



O'zbekiston Respublikasi
Maktabgacha va maktab
ta'limi vazirligi

ISSN: 2992-9008
UDK: 37

TA'LIM VA TARAQQIYOT

Ilmiy-uslubiy jurnali



2026-YIL 4-SON

www.journal.namspi.uz

Bosh muharrir: Namangan davlat pedagogika instituti rektori B.E.Xusanov

Mas'ul muharrir: Ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo'yicha prorektor M.R.Qodirxonov

Mas'ul muharrir o'rinbosari: Ilmiy tadqiqotlar, innovatsiyalar va ilmiy-pedagogik kadrlar tayyorlash bo'limi boshlig'i J.A.Yuldashev

TAHRIR HAY'ATI

Aniq va tabiiy fanlar: k.f.d., prof. Sh.Abdullayev, f-m.f.d., dots. R.Xakimov, k.f.d., prof. N.Vohidova, k.f.d., dots. M.Qodirxonov, b.f.d., dots. A.Batashov, f-m.f.n., dots., T.Abdullayev, p.f.n., dots. M.Eshnazarova, p.f.n., dots. G'.Nafasov, p.f.n., dots. M.Boltayeva.

Texnika fanlari: t.f.d., prof. A.Umarov, t.f.d., prof. A.Qayumov, PhD, dots. Sh.Xudoyqulov, PhD, dots. Abdunazarov.

Ijtimoiy-gumanitar fanlar: s.f.d., prof. T.Fayzullayev, tar.f.d., prof. A.Rasulov. f.f.d., prof. M.Ismoilov, i.f.d., dots. N.Sotivoldiyev, t.f.n., dots. A.Isoqboyev, f.f.n., dots. O.Mamatov, t.f.n., dots. Z.Haydarov, PhD. J.Yuldashev, PhD. A.Abdullayev.

Pedagogika fanlari: p.f.d., prof. B.Xodjayev, p.f.d., prof. X.Najmiddinova, p.f.d., prof. T.Ismoilov, p.f.d., prof. S.Abdullayev. p.f.d., prof., M.Y.Sobirova, p.f.d., prof., R.Zamilova, p.f.d., prof. Sh.Xujamberdiyeva, p.f.d., dost. M.Asqarova, PhD, dots. M.Asranboyeva.

Filologiya fanlari: fil.f.d., prof. N.Uluqov, fil.f.d., prof. H.Usmanova, f.f.d., dots. X.Shokirova, p.f.n., dots. S.Misirov, p.f.n., dots. Sh.Ubaydullayev, PhD., dots. P.Lutfullayev, PhD., dots. M.Yakubbayev.

Texnik muharrir: R.Tursunov

Tahririyat manzili: Namangan shahri, Uychi ko'chasi, 316-uy.

Pochta indeksi: 160136, **Faks:** (0369) 227-27-21,

Email: Info@namspi.uz

Nashr sanasi: 30.08.2026

"Ta'lim va taraqqiyot" ilmiy-uslubiy jurnali elektron to'plam sifatida O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi **Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi (AOKA)ning 2022-yil 25-oktabrdagi № 045044 raqamli guvohnomasi** asosida chop etiladi. Jurnal **Oliy Attestatsiya komissiyasining 2024-yil 30-noyabrdagi (№ 364/5) yig'ilishi qaroriga asosan pedagogika fanlari bo'yicha falsafa fanlari doktori (PhD) va fan doktori (DSc) ilmiy darajasiga talabgorlarning dissertatsiya ishlari yuzasidan asosiy ilmiy natijalarini chop etish uchun tavsiya etilgan.** UDK: 37, Xalqaro standartlashtirish raqami (ISSN): 2992-9008.

