51(7), 1087–1110. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8
39. Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. Academic Medicine, 76(4), 390–393. https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021
40. Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge guides. Academic Medicine, 78(8), 802–809. https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011
41. Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Quality and Safety in Health Care, 13(Suppl 1), i85–i90. https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033

42. Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 32(3), 167–175. https://doi.org/10.1016/S1553-7250(06)32022-3
43. Müller, M., Jürgens, J., Redaèlli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. BMJ Open, 8(8), e022202. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202
44. Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. JAMA, 287(2), 226–235. https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226
45. Canale, M., & Swain, M. (1980). Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. Applied Linguistics, 1(1), 1–47. https://doi.org/10.1093/applin/1.1.1
46. Rider, E. A., & Keefer, C. H. (2006). Communication skills competencies: Definitions and a teaching toolbox. Medical Education, 40(7), 624–629. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02500.x
47. Castro, C. M., Wilson, C., Wang, F., & Schillinger, D. (2007). Babel babble: Physicians' use of unclarified medical jargon with patients. American Journal of Health Behavior, 31(Suppl 1), S85–S95. https://doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.11
48. Ha Dinh, T. T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 14(1), 210–247. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296
49. Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. British Journal of General Practice, 63(606), e76–e84. https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814
50. Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The Oncologist, 5(4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302
51. Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient Education and Counseling, 67(3), 315–318. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.005
52. Riess, H., & Kraft-Todd, G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. Academic Medicine, 89(8), 1108–1112. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000287
53. Kawashima, T., et al. (2025). Effectiveness of emotional intelligence training on nurses' and nursing students' emotional intelligence, resilience, stress, and communication skills: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today.
54. Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development (8th ed.). Routledge.
55. Kolb, D. A. (1984). Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Prentice Hall.
56. Schön, D. A. (1983). The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. Basic Books.
57. O'Brien, M. A., Freemantle, N., Oxman, A. D., Wolf, F., Davis, D. A., & Herrin, J. (2001). Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD003030.
58. Cervero, R. M., & Gaines, J. K. (2015). The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: An updated synthesis of systematic reviews. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 35(2), 131–138. https://doi.org/10.1002/chp.21290

59. Bryant, T., et al. (2019). Evaluating transfer of continuing education to nursing practice. Journal of Continuing Education in Nursing, 50(8), 375–380.
60. Li, Y., et al. (2019). Effectiveness of problem-based learning on the professional communication competencies of nursing students and nurses: A systematic review. Nurse Education in Practice.
61. Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7(7), CD003751. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4
62. Linder, U., et al. (2024). Employing simulated participants to develop communication skills in medical education: A systematic review. Simulation in Healthcare. https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000841
63. Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. Journal of Nursing Regulation, 5(2 Suppl), S3–S40. https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30062-4
64. Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review. Medical Teacher, 27(1), 10–28. https://doi.org/10.1080/01421590500046924
65. Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., Erwin, P. J., & Hamstra, S. J. (2011). Technology-enhanced simulation for health professions education: A systematic review and meta-analysis. JAMA, 306(9), 978–988. https://doi.org/10.1001/jama.2011.1234
66. McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Petrusa, E. R., & Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009. Medical Education, 44(1), 50–63. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x
67. Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. Simulation in Healthcare, 2(2), 115–125. https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539
68. Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2006). There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: A theory and method for debriefing with good judgment. Simulation in Healthcare, 1(1), 49–55. https://doi.org/10.1097/01266021-200600110-00006
69. Lee, J., et al. (2020). Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today, 87, 104345.
70. Cheng, A., Eppich, W., Grant, V., Sherbino, J., Zendejas, B., & Cook, D. A. (2014). Debriefing for technology-enhanced simulation: A systematic review and meta-analysis. Medical Education, 48(7), 657–666. https://doi.org/10.1111/medu.12432
71. Fukkink, R. G., Trienekens, N., & Kramer, L. J. C. (2011). Video feedback in education and training: Putting learning in the picture. Educational Psychology Review, 23(1), 45–63. https://doi.org/10.1007/s10648-010-9144-5
72. Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The power of feedback. Review of Educational Research, 77(1), 81–112. https://doi.org/10.3102/003465430298487
73. Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine, 65(9 Suppl), S63–S67. https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045
74. Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). Evaluating Training Programs: The Four Levels (3rd ed.). Berrett-Koehler.
75. Khan, K. Z., Ramachandran, S., Gaunt, K., & Pushkar, P. (2013). The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: An historical and theoretical

perspective. Medical Teacher, 35(9), e1437–e1446. https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.818634
76. Harden, R. M. (2015). Misconceptions and the OSCE. Medical Teacher, 37(7). https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1042443
77. Zill, J. M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2014). Measurement of physician-patient communication – A systematic review. PLoS ONE, 9(12), e112637. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637
78. Cömert, M., Zill, J. M., Christalle, E., Dirmaier, J., Härter, M., & Scholl, I. (2016). Assessing communication skills of medical students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) – A systematic review of rating scales. PLoS ONE, 11(3), e0152717. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152717
79. Reed, D. A., Cook, D. A., Beckman, T. J., Levine, R. B., Kern, D. E., & Wright, S. M. (2007). Association between funding and quality of published medical education research. JAMA, 298(9), 1002–1009. https://doi.org/10.1001/jama.298.9.1002
80. Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. Medical Care Research and Review, 62(3), 255–299. https://doi.org/10.1177/1077558705275416
81. Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C., & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Archives of Internal Medicine, 163(1), 83–90. https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83
82. Hall, P., & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. Medical Education, 35(9), 867–875. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00919.x
83. Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Medical Teacher, 38(7), 656–668. https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663
84. Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. Academic Medicine, 86(8), 996–1009. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615
85. Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Academic Medicine, 84(9), 1182–1191. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55
86. Steinert, Y., Mann, K., Anderson, B., Barnett, B. M., Centeno, A., Naismith, L., et al. (2016). A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. Medical Teacher, 38(8), 769–786. https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1181851
87. Kyaw, B. M., Posadzki, P., Paddock, S., Car, J., Campbell, J., & Tudor Car, L. (2019). Effectiveness of digital education on communication skills among medical students: Systematic review and meta-analysis by the Digital Health Education Collaboration. Journal of Medical Internet Research, 21(8), e12967. https://doi.org/10.2196/12967
88. Stamer, T., Steinhäuser, J., & Flägel, K. (2023). Artificial intelligence supporting the training of communication skills in the education of health care professions: Scoping review. Journal of Medical Internet Research, 25, e43311. https://doi.org/10.2196/43311
89. Harden, R. M. (2000). The integration ladder: A tool for curriculum planning and evaluation. Medical Education, 34(7), 551–557. https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00697.x

90. Cleland, J. A., Abe, K., & Rethans, J.-J. (2009). The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. Medical Teacher, 31(6), 477–486. https://doi.org/10.1080/01421590903002821