

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

А. И. Артюхина, В. И. Чумаков

ПЕДАГОГИКА

*Учебно-методическое пособие
для клинических ординаторов*



Издательство
ВолГМУ
Волгоград
2017

УДК 37(07)

ББК 74.58

А 867

Рецензенты:

профессор кафедры педагогики Волгоградского государственного
социально-педагогического университета
д-р пед. наук *Л. И. Столярчук*;

заведующий кафедрой общей и клинической психологии Волгоградского
государственного медицинского университета
д-р соц. наук *М. Е. Волчанский*

Рекомендовано ЦМС ВолгГМУ
(протокол № 4 от 25.05.2016 г.)

А 867

Артюхина, А. И.

Педагогика: учеб.-метод. пособие для клинических ординаторов / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. – 168 с.

Учебно-методическое пособие содержит информацию по базовым вопросам педагогики, задания для самоконтроля и самостоятельной работы клинических ординаторов. В пособии представлены вопросы для обсуждения на семинарах, тестовые задания для рубежного контроля, глоссарий и список рекомендуемой литературы.

Пособие предназначено для обучающихся в клинической ординатуре.

УДК 37(07)

ББК 74.58

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2017
© Издательство ВолгГМУ, 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
1. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДИДАКТИКИ.....	7
1.1. Введение. Базовые понятия.....	7
1.2. Теория обучения.....	23
1.3. Компетентностно-ориентированные образовательные технологии в высшей медицинской школе.....	35
1.4. Педагогическое проектирование.....	45
1.5. Подготовка и проведение занятия. Заключительное занятие.....	51
1.6. Тестовые задания самоконтроля.....	61
2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА.....	73
2.1. Коммуникации.....	73
2.2. Конфликты.....	86
2.3. Общение врача.....	100
2.4. Формирование коммуникативной компетентности современного врача.....	115
2.5. Образовательный потенциал врача: непрерывное медицинское образование. Заключительное занятие.....	126
2.6. Тестовые задания самоконтроля.....	142
Глоссарий.....	153
Рекомендуемая литература.....	159
Ответы на задания самоконтроля.....	161

ВВЕДЕНИЕ

С тех пор как мир возник во мгле,
Еще никто на всей земле
Не предавался сожаленью
О том, что отдал жизнь ученью.

Рудаки

Уважаемые коллеги! Вам предстоит овладеть новыми интересными знаниями, умениями и компетенциями по педагогике, которые будут востребованы на всех жизненных этапах профессионально-личностного становления как высококвалифицированного специалиста – врача. Пособие предназначено для обучающихся по направлению подготовки кадров высшей квалификации ОРДИНАТУРА (уровень высшего образования).

Целью освоения дисциплины «Педагогика» является формирование компетенций ординатора по соответствующему направлению подготовки, обеспечивающих их готовность к деятельности врача-специалиста.

Задачами освоения дисциплины являются:

приобретение представлений об основах медицинской дидактики;

формирование:

– умения и навыков профессиональной коммуникации и толерантности;

– умения и навыков проектировать и организовывать образовательный процесс в медицинском вузе, обеспечивать качество подготовки специалистов для системы здравоохранения в соответствии с ФГОС ВПО;

– умений организовывать профессиональную деятельность;

– коммуникативных навыков современного врача.

В результате освоения дисциплины «Педагогика» обучающийся должен сформировать необходимые компетенции согласно направлению подготовки в клинической ординатуре:

универсальные:

– готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

– готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по программам дополнительного профессионального образования для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3);

профессиональные:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

Несколько слов о подготовке к семинару по дисциплине «Педагогика». Задачи самоподготовки к занятиям общеизвестны и подразделяются на:

– образовательные – расширение, систематизация и закрепление знаний, углубление содержания учебного предмета; тренировка в применении полученных знаний на практике;

– развивающие – развитие личностно-профессиональных качеств, упражнение в умении работать с дополнительной литературой, пользоваться справочниками, словарями, искать информацию в Интернете; создание условий для развития мышления и творческих способностей;

– воспитательные – выработка самостоятельности, самоорганизованности, трудолюбия, навыков культуры умственного труда, самоконтроля.

По сути, речь идёт об осознанном формировании у себя универсальных и профессиональных компетенций. Изучение теоретического материала начинают с ознакомления с темой и целью

будущего занятия, с вопросами, подлежащими рассмотрению на занятии. Изучаются соответствующая лекция, раздел учебника с вычленением основных и второстепенных положений. По каждому конкретному вопросу составляется план ответа. Возможно составление опорного конспекта. В процессе самоподготовки рекомендуется обратить особое внимание на формулировку дефиниций. Помните, что ответ по любому предлагаемому вопросу вы всегда должны начинать с определения. Поэтому правильная формулировка терминов должна включаться в ваш план ответа или в опорный конспект.

Для самопроверки полученных знаний и умений по педагогике в пособии предлагаются вопросы и тестовые задания.

Выражаем уверенность, что на тернистом пути поиска истины, получения новых знаний, навыков, саморазвития личности будущих преподавателей-исследователей ожидает успех, а предлагаемое пособие поможет в этом.

1. ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДИДАКТИКИ

1.1. Введение. Базовые понятия

Цель занятия: формирование готовности обучаемых ординаторов реализовывать знания об основах педагогики и андрагогики в психолого-педагогическом виде профессиональной деятельности.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Объект, предмет, функции педагогики. Место педагогики в системе гуманитарных наук.
2. Структура педагогической науки. Категориальный аппарат педагогики. Понятие педагогического процесса.
3. Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача. Объекты и субъекты медицинской педагогики.
4. Современная концепция непрерывного образования и развитие неформального образования взрослых. Андрагогика как наука и практика.
5. Андрагогическая и педагогическая модели обучения.

Ключевые слова: *педагогика, функции, структура, процесс, андрагогика.*

Базовая информация

Педагогику (от двух греческих слов: «пейдос» – дитя и «гогос» – вести, дословно – «детовождение») исходно рассматривали как науку и искусство обучения детей. Сейчас это самостоятельная наука, которая изучает закономерности целостного процесса обучения, воспитания и развития личности (рис. 1).

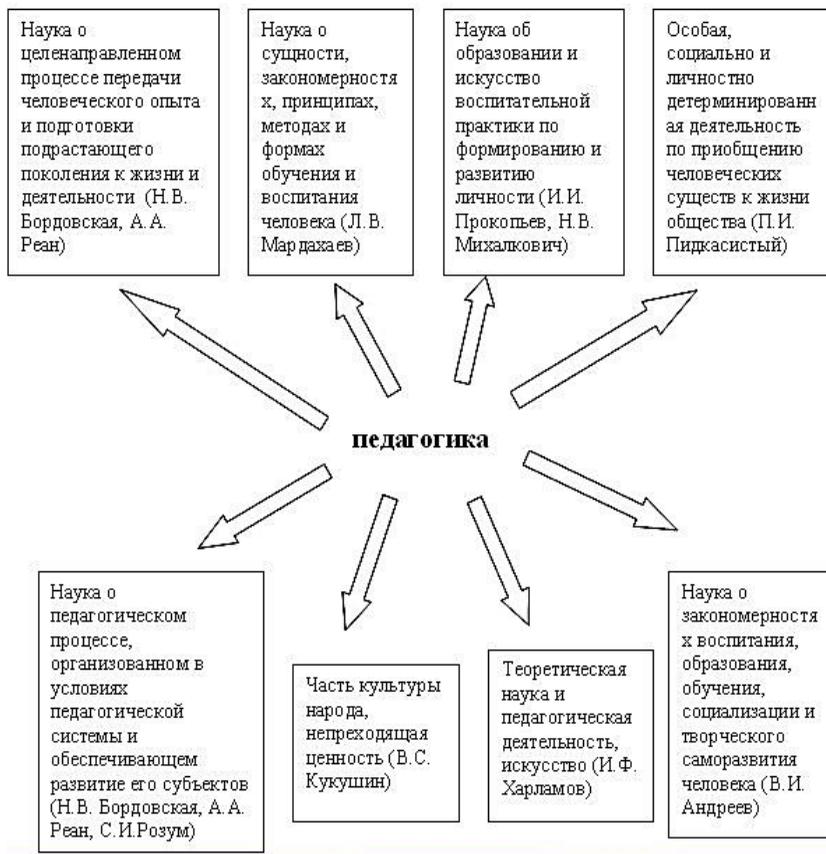


Рис. 1. Определение понятия «педагогика»

Объект педагогики. В качестве своего объекта педагогика имеет систему педагогических явлений, связанных с развитием индивида. Поэтому *объектом педагогики выступают те явления действительности, которые обуславливают развитие человеческого индивида в процессе целенаправленной деятельности общества.*

Предметом педагогики является образование как организуемый целостный педагогический процесс. Поэтому педагогика является наукой, которая изучает сущность, закономерности, тенденции и перспективы развития образования.

Функции педагогики реализуют в органичном единстве на теоретическом и технологическом уровнях (рис. 2, 3).



Рис. 2. Функции педагогики



Рис. 3. Уровни реализации функций педагогики

Теоретическая функция педагогики реализуется на трех уровнях:

объяснительном – наука описывает педагогические факты, явления, процессы, объясняет, по каким законам, при каких условиях, почему протекают процессы воспитания, образования и развития, изучает передовой и новаторский педагогический опыт;

диагностическом – выявление состояния педагогических явлений, успешности или эффективности деятельности педагога и учащихся, установлении условий и причин, их обеспечивающих;

прогностическом – проведение экспериментальных исследований педагогической действительности и построением на их основе моделей ее преобразования, а также с раскрытием сущности педагогических явлений, нахождением глубинных явлений в педагогическом процессе, научным обоснованием предполагаемых изменений.

Технологическая функция педагогики предлагает также три уровня реализации:

проективный – разработка методических материалов (учебных планов, программ, учебников и учебных пособий, педагогических рекомендаций), воплощающих в себе теоретические концепции, ее содержание и характер;

преобразовательный – внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции, на совершенствование педагогической практики путем создания эффективных педагогических систем и технологий;

рефлексивный – предполагающий оценку влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания и последующую коррекцию во взаимодействии научной теории и практической деятельности.

Педагогика испытывает влияние других наук, заимствуя из них знания о человеке и обществе, способы научного познания, приспособляя к своим нуждам научные подходы и теории, разработанные другими науками (рис. 4).

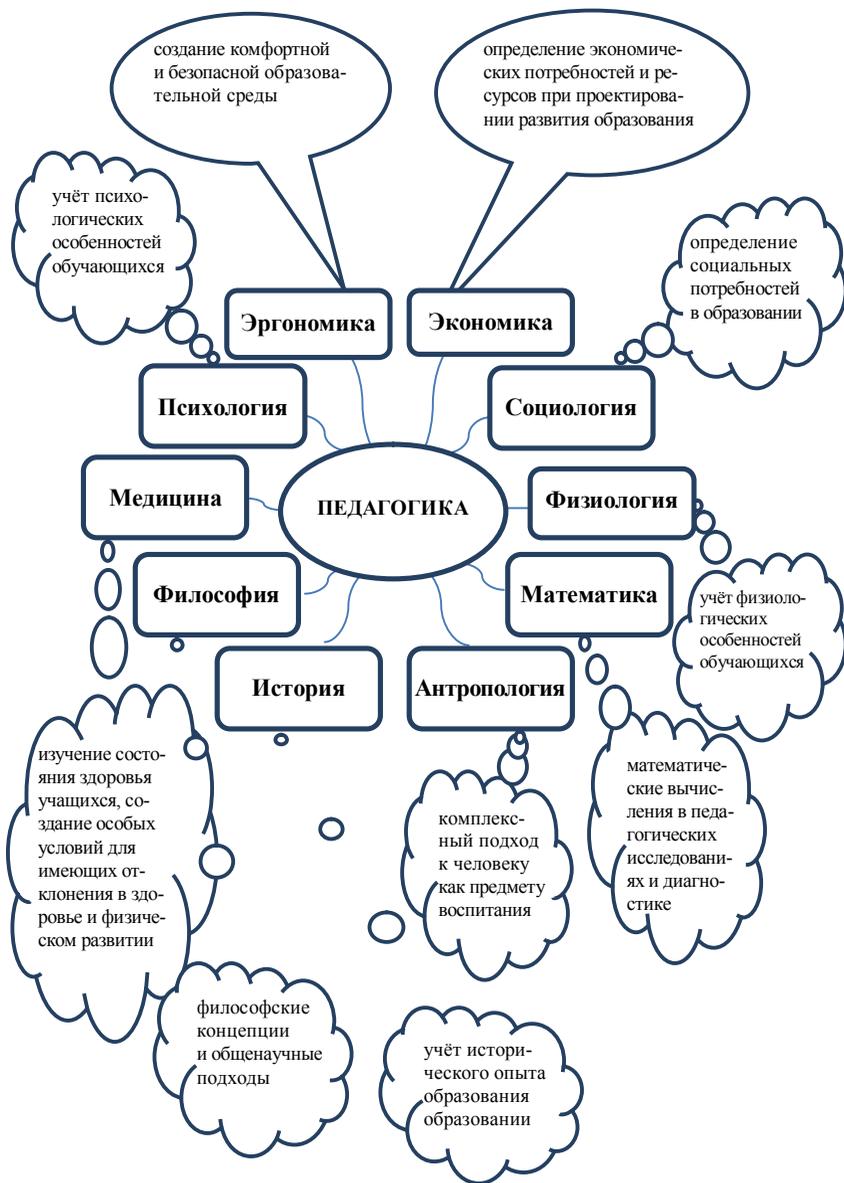


Рис. 4. Примеры использования в педагогике достижений различных наук

Структура педагогики включает, помимо истории педагогической науки, теории: общую теорию обучения (дидактику), педагогическую теорию воспитания, теорию педагогического управления (рис. 5).



Рис. 5. Структура педагогического процесса

Процесс дифференциации в педагогической науке продолжается.

Выделяют:

- *общую педагогику* – исследует основные закономерности образования;
- *историю педагогики* – изучает развитие педагогических идей и практики образования на разных этапах культурно-исторического, общественного развития;

- *возрастную педагогику* (дошкольная, школьная, педагогика взрослых) – изучает возрастные аспекты обучения и воспитания;
- *коррекционную педагогику*: сурдопедагогика (обучение и воспитание глухих и слабослышащих), тифлопедагогика (обучение, воспитание слепых и слабовидящих), логопедия (обучение, воспитание детей с нарушениями речи), олигофренопедагогика (обучение и воспитание умственно отсталых и детей с задержкой умственного развития);
- *частные методики* (предметные дидактики) – исследуют специфику применения общих закономерностей обучения в области преподавания отдельных учебных предметов;
- *отраслевую педагогику* (военная, спортивная, высшей школы, производственная и т. п.).

В последние годы современная структура педагогики обзавелась такими отраслями, как этнопедагогика, социальная педагогика, ТРИЗ-педагогика и др.

Педагогическими категориями называют основные педагогические понятия, к которым относится воспитание, самовоспитание, социализация, образование, обучение.

Воспитание – планомерное и целенаправленное воздействие на сознание и поведение человека с целью формирования определенных установок, принципов, ценностных ориентаций;

– социальное, целенаправленное создание условий (материальных, духовных, организационных) для развития человека.

Воспитание не ограничивается лишь внешними воздействиями на человеческую личность, важнейшим качеством человека является его способность к самовоспитанию. В отличие от воспитания, являющегося целенаправленным воздействием на человека, социализация происходит в результате стихийного взаимодействия человека с окружающим миром. Процессом социализации движет желание человека жить в обществе, быть принятым им и занимать в нем определенное место.

Образование – это процесс восприятия, усвоения и умения использования комплекса систематизированных знаний. Различают дошкольное образование, общеобразовательную школу, среднее специальное образование, высшее образование (согласно последнему закону «Об образовании в РФ» № 273-ФЗ, выделяют додипломный

уровень и уровни подготовки кадров высшей квалификации – ординатуру и аспирантуру), дополнительное образование (повышение квалификации и переподготовка кадров).

Обучение – парная категория, включающая в себя категории «преподавание» и «учение», – это налаженный, отрегулированный, целенаправленный процесс взаимодействия учащихся и преподавателей, характеризуемый активным взаимодействием обеих сторон.

Преподавание – организованная и целенаправленная деятельность педагога, направленная на достижение обозначенных целей и, как следствие, формирование знаний, умений и навыков, а также способности их практического применения (табл. 1).

Учение – реализация учащимся процессов самообучения и самообразования на основе информации, полученной в процессе обучения.

Знания – теоретическая часть изученного материала.

Умения – практическое применение усвоенного материала.

Навыки – прочно устоявшиеся умения, многократно отработанные на практике.