Maqolalarning ilmiy saviyasi va keltirilgan ma'lumotlar uchun mualliflar javobgar hisoblanadi.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩИХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Абдувахобову Нозиму Рахмоновну

АГМИ независимый исследователь

abduvahobovanozima74@gmail.com

Аннотация. В статье рассматриваются теоретические основы изучения и формирования управленческих компетенций у будущих семейных врачей. Прослежена эволюция понятий «компетенция» и «компетентность», уточнена сущность управленческой компетенции врача первичного звена, обоснована её структура, включающая когнитивный, функциональный, личностный, ценностно-мотивационный и рефлексивный компоненты. Проанализированы методологические подходы к формированию компетенции (компетентностный, деятельностный, опытно-ориентированный, социально-конструктивистский, андрагогический, рефлексивный), выделены принципы, уровни и этапы её развития. Результаты могут служить теоретической базой для проектирования программ подготовки семейных врачей.

Ключевые слова: управленческая компетенция, компетентностный подход, семейный врач, первичная медико-санитарная помощь, структура компетенции, уровни сформированности, медицинское образование.

BO'LAJAK OILAVIY SHIFOKORLARNING BOSHQARUV KOMPETENSIYALARINI O'RGANISH VA RIVOJLANTIRISHNING NAZARIY ASOSLARI

Annotatsiya. Maqolada bo'lajak oilaviy shifokorlarning boshqaruvchanlik kompetensiyalarini o'rganish va shakllantirishning nazariy asoslari yoritilgan. «Kompetensiya» va «kompetentlik» tushunchalarining rivojlanishi tahlil qilingan, birlamchi bo'g'in shifokori boshqaruvchanlik kompetensiyasining mohiyati va tuzilmasi (kognitiv, funksional, shaxsiy, qadriyatli-motivatsion va refleksiv komponentlar) asoslangan. Kompetensiyani shakllantirishning metodologik yondashuvlari, tamoyillari, darajalari va bosqichlari ko'rsatilgan. Natijalardan oilaviy shifokorlarni tayyorlash dasturlarini loyihalashda foydalanish mumkin.

Kalit so'zlar: boshqaruvchanlik kompetensiyasi, kompetensiyaviy yondashuv, oilaviy shifokor, birlamchi tibbiy-sanitariya yordami, kompetensiya tuzilmasi, shakllanganlik darajalari, tibbiyot ta'limi.

THEORETICAL FOUNDATIONS FOR STUDYING AND DEVELOPING THE MANAGERIAL COMPETENCIES OF FUTURE FAMILY PHYSICIANS

Abstract. The article examines the theoretical foundations of studying and developing managerial competencies in future family physicians. It traces the evolution of the concepts of competence and competency, clarifies the essence of managerial competence of a primary care physician, and substantiates

its structure (cognitive, functional, personal, value-motivational and reflective components). Methodological approaches, principles, levels and stages of competence development are analysed. The results can serve as a theoretical basis for designing family physician training programmes.

Keywords: *managerial competence, competency-based approach, family physician, primary health care, competence structure, levels of development, medical education.*

ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) рассматривается Всемирной организацией здравоохранения как основа любой эффективной системы здравоохранения, а её укрепление названо необходимым условием всеобщего охвата услугами здравоохранения [1]. Исследования показывают, что страны с развитой первичной помощью достигают лучших показателей здоровья населения при более разумных затратах [20]. Центральной фигурой этого звена является семейный врач, который наряду с диагностикой и лечением организует работу врачебной бригады, планирует профилактику на участке, распределяет ресурсы, отвечает за качество и безопасность помощи. Иными словами, семейный врач выполняет и управленческие функции.

В Республике Узбекистан реформы системы здравоохранения направлены на укрепление первичного звена, развитие института семейного врача, цифровизацию и внедрение новых механизмов финансирования [2; 3]. Закон «Об образовании» предусматривает обновление содержания образования на основе компетентностного подхода [4]. Однако в практике медицинского образования подготовка по-прежнему ориентирована преимущественно на клинические дисциплины, а управленческие знания и умения даются фрагментарно, как правило, на теоретическом уровне. В результате выпускник, обладая клиническими знаниями, оказывается недостаточно готов к управлению рабочим процессом, командой и ресурсами.

В зарубежной литературе управленческая и лидерская деятельность врача включена в состав профессиональных компетенций: модель CanMEDS выделяет

роль «лидера» [5], британская рамка медицинского лидерства описывает компетенции врача в области управления услугами и улучшения качества [6], комиссия журнала Lancet рассматривает системное мышление и командную работу как цели образования XXI века [7]. В отечественной науке накоплен значительный опыт теории компетентностного подхода [8; 9; 10], но сущность, структура и закономерности формирования именно управленческой компетенции семейного врача раскрыты недостаточно. Это определяет актуальность исследования.

Цель исследования – обосновать теоретические основы изучения и формирования управленческих компетенций будущих семейных врачей. Задачи: (1) проанализировать эволюцию понятий «компетенция» и «компетентность»; (2) уточнить сущность и структуру управленческой компетенции семейного врача; (3) охарактеризовать методологические подходы и принципы её формирования; (4) описать уровни и этапы формирования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование носит теоретико-методологический характер. Применялись следующие методы: системный анализ и синтез научной литературы по педагогике, психологии, теории управления и медицинскому образованию; терминологический и сравнительный анализ понятий; контент-анализ нормативных документов и международных рамок компетенций (CanMEDS, британская рамка медицинского лидерства); структурно-функциональное моделирование; обобщение.

Источниковую базу составили труды отечественных и зарубежных авторов (И.А. Зимняя, А.В. Хуторской, В.И. Байденко, Дж. Равен, Д. Макклелланд, Р. Бояцис, Г. Минцберг, Р. Катц, Д. Колб, М. Ноулз, Д. Шён, Д. Миллер и др.), нормативно-правовые акты Республики Узбекистан и документы международных организаций. При отборе источников учитывались их научная значимость и соответствие

предмету исследования – управленческой компетенции врача первичного звена. Объектом исследования является процесс профессиональной подготовки семейных врачей, предметом – теоретические основы изучения и формирования их управленческих компетенций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Понятие компетенции прошло несколько этапов развития. В 1960–1970-х годах Н. Хомский использовал термин применительно к языковой способности, а Д. Макклелланд предложил оценивать не интеллект, а компетенцию – характеристики, реально обуславливающие успешность деятельности [11]. В 1980–1990-х годах Р. Бояцис, Л. Спенсер и С. Спенсер разработали модели компетенций менеджеров как совокупности мотивов, черт, знаний и умений, отличающих эффективное выполнение работы [12; 13]. Дж. Равен трактовал компетентность как специфическую способность, связанную с ценностями и мотивацией, проявляющуюся в конкретной ситуации [14]. В российской науке различие терминов раскрыто в работах И.А. Зимней, А.В. Хуторского и В.И. Байденко: компетенция понимается как заданная извне норма образовательной подготовки, а компетентность – как личностное, интегративное качество, освоенное человеком и проявляющееся в деятельности [8; 9; 10]. Основные подходы систематизированы в таблице 1.

Таблица 1. Подходы к трактовке компетенции и компетентности

Автор	Период	Основная идея
Д. Макклелланд [11]	1973	Оценивать следует компетенцию, определяющую успешность деятельности, а не только интеллект
Р. Бояцис [12]	1982	Эффективность менеджера обусловлена единством мотивов, черт, умений и знаний

Автор	Период	Основная идея
Л. Спенсер, С. Спенсер [13]	1993	Компетенция – устойчивая характеристика человека, причинно связанная с эффективным выполнением работы
Дж. Равен [14]	1984	Компетентность связана с ценностями и проявляется в конкретной ситуации
И.А. Зимняя [8]	2003	Компетенция – потенциальная, скрытая, компетентность – актуальная личностная характеристика
А.В. Хуторской [9]	2003	Компетенция – совокупность взаимосвязанных качеств личности, заданных к определённому кругу предметов и процессов
В.И. Байденко [10]	2004	Компетентностный подход – ориентация образования на результат и готовность к деятельности

В настоящей статье «управленческая компетенция» употребляется как обозначение нормативно заданной готовности врача к управленческой деятельности, а «управленческая компетентность» – как её актуальное проявление и личностное качество. В узбекоязычной терминологии им соответствуют понятия «boshqaruvchanlik kompetensiyasi» и «boshqaruvchanlik kompetentligi».