Таблица 1

Сравнение преподавания и воспитательной работы

Преподавание	Воспитательная работа
1. Осуществляется в рамках разных организационных форм. Имеет жесткие временные ограничения, строгоопределенную цель и варианты способов ее достижения	Осуществляется в рамках разных организационных форм. Имеет цели, не достижимые в ограниченные промежутки времени. Предусматривается лишь последовательное решение конкретных задач воспитания, ориентированных на общие цели
2. Важнейшим критерием эффективности преподавания является достижение учебных целей и задач	Важнейшим критерием эффективности воспитания являются позитивные изменения в сознании воспитанников, проявляющихся в эмоциях, чувствах, поведении и деятельности

Преподавание	Воспитательная работа
3. Содержание и логика обучения могут быть четко представлены в программах обучения	В воспитательной работе приемлемо планирование лишь в самых общих чертах. Логика воспитательной работы педагога в каждой конкретной группе вообще невозможно зафиксировать в нормативных документах
4. Результаты учения почти однозначно определяются преподаванием	Результаты воспитательной деятельности имеют вероятностный характер, т. к. педагогические воздействия преподавателя пересекаются с формирующими влияниями среды, не всегда положительными
5. Преподавание как деятельность педагога имеет дискретный характер. Преподавание не предполагает обычно взаимодействия с учащимися в подготовительный период	Воспитательная работа при отсутствии непосредственного взаимодействия с воспитанниками может оказывать определенное влияние на них. Подготовительная часть в воспитательной работе нередко более значима и продолжительна, чем основная часть
6. Критерий эффективности деятельности учащихся в процессе преподавания – уровень усвоения знаний и умений, овладения способами решения учебно-познавательных и практических задач, интенсивность продвижения в развитии. Результаты учения легко выявляются и могут быть зафиксированы в качественно-количественных показателях	В воспитательной работе сложно выделить и соотнести результаты деятельности воспитателя с выбранными критериями воспитанности. Кроме того, эти результаты трудно предвидеть, и они намного отсрочены во времени. В воспитательной работе невозможно своевременно установить обратную связь

Педагогический процесс – это способ организации воспитательных отношений, создающийся педагогом, заключающийся в целенаправленном отборе и использовании внешних факторов

развития участников. Педагогический процесс всегда будет иметь одну и ту же структуру.

Цель → Принципы → Содержание → Методы → Средства →
→ Формы (см. рис. 5).

Цель – тот конечный результат педагогического взаимодействия, к которому стремятся педагог и учащийся.

Принципы – определяют основные направления достижения цели.

Содержание – это опыт поколений, который передается учащимся для достижения поставленной цели согласно выбранным направлениям.

Содержание образования – внутренняя система всего того, чем необходимо овладеть и научиться пользоваться учащимся;

– специально отобранная и признанная обществом (государством) система элементов объективного опыта человечества, усвоение которой необходимо для успешной деятельности в определенной сфере, тот конечный результат, к которому стремится учебное заведение, который выражается в категориях знаний, умений, навыков, личностных качеств – компетенциях.

Методы – это действия педагога и учащегося, посредством которых передается и принимается содержание; способ решения задач и достижения цели обучения.

Средство – то, что помогает осуществлять учебный процесс и то, без чего его осуществление было бы невозможно: личные и профессиональные качества педагога, учебные пособия, наглядный материал, оборудование учебного заведения и т. д.; как материализованные предметные способы «работы» с содержанием используются в единстве с методами.

Формы – организации педагогического процесса придают ему логическую завершенность, законченность;

– способ организации учебной деятельности с учетом специфики направления обучения, его локальных целей и задач.

Организация – построение дидактического процесса в виде упорядоченной, согласованной системы, направленной на эффективное решение поставленных задач.

Результаты – степень реализации намеченной цели, уровень, достигнутый учениками в направлении производимого обучения.

Педагогика необходима врачу для:

- выполнения профессиональных обязанностей: обучение пациентов для создания комплайенса (англ., *compliance* – согласие, податливость, уступчивость) и обеспечения качественного лечения; обучение их родственников для обеспечения корректных условий ухода и психологической атмосферы лечения; обучение младшего и среднего медперсонала;
- профессионального развития, непрерывного образования: личностно-профессиональное саморазвитие, обучение коллег;
- дома, семьи – воспитание детей.

Медицинская педагогика – термин, введенный с середины 90-х годов, обозначающий педагогическую составляющую в медицинском образовании (искусство врачевания и общения с пациентом).

Медицинская педагогика – междисциплинарная область теории и практики, возникшая на основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. В медицинском образовании педагогика объясняет и описывает организацию педагогического процесса, выявляет его успешность или неуспешность, а также трудности, возникшие на этапе клинических знаний, которые должны изучаться на доклиническом этапе. Роль педагогики в практике современного врача очень важна, поскольку пронизывает все сферы деятельности специалиста: от момента самообучения, практики, до правил общения с пациентами и родственниками.

Объектом в медицинской педагогике является человек – одушевленное существо. Именно на человека: ученика, коллегу, пациента, подопечного направлено действие педагогики. При этом задача педагога заключается в том, чтобы учащийся осознавал себя не просто объектом, но и субъектом обучения (его не только учат, но он сам учится).

Субъект – это тот человек, который совершает относительно других людей педагогическую деятельность. В медицинской педагогике эта роль отводится врачу-специалисту.

Задачами медицинской педагогики являются:

- пропаганда здорового образа жизни;
- специальное обучение пациентов (обучающие программы);
- обучение пациентов эффективному общению;
- педагогическая работа с родственниками;
- обучающие мероприятия в отношении среднего и младшего медицинского персонала.

Обучение часто бывает направлено на модификацию поведения пациента, поскольку многие болезни цивилизации связывают с поведением человека. Обязательно учитывают детерминанты поведения, связанного со здоровьем.

К таким относят детерминанты:

- *персональные*: когнитивные, личностные характеристики, стиль жизни;
- *семейные*;
- *социальные*: групповые характеристики поведения, связанного со здоровьем, поддержка социума, «сети» социальной поддержки; социальные роли и др.

Обучение происходит в трех областях:

- ***познавательная*** – обучающийся, например, пациент, получает новую информацию, факты; анализирует, отделяет важную, значимую для него, часть от второстепенной;
- ***эмоциональная*** – человек активно слушает и реагирует переживаниями, чувствами, мыслями на новую информацию (удивляется, тревожится, задумывается) и меняет свое поведение;
- ***психомоторная*** – обучается новым видам движений, уверенно выполняет необходимые действия, приобретает устойчивые навыки.

Непрерывное образование – это система взглядов на образовательную практику, которая провозглашает учебную деятельность человека как неотъемлемую и естественную составляющую часть его образа жизни в любом возрасте. Это целостный процесс, обеспечивающий поступательное развитие творческого потенциала личности и всестороннее обогащение ее духовного мира. Он состоит из последовательно возвышающихся ступеней специально организованной учебы, дающих человеку благоприятные для него изменения социального статуса.

Андрагогика – это наука, раскрывающая теоретические и практические аспекты обучения взрослого человека на протяжении всей жизни. Существует несколько определений андрагогики (рис. 6). Аревик Саргсян определяла андрагогику как искусство и науку помощи взрослым в обучении.



Рис. 6. Определение понятия «андрагогика»

Потребность в такой науке возникла с повышением в обществе как потребности, так и возможности многократного (постоянного) повышения квалификации, переобучения или даже смены профессии для трудящихся граждан, а также возможностей и потребностей обучения и переобучения взрослых в связи с возросшими культурными запросами.

Основные положения андрагогики:

- ведущая роль в процессе обучения принадлежит взрослому человеку – обучающемуся;
- ставятся конкретные цели обучения, стремление к самостоятельности, самореализации, самоуправлению;
- взрослый человек обладает профессиональным и жизненным опытом, знаниями, умениями, навыками, которые должны быть использованы в процессе обучения;

- полученные при обучении знания и умения незамедлительно применяются или ведут поиск их скорейшего применения;
- процесс обучения в значительной степени определяется временными, пространственными, бытовыми, профессиональными, социальными факторами, которые либо ограничивают, либо способствуют ему;
- процесс обучения – совместная деятельность обучающегося и обучающего на всех его этапах.

Как отрицательное явление следует отметить, что процессы восприятия, запоминания, мышления у взрослого человека протекают не столь продуктивно, как у ребенка или подростка. В связи с этим первостепенную важность приобретают методология, методы, способы обучения, например использование мнемонических приемов запоминания.

Педагогическая и андрагогическая модели обучения во многом различны ввиду того, что направлены на разные группы населения. Разные как по возрасту, так и по способностям и возможностям (рис. 7).



Рис. 7. Сопоставление педагогического и андрагогического подходов



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Назовите основные категории педагогики и андрагогики и выявите их взаимосвязи.
2. Дайте определение педагогического процесса и педагогической системы, укажите состав компонентов педагогического процесса.
3. В чём заключаются особенности андрагогической модели деятельности? Сопоставьте педагогическую и андрагогическую модели деятельности.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Составить тест из 10 тестовых заданий на тему: «Категориальный аппарат педагогики».
- Написать реферат (подготовить презентацию) на тему: «Понятие педагогического процесса».



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Придумать синквейн, характеризующий любое ключевое понятие темы.

Дидактический синквейн основывается не на слоговой зависимости, а на содержательной и синтаксической заданности каждой строки:

Первая строка – тема синквейна, включает в себе одно слово (обычно существительное или местоимение), которое обозначает объект или предмет, о котором пойдёт речь.

Вторая строка – два слова (чаще всего прилагательные или причастия), дающие описание признаков и свойств выбранного в синквейне предмета или объекта.

Третья строка – образована тремя глаголами или деепричастиями, описывающими характерные действия объекта.

Четвёртая строка – фраза из четырёх слов, выражающая личное отношение автора синквейна к описываемому предмету или объекту.

Пятая строка – одно слово-резюме (метафора), характеризующее суть предмета или объекта.

Пример синквейна:

Навык

Интеллектуальный, автоматизированный
Вырабатывается, закрепляется, совершенствуется
Деятельность, сформированная путём повторения

Опыт

1.2. Теория обучения

Знание некоторых принципов легко возмещает незнание некоторых фактов.

Гельвеций

Цель занятия: формирование представлений обучаемых ординаторов о сущности теории обучения, механизмах формирования содержания образования и умений использовать закономерности и принципы обучения в процессе педагогической деятельности.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Дидактика как направление педагогики. Закономерности и принципы обучения.
2. Характеристики процесса обучения. Диалоговый характер обучения. Гуманистический подход к организации педагогического процесса.
3. Основные дидактические концепции. Содержание образования.
4. Методы и средства обучения в высшей школе.
5. Формы организации обучения.

Ключевые слова: *дидактика, закономерность обучения, метод, педоцентрический подход.*

Базовая информация

Дидактика (от греч. *didaktikos* – поучающий, обучающий) – теория обучения. Впервые термин «дидактика» ввёл в научное использование немецкий педагог *В. Ратке* (1571–1635), который назвал свой курс «Краткий отчёт из дидактики».

Дидактика – часть педагогики, разрабатывающая проблемы обучения и образования. Раскрывает закономерности усвоения знаний, умений и навыков и формирования убеждений, определяет объём и структуру содержания образования. Дидактика охватывает все связанное с процессом обучения, на всех уровнях и по всем направлениям. К основным категориям дидактики относят: преподавание, обучение, образование, учение, знания, умения, навыки, цель, содержание, формы, методы, средства и результаты обучения.

Принцип (от лат. *principium* – основа, первоначало) – это исходное положение, идея, основное требование, вытекающее из закономерностей. Принципы целостного педагогического процесса – это система исходных требований и правил, выполнение которых обеспечивает достижение основных целей обучения (рис. 8).



Рис. 8. Принципы обучения

Процесс обучения имеет некоторые общие закономерности.

Закономерности обучения – существенные и необходимые связи между его условиями и результатом, обусловленные ими принципы определяют стратегию решения целей обучения (эта стратегия определяется термином **подход**).

Подход в педагогике – совокупность принципов, определяющих стратегию обучения или воспитания.

Современные педагоги выделяют два вида закономерностей обучения: внешние и внутренние.

К *внешним закономерностям* относятся:

- социальная обусловленность целей, содержания и методов обучения;
- воспитывающий и развивающий характер последнего;
- обучение всегда осуществляется в общении и основывается на вербально-деятельностном подходе;
- зависимость результатов обучения от особенностей взаимодействия обучающегося с окружающим миром.

К *внутренним закономерностям* процесса обучения относятся:

- зависимость его развития от способа разрешения основного противоречия между познавательными или практическими задачами и наличным уровнем необходимых для их решения знаний, умений и навыков учащихся, умственного развития;
- отношение между взаимодействием педагога и ученика и результатами обучения;
- подчиненность результативности обучения способам управления процессом последнего и активности самого ученика;
- задачная и структура, то есть при успешном решении одной учебной задачи и постановке следующей ученик продвигается от незнания к знанию, от знания к умению, от умения – к навыку.

Дидактические закономерности являются дискуссионной сферой теории обучения. Известно около двух десятков точек зрения на данную проблему.

Закономерности обучения по В. М. Симонову

Дидактические (содержательно-процессуальные) закономерности:

1. Результаты обучения прямо пропорциональны продолжительности обучения.
2. Продуктивность усвоения заданного объема знаний обратно пропорциональна количеству изучаемого материала (объему требуемых действий).
3. Продуктивность усвоения заданного объема знаний обратно пропорциональна трудности изучаемого.

4. Результаты обучения находятся в прямой пропорциональной зависимости от осознания целей обучения учениками.

5. Результаты обучения зависят от способа включения учащихся в учебную деятельность (Занков).

6. Результаты обучения зависят от применяемых средств и методов.

7. Продуктивность усвоения заданного объема знаний зависит от характера созданной учителем учебной ситуации.

8. Результаты обучения зависят от мастерства преподавателя.

9. Продуктивность усвоения заданного объема знаний зависит от четкости разделения материала на части.

Гносеологические закономерности

1. Результаты обучения прямо пропорциональны умению учащихся учиться.

2. Продуктивность усвоения знаний и умений прямо пропорциональна объему применения их на практике.

3. Умственное развитие учащихся прямо пропорционально усвоению объема ЗУН (Лернер).

4. Результаты обучения зависят от качества регулярности выполнения учениками домашнего задания.

5. Продуктивность усвоения знаний и умений прямо пропорциональна потребности учиться и познавательной потребности.

6. Продуктивность обучения зависит от степени его проблемности.

Психологические закономерности

1. Продуктивность обучения прямо пропорциональна интересу учащихся к учебной деятельности.

2. Продуктивность обучения прямо пропорциональна учебным возможностям учащихся.

3. Продуктивность обучения прямо пропорциональна количеству тренировочных упражнений.

4. Продуктивность обучения прямо пропорциональна уровню познавательной активности учащихся.

5. Обученность прямо пропорциональна обучаемости.

6. Продуктивность обучения прямо пропорциональна работоспособности обучающихся.

7. В подростковом возрасте успеваемость ухудшается (примерно на 25 %).

8. Из двух ассоциаций одинаковой силы в дальнейшем будет актуализироваться более старая (закон Йоста).

9. Продуктивность деятельности зависит от уровня сформированности ЗУН.

10. Количество повторений влияет на продуктивность обучения.

11. Процент сохранения заученного учебного материала обратно пропорционален его объему (закон Эббингауза).

Кибернетические закономерности обучения

1. Эффективность обучения прямо пропорциональна частоте и объему обратной связи.

2. Качество знаний зависит от качества контроля.

3. Качество обучения прямо пропорционально качеству управления учебным процессом.

4. Эффективность управления находится в прямой пропорциональности от возможностей учащихся, воспринимающих и перерабатывающих управляющие воздействия.

Социологические закономерности

1. Развитие индивида обусловлено развитием других индивидов, с которыми он находится в прямом общении.

2. Продуктивность обучения зависит от объема и интенсивности «познавательного контакта».

3. Эффективность обучения повышается в условиях познавательной напряженности, вызванной соревнованием.

4. Эффективность обучения зависит от качества общения учителя и учащихся.

5. Дидактогения (грубое отношение) учителя к ученикам всегда ведет к снижению эффективности обучения.

(Ю. К. Бабанский, В. И. Загвязинский, И. Я. Лернер, М. И. Махмутов, М. Н. Скаткин и др.).

Закон социальной обусловленности целей, содержания и методов обучения – раскрывает объективный процесс определяющего влияния общественных отношений, социального строя на формирование всех элементов воспитания и обучения. Речь идет о том, чтобы, используя данный закон, полно и оптимально перевести социальный заказ на уровень педагогических средств и методов.

Закон взаимообусловленности обучения, воспитания и деятельности учащихся – раскрывает соотношение между педагогическим руководством и развитием собственной активности обучающихся, между способами организации обучения и его результатами.

Закон целостности и единства педагогического процесса – раскрывает соотношение части и целого в педагогическом процессе, обуславливает необходимость гармонического единства рационального, эмоционального, общающего и поискового, содержательного, операционного и мотивационного компонентов в обучении.