Теория управления даёт ряд ориентиров для определения содержания управленческой деятельности врача. А. Файоль выделял планирование, организацию, распоряительство, координацию и контроль как основные функции

управления [15]. Р. Катц показал, что успешность руководителя определяется техническими, межличностными и концептуальными умениями, причём удельный вес последних растёт с расширением ответственности [16]. Г. Минцберг описал десять управленческих ролей, объединённых в три группы – межличностные, информационные и роли принятия решений [17]. Для семейного врача наиболее значимы роли лидера, связующего звена, распространителя информации, распределителя ресурсов и разрешающего проблемы.

На основе анализа теории управления, международных рамок компетенций [5; 6] и специфики первичной помощи управленческая компетенция семейного врача определена как интегративное качество личности, включающее знания, умения, ценности и опыт, позволяющие врачу в условиях ПМСП организовывать работу врачебной бригады, рационально использовать ресурсы, обеспечивать качество и безопасность помощи, принимать решения на основе данных о здоровье прикрепленного населения и ответственно относиться к результатам своей деятельности. Её структура включает пять взаимосвязанных компонентов (таблица 2).

Таблица 2. Структура управленческой компетенции семейного врача

Компонент	Содержание	Проявление
Когнитивный	Знания основ управления и организации здравоохранения, нормативной базы, экономики и менеджмента качества, эпидемиологии	Понимание организации ПМСП, принципов планирования и оценки

Компонент	Содержание	Проявление
Функциональный	Умения планировать, организовывать, координировать, контролировать, анализировать данные и принимать решения	План работы участка, распределение задач, мониторинг показателей
Личностный	Лидерские качества, коммуникабельность, стрессоустойчивость, способность к сотрудничеству	Работа в команде, разрешение конфликтов
Ценностно-мотивационный	Профессиональная ответственность, ориентация на пациента и результат, мотивация к управленческой деятельности	Инициативность, внутренняя мотивация, этические решения
Рефлексивный	Способность анализировать собственные решения, учиться на опыте, оценивать результаты	Анализ ошибок, самооценка, планирование саморазвития

Управленческая деятельность семейного врача имеет ряд отличительных особенностей. Во-первых, она неразрывно связана с клинической работой: большинство управленческих решений (организация приёма, маршрутизация пациентов, диспансерное наблюдение) принимаются одновременно с клиническими и влияют на их результат. Во-вторых, врач действует в условиях ограниченных ресурсов и высокой неопределённости, когда необходимо принимать решения при неполной информации. В-третьих, ответственность

распространяется не только на пациентов, обратившихся за помощью, но и на закреплённое население в целом, что требует популяционного мышления. В-четвёртых, эффективность помощи зависит от командной работы врача, медицинской сестры, патронажной службы и узких специалистов; принципы эффективной командной помощи – общая цель, ясные роли, взаимное доверие и открытая коммуникация – описаны в документе Института медицины США [21].

Названные особенности определяют специфику формирования компетенции: она не может быть сведена к освоению теоретических сведений по менеджменту, а должна развиваться через вовлечение будущего врача в реальные или приближенные к реальным ситуации принятия решений, командное взаимодействие и анализ результатов.

Формирование управленческой компетенции опирается на совокупность взаимодополняющих подходов (таблица 3). Компетентностный подход задаёт результат-ориентированность и многоуровневую оценку [10; 22]. Деятельностный подход рассматривает компетенцию как результат освоения способов действия в ходе деятельности. Теория опытного обучения Д. Колба описывает цикл «конкретный опыт – наблюдение – концептуализация – активное экспериментирование» [18]. Социально-конструктивистский подход Л.С. Выготского подчёркивает роль сотрудничества и зоны ближайшего развития [23], а концепция сообществ практики Э. Венгера – постепенное вхождение в профессиональное сообщество [24]. Андрагогический подход М. Ноулза учитывает самостоятельность взрослых обучающихся и значимость практической применимости знаний [19], рефлексивный подход Д. Шёна – ведущую роль анализа собственной практики в профессиональном развитии [25].

Таблица 3. Методологические подходы к формированию управленческой компетенции

Подход	Ключевая идея	Следствие для обучения
Компетентностный	Ориентация на результат и готовность к деятельности	Чёткие результаты обучения, критерии оценки
Деятельностный	Компетенция формируется в деятельности	Практико-ориентированные задания
Опытное обучение (Колб)	Обучение как цикл опыта и его осмысления	Кейсы, симуляции, разбор опыта
Социально-конструктивистский (Выготский, Венгер)	Развитие через сотрудничество и вхождение в сообщество	Наставничество, командные формы работы
Андрагогический (Ноулз)	Самостоятельность, практическая значимость	Проекты, индивидуальные траектории
Рефлексивный (Шён)	Анализ собственных действий	Портфолио, дневник, разбор и обратная связь

На основе анализа подходов выделены принципы, которые целесообразно учитывать при проектировании подготовки: (1) принцип интеграции управленческого и клинического содержания, при котором управленческие вопросы изучаются на материале клинических ситуаций; (2) принцип практической направленности и приближенности к профессиональной деятельности; (3) принцип поэтапности и нарастающей сложности; (4) принцип партнёрства образовательной организации и учреждений ПМСП; (5) принцип рефлексивности и обратной связи; (6) принцип многоаспектной оценки результата; (7) принцип индивидуализации образовательной траектории.

6. Уровни и этапы формирования управленческой компетенции

Для описания динамики формирования компетенции полезны две модели. Модель Дрейфузов выделяет этапы от новичка до эксперта, на которых человек переходит от следования правилам к интуитивному профессиональному суждению [26]. Пирамида Миллера описывает развитие от знания («знает») через понимание («знает как») и демонстрацию («показывает») к реальному действию («делает») [27]. Сопоставление этих моделей с содержанием управленческой деятельности позволило выделить три уровня сформированности компетенции – начальный, средний и высокий – и соответствующие им этапы (таблица 4).

Таблица 4. Уровни и этапы формирования управленческой компетенции

Уровень	Характеристика	Основные формы обучения и оценки
Начальный	Знание основных понятий и нормативных требований, выполнение задач по инструкции	Лекции, проблемные семинары, тестирование
Средний	Самостоятельное выполнение типовых управленческих задач, умение анализировать ситуацию	Кейс-метод, ролевые игры, симуляции, наблюдение
Высокий	Принятие решений в сложных и неопределённых ситуациях, руководство командой, рефлексия и саморазвитие	Проекты, практика в ПМСР под руководством наставника, 360-градусная оценка, портфолио

Развитие компетенции происходит последовательно, через диагностику исходного состояния и мотивацию, освоение содержания, практическую отработку и рефлексивную оценку результата. Эти этапы согласуются с циклом Колба [18] и обеспечивают переход от знаний к действию. Оценку целесообразно проводить по

нескольким критериям: когнитивному (системность знаний), деятельностному (проявление умений в практике) и личностно-мотивационному (ответственность, лидерство, стремление к развитию); при этом используются разные источники информации – самооценка, наблюдение наставника, мнение коллег, результаты кейсов и симуляций, портфолио [28].

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведённый анализ показывает, что управленческая компетенция семейного врача не является набором отдельных знаний по менеджменту: это интегративное образование, в котором когнитивные, функциональные, личностные, ценностно-мотивационные и рефлексивные компоненты взаимообусловлены. В отличие от общих моделей лидерства, предложенная структура привязана к реальным задачам первичного звена – ведению прикрепленного населения, командной работе, рациональному использованию ограниченных ресурсов и обеспечению качества. Это согласуется с международными рамками, в которых лидерство и управление рассматриваются как неотъемлемая часть профессиональной компетентности врача [5; 6; 7].

Практическое значение теоретического анализа состоит в том, что он задаёт ориентиры для проектирования образовательных программ. Из принципов интеграции и практической направленности следует необходимость перестройки содержания: вместо отдельного курса «основ менеджмента» целесообразно включение управленческих заданий в клинические дисциплины и практику. Принцип партнёрства требует формализации взаимодействия вузов и учреждений ПМСП, а принцип рефлексивности – внедрения портфолио и систематической обратной связи. Многокомпонентная структура компетенции позволяет диагностировать, какое из звеньев (знания, умения, мотивация или рефлексия) нуждается в усилении.