Закон единства и взаимосвязи теории и практики в обучении.

Закон единства и взаимообусловленности индивидуальной и групповой организации учебной деятельности.

Обучение – конкретный вид педагогического процесса, в ходе которого под руководством специально подготовленного лица (педагога, преподавателя) реализуются общественно обусловленные задачи образования личности в тесной взаимосвязи с ее воспитанием и развитием (рис. 9).



Рис. 9. Соотношение обучения и развития

Характеристики обучения:

1) обучение есть специфическая человеческая форма передачи общественного опыта, в которой посредством орудий и предметов труда, языка и речи, специально организованной учебной деятельности передается и усваивается опыт предшествующих поколений;

2) обучение невозможно без наличия взаимодействия ученика и учителя;

3) обучение – это не механическая прибавка к уже имевшимся психологическим процессам, а качественное изменение всего внутреннего мира, всей психики и личности ученика.

Обучение в наиболее употребительном смысле этого термина означает целенаправленную, последовательную трансляцию общественно-исторического, социокультурного опыта другому человеку (людям) в специально организованных условиях семьи, школы, вуза, сообщества. Отметим, что с позиции обучающегося, часто фиксируется его способность к присвоению этого опыта в термине «**обучаемость**» и результат этого процесса в термине «**обученность**».

Диалогическое общение – важнейшее составляющее современного обучения. Диалог задает контекст совместной учебной деятельности. Применительно к школе, ключевым для понимания роли диалогического общения является тезис: развивается не ребенок, но единство ребенка со взрослым.

Диалогический способ познания определяет представления о современном характере знания как динамичного, эволюционирующего, социального продукта, результата совместной деятельности людей, дает представление о сообществе учащихся и преподавателей, исследовательском сообществе, сообществе, порождающем знание. В ряде исследований выделяются отличительные особенности диалога, основанного на принципе гуманитарности:

- равенство позиций участников процесса общения, в ходе которого формируется способность стать на позицию «другого»;
- принятие партнера таким, как он есть, доверие к нему;
- искренность и естественность проявления эмоций, взаимопроникновение в мир чувств и переживаний друг друга;
- способность участников общения видеть, понимать и активно использовать широкий спектр средств общения, включая невербальные.

Гуманистическая направленность – принцип выражает необходимость сочетания целей общества и личности при несомненном приоритете интересов личности по отношению к интересам государства. Гуманистичность, демократичность, нравственность свойственны подлинно педагогическому общению и выражаются в стремлении педагога видеть в учащемся индивидуальность, личность, обладающую чувством собственного достоинства, самолюбием, имеющую свои интересы, планы, намерения, свое окружение и образ жизни. Принцип гуманного подхода в организации воспитания и обучения предполагает постоянную любовь к ребенку, сочетание уважения, заботы о человеке и разумной требовательности к нему. К человеку следует относиться как к личности, уважать его права и свободы. При этом нельзя забывать о справедливой требовательности, соразмерной, индивидуально направленной, сочетающейся с тактом и этичностью. Гуманистическая педагогика отдает предпочтение демократическому стилю общения педагога и учащегося

Дидактическая система – выделенное по определенным критериям целостное образование, характеризующееся внутренней целостностью структур. Это теоретически обоснованная и логически выстроенная совокупность взаимосвязанных элементов: образовательных целей; содержания образования и обучения; обучающихся и их личностных характеристик; обучающихся и автоматизированных средств; форм организации совместного труда обучающихся и обучающихся и дидактических процессов (моделей обучения) как способов реализации целей и педагогического процесса в целом. Дидактическая система выступает в качестве подсистемы по отношению к системе высшего порядка – педагогической системе.

В дидактике можно выделить *три* сложившиеся **системы**: традиционную, педоцентрическую и современную. Разделение концепций на три группы произведено на основе того, как понимается процесс обучения – объект и предмет дидактики.

1. *Традиционная* – концепция, где доминирующую роль играет деятельность учителя. Его схема такова: ясность – ассоциация – система – метод. Процесс обучения протекает от представлений

к понятиям и от понятий к умениям теоретического характера. Практика в этой схеме отсутствует.

2. *Педагогическая концепция* – где главная роль отводится учению. Предлагается строить процесс обучения исходя из потребностей, интересов и способностей ребенка, стремясь развивать умственные способности и разнообразные умения детей. Абсолютизация такой дидактики приводит к переоценке спонтанной деятельности детей, к утрате систематичности обучения, к случайному отбору материала, к снижению уровня обучения.

3. *Современная дидактическая система* – предусматривается не только формирование знаний, но и общее развитие учащихся, их интеллектуальных, трудовых, художественных умений, удовлетворение познавательных и духовных потребностей учеников.

Содержание образования – четкая система знаний, умений, навыков, отобранных для изучения в определенном типе учебного заведения. Эта система содержит знания об окружающем мире, современном производстве, культуре и искусстве; обобщенные интеллектуальные и практические умения приобретения знаний и способов их использования; навыки познавательной деятельности, творческого решения теоретических и практических проблем, овладение которыми обеспечивает определенный уровень интеллектуального, социального и духовного развития учащихся.

Одна из важнейших проблем дидактики – проблема *методов обучения* – остается актуальной как в теоретическом, так и непосредственно в практическом плане. В зависимости от ее решения находятся сам учебный процесс, деятельность преподавателя и студентов. К настоящему времени насчитывается свыше пятидесяти методов обучения (Сластенин). В связи с этим возникает потребность в их классификации. Различные подходы к классификации методов обучения связаны с выбором разных оснований, отражающих аспекты их изучения (табл. 2).

**Классификация методов обучения
по И. Я. Лернеру и М. Н. Скаткину**

Метод обучения	Деятельность преподавателя	Деятельность учащегося
1. Информационно-рецептивный метод	Предъявление информации (педагогом или заменяющим его средством). Организация действий студента с объектом изучения	Восприятие знаний. Осознание знаний. Запоминание (преимущественно произвольное)
2. Репродуктивный метод	Составление и предъявление задания на воспроизведение знаний и способов умственной и практической деятельности. Руководство и контроль за выполнением	Актуализация знаний. Воспроизведение знаний и способов действий по образцам, показанным другими (педагогом, книгой, техническими средствами). Произвольное и произвольное запоминание (в зависимости от характера задания)
3. Метод проблемного изложения	Постановка проблемы и раскрытие доказательного пути ее решения	Восприятие знаний. Осознание знаний и проблемы. Внимание к последовательности и контроль над степенью убедительности решения проблемы. Мысленное прогнозирование очередных шагов логики решения. Запоминание (в значительной степени произвольное)
4. Эвристический метод	Постановка проблем. Составление и предъявление заданий на выполнение отдельных этапов решения познавательных и практических	Восприятие задания, составляющего часть задачи. Осмысление условий задачи. Актуализация знаний о путях решения сходных задач. Самостоятельное решение части задачи. Самоконтроль в процессе решения и проверка его результатов.

Метод обучения	Деятельность преподавателя	Деятельность учащегося
	проблемных задач. Планирование шагов решения. Руководство деятельностью учащихся (корректировка и создание проблемных ситуаций)	Преобладание произвольного запоминания материала, связанного с заданием. Воспроизведение хода решения и его самостоятельная мотивировка
5. Исследовательский метод	Составление и предъявление проблемных задач для поиска решений. Контроль за ходом решения	Восприятие проблемы или самостоятельное усмотрение проблемы. Осмысление условий задачи. Планирование этапов исследования (решения). Планирование способов исследования на каждом этапе. Самоконтроль в процессе исследования и его завершения. Преобладание произвольного запоминания. Воспроизведение хода исследования, мотивировка его результатов

Классификация методов обучения по характеру деятельности учащихся:

1. *Объяснительно-иллюстративный* метод – учащиеся получают знания на лекции в «готовом» виде. Воспринимая и осмысливая факты, оценки, выводы, студенты остаются в рамках репродуктивного (воспроизводящего) мышления.

2. *Репродуктивный* метод – применение изученного на основе образца или правила. Деятельность обучаемых носит алгоритмический характер.

3. *Метод проблемного изложения* – педагог, прежде чем излагать материал, ставит проблему, формулирует познавательную задачу, а затем, раскрывая систему доказательств, сравнивая точки зрения, различные подходы, показывает способ решения поставленной задачи.

4. *Частично-поисковый, или эвристический*, метод – организация активного поиска решения выдвинутых в обучении (или

самостоятельно сформулированных) познавательных задач либо под руководством педагога, либо на основе эвристических программ и указаний. Процесс мышления приобретает продуктивный характер, но при этом поэтапно направляется и контролируется педагогом или самими учащимися.

5. *Исследовательский* метод – после анализа материала, постановки проблем и задач и краткого устного или письменного инструктажа обучаемые самостоятельно изучают литературу, источники, ведут наблюдения и измерения и выполняют другие действия поискового характера



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какой учёный впервые ввел термин дидактика?
2. Сформулируйте определение дидактики.
3. Перечислите основные системы дидактики, основные категории дидактики.
4. Закономерности и принципы обучения проиллюстрируйте примерами преподаваемых на вашей кафедре дисциплин.
5. Как осуществляется отбор содержания образования?
6. Перечислите и охарактеризуйте методы обучения в высшей школе и формы организации обучения в вузе.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Составить тест из 10 тестовых заданий на тему: «Закономерности обучения».
- Написать реферат (подготовить презентацию) на одну из тем по выбору «Достоинства и недостатки дидактических систем» или «Сущность и принципы обучения».



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Разбиться на пары и смоделировать три вида дидактических концепций в обучении.

1.3. Компетентностно-ориентированные образовательные технологии в высшей медицинской школе

Содержание образования – это король,
а технологии образования – это бог.

В. П. Тихомиров

Цель занятия: формирование представлений обучаемых ординаторов о сущности компетентностного подхода и качественном своеобразии образовательных технологий и готовности осуществлять целеполагание в образовательном процессе.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Компетентностный подход.
2. Метод, методика, технология.
3. Теория педагогических технологий: методологический аспект.
4. Технологический подход и специфика его реализации в сфере образования. Отличительные признаки образовательных технологий.
5. Качественное своеобразие образовательных технологий.
6. Целеполагание как системообразующий элемент технологии.

Ключевые слова: *целеполагание, образовательная технология, компетенции, методика.*

Базовая информация

Компетентностный подход – попытка привести в соответствие профессиональное образование и потребности рынка труда.

Компетентностный подход – подход, акцентирующий внимание на результате образования, причем в качестве результата рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность человека действовать в различных ситуациях.

Компетенция (во всех ФГОС СПО и ВО) – это способность применять знания, умения и личностные качества и практический опыт для успешной деятельности в определенной области.

Под компетенцией принято понимать наперёд заданное требование (норма) к образовательной подготовке студента, а под компетентностью – уже состоявшееся его личностное качество (совокупность качеств) и минимальный опыт по отношению к деятельности в заданной сфере. Компетентность человека предполагает целый спектр его личностных качеств – от смысловых и мировоззренческих (например, зачем мне необходима эта компетенция) до рефлексивно-оценочных (насколько успешно я применяю её в жизни). Выделяют семь ключевых образовательных компетенций:

1. *Ценностно-смысловая компетенция* – компетенция в сфере мировоззрения, связанная с ценностными представлениями ученика, его способностью видеть и понимать окружающий мир, ориентироваться в нём, осознавать свою роль и предназначение.

2. *Общекультурная компетенция* – круг вопросов, в которых ученик должен быть хорошо осведомлён, обладать познаниями и опытом деятельности. Это особенности национальной и общечеловеческой культуры, духовно-нравственные основы жизни человека и человечества, отдельных народов, культурологические основы семейных, социальных, общественных явлений и традиций, роль науки и религии в жизни человека.

3. *Учебно-познавательная компетенция* – совокупность компетенций ученика в сфере самостоятельной познавательной деятельности, включающей элементы логической, методологической, общеучебной деятельности. Сюда входят знания и умения целеполагания, планирования, анализа, рефлексии, самооценки учебно-познавательной деятельности.

4. *Информационная компетенция* – компетенция обеспечивает навыки деятельности ученика с информацией, содержащейся в учебных предметах и образовательных областях, а также в окружающем мире.

5. *Коммуникативная компетенция* – включает знание необходимых языков, способами взаимодействия с окружающими и удалёнными людьми и событиями, навыки работы в группе, владение различными социальными ролями в коллективе.

6. *Социально-трудовая компетенция* – означает владение знанием и опытом в гражданско-общественной деятельности, в социально-трудовой, в области семейных отношений и обязанностей,

в вопросах экономики и права, в профессиональном самоопределении.

7. *Компетенция личностного самосовершенствования* – направлена к тому, чтобы осваивать способы физического, духовного и интеллектуального саморазвития, эмоциональную саморегуляцию и самоподдержку.

Принципы компетентного подхода в медицинском образовании

- Образование для жизни, для успешной реализации в обществе и личностного развития на основе освоения студентами компетенций.
- Оценивание для обеспечения возможности студенту самому планировать свои образовательные результаты и совершенствовать их в процессе постоянной самооценки.
- Разнообразные формы организации самостоятельной, осмысленной деятельности студентов на основе собственной мотивации и ответственности за результат.
- Матричная система управления, делегирование полномочий, привлечение студентов и людей из внешнего окружения к управлению и оценке его деятельности, свобода профессорско-преподавательского состава в выборе средств достижения студентами ключевых компетенций.

Сущность компетентного подхода (competence-based education – CBE) кратко можно представить таким образом:

- «Обучение действием» – позволяет преодолеть разрыв между тем, что студент знает и тем, что он делает, то есть между теорией предполагаемых действий (знаниями) и собственно деятельностью, практикой.
- «Обучение через опыт» – структурированный процесс изучения собственного опыта, решения реальной проблемы, задачи.
- «Что делать и как?» – профессионализм сориентирован не на «систему знаний», а на систему действий. Содержание образования при этом отражает целостный опыт решения жизненных проблем, выполнения ключевых (т. е. относящихся ко многим социальным сферам) функций, социальных

ролей, компетенций и не сводится к знаниево-ориентировочному компоненту. Предметное знание выполняет в структуре образованности подчиненную, ориентировочную роль. «Мы отказались не от знания как культурного предмета, а от определенной формы знаний (знаний «на всякий случай», т. е. сведений)» (В. А. Болотов, В. В. Сериков). Понятие «содержание дисциплины», теперь отделяется от понятия «цели изучения» и несколько трансформируется: вместо обозначения «того, чему учат», оно обозначает теперь «то, на чём учат», то есть какие частные сведения используют для формирования инвариантных знаний и умений.

Причём система знаний опирается не на критерий «истинно – верно», а на критерий «эффективность».

- Одной из ведущих идей компетентного подхода является представление о том, что образование (как результат и ценность) не может быть кем-то или чем-то дано, а добывается и присваивается в виде знаний, умений, навыков и способов их предъявления миру только в процессе активной самостоятельной деятельности студентов.
- Создание условий для приобретения студентами опыта достижения целей.
- Изменение методики, технологий преподавания.

Образовательная технология – упорядоченная система действий, выполнение которых приводит к гарантированному достижению педагогических целей, отражает последовательность педагогической деятельности, её логику (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение методики и технологии обучения

Признаки сравнения	Методика обучения	Технологии обучения
Назначение	Рекомендует применение конкретных методов, орг. форм, средств обучения	Рекомендует процесс выбора системы методов, орг. форм, средств обучения с учётом целей и управления обучением

Признаки сравнения	Методика обучения	Технологии обучения
Определение	Система научно обоснованных методов, правил и приёмов обучения	Последовательное воплощение на практике заранее спроектированного процесса обучения, инструментарий достижения целей посредством ориентации на обучающихся и управление обучением
Фактические исходные предпосылки создания	Обоснование и процесс находят в технологии	Цели, ориентация на результат
Ориентация	На обучающихся	На обучающихся
Направленность	На конкретный предмет или на реализацию определённых целей	На универсализация подходов к изучению учебного материала
Отражение динамичности обучения	Даёт вполне определённые конкретные рекомендации	Отражает процессуальный динамичный характер процесса обучения

Первый этап любой технологии – диагностический, в этом отличительная особенность технологии от традиционной методики обучения. Для реализации технологического подхода нужна детальная информация об исходном состоянии каждого учащегося. Исходным же объектом методики обучения является «усреднённый» учащийся, начальное состояние которого для построения методической системы не имеет значения.

Методика – это совокупность способов целесообразного проведения какой-либо работы; совокупность методов, приёмов, форм организации деятельности учащихся, направленных на решение определённых педагогических задач (обучения, коррекции нарушений развития, воспитания и др.). При описании методики формулируется задача (задачи) педагогической деятельности, характеризуется комплекс методов, приёмов, форм организации работы, которые являются продуктивными при решении данных задач.

Методика является совокупностью различных методов обучения, воспитания и др. и не выстраивает их в определённую логику при непосредственной реализации в педагогическом процессе.

Педагогические технологии – попытка превратить обучение в своего рода производственно-технологический процесс с гарантированным результатом. Это упорядоченная совокупность действий, операций и процедур, инструментально обеспечивающих достижение прогнозируемого результата в изменяющихся условиях педагогического процесса.

Педагогическая технология есть комплексная интегративная система, включающая упорядоченное множество операций и действий, обеспечивающих педагогическое целеопределение, содержательные, информационно-предметные и процессуальные аспекты, направленные на усвоение систематизированных знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств обучаемых, заданных целями обучения.

Понятие технологии обучения создает оптимальные условия для достижения высокой эффективности, которая невозможна без системного подхода к организации образовательного процесса, широкой компьютеризации, применения технических средств обучения, без современных методов обучения, особенно активных, а также без кадров, обладающих квалификацией, отвечающей требованиям современной технологии обучения.

Поскольку центральной фигурой в процессе образования является обучающийся, то технологии обучения занимаются организацией оптимальных условий, которые способствуют процессу усвоения знаний, приобретения умений и выработке навыков.

Таким образом, технологии обучения становятся технологией творческой деятельности и способствуют достижению педагогического мастерства.

Структурными составляющими технологии обучения как системы являются:

- цели обучения;
- содержание обучения;
- методы обучения;
- средства педагогического взаимодействия;
- формы организации обучения;
- результаты деятельности.

Имеются два исходных момента – ее задача и технология процесса:

постановка дидактической задачи \Rightarrow *разработка педагогической технологии.*

Постановка *дидактической задачи* включает:

1. Анализ целей обучения.
2. Определение на этой основе содержания учебного предмета.

Содержание обучения, определяемое учебным планом и программой, предусматривало:

- отбор наиболее значимого материала и его структурирование;
- отбор примеров и доказательств;
- актуализацию аксиологического аспекта предмета;
- приобщение к мировой культуре и создание духовной среды;
- усиление воспитательного аспекта в образовательном процессе;
- аксиологизацию содержания как процесса соотнесения ценностей культуры с личным и социальным опытом;
- отбор заданий, направленных на формирование компетентностных умений и навыков.

3. Определение исходного уровня образованности студентов.

4. Учет ограничений, налагаемых на учебно-материальную базу и организационную сторону обучения.

Технологический подход – представление производственных процессов как технологий. Он выступает как концентрированное выражение достигнутого уровня развития, внедрения научных достижений в практику, важнейший показатель высокого профессионализма деятельности. Применение технологического подхода и термина «технология» к социальным процессам, к области духовного производства – образованию, культуре – это явление новое для социальной действительности в нашей стране.

Образовательная технология (технология в сфере образования) – включает, кроме педагогических, еще разнообразные управленческие, социальные, культурологические, психолого-педагогические, медико-педагогические, экономические и другие смежные аспекты социальной сферы.

Технологический подход к обучению – точное инструментальное управление учебным процессом и гарантированное достижение

поставленных учебных целей. Для понятия термина «педагогическая технология», нужно выделить позиции:

Отличительные признаки образовательных технологий:

- *диагностично заданная цель* – корректно измеримые понятия, операции, деятельность, освоенные учащимися как ожидаемый результат обучения и способы его диагностики;
- *представление изучаемого содержания в виде системы познавательных и практических задач* – предусматривается изменение содержания изучаемого материала, переструктурирование его в виде определенных блоков, частей, каждый из которых включает в себя познавательную задачу, разные типы ориентировки, способы ее решения и собственно решение;
- *жесткая логика этапов усвоения материала* – технология должна быть четко выстроена, состоять из последовательности шагов, основанной на внутренней логике и ведущей к результату;
- *система способов взаимодействия на каждом этапе участников учебного процесса друг с другом и с информационной техникой*;
- *личностно-мотивированное обеспечение деятельности учителя и ученика* – свободный выбор, креативность, состязательность, жизненный и профессиональный смысл;
- *указание границ допустимого отступления* от алгоритмической и от свободной, творческой деятельности учителя. Технология обучения, с одной стороны, представляет собой четкую последовательность действий, то есть алгоритм, а с другой стороны, предполагает определенную свободу, возможность вариаций в зависимости от меняющихся условий обучения;
- *применение новейших средств и способов представления информации* – прогрессивный характер деятельности современного (в частности, компьютеров в учебном процессе).

Цель педагогического воздействия – системообразующий элемент педагогической системы, являющийся одним из главных звеньев педагогической деятельности. С цели начинается отбор компонентов деятельности, их расположение и их соединение в единое целое.

Цель как научное понятие есть предвосхищение в сознании субъекта результата, на достижение которого направлена деятельность.

Педагогическая цель – это предвидение педагогом и обучающимися результатов их взаимодействия, в соответствии с которыми отбираются и соотносятся между собой все остальные компоненты педагогического процесса. Она определяет требования к педагогическому процессу и служит эталоном для оценки результатов.

Целеполагание в педагогике включает в себя три основных компонента:

- 1) обоснование и выдвижение целей;
- 2) определение путей их достижения;
- 3) прогнозирование ожидаемого результата.

Целеполагание предполагает выделение перспективных, промежуточных целей, а также постановку воспитательных задач как путей их достижения. В педагогике принято различать собственно педагогические задачи (направленные на изменение ученика, его личностных качеств) и функциональные педагогические задачи (задачи отдельного педагогического действия). Задачи должны определяться исходным уровнем развития личности, коллектива; обязательно выражать то, что необходимо изменить в личности, быть диагностичными (их результаты можно проверить); конкретными, достижимыми за планируемый срок.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Каково соотношение понятий «технология» и «методика» в педагогике?
2. Какими дидактическими возможностями обладают информационно-коммуникативные технологии?
3. В чём заключается технологический подход и специфика его реализации в высшем образовании?
4. Назовите основное отличие образовательной технологии от методики.
5. Почему целеполагание рассматривают как системообразующий элемент технологии?



ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Подготовьте конспект или таблицу «Компетентностно-ориентированные образовательные технологии в высшей медицинской школе».



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Подготовьте задания для входного контроля в форме игры «Крестики – нолики».

Игра «Крестики – нолики»

Цель игры: актуализация знаний, создание мотивации обучающихся к изучаемой теме и положительного эмоционального настроения в группе. Преподавателю важно выяснить в ходе игры готовность группы к занятию, пользовались ли студенты учебником и лекциями при подготовке, определить вопросы, слабо освоенные студентами.

Организация. Участвуют две команды «Крестики» и «Нолики». Команда, начинающая игру, определяется по согласию (в классическом варианте игры всегда начинают «крестики») или по жребию.

На доске нарисовано игровое поле. Команда, начинающая игру, выбирает на поле клеточку – номер задания, и обе команды начинают выполнять одинаковое задание. Действует правило поднятой руки – первый человек, поднявший руку, может дать ответ на вопрос задания. Если ответ не верен, ответ даёт представитель другой команды. Выигрывает та команда, которой удалось поставить на поле 3 своих знака в один ряд или поставить на поле более 5 знаков.

1	2	3
4	5	6
7	8	9

Варианты заданий.

Вариант 1. Задание – разгадать анаграмму. Анаграмма – слово или фраза, получаемые из других осмысленных слов или фраз посредством перестановки букв, либо просто слово, в котором переставлены буквы.

Вариант 2. Задание – вслух даётся описание, а студенты должны назвать термин.

1.4. Педагогическое проектирование

Технология гуманистически ориентированного дидактического проектирования представляет собой совокупность трех компонентов: системы принципов, которая определяется теоретико-методологическими основаниями гуманистической педагогики; средств проектирования – дидактических многомерных инструментов, которые обуславливаются многомерностью задач обучения; цикличной организации проектирования от общего к частному на основе универсальной модели дидактического цикла.

Е. А. Вахтина

Цель занятия: на основе знания сущности педагогического проектирования формирование готовности обучаемых ординаторов проектировать и анализировать образовательный процесс в целом, отдельные занятия и их циклы при реализации основных и дополнительных образовательных программ.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Педагогическое проектирование как инструментальная основа педагогических технологий. Понятие педагогического проектирования.
2. Объекты педагогического проектирования: педагогическая система, педагогический процесс, педагогическая ситуация.
3. Формы проектов: концепция, модель, программа, план.
4. Принципы и этапы педагогического проектирования.
5. Проектирование систем разного уровня: проектирование практического занятия, семинара, лекции, модуля, программы «Школа больного...», ситуации.

Ключевые слова: *проектирование, проект, объект проектирования, педагогическая ситуация.*

Базовая информация

Педагогическое проектирование – предварительная разработка основных частей, деталей, которые необходимы для дальнейшей деятельности учащихся и преподавателей. Это последовательное

движение, которое является непрерывным, и все компоненты, этапы, состояния, процессы, явления, участники этого движения взаимосвязаны между собой.

Педагогическое проектирование используется каждым педагогом и является его основной и значимой функцией. Это можно объяснить тем, что она является организаторской и коммуникативной.

В отечественной педагогике основоположником теории и практики педагогического проектирования можно по праву считать А. С. Макаренко, который рассматривал воспитательный процесс как своеобразно организованное «педагогическое производство». А. С. Макаренко был против неорганизованного процесса воспитания, следствием этого стало его предложение разработать единую систему воспитания, в конечном итоге он и стал разработчиком педагогической техники. Так как А. С. Макаренко участвовал в разработке системы воспитания, то его предложение было объединить и совершенствовать такие понятия, как:

- техника дисциплины;
- техника разговора педагога и воспитанника;
- техника самоуправления;
- техника наказания.

Для проектирования в человеке, воспитаннике всего лучшего, формирования сильной и богатой культуры были продуманы все действия, их последовательность, направления.

Сущность педагогического проектирования заключается в создании образа предстоящей деятельности, возможно, даже несколько вариантов образов, что ведет к прогнозированию результатов этой деятельности. В свою очередь, объектом педагогического проектирования являются педагогические системы, педагогический процесс, педагогическая ситуация.

Объекты педагогического проектирования:

- 1) педагогическая ситуация;
- 2) педагогический процесс;
- 3) педагогическая система.

Педагогическая ситуация – объект проектирования. Педагогическая ситуация является составной частью педагогического процесса. Она характеризует его состояние в определенное время; она всегда конкретна. Педагогические ситуации или появляются,

или создаются на уроке, экзамене, экскурсии и сразу же должны разрешиться. Строение педагогических ситуаций всегда просто. В ней находятся два или несколько субъектов деятельности и способы их взаимодействия.

Проектирование педагогических систем, процессов или ситуаций – сложная многоступенчатая деятельность. Эта деятельность совершается как ряд последовательно следующих друг за другом этапов, приближая разработку предстоящей деятельности от общей идеи к точно описанным конкретным действиям (рис. 10).

- I этап – моделирование;
- II этап – проектирование;
- III этап – конструирование.

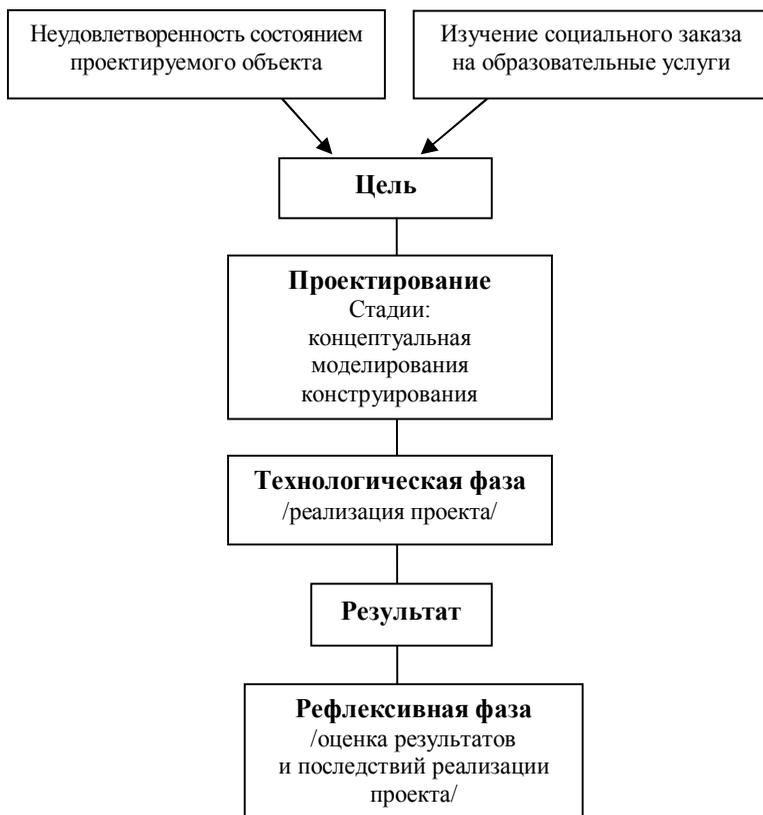


Рис. 10. Этапы педагогического проектирования

Педагогическое моделирование (создание модели) – это разработка целей (общей идеи) создания педагогических систем, процессов или ситуаций и основных путей их достижения.

Педагогическое проектирование (создание проекта) – дальнейшая разработка созданной модели и доведение ее до уровня практического использования.

Педагогическое конструирование (создание конструкта) – это дальнейшая детализация созданного проекта, приближающая его для использования в конкретных условиях реальными участниками воспитательных отношений.

Формы педагогического проектирования – это документы, в которых описывается с разной степенью точности создание и действие педагогических систем, процессов или ситуаций.

Концепция – одна из форм проектирования, посредством которой излагается основная точка зрения, ведущий замысел, теоретические исходные принципы построения педагогических систем или процессов. Последняя строится на результатах научных исследований. Назначение концепции – изложить теорию в конструктивной, прикладной форме. Таким образом, любая концепция включает в себя только те положения, идеи, взгляды, которые возможны для практического воплощения в той или иной системе, процессе.

Принципы педагогического проектирования

1. *Принцип человеческих приоритетов* – принцип ориентации на человека – участника подсистем, процессов или ситуаций – является главным.

Подчиняйте проектируемые подсистемы, процессы, ситуации реальным потребностям, интересам и возможностям своих воспитанников.

Не навязывайте учащимся выполнение своих проектов, конструктов, умейте отступить, заменить их другими.

Жестко и детально не проектируйте, оставляйте возможность для импровизации учащимся и себе.

2. *Принцип саморазвития* проектируемых систем, процессов, ситуаций означает создание их динамичными, гибкими, способными по ходу реализации к изменениям, перестройке, усложнению или упрощению. Не останавливайтесь на одном проекте, имейте в запасе еще один-два проекта, тоже обеспечивающих достижение цели.

Требования, предъявляемые к методической разработке систем разного уровня:

- Содержание методической разработки должно четко соответствовать теме и цели.
- Содержание методической разработки должно быть таким, чтобы преподаватели могли получить сведения о наиболее рациональной организации учебного процесса, эффективности методов и методических приемов, формах изложения учебного материала, применения современных технических и информационных средств обучения.
- Авторские (частные) методики не должны повторять содержание учебников и учебных программ, описывать изучаемые явления и технические объекты, освещать вопросы, изложенные в общепедагогической литературе.
- Материал должен быть систематизирован, изложен максимально просто и четко.
- Язык методической разработки должен быть четким, лаконичным, грамотным, убедительным. Применяемая терминология должна соответствовать педагогическому тезаурусу.
- Методическая разработка должна учитывать конкретные материально-технические условия осуществления учебно-воспитательного процесса.
- Методическая разработка должна раскрывать вопрос «Как учить».
- Должна содержать конкретные материалы, которые может использовать преподаватель в своей работе (планы занятий, инструкции для проведения лабораторных работ, опорные конспекты, схемы, тесты, поуровневые задания и т. д.).



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Докажите актуальность технологического подхода к решению педагогических задач.
2. Дайте определение понятию «педагогическая задача» и раскройте его содержательный смысл.
3. Охарактеризуйте технологичность педагога как его профессионально значимое качество.
4. Назовите объекты и методические основы педагогического проектирования.

5. Какова структура семинарского занятия?



ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Представьте методическую разработку семинара (практического занятия), лекции, по преподаваемой дисциплине, программы «Школа больного...» (по выбору ординатора).



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Подготовьте задания для входного контроля в форме игры «Ромашка».

Игра «Ромашка»

Методическое обеспечение. Заранее приготовлена из бумаги ромашка – к круглой середине жёлтого цвета канцелярскими скрепками присоединены листы формой, напоминающие лепестки цветка ромашки с нанесёнными на них номерами заданий. Создание ромашки может стать творческим заданием для студентов.