Ограничением исследования является теоретический характер: предложенная структура, принципы и уровни нуждаются в эмпирической проверке – в экспертной оценке, валидации диагностических инструментов и педагогическом эксперименте. Кроме того, при адаптации зарубежных моделей необходимо учитывать национальную нормативную базу, организацию ПМСП и особенности образовательных программ Узбекистана. Перспективным направлением является разработка технологии и педагогических механизмов формирования управленческой компетенции на основе изложенных теоретических положений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Теоретический анализ позволил сделать следующие выводы. Во-первых, понятия «компетенция» и «компетентность» эволюционировали от характеристик успешности деятельности к интегративному личностному качеству; в данной работе компетенция понимается как нормативно заданная, а компетентность – как актуально проявляемая готовность. Во-вторых, управленческая компетенция семейного врача определена как интегративное качество, включающее когнитивный, функциональный, личностный, ценностно-мотивационный и рефлексивный компоненты. В-третьих, её формирование опирается на компетентностный, деятельностный, опытно-ориентированный, социально-конструктивистский, андрагогический и рефлексивный подходы и на принципы интеграции, практической направленности, поэтапности, партнёрства, рефлексивности, многоаспектной оценки и индивидуализации. В-четвёртых, выделены три уровня сформированности компетенции и соответствующие им формы обучения и оценки. Полученные результаты могут служить теоретической основой проектирования программ подготовки и повышения квалификации семейных врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. Geneva: WHO, UNICEF; 2018.

2. Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 г. № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан».
3. Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 г. № УП-60 «О Стратегии развития нового Узбекистана на 2022–2026 годы».
4. Закон Республики Узбекистан от 23 сентября 2020 г. № ЗРУ-637 «Об образовании».
5. Frank J.R., Snell L., Sherbino J. (eds.). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
6. Academy of Medical Royal Colleges, NHS Institute for Innovation and Improvement. Medical Leadership Competency Framework. 3rd ed. Coventry: NHS Institute; 2010.
7. Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A., et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376(9756):1923–1958.
8. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // Высшее образование сегодня. 2003. № 5. С. 34–42.
9. Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования // Народное образование. 2003. № 2. С. 58–64.
10. Байденко В.И. Компетенции в профессиональном образовании (к освоению компетентностного подхода) // Высшее образование в России. 2004. № 11. С. 3–13.
11. McClelland D.C. Testing for competence rather than for intelligence. American Psychologist. 1973;28(1):1–14.
12. Boyatzis R.E. The Competent Manager: A Model for Effective Performance. New York: Wiley; 1982.
13. Spencer L.M., Spencer S.M. Competence at Work: Models for Superior Performance. New York: Wiley; 1993.
14. Raven J. Competence in Modern Society: Its Identification, Development and Release. London: H.K. Lewis; 1984.
15. Файоль А. Общее и промышленное управление. М.: Контроллинг; 1992.
16. Katz R.L. Skills of an effective administrator. Harvard Business Review. 1955;33(1):33–42.
17. Mintzberg H. The Nature of Managerial Work. New York: Harper & Row; 1973.
18. Kolb D.A. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
19. Knowles M.S. Andragogy in Action. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.
20. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly. 2005;83(3):457–502.
21. Mitchell P., Wynia M., Golden R., et al. Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care. Washington, DC: Institute of Medicine; 2012.
22. Frank J.R., Snell L.S., Cate O.T., et al. Competency-based medical education: theory to practice. Medical Teacher. 2010;32(8):638–645.

23. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо; 2005.
24. Wenger E. Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
25. Schön D.A. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books; 1983.
26. Dreyfus S.E., Dreyfus H.L. A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Berkeley: University of California; 1980.
27. Miller G.E. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine. 1990;65(9 Suppl):S63–S67.
28. Epstein R.M., Hundert E.M. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226–235.