Организация. Участвуют две команды, которые выбирают себе название, девиз. Команда, начинающая игру определяется по согласию или по жребию. Студент из команды, начинающей игру, выбирает листок с номером задания. Если студент дал правильный ответ на вопрос, то он снимает лепесток, а другой член его команды вступает в игру и может выбрать из оставшихся листов любой лист с заданием. Если студент ошибся, ход переходит к представителю другой команды. Выигрывает команда, которая собрала большее количество лепестков ромашки.

Варианты заданий.

Вариант 1. Играющему студенту называют термин, а он должен дать его точное определение.

Вариант 2. Студенту даётся описание термина, а он называет этот термин.

Вариант 3. Вопросы задания соответствуют вопросам темы – например, дать классификацию..., назвать учёных, разрабатывавших рассматриваемую тему, и т. д.

Игру «Ромашка» целесообразно использовать, если студентам надо запомнить определённые схемы или алгоритмы.

1.5. Подготовка и проведение занятия. Заключительное занятие

Ум заключается не только в знании,
но и в умении прилагать знание на деле.

Аристотель

Цель занятия: формирование готовности обучаемых ординаторов к подготовке и проведению занятий, а также систематизации полученных знаний и умений по модулю и их публичной презентации.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Подготовка врача-педагога к лекции.
2. Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.
3. Организация и проведение занятий с пациентами.
4. Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.

Ключевые слова: лекция, семинар, практическое занятие, образовательная программа.

Базовая информация

Анализ деятельности *врача-педагога* позволил выделить несколько сторон, которые всегда полностью присутствуют в деятельности хорошего преподавателя-медика и которые необходимо формировать у всех собирающихся заниматься преподаванием в медицинском вузе:

- 1) врачебная деятельность;
- 2) обязательное осознание смысла, ценностей, содержания и способов этой деятельности – врачебная рефлексия;
- 3) деятельность преподавателя по проектированию образовательного процесса;
- 4) обязательное осознание всех условий успешности выполнения этой деятельности – педагогическая рефлексия;
- 5) использование закономерностей межличностного взаимодействия;
- 6) осознание всех этих закономерностей.

Нетрудно заметить, что первый, третий и пятый пункты – самостоятельные виды деятельности, имеющие сложный характер и различные компоненты, состоящие из многих звеньев, а второй, четвертый и шестой – осознание (рефлексия) этих видов деятельности.

Постепенно оформилось понимание психолого-педагогической компетентности врача-педагога:

– профессионально-определенная концепция «Я – врач-педагог» (в профессиональной деятельности, в общении, в системе собственной личности);

– информационно-инструментальная готовность к деятельности (нормативная, эвристическая, творческая – как проектирование собственной деятельности);

– профессионально-деятельностное сознание, ориентированное на ценности развития личности и понимание средств (норм) педагогической деятельности.

Методика подготовки лекции

В первую очередь при подготовке к лекции особое внимание следует обращать на решение следующих организационно-методических вопросов:

1. *Определение основной цели лекции* – ее главной идеи. Она (цель) задается требованиями учебной программы, местом лекции в изучаемом курсе (дисциплин) и самим названием. Цель и содержание лекции, даже при одной и той же формулировке темы, могут и должны различаться при чтении слушателям разного уровня обучения. Поэтому целесообразно начинать подготовку лекции с постановки перед собой вопроса о том, для какой категории слушателей необходима данная лекция и какой конкретно материал необходимо вложить в ее текст.

2. *Уточнение объема материала*, входящего в содержание лекции.

При подготовке к написанию текста лекции надо отобрать самое важное для достижения поставленной цели. Следует экономить время для раскрытия главного – таково правило наиболее опытных лекторов. Нехватка времени из-за чрезмерного объема материала – частый недостаток многих начинающих преподавателей, которые еще не научились рассчитывать время. Здесь

им поможет простой методический прием: нужно прочитать вслух подготовленный текст, заметив время, а затем увеличить это время примерно на 20–30 % – столько времени будет затрачено при чтении лекции в аудитории. При определении объема содержания лекции необходимо ориентироваться на требования учебной программы.

3. *Детальная проработка структуры лекции* – способствует уточнению содержания, его лучшему подчинению главной цели и выполнению основных требований. Практика показывает, что опытные преподаватели не ограничивают проработку структуры определением основных вопросов, а продумывают их структуру. Каждый вопрос они разбивают на подвопросы и формулируют название последних. Это обеспечивает более строгое подчинение материала теме и цели лекции, позволяет лучше отобрать материал и логичнее его расположить.

4. *Написание текста лекции*. По любой теме в фонде кафедры целесообразно иметь полный текст лекции. При ее написании преподаватель должен работать над тем, как повысить научность и практическую значимость лекции, реализовать все ее функции, как лучше скомпоновать материал.

После того как написан первый вариант текста лекции, в него вносятся коррективы, продолжается работа над точностью и яркостью фраз и выражений.

Придание тексту наглядности облегчает пользование им, однако нельзя превращать лекцию в чтение текста. Текст лекции должен вести, направлять изложение материала.

5. *Подготовка средств наглядности* – важный элемент в подготовке лекции. Тот факт, что использование в лекции средств наглядности является обязательным, не вызывает сомнений. Тем не менее часто возникают дискуссии по вопросу об их количестве и характере. Практика показывает, что 5–7 обращений лектора к использованию средств изобразительной наглядности бывает вполне достаточно.

6. *Непосредственный психологический настрой* преподавателя на чтение лекции.

Семинар – форма организации учебного процесса, состоящая в самостоятельном изучении обучающимися по заданию руководителя отдельных вопросов и тем лекционного курса с последующим

оформлением материала в виде реферата или доклада; это форма обучения студентов, имеющая цель углубить и систематизировать изучение наиболее важных и типичных для будущей профессиональной деятельности обучающихся тем и разделов учебной дисциплины.

Функции семинара:

1) *учебно-познавательная* – закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной работы;

2) *обучающая* (семинар) – это школа публичного выступления, способствует развитию навыков отбора и обобщения информации;

3) *побудительная* – побуждение к более активной и целеустремленной работе;

4) *воспитывающая* – формирование мировоззрения, убеждений, воспитание самостоятельности, смелости научного поиска, самостоятельности, норм корректного обсуждения проблем;

5) *контролирующая* – контроль уровня знаний и качества самостоятельной работы.

Типы семинаров:

1) семинар для углубленного изучения;

2) семинар для проработки пройденных тем;

3) семинар исследовательского типа.

Этапы проведения семинара:

Первый этап – вступительное слово преподавателя, где определяется цель, задачи, значимость темы, форма проведения занятия.

Второй этап – основное время семинарского занятия – предполагает обсуждение проблем темы. В арсенале преподавателя должны быть разнообразные вопросы, пробуждающие интерес к семинару. Это и информационные, и вызывающие дискуссию, и вопросы-подсказка. Педагог организует логические переходы от одного вопроса к другому.

Третий этап – подведение итогов, обобщение результатов, исправление ошибок, оценку работы обучаемых. Форму проведения семинарского занятия определяет преподаватель. Выбор формы проведения зависит от образовательных целей, задач конкретной темы, индивидуального стиля преподавания, опыта студентов.

Многообразны и порой неожиданны ситуации семинара. В каждом случае преподаватель обязан чутко уловить их, быстро

осмыслить все происходящее, внутренне подготовиться и принять правильное решение (выступить в подходящий момент, бросить реплику, задать вопрос и т. д.).

При ведении дискуссии руководящая роль преподавателя еще более возрастает. Не следует допускать лишнего вмешательства, но и не допускать самотека, предоставлять слово конкретному студенту с учетом его темперамента и характера, призывать к логичной аргументации по существу вопросов, поддерживать творческие поиски истины, выдержку, такт, взаимоуважение, не сразу обнаруживать свое отношение к содержанию дискуссии и т. д.

Заключительную часть преподаватель посвящает тщательному разбору семинара: насколько он достиг поставленных целей, каковы были теоретический и практический уровни докладов, выступлений, их глубина, самостоятельность, новизна, оригинальность. Не нужно перегружать заключение дополнительными научными данными, их лучше приводить по ходу семинара. Заключение должно быть лаконичным, четким, в него включаются главные оценочные суждения (положительные и отрицательные) о работе группы и отдельных студентов, советы и рекомендации на будущее.

Семинар в отличие от лекции предъявляет к деятельности преподавателя некоторые специфические требования: расширяется диапазон теоретической подготовки, привлекается новая литература, увеличивается объем организаторской работы (особенно во время проведения семинара), возрастает роль индивидуального подхода, умения преподавателя обеспечить индивидуальное и коллективное творчество, высокий уровень обсуждения теоретических проблем.

Особенности проведения практических занятий

Практические занятия направлены на выработку у студентов навыков применения полученных знаний для решения практических задач, практические занятия отличаются от семинаров ярко выраженной практической направленностью деятельности обучающихся. В результате проведения практических занятий у студентов формируются умения применять полученные знания в будущей профессиональной деятельности.

Основу практических занятий составляет система мини-заданий: задания-наблюдения, задания учебно-тренировочного характера, задания творческого характера, задания на рефлекссию личностно-профессиональных качеств.

Задания-наблюдения помогают развить у студентов педагогическое мышление, обогащают их педагогический опыт. Например, студенты просматривают видеофрагмент проведения занятия в ДОУ, анализируют его, затем методом микропреподавания предлагают альтернативный вариант действий.

Задания творческого характера позволяют студентам смоделировать образ собственного профессионального «Я», представить вариант конспекта занятия, защитить свой проект педагогической концепции и т. д.

Задания учебно-тренировочного характера предполагают упражнение студентов в разработке учебно-программной документации, составление календарно-тематических и поурочных планов и т. д.

Задания на рефлексию личностно-профессиональных качеств студентов формируют у будущих преподавателей умения анализировать свои индивидуально-психологические особенности, корректировать свою учебно-профессиональную деятельность и управлять ею. Основу этих заданий составляют разнообразные тесты, опросники, анкеты, которые, в свою очередь, знакомят студентов с основами педагогической диагностики.

С позиции познавательной деятельности студентов в практическом занятии можно выделить три вида заданий:

- 1) задания, стимулирующие и активизирующие мотивацию профессиональной деятельности;
- 2) технологические задания с определенным алгоритмом действия (провести, выписать и т. п.);
- 3) задания с преобладанием интеллектуальной деятельности (сравнить, придумать, составить и т. д.).

Практическое занятие можно провести в форме деловой игры. Выбор материала для практического занятия определяется содержанием конкретной темы, возрастными, индивидуальными особенностями обучающихся, методикой учебного занятия, которой придерживается педагог, его интересами.

Принципы организации и проведения образовательных программ для больных

Цель образовательных программ – улучшение результатов лечения больных различными заболеваниями и повышение качества жизни.

Основные задачи образовательных программ:

- 1) предоставление больному информации о причинах и механизмах развития различных заболеваний, клинических проявлениях, принципах диагностики, современных подходах к лечению и профилактике;
- 2) обучение больных навыкам самоконтроля, принципам оказания самопомощи;
- 3) формирование партнерских отношений между врачом и больным, осознанного подхода к выполнению врачебных рекомендаций.

В Москве при создании образовательных центров для больных различными заболеваниями учитывалось требование проводить наблюдение и обучение больных в одном учреждении, что позволяет достичь определенной преемственности в ведении больного. Обучение больных, как индивидуальное, так и в группах, проводится преимущественно на базе амбулаторных кабинетов. В образовательном процессе участвуют врачи, медицинские сестры, психологи. Основная нагрузка ложится на преподавателей из числа врачей.

Преподаватели образовательных центров обеспечиваются методическими разработками для каждого занятия. Важное значение имеет иллюстративный материал, включающий наборы памяток для больных, брошюры, слайды, видеофильмы, в которых основные положения занятий представлены в доступной, а иногда и в шуточной форме. Игровые формы преподавания особенно важны, когда речь идет о детских школах, где в качестве иллюстративного материала могут быть использованы специально написанные сказки, игрушки. Рассмотрим распределение материала в цикле занятий.

Первое занятие для преподавателя всегда наиболее трудное. На этом занятии слушатели знакомятся друг с другом и с правилами обучения. На первой лекции обычно задают больше всего вопросов, а преподавателю за фиксированное время необходимо познакомить слушателей с основными понятиями, которыми им придется оперировать далее. Впечатление от первого занятия определяет дальнейшее отношение больных к обучению, поэтому к нему следует готовиться с особой тщательностью: использовать яркие примеры, привлекать слушателей к обсуждению их собственных проблем.

На втором занятии разбираются симптомы наиболее распространенных заболеваний. В отдельном разделе рассматриваются возможные причины развития и клинические проявления тяжелых болезней. Особое внимание обращается на заболевания, с которыми человек сталкивается в быту. Для закрепления навыков по оказанию самопомощи – слушателям предлагается решать ситуационные задачи.

Цель третьего занятия – изучение принципов элиминации причинно-значимых патогенов как первого и необходимого этапа в комплексном лечении заболеваний. Преподаватель знакомит слушателей с методикой проверки простейших симптомов и анализов. Больные должны знать опасные для них симптомы и уделять серьезное внимание соблюдению режима. В конце занятия преподаватель подчеркивает важность соблюдения основных правил элиминации патогенов, так как это может существенно облегчить течение болезни, снизить потребность в лекарственных препаратах, а в ряде случаев надолго предотвратить симптомы. Во взрослой аудитории на этом занятии также изучаются основы профилактики.

На последнем занятии слушатели знакомятся с принципами терапии частых заболеваний, с основными группами препаратов, используемых для лечения клинических проявлений болезней. Подчеркивается необходимость проведения базисной терапии, назначенной врачом, обсуждаются преимущества и недостатки отдельных препаратов. Особый акцент делается на специфической терапии – высокоэффективном методе лечения и профилактике заболеваний.

Для оценки влияния образовательных программ на регулярность выполнения рекомендаций по соблюдению режима, проведение фармакотерапии и, как следствие, на симптомы заболевания и качество жизни целесообразно проводить анкетирование слушателей школ здоровья до начала занятий и через 3–6 месяцев после обучения.

Занятие со средним медицинским персоналом имеет свои особенности:

- проводится врачами – специалистами профильных отделений;
- в основном протекает в формате лекций, изредка – в форме практических занятий, но в любом случае – в интерактивном режиме;
- практические занятия лучше проводить в форме ролевой и деловой игры или в виде тренинга;

- до проведения занятий необходим анализ и оценка существующего уровня знаний и подготовки;
- для поддержания и оценки уровня знаний, а также выявления проблемных и спорных ситуаций, на протяжении всего проекта должны проводиться опросы-тестирования;
- занятия проводятся по андрагогической модели с обязательным учётом имеющего у обучаемых опыта.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Назовите этапы подготовки врача-педагога к лекции.
2. Когда целесообразно прочитать бинарную лекцию, лекцию-пресс-конференцию?
3. Как удержать внимание аудитории на лекции?
4. Назовите достоинства и ограничения традиционной и инновационной лекции.
5. Перечислите виды нетрадиционных лекций.
6. В чём заключается особенность организации и проведения занятий с пациентами?
7. Объяснить, в чем принципиальное отличие занятий с пациентами и средним медицинским персоналом.
8. Приведите конкретный пример – ход занятия со средним медицинским персоналом.



ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Представьте методическую разработку семинара (практического занятия), лекции со средним медицинским персоналом в интерактивной форме и обоснуйте проведение занятия в предложенном вами варианте.



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Составьте интеллект-карту по теме занятия (mindmapping или ментальную карту) по теме семинара.

Интеллект-карта – это графическое выражение процесса ассоциативного мышления, которое является естественным продуктом деятельности человеческого мозга.

Ментальные карты – запись информации, основанной на визуальном мышлении и совместной работе правого и левого полушарий мозга, альтернатива линейного метода записи информации, например текста.

Составление ментальной карты методически разработали Т. и Б. Бьюзены (Англия), что представляет собой, согласно авторам, последовательное совершение ряда действий:

1. Заменить линейную запись радиальной. *Центральный образ (символизирующий основную идею) рисуется в центре листа (лист необходимо расположить горизонтально – такую карту удобнее читать).*

2. *От центрального образа отходят ветки первого уровня, на которых пишутся слова, ассоциирующиеся с ключевыми понятиями, раскрывающими центральную идею.*

3. *От веток 1-го уровня при необходимости отходят ветки 2-го уровня, раскрывающие идеи написанные на ветках 1-го уровня. Причём слова необходимо помещать именно на ветках, а не в кругах, прямоугольниках.*

Ветки должны быть гибкими, ответвления необходимо делать искривленными, а не прямыми, поскольку полагают, что мозг гораздо сильнее привлекают искривленные линии, которые чаще можно видеть в природе. На каждой линии следует писать только одно ключевое слово, ведь каждое слово содержит много возможных ассоциаций, сочетание слов уменьшает свободу мышления. Все сложные понятия рекомендуют сводить к простым. Писать необходимо печатными буквами, ясно и четко.

4. *По возможности используют максимальное количество цветов, для рисования карты, так как цвет воздействует на визуальные центры мозга и привлекает внимание глаз, пробуждает интерес, способствует творческому мышлению.*

5. *Везде, где возможно, добавляют рисунки, символы, и другую графику, ассоциирующуюся с ключевыми словами.*

6. *Взаимосвязь разных понятий на разных ветках обозначают стрелками.*

7. *Для большей понятности нумеруем ветки.*

1.6. Тестовые задания самоконтроля

Выберите один или несколько правильных ответов

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно изменить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) СИСТЕМОЙ

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. ПОДГОТОВКА К ЛЕКЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) уточнение объема материала
- 2) определение цели (идеи) лекции
- 3) написание текста лекции
- 4) уточнение структуры лекции

Установите соответствие

10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. Описательном | А. Выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. Диагностическом | Б. Экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. Прогностическом | В. Изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. Проективном | А. Разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. Преобразовательном | Б. Оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. Рефлексивном | В. Внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

13. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

14. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ
ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

15. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ»
ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

16. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс-технологии
- 6) развитие «критического мышления»

17. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА
[ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО,
УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ]

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

18. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА,
ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) навыки
- 2) знания
- 3) умения
- 4) мотивы

19. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) форма обучения
- 2) средство обучения
- 3) метод обучения
- 4) технология обучения

20. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ –

- 1) правила
- 2) принципы
- 3) законы
- 4) установки

21. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) основы методологии педагогических исследований
- 2) сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) история педагогики

22. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) гуманистичность и толерантность
- 3) плюралистичность
- 4) статичность

23. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ЧАСТЕЙ),

- 1) методических приемов
- 2) операций
- 3) правил
- 4) законов

24. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

25. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

26. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО
- 1) принципу природосообразности
 - 2) принципу культуросообразности
 - 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
 - 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода
27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО
- 1) принципу природосообразности
 - 2) принципу культуросообразности
 - 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
 - 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода
28. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ – ЭТО
- 1) методы воспитания
 - 2) средства воспитания
 - 3) методические приемы воспитания
29. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)
- 1) методикой воспитания
 - 2) воспитательной технологией
 - 3) воспитательной системой

30. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), С ОДНОЙ СТОРОНЫ, А С ДРУГОЙ – СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ, – ЭТО
- 1) методы воспитания
 - 2) средства воспитания
 - 3) методические приемы воспитания
31. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) наказание
 - 2) создание воспитывающих ситуаций
 - 3) педагогическое требование
 - 4) соревнование
 - 5) поощрение
32. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ
- 1) индивидуальные особенности педагога
 - 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
 - 3) учет этнических характеристик среды
 - 4) престижность
 - 5) соответствие главной цели и задачам системы
33. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
 - 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
 - 3) авторитетность воспитателя
 - 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
 - 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

34. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ

ПРЕДПОЛАГАЕТ

(один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

35. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН

НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

36. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО

(один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

37. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ,
ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

38. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ
ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

39. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ
(один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

40. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ,
ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ
ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ
И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ

(один верный ответ)

- 1) перцептивный подход
- 2) логический подход
- 3) гностический подход

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ
В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ
И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ

(один верный ответ)

- 1) перцептивный подход
- 2) логический подход
- 3) гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ
(Т. А. ИЛЬИНА, Л. Н. ЛАНДА)

(один верный ответ)

- 1) перцептивный подход
- 2) логический подход
- 3) гностический подход

43. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

44. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ, КАК

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

Дополните высказывание

45. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ,
А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ
И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ, –
_____ ОБУЧЕНИЯ

46. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ
И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ,
ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ
ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ, –
_____ ОБУЧЕНИЯ
47. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ
ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО
ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ,
НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ, –
_____ ОБУЧЕНИЯ
48. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ
ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА
ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА,
УСВОЕНИЕ* КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ
ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ, –
_____ ОБРАЗОВАНИЯ
49. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*,
ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ,
МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ
СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ
В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ, – _____

2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА

2.1. Коммуникации

Для того, чтобы было легко жить с каждым человеком,
думай о том, что тебя соединяет,
а не о том, что тебя разъединяет с ним.

Л. Н. Толстой

Цель занятия: на основе знания сущности коммуникации формирование готовности обучаемых ординаторов к ситуациям педагогического общения в работе врача.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Общее представление о процессе общения, его участниках.
2. Вербальная и невербальная коммуникация.
3. Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения.
4. Эффективное общение: условие и барьеры.
5. Ситуации педагогического общения в работе врача.

Ключевые слова: *коммуникация, общение, эффективное общение, барьеры общения.*

Базовая информация

Коммуникации – это способ общения и передачи информации от человека к человеку в виде устных и письменных сообщений, языка телодвижений и параметров речи.

Общение – связи между людьми, в ходе которой возникает психологический контакт, проявляющийся в обмене информацией, взаимовлиянии, взаимопереживании, взаимопонимании. Для общения характерны уровни и средства (рис. 11, 12).



Рис. 11. Уровни общения



Рис. 12. Средства общения

Критерии общения:

1. Активность в общении как минимум двух участников. Любая форма общения предусматривает как минимум два субъекта: того, кто отправляет информацию, является ее источником, и того, кто принимает исходящую информацию – адресат.

2. Необходимость наличия между ведущими общении какой-либо общей, объединяющей темы.

3. Наличие какой-либо общности между языковыми системами, которые используют все участники общения, что обеспечивает элементарно понимание друг друга.

Субъект коммуникации – люди. Несмотря на то, что понятие «общение» присуще большинству живых существ, исключительно в случае человека данный процесс является осознанным. Речь идет о том, что индивидуумы могут прибегать сознательно к различным вербальным или невербальным инструментам, приемам, которые предполагают достаточно широкий спектр взаимодействия и возможностей. Специалисты распределяют общающихся на коммуникаторов и реципиентов. Первые из них передают информацию, а вторые – воспринимают ее, при этом в ходе диалога участники достаточно часто меняются данными ролями.

Уровни общения:

В психологической литературе при характеристике структуры общения выделяют обычно три её взаимосвязанных стороны: коммуникативную, интерактивную и перцептивную.

Коммуникативная сторона общения – обмен информацией между людьми. Понимание человека человеком связано с установлением и сохранением коммуникации.

Интерактивная сторона общения – организация взаимодействия между индивидами, т. е. обмену не только знаниями, но и действиями.

Перцептивная сторона общения – процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установления на этой почве взаимопонимания.

Общение людей осуществляется с помощью вербальных и невербальных коммуникаций.

Вербальная коммуникация – это устные и письменные сообщения, в которых передача информации происходит за счет вербальных средств (только слов). Причём на долю собственно

вербальной коммуникации приходится только 10 %, звуковых средств (включая тон голоса, интонации звука) – 35 %, за счет невербальных средств – 55 %.

Невербальные коммуникации – осуществляются посредством языка телодвижений и параметров речи. Между вербальными и невербальными средствами общения существует своеобразное разделение функций: по словесному каналу передаётся чистая информация, а по невербальному – отношение к партнеру по общению.

Вербальная коммуникация использует в качестве знаковой системы человеческую речь, естественный звуковой язык, т. е. систему фонетических знаков, включающую два принципа: лексический и синтаксический. Речь является самым универсальным средством коммуникации, поскольку при передаче информации при помощи речи менее всего теряется смысл сообщения. Этому должна сопутствовать высокая степень общности понимания ситуации всеми участниками коммуникативного процесса.

К вербальным средствам коммуникации относятся письменная и устная речь, слушание и чтение. В речи реализуется и через нее посредством высказываний выполняет свою коммуникативную функцию язык. К основным функциям языка в процессе коммуникации относятся: коммуникативная (функция обмена информацией); конструктивная (формулирование мыслей); апеллятивная (воздействие на адресата); эмотивная (непосредственная эмоциональная реакция на ситуацию); фатическая [обмен ритуальными (этикетными) формулами]; метаязыковая (функция толкования). В зависимости от целей, которые преследуют участники коммуникации, выделяют следующие типы высказываний: сообщение, мнение, суждение, рекомендация, совет, критическое замечание, комплимент, предложение, вывод, резюме, вопрос, ответ.

Выделяют речь внешнюю и внутреннюю. Внутренняя речь понимается как общение человека с самим собой. Но такое общение не является коммуникацией, так как не происходит обмена информацией. Внешняя речь включает в себя диалог, монолог, устную и письменную речь.

Диалог – вид речи, характеризующийся зависимостью от обстановки разговора, обусловленностью предыдущими высказываниями. *Виды диалога*: информативный (процесс передачи информации); манипулятивный (скрытое управление собеседником).

Невербальные коммуникации. К средствам невербальной коммуникации принадлежат: жесты, мимика, интонации, паузы, поза, смех, слезы и т. д. Они образуют знаковую систему, дополняющую и усиливающую, а иногда и заменяющую средства вербальной коммуникации – слова. Как говорилось выше, согласно исследованиям, 55 % сообщений воспринимается через выражение лица, позы и жесты. Другими словами, во многих случаях то, как мы говорим, важнее слов, которые мы произносим. Большинство невербальных форм и средств общения у человека являются врожденными и позволяют ему взаимодействовать, добиваясь взаимопонимания на эмоциональном и поведенческом уровнях, не только с себе подобными, но и с другими живыми существами. Многим высшим животными, таким как собаки, обезьяны и дельфины, дана способность невербального общения друг с другом и с человеком.

Благодаря невербальному общению человек получает возможность психологически развиваться еще до того, как он усвоил и научился пользоваться речью (около 2–3 лет). Кроме того, само по себе невербальное поведение способствует развитию и совершенствованию коммуникативных возможностей человека, вследствие чего он становится более способным к межличностным контактам и открывает для себя более широкие возможности для развития.

Различаются три основных вида невербальных средств передачи информации (или их еще называют паралингвистические средства общения): фонационные, кинетические и графические.

К фонационным невербальным средствам относят тембр голоса, темп и громкость речи, устойчивые интонации, особенности произнесения звуков, заполнения пауз (э, мэ...).

К кинетическим компонентам речи – жесты, позы, мимика.

Графические невербальные средства коммуникации выделяют в письменной речи.

Парадокс влияния состоит в том, что большинство людей, готовясь повлиять на чье-либо решение или отношение, думают, прежде всего, о словах, которые они скажут. Между тем правильнее было бы думать о том, как произнести слова и какими действиями их сопровождать.

Инициатор влияния – тот из партнеров, который первым предпринимает попытку влияния любым из известных (или неизвестных) способов.

Адресат влияния – тот из партнеров, к которому обращена первая попытка влияния. При дальнейшем взаимодействии инициатива может переходить от одного партнера к другому в попытках взаимного влияния, но всякий раз тот, кто первым начал серию взаимодействий, будет называться инициатором, а тот, кто первым испытал его влияние, – адресатом. В процессе межличностного общения происходит постоянное взаимное влияние людей друг на друга, так что в большинстве случаев человек одновременно является и инициатором, и адресатом влияния.

Цели влияния

Влияние в межличностном общении нацелено на удовлетворение своих мотивов и потребностей с помощью других людей или через их посредство.

Во многих случаях влияние может быть направлено, прежде всего, на удовлетворение личных потребностей, хотя совершается оно под видом пользы для дела, для общества, для других людей и т. п. Например, учитель может использовать предоставленную ему возможность влияния для того, чтобы удовлетворить потребность в ощущении собственной силы, самоутвердиться за счет своих учеников, испытать чувство удовлетворения от того, что они вынуждены подчиняться его требованиям, возможно, даже справедливым. Каждый из нас может пытаться влиять на других, чтобы удовлетворить потребности, никак прямо не связанные с учебными, воспитательными или профессиональными задачами.

Однако для многих людей свойственно считать (или, по крайней мере, объявлять) цели своего влияния на других благородными, т. е. продиктованными интересами дела, общества, развития, творчества и т. д. Цели, связанные с иными потребностями, зачастую не осознаются или тщательно скрываются. Между тем эти цели тоже необязательно «неблагородны». Они могут быть связаны со вполне оправданными человеческими потребностями в сочувствии, внимании, принятии другими людьми, одобрении, психологическом комфорте, одиночестве, безопасности,

подтверждении собственной значимости и силы и др. Современному человеку важно осознать истинные цели своего влияния на других для того, чтобы не пытаться воздействовать на других неконструктивными способами, прикрываясь интересами дела или общества.

Виды влияния

Формула взаимного влияния может быть выражена через понятие дистанции власти:

$$\begin{aligned} \text{Дистанция власти} &= \text{Влияние начальника на подчиненного} - \\ &- \text{Влияние подчиненного на начальника.} \end{aligned}$$

Эта формула была открыта американским ученым Гердом Хофштеде при исследовании различий национальных культур: в тех странах, где руководители имеют значительно большие возможности влияния, чем остальные люди, дистанция власти большая. И наоборот, в тех странах, где люди могут влиять на общие решения, даже если они не являются руководителями, дистанция власти малая. Россия считается страной с большой дистанцией власти.

Преподаватели, учителя, разного рода руководители влияют на молодого человека со всех сторон, в то время как его влияние на них весьма незначительно.

Прямой, подчиняющий вид влияния принято обозначать термином «принуждение». Между тем существует целый спектр разнообразных видов влияния, которые могут быть использованы в обход принуждению или в противовес ему.

Вовсе не обязательно обладать официальными властными полномочиями или казаться авторитетной фигурой, для того чтобы влиять на других людей. Более того, некоторые виды влияния более эффективно используются как раз теми людьми, кто не только не обладает властными полномочиями, но и внешне кажется человеком неавторитетным. К числу таких видов влияния относятся просьба, формирование благосклонности, деструктивная критика, игнорирование, манипуляция.

Результативность влияния во многом определяется тем, насколько умело инициатором были использованы соответствующие средства – как вербальные, так и паралингвистические

и невербальные, например, темп и ритм речи, интонация, организация пространства, взгляд, оформление внешности и др.

В процессе коммуникации могут возникнуть коммуникативные барьеры.

Классификация видов барьеров общения

1. Барьеры по форме изложения:

Логический барьер – возникает у партнеров с неодинаковым видом мышления. В зависимости от того, какие виды и формы мышления преобладают в интеллекте каждого партнера, они общаются на уровне понимания или непонимания.

Стилистический барьер – несоответствие формы представления информации ее содержанию. Возникает при неправильной организации сообщения. Сообщение должно быть построено: от внимания к интересу; от интереса к основным положениям; от основных положений к возражениям и вопросам, ответам, выводам, резюмированию. К возникновению данного барьера может привести употребление слов-паразитов, ненормативной лексики, непонятных и многосложных слов.

Семантический (смысловой) барьер – возникает при несоответствии лингвистического словаря со смысловой информацией, а также из-за различий в речевом поведении представителей разных культур. Данный барьер связан в основном с проблемой сленгов и жаргонов.

Фонетический барьер – препятствия, создаваемые особенностями речи говорящего (дефекты дикции, интонация, логические ударения и т. д.). Надо говорить четко, внятно, достаточно громко. Он может возникнуть при общении на разных языках или диалектах.

2. Идеологические барьеры:

- барьер, возникающий на основе разницы мировоззрений;
- барьер, формирующийся при наличии у партнеров разных стереотипов;
- барьер несовпадения социальных установок;
- барьер различия ценностных ориентаций;
- барьер несовпадения социальных позиций субъектов общения.

3. Собственно **психологические барьеры** – это все осознаваемые и неосознаваемые трудности и препятствия, возникающие между людьми, вступающими друг с другом в психологический контакт.

4. **Социально-психологические барьеры:**

- *когнитивно-психологические* – возникают из-за разного уровня отражения объекта и психологической его оценки субъектами общения;
- *организационно-психологические* – могут возникнуть по причине неприятия формы общения;
- *сенсорно-речевые барьеры* – возникают в результате различия навыков высказывания и восприятия у субъектов общения;
- *психомоторные барьеры* – являются результатом разного навыка и умения вести общение в рамках принятой формы.

5. **Барьер отношений** может возникнуть при вмешательстве во взаимодействие негативных чувств и эмоций. При условии наличия у партнеров в общении друг к другу симпатии и доброжелательности, возникновение данного барьера невозможно.

6. **Барьер отрицательных эмоций**

И. Р. Ракей выделяет:

Пространственные и временные барьеры – неудачный выбор места общения. К *временным барьерам* – неправильный выбор времени встречи, нехватку или переизбыток времени, уделяемого на общение.

Эргономические барьеры – возникают из-за отсутствия подходящих условий для общения. Сюда можно отнести, например, слишком яркое или же наоборот недостаточное освещение, вибрацию, посторонний шум, неприятные запахи, загазованность воздуха.

Физиологические и психологические барьеры. Физиологические барьеры возникают в результате плохого самочувствия одного из собеседников. Сюда относятся стресс, депрессия, усталость, какая-либо функциональная патология и т. д.

Психологические барьеры связаны со слабой мотивацией в общении, личной неприязнью, негативными ассоциациями, завистью, комплексами неполноценности, страхом, манипуляциями.

К ним относятся:

- чрезмерная увлеченность собственной речью;
- пассивное поведение;
- чрезмерная застенчивость;
- необоснованное перебивание;
- бесповоротно сложившееся мнение;
- поглощенность собой, своими заботами и переживаниями;
- сверхэмоциональная реакция;
- низкая культура общения;
- склонность к оценочным суждениям;
- снисходительность к собеседнику;
- невнимание к собеседнику, игнорирование его мнения.

Социальные и правовые барьеры. Данные барьеры могут возникнуть в результате несоответствия социальных статусов собеседников, материального положения, положения в обществе, несоответствия возраста партнеров по общению. Следствием всего этого является несовпадение интересов собеседников.

Правовые барьеры возникают в случае наличия некоторых противоречий между нормативными актами различных регионов и стран. Собеседники при подготовке к деловой встрече обязательно должны ознакомиться с существующими нормативными актами противоположной стороны по интересующему их вопросу.

Педагогическое общение в работе врача

Для того чтобы процесс взаимоотношений пациента и медицинского работника был эффективным, необходимо изучать психологические аспекты их взаимодействия. Для медицинской психологии интересны мотивы и ценности врача, его представление об идеальном пациенте, а также определённые ожидания самого пациента от процесса диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, поведения врача или медсестры.

Можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медработниками такого понятия, как коммуникативная компетентность, т. е. способности устанавливать и поддерживать необходимые контакты с другими людьми. Этот процесс подразумевает достижение взаимопонимания между партнёрами по общению, лучшее понимание ситуации

и предмета общения. Следует отметить, что коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача и медсестры. Однако, несмотря на то, что в условиях клиники пациент вынужден обращаться за помощью к врачу, коммуникативная компетентность важна и для самого больного.

При хорошем контакте с врачом пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение имеет лучший эффект, гораздо меньше побочных действий и осложнений. Одной из основ лечебной деятельности является умение медработника понять больного человека. В процессе лечебной деятельности важную роль играет умение выслушать пациента, что представляется необходимым для формирования контакта между ним и медработником, в частности врачом. Умение выслушать больного человека не только помогает определить – диагностировать заболевание, которому он может быть подвержен, но и сам по себе процесс выслушивания оказывает благоприятное взаимодействие на психологический контакт врача и пациента.

Важно отметить, что необходимо учитывать и особенности (профильность) заболевания при контакте с пациентом, поскольку в распространённых в клинической медицине терапевтических отделениях находятся больные самого различного профиля. Это, например, пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, органов дыхания, почек и др. И нередко их болезненные состояния требуют длительного лечения, что оказывает влияние и на процесс взаимоотношений медработника и больного. Длительный отрыв от семьи и привычной профессиональной деятельности, а также тревога за состояние своего здоровья вызывают у пациентов комплекс различных психогенных реакций.

Однако не только эти факторы сказываются на психологической атмосфере и состоянии пациента. В результате психогений может усложняться течение основного соматического заболевания, что, в свою очередь, ухудшает психическое состояние больных. И, кроме того, в терапевтических отделениях на обследовании и лечении находятся больные с жалобами на деятельность внутренних органов, нередко даже не подозревая того, что эти соматические нарушения психогенного характера.

Таким образом, профессиональная деятельность врача неразрывно связана с общением как процессом обмена информации,

восприятием и пониманием людей друг друга. Более того, в своей практике медицинские работники соприкасаются с различными сферами жизни человека и общества – сферой здоровья (физического, психического, социального), прав, системой образования и здравоохранения, с профилактической работой, административными вопросами и другими. Поэтому для достижения максимальной эффективности в своей профессиональной деятельности врач должен хорошо знать закономерности и особенности процесса общения, а также причины возникновения барьеров в процессе межличностного взаимодействия.

Практическая работа

Ординаторы объединяются в две команды.

Необходимо оценить фразы с точки зрения критериев эффективности речи.

Задания:

1. Какой критерий речи нарушен? Объясните почему.
2. Составьте фразу, устранив ошибку.
3. В чем заключается ошибка медсестры ()?

Фразы для команды 1: «Данный препарат Вам необходимо принимать 2 раза в день, запивая жидкостью»; «Вы можете самостоятельно измерять АД и ЧЧС?».

Фразы для команды 2: «Завтра в 9 часов утра Вам нужно подойти в кабинет 402 на гирудотерапию»; Медсестра А. «Ввиду того, что у Вас запор, Вам необходимо вечером выпить стакан простокваши и отказаться от употребления рисовой каши». Медсестра Б. «Да всё это ерунда. Вам ведь врач назначил слабительное. Диету соблюдать не обязательно».



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Назовите участников процесса общения.
2. Вербальная и невербальная коммуникация – приведите профессиональные примеры.
3. Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения.
4. Приведите примеры барьеров общения в работе врача.

5. Ответьте на предложенные утверждения «Да» или «Нет»:
- 5.1. Общение – сложный многоплановый процесс развития контактов между людьми.
 - 5.2. Процесс общения включает в себя только обмен информацией.
 - 5.3. Речь является средством вербальной коммуникации.
 - 5.4. Нарушение зоны личного контакта (45–50 см) приводит к возникновению ощущения дискомфорта.
 - 5.5. Если человек скромный и застенчивый, он никогда не сможет стать общительным.
 - 5.6. В общении с пациентом приветствуется употребление научных терминов, аббревиатур.
 - 5.7. Критерий уместности сообщения предполагает удачный выбор места и времени общения.
 - 5.8. К невербальному общению относят жесты, мимику, пантомимику, проксемику.
 - 5.9. Проксемика – это пространственная и временная организация общения.
 - 5.10. Интернет, телефонная связь не относятся к средствам общения.



ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вспомните какую-либо недавнюю ситуацию, когда вы пытались повлиять на чувства, мысли или поступки другого человека. Постарайтесь определить, какую цель вы при этом преследовали. Чего вы в действительности хотели добиться? Совпадала ли эта цель с той, которую вы объявили адресату своего влияния или негласно подразумевали? Считаете ли вы эту цель достойной того, чтобы к ней стремиться?

Представьте свои размышления в форме эссе.



ТВОРЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

- Предложите способы преодоления возможных барьеров в профессиональном общении врача.
- Составьте таблицу «Барьеры в профессиональном общении врача и способы их преодоления».

2.2. Конфликты

В разгар конфликтного момента,
крик не заменит аргумента.

Е. Резникова

Цель занятия: на основе знания сущности конфликта формирование готовности обучаемых ординаторов к управлению конфликтными ситуациями в медицине.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Конфликты: понятие, причины, виды, типы, стадии.
2. Конфликтные и бесконфликтные коммуникации.
3. Конфликты в медицине.
4. Управление конфликтными ситуациями.

Ключевые слова: *структура, динамика, функции, управление конфликтом.*

Базовая информация

Конфликт – столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия, т. е. проявление объективных или субъективных противоречий, выражающихся в противоборстве сторон. Оппоненты (противники в споре) отличаются друг от друга позицией, «силой» или рангом. Ранг оппонента – это социальная характеристика человека. Таким образом, конфликтная ситуация включает: оппонентов, объект, цели и отношения между ними.

Сущность конфликта – охватывает четыре основные характеристики: структуру, динамику, функции и управление конфликтом.

В **структуре** конфликта выделяют:

- объект (предмет спора);
- субъекты (отдельные индивиды, группы, организации);
- условия протекания конфликта;
- масштаб конфликта (межличностный, локальный, региональный, глобальный);
- стратегии и тактики поведения сторон;
- исходы конфликтной ситуации (последствия, результаты, их осознание).

Этапы конфликта:

- предметная ситуация – возникновение объективных причин конфликта;
- конфликтное взаимодействие – инцидент или развивающийся конфликт;
- разрешение конфликта (полное или частичное).

Функции конфликта:

- диалектическая – выявление причин конфликтного взаимодействия;
- конструктивная – вызываемое конфликтом напряжение может быть направлено на достижение цели;
- деструктивная – появляется личностная, эмоциональная окраска взаимоотношений, которая мешает решению проблем.

Управление конфликтом рассматривается в двух аспектах: внутреннем и внешнем. Первый из них заключается в управлении собственным поведением в конфликтном взаимодействии. Внешний аспект управления конфликтами предполагает, что субъектом управления может выступать руководитель.

Виды конфликтов представлены в табл. 4.

Таблица 4

Классификация конфликтов

№ п/п	Признак классификации	Виды конфликтов
1.	По сферам проявления	Производственно-экономические Идеологические Социально-психологические Семейно-бытовые
2.	По масштабам, длительности и напряжённости	Общие и локальные Бурные быстротекущие, кратковременные Острые длительные, затяжные Слабовыраженные и вялотекущие Слабовыраженные и быстротекущие
3.	По субъектам конфликтного взаимодействия	Внутриличностные Межличностные Межличностно-групповые Межгрупповые

№ п/п	Признак классификации	Виды конфликтов
4.	По предмету конфликта	Реальные (предметные) Нереальные (беспредметные)
5.	По истояникам и причинам возникновения	Объективные и субъективные Организационные Эмоциональные и социально-трудовые Деловые и личностные
6.	По коммуникативной направленности	Горизонтальные, вертикальные. смешанные
7.	По социальным последствиям	Позитивные и негативные Конструктивные и деструктивные Созидательные и разрушительные
8.	По формам и степени столкновения	Открытые и скрытые Спонтанные, инициативные и спровоцированные Неизбежные, вынужденные, нецелесообразные
9.	По способам и масштабам урегулирования	Антагонистические и компромиссные Полностью или частично разрешаемые Приводящие к согласию и сотрудничеству

Стадии конфликта

Первая стадия – появление условий, создающих возможности для возникновения конфликта в будущем, а именно:

- проблем, связанных с общением (неудовлетворительный обмен информацией, отсутствие взаимопонимания в коллективе);
- проблем, связанных с особенностями работы организации (авторитарный стиль управления, отсутствие четкой системы оценки работы персонала и вознаграждений);
- личностных качеств работников (несовместимые системы ценностей, догматизм, неуважение к интересам других членов коллектива).

Вторая стадия – развитие событий, при котором конфликт становится очевидным для его участников. Об этом могут свидетельствовать изменение взаимоотношений между участниками конфликта, создание напряженной обстановки, ощущение психологического дискомфорта.

Третья стадия – очевидность намерений участников конфликта разрешить создавшуюся конфликтную ситуацию. Здесь можно выделить основные стратегии разрешения конфликта:

– конфронтация – одна из сторон хочет удовлетворить свои интересы, не считаясь с тем, как это повлияет на интересы другой стороны;

– сотрудничество – предпринимаются активные попытки наиболее полно удовлетворить интересы всех участвующих в конфликте сторон;

– стремление избежать конфликта – конфликт игнорируется, стороны не желают признавать его существование, пытаются избегать людей, с которыми возможны разногласия по тем или иным вопросам;

– приспособленчество – одна из сторон конфликта стремится поставить интересы другой стороны выше собственных;

– компромисс – каждая из сторон конфликта готова частично пожертвовать своими интересами во имя общих.

Четвертая стадия – воплощение намерений его участников в конкретные формы поведения. При этом поведение участников конфликта может принимать как контролируемые формы, так и не контролируемые (столкновение групп и т. д.).

Пятая стадия конфликта – последствия (позитивные или негативные) наступают после разрешения конфликта.

Коммуникация может быть конфликтной и бесконфликтной.

Конфликтная модель

В данной модели предлагается три уровня разрешения конфликтов:

– на уровне интересов – любые наши действия по удовлетворению наших потребностей, желаний, заинтересованности и т. д.;

– на уровне права – обращение в суд, когда необходимо выяснить кто же прав;

– на уровне силы – забастовка, война, драка и прочее, т. е. жесткое определение той стороны, которая сильнее.

В целом наиболее эффективным признается разрешение конфликтов на уровне интересов, нежели на уровне права или силы. Разрешение на уровне силы очень дорого, поскольку требует большого объема ресурсов. Кроме того, уровень силы не является долговременным: силовое воздействие все равно надо будет время от времени проявлять и в дальнейшем. Уровень права также признается

дорогим, поскольку он включает дорогостоящие юридические процедуры. Они, безусловно, требуют также такого ресурса, как время. При этом результаты разрешения на этом уровне не всегда удовлетворяют конфликтующие стороны, поскольку юридически правильное решение далеко не всегда считается справедливым.

Эффективная система разрешения конфликтов должна базироваться на следующих принципах.

1. Быть сфокусированной на интересах:
 - переговоры должны начинаться как можно раньше;
 - должна быть продумана система переговоров;
 - переговоры должны носить многоступенчатый характер;
 - повышена мотивация.
2. В систему должны быть встроены возможности возврата к переговорному процессу.
3. Необходимо предоставлять более дешевые процедуры определения прав или определения того, кто сильнее.
4. Переговоры должны предварять консультации, а после переговоров должна вступать в действие обратная связь.
5. Последовательность процедур должна быть расположена в определенной последовательности – от дешевых к дорогим.
6. Предоставляйте необходимую мотивацию и ресурсы. Разрешение конфликта является коммуникативной процедурой.

Общие правила и приёмы *бесконфликтного общения* носят универсальный характер и подходят для общения со всеми типами собеседников в большинстве ситуаций.

Наиболее общие правила универсального характера называют **принципами**, принципы реализуются в *правилах*, а конкретные способы реализации правил общения – это *приёмы*. Некоторые приёмы могут использоваться для реализации нескольких правил.

1. *Принцип терпимости к собеседнику* – принимайте собеседника таким, каков он есть.

Правила:

- Не пытайтесь переделать собеседника в момент разговора. Собеседник всегда прав. Даже если он не прав. Не говорить: Почему вы на меня кричите? Почему вы со мной в таком тоне разговариваете?
- Пытайтесь преодолеть негативную установку к собеседнику. Негативная установка часто беспричинна. Не доверяйте чужой оценке; оцените собеседника только после разговора.

- Отвлекайтесь от недостатков собеседника. Не замечайте его оплошностей, неудачных слов и выражений. Назовите для себя недостатки собеседника особенностями.
- Приспосабливайтесь к собеседнику. Говорите с ним на его «языке», в понятных ему словах и выражениях. Учитывайте его настроение и самочувствие.

2. *Принцип благоприятной самоподачи* – добивайтесь расположения собеседника, стремитесь понравиться ему.

Правила:

- Произведите максимально приятное внешнее впечатление. Помните, что по одежке встречают (аккуратная одежда; бодрый и жизнерадостный вид).
- Демонстрируйте уважительную манеру общения.
- Смотрите на собеседника; держите дистанцию; не говорите слишком громко; не начинайте необходимый вам разговор сразу.
- Демонстрируйте собеседнику, что он вам нравится. Помните, что нам нравятся те, кому нравимся мы, покажите собеседнику своё расположение и тогда вы понравитесь ему. Повторяйте вслух слова и выражения собеседника, сопровождая их своими комментариями (вот именно..., правильно... и т. д.); «поддакивайте».
- Показывайте собеседнику, что вы «свой». Помните, чем более «своим» ощущает вас собеседник, тем эффективнее ваше речевое воздействие на него. Говорите собеседнику, что у вас общие взгляды; чаще соглашайтесь; говорите, что он прав.
- Индивидуализируйте собеседника. Замечайте среди других людей; отдельно здоровайтесь; чаще называйте по имени; интересуйтесь его делами; чаще спрашивайте его мнение; комментируйте его поведение «я вижу, вы устали», «мне кажется вам холодно»...
- Укрупняйте собеседника. Советуйтесь; отмечайте его достоинства; приписывайте ему положительные черты, которых у него может и не быть; одобряйте его; «снижайте» себя в его глазах; дайте ему превзойти вас.
- Говорите собеседнику комплименты.

3. *Принцип минимизации негативной информации* – сведите к минимуму сообщаемую собеседнику негативную информацию

Правила:

- Не упоминайте плохое, не упрекайте собеседника. Помните, что упрек заставляет оправдываться. Не упоминайте негативный совместный опыт; упоминайте только общие успехи, положительный опыт; меньше критикуйте, не делайте замечаний.
- Не покушайтесь на ценности и стереотипы собеседника. Не отзывайтесь плохо о его кумирах; критику, если без неё нельзя представить в форме непонимания («Этот поступок, эту музыку и др. я не понимаю»).

Конфликты в медицине – происходят на трех уровнях противоречий (вышем, среднем и низком):

- 1) система здравоохранения – общество;
- 2) учреждения здравоохранения (администрация) – медицинский персонал;
- 3) медицинский персонал – пациенты (и их родственники).

Противоречия, из-за которых возникают конфликты в системе здравоохранения:

1. Конфликт «общество – здравоохранение»:

- отсутствие целостной и последовательной концепции развития здравоохранения;
- недостаточность финансового и материально-технического обеспечения системы здравоохранения. Имеет объективные (экономика в упадке, недостаток ресурсов) и субъективные (недальновидная, безответственная политика государства) причины.

Скудность выделяемых средств ведут к таким негативным последствиям как:

- социально-трудовые конфликты, забастовки, митинги, пикетирование;
- закрытие участковых больниц;
- недостаток денежных средств на лекарственное обеспечение и оборудование;
- недовольство медицинского персонала уровнем вознаграждения своего труда. Это заставляет искать дополнительные заработки, что снижает качество работы.

2. Конфликты в системе «врач – больной» – заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Выделяются *объективные, субъективные и нереалистические* конфликты.

Объективные конфликты вызваны неудовлетворением обещанного, несправедливым распределением каких-либо обязанностей, преимуществ и направлены на достижение конкретных результатов.

Примерами могут служить:

– обещание врачом больному полного излечения, а в результате особенностей течения болезни наступила стойкая утрата трудоспособности;

– некачественное выполнение своих обязанностей (послеоперационные осложнения по вине медицинского работника, несвоевременный обход);

– отказ в госпитализации больного или несвоевременная госпитализация;

– несвоевременное выполнение операций, процедур и т. п.;

– помещение в палату с умирающим больным;

– требование в покупке медикаментов;

– требование вознаграждения за выполненную работу.

Субъективные конфликты. Этот тип конфликта часто связан с несовпадением ожиданий пациента с реальностью.

Поводом может служить несоответствующее представление о должном поведении медицинского персонала (грубость, неучтивость), проведении процедур (нерегулярность, непунктуальность, халатность), санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре (грязь, шум, запах), неправильная диагностика или неправильное назначение терапии.

Нереалистичные конфликты имеют своей целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обид, враждебности, – когда острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью. Этот конфликт нередко обусловлен предвзятым отношением пациента к медицинской службе в целом или к отдельному врачу в частности.

Далеко не все пациенты, обращающиеся к врачу, склонны сотрудничать с ним, верят, что врач хочет и может им помочь. Такие пациенты не готовы к установлению сотрудничества в процессе лечения. Практика показывает, что многие из них смотрят на попытки врача завязать с ними доверительное отношение как на замаскированное стремление заполучить «подопытного кролика». Распознать пациента, скептически настроенного по отношению к врачам, обычно не трудно, но избежать его отрицательной или оборонительной реакции гораздо сложнее. Тем не менее важно уметь отличать таких людей от прочих и не пытаться убеждать их словами. Скорее всего, на них большее впечатление произведут не слова, а действия. В подобных случаях, как и во многих других, потенциально конфликтных ситуациях, полезно дать пациенту понять, что его внимательно выслушали. Иногда обойти острые углы и дать ему расслабиться помогают простые реплики типа: «Я Вас внимательно слушаю», или «Я кое-что посоветую, но решать Вы, конечно, будете сами».

Особую категорию составляют пациенты, имеющие цели, отличные от лечения. Доверительные отношения с врачом они стремятся использовать в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Такие пациенты, в отличие от предыдущих, обычно выглядят настроенными на плодотворное сотрудничество, благодарными и полностью доверяющими врачу. На самом деле те из них, кто особенно усердствует в похвалах, чаще других вступают с врачом в конфликт. Существует два типа ситуаций, в которых пациенты стремятся к деструктивному взаимодействию с врачом.

Во-первых, это случаи, когда пациент своими словами и поступками пытается склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи: «Объясните это, пожалуйста, моей жене», «Это у меня из-за него депрессия». В этой ситуации врач становится оружием, которое пациент использует против своих близких. Пациент может прямо попросить врача вмешаться в домашний конфликт. Подобные просьбы следует расценить как сигнал, предупреждающий об опасности: завязавшиеся в ходе лечения доверительные отношения могут быть использованы пациентом для достижения далеких от лечения целей.

Второй тип ситуаций, при которых возможно злоупотребление доверием врача, – когда болезнь сулит пациенту определенные

выгоды. Другими словами, болезненное состояние приносит какую-то пользу, и в результате он стремится его сохранить. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. Человеку хочется быть больным, и он использует свои отношения с врачом для получения «официального подтверждения» своего состояния.

Важно уметь распознавать пациентов, использующих отношения с врачом в посторонних целях: их легко спутать с людьми, действительно стремящимися к плодотворному сотрудничеству в процессе лечения. Оба упомянутых вида деструктивного взаимодействия пациента с врачом характеризуются тем, что поведение пациента мало меняется с течением времени, а врач зачастую испытывает разочарование и чувство беспомощности. Врач должен проявлять постоянную настороженность в отношении таких ситуаций, иначе его доверием будут злоупотреблять.

Еще один редкий тип людей, не склонных к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, можно назвать «сутяжным». Несмотря на то, что пациенты с изначальной установкой на предъявление судебного иска встречаются крайне редко, врач должен уметь их распознавать. Серьезные ошибки в диагностике и лечении чреватy судебным иском, даже если между врачом и пациентом установились вполне доверительные отношения, однако важно подчеркнуть, что в большинстве своем судебные иски вызваны именно конфликтными отношениями. Следует отметить, что эффективное предупреждение судебных исков по поводу неправильного лечения требует особого внимания врача к установлению плодотворного взаимодействия с пациентом, причем это правило распространяется на всех людей, независимо от того, заметна у них склонность к сутяжничеству или нет. И, главное, следовать совету юристов – предельно четкая документация.

Существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами пациентов. Настырно-требовательному следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования. В случае вязких пациентов целесообразно проводить регулярные короткие осмотры в строго установленные часы; медицинское обоснование для назначения очередного приема

необязательно. Столкнувшись с хронически недовольными пациентами, лучше всего признать неутешительные результаты лечения, разделить их пессимизм и обратить свое внимание скорее на установление с ними хороших отношений, чем на выполнение. Существенную роль в этом взаимодействии медицинского работника и пациента играет этика и деонтология.

Причины и условия возникновения конфликтов в медицине

Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «врач – пациент – общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий – конкуренция, кооперация, конфликт с учетом набора функций каждого из них. Одной из форм реализации взаимоотношений социальных субъектов в медицинской сфере является конфликт, который выступает как интерперсональный способ развития социального института медицины.

Субъектами медицинской практики, участвующими в конфликтных ситуациях, являются медицинские работники, пациенты, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента и других участников, входящих в сферу медицинской деятельности.

Уровень конфликтогенности взаимоотношений врача и пациента зависит от:

- материально-технической базы лечебного учреждения;
- квалификации медицинского персонала;
- качества и стоимости оказываемых услуг;
- оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи.

Стороны и предмет конфликта в медицине

Сторонами конфликта в медицине являются:

- в межличностных: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор;
- в межгрупповых: администрация ЛПУ – пациент, врач – родственники пациента, администрация ЛПУ (юридическое лицо) – пациент (истец в суде).

Предметом конфликта в медицине выступают:

- объективные причины (не зависящие от врача): организационно-технические, финансовые (экономические);
- субъективные причины (зависящие от врача): информационно-деонтологические, диагностические, лечебно-профилактические, тактические.

Наиболее распространенные способы разрешения конфликтов в медицинской практике:

- 1) досудебный: разрешение конфликта на первичном уровне врач – пациент, заведующего отделением, администрации ЛПУ, КЭК, этическим комитетом;
- 2) судебный: органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции – специализированными третейскими судами.

Способы разрешения конфликтов приводят к соответствующим типичным результатам разрешения конфликта:

- а) разрешение конфликта на досудебном уровне;
- б) исполнение решения суда.

Конфликтное поведение среди пациентов присуще лицам предпенсионного или пенсионного возраста, обладающим невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, имеющим мало комфортные бытовые условия. Среди них значительна доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынуждены работать иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту.

Субъектами конфликтов в медицинской практике чаще становятся граждане с низким уровнем доходов, ограничивающим их возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечении качественными (а значит эффективными) лекарственными средствами.

Социально-экономические характеристики медицинских работников и их партнеров по конфликтному взаимодействию – пациентов практически аналогичны. Различия выявлены в том, что в конфликт часто вступают врачи, имеющие высокую профессиональную квалификацию. Несмотря на осознанный выбор специальности и значительный опыт работы с людьми, низкая заработная плата, соответствующая лишь уровню прожиточного минимума, является одним из основных факторов, определяющим социопсихологический дискомфорт врачебного персонала

и влияющим на характер intersubъектных взаимоотношений в момент оказания медицинской помощи.

Для разных отраслей медицинской деятельности ведущими являются разные виды конфликтов:

- сокращение продолжительности врачебного приема является главным фактором конфликтогенности в системе отношений «медицинский персонал – пациент» на амбулаторно-поликлиническом приеме;

- в судебно-медицинской практике ситуацию конфликтного взаимодействия субъектов медицинской практики формируют результаты экспертизы;

- в стоматологической практике главным конфликтогенным фактором является несоответствие цены и качества услуги;

- в фармации конфликт врача и фармацевта – это конфликт профессионалов, который может быть позитивным, а конфликт пациента и фармацевта – это конфликт профессионала и непрофессионала, который непродуктивен, но может быть разрешен путем более полного информирования пациента;

- из тех видов конфликтов, которые существуют в медицинской науке, наибольшее социальное значение имеют конфликты в клинических испытаниях, поскольку они провоцируют риски для испытуемых.

Избегание конфликтов методологически ошибочно и практически нереально. При переходе к пациент-ориентированной системе отношений в здравоохранении существует необходимость активизировать позитивную функцию конфликта на основе коллегиальной модели взаимоотношений врача и пациента.

Управление конфликтом:

- 1) организация встреч конфликтующих сторон, оказание им помощи в выявлении причин конфликта и конструктивных путей его разрешения;

- 2) постановка совместных целей и задач, которые не могут быть достигнуты без примирения и сотрудничества конфликтующих сторон;

- 3) привлечение дополнительных ресурсов, в первую очередь в тех случаях, когда конфликт был обусловлен дефицитом ресурсов – производственных площадей, финансирования, возможностей для продвижения по службе и т. п.;

4) выработка обоюдного стремления пожертвовать чем-либо для достижения согласия и примирения;

5) административные методы управления конфликтом, например перевод работника из одного подразделения в другое;

6) изменение организационной структуры, совершенствование обмена информацией, перепроектирование работ;

7) обучение работника навыкам управления конфликтами, мастерству межличностного общения, искусству ведения переговоров.

Практическая работа

Приведите свои аргументы в защиту каждого высказывания:

1. «Конфликты нужны, они бывают полезны для функционирования коллектива, оказывающего медицинские услуги».

2. «Конфликты не нужны, они вредны и оказывают негативное воздействие на физическое и психическое здоровье медиков».



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Назовите причины, виды, типы, стадии конфликта.
2. Приведите примеры конфликтных и бесконфликтных коммуникаций.
3. Можно ли управлять конфликтными ситуациями?
4. Какая стратегия выхода из конфликта оптимальна для врача?
5. Проанализируйте конфликт, свидетелем или участником которого вы были.



ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Разработайте ситуационные задачи (3–5) с эталонами ответов, иллюстрирующие конфликты разного типа.



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

- Подготовьте ментальную карту или таблицу «Конфликты в медицине».
- Придумайте сценарий ролевой игры по теме занятия.

2.3. Общение врача

Прекрасная вещь – общение с мудрецом.

Аристофан

Цель занятия: формирование у обучаемых ординаторов готовности к профессиональному общению.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.
2. Взаимоотношения врача, пациента и его родственников.
3. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента.
4. Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала.

Ключевые слова: *взаимодействие, критерии, правила, деонтология.*

Базовая информация

Эффективность практической деятельности врача во многом зависит от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением, и коллегами. Часто необходимо согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника.

Взаимодействие «врач – пациент» осуществляется согласно следующей схеме:



Мотивы обращения к врачу могут быть разнообразными.

- 1) человек может быть нацелен на обследование у врача с целью исключить наличие заболевания;
- 2) обнаружение симптомов и подтверждение предполагаемого диагноза заболевания.

В первом случае несовпадение реальности и подтверждение отсутствия заболевания способно вызвать более негативную и даже аффективную реакцию со стороны пациента, чем во втором, когда расхождение прогноза и реальности будет не столь существенным.

Типы взаимодействия. Наиболее распространенным является дихотомическое деление: кооперация и конкуренция (согласие и конфликт, приспособление и оппозиция).

Кооперация – взаимодействие, при котором его субъекты достигают взаимного соглашения о преследуемых целях и стремятся не нарушать его, пока совпадают их интересы.

Конкуренция – это взаимодействие, характеризующееся достижением индивидуальных или групповых целей и интересов в условиях противоборства между людьми.

В процессе осуществления этих типов взаимодействия, как правило, проявляются следующие ведущие стратегии поведения:

1) сотрудничество, направленное на полное удовлетворение участниками взаимодействия своих потребностей (реализуется либо мотив кооперации, либо мотив конкуренции);

2) противодействие, предполагающее ориентацию на свои цели без учета целей партнеров по общению (индивидуализм);

3) компромисс, реализующийся в частном достижении целей партнеров ради условного равенства;

4) уступчивость, предполагающая жертву собственных интересов для достижения целей партнера (альтруизм);

5) избегание, которое представляет собой уход от контакта, потерю собственных целей для исключения выигрыша другого.

Модели взаимоотношений врача и пациента

Патерналистская (сакральная) модель – основы модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента здесь выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда».

Модель *технического типа* – одно из неоднозначных последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-ученого. В данной модели ответственность за исход лечения лежит в равной степени и на враче, и на пациенте. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным, с точки зрения научного знания, и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму здесь в полной мере компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений.

Модель *коллегиального типа* – на сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель. Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и т. д. не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного, со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

Модель *контрактного типа* – ещё одна модель равной ответственности врача и пациента за исход лечения. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

Контрактная модель в пореформенной России представляет из себя симбиоз патернализма и техницизма. Многочисленные социологические исследования в медицине за последние 10 лет показывают, что заключением контракта (договора) российский пациент, с одной стороны, демонстрирует свое равноправие в отношениях «врач – пациент», а, с другой стороны, сознательно,

договором стремится узаконить патерналистские отношения с врачом (т. е. перекладывает всю ответственность за исход лечения на врача).

Доверие к врачу остается обязательным компонентом лечебно-диагностического процесса. Однако его внутренняя сущность в лечебном процессе меняется. «Доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного».

Взаимоотношения врача и пациента – это не просто обмен сведениями, а часть лечения. Известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств: примером может служить эффект плацебо. Плацебо – это биологически инертное вещество, которое врач дает пациенту в качестве биологически активного. В клинических испытаниях, где плацебо применяют специально для того, чтобы вводить пациентов контрольной группы в заблуждение, совершенно однозначно продемонстрирована эффективность такого «лечения».

При всем разнообразии подходов сотрудничество врача и пациента состоит из *четырёх главных компонентов*: поддержки, понимания, уважения, сочувствия.

Поддержка – это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и пациента. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным пациенту. Обычно это само собой разумеется, и не требует никаких доказательств, однако бывают случаи, когда пациент отнюдь не уверен, что врач отстаивает его интересы. Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение пациента. Здесь должны помочь другие звенья системы здравоохранения, семья и друзья пациента. Однако главные ресурсы, вероятно, скрыты в самом пациенте. Их использование станет возможным, если пациент осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли пациента в лечебном процессе.

Это справедливо и в случае хирургического вмешательства, когда врач как будто полностью контролирует ситуацию. Добровольное ограничение приема наркотических анальгетиков, активное передвижение, несмотря на боль, энергичное участие в лечении – все это требует от пациента четкой установки на выздоровление. Эффективность плацебо, способствующего «самоизлечению», зависит от желания пациента выздороветь и в конечном итоге – от его

уверенности в успехе. Согласие пациента на активное участие в лечебном процессе обычно предвещает благоприятный исход.

Когда врач проявляет понимание, пациент уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я Вас понимаю» – или выражает то же самое невербальными средствами: взглядом, кивком головы. Тон и интонация способны демонстрировать как внимание и понимание, так и отстраненность и отсутствие интереса.

Невыполнение врачебных рекомендаций (и вследствие этого – неуспех лечения) может быть единственным признаком того, что пациент не уверен в том, что в его случае разобрались. Когда отношения врача и пациента заходят в тупик, можно произнести примерно следующее: «Кажется, мои советы Вас не совсем устраивают. Хотелось бы понять, в чем тут дело», демонстрируя этим свое доверительное отношение к пациенту и готовность понять его проблему.

Уважение подразумевает признание ценности пациента как индивида и важности его забот. Речь идет не только о согласии выслушать человека – главное показать, что его слова произвели на вас впечатление: необходимо признать значительность происходящих с ним событий. Улучшению взаимопонимания способствует такая, например, фраза: «Конечно, Вам приходится много терпеть; Вы слишком долго болеете, и Ваше огорчение очень естественно и понятно».

Чтобы продемонстрировать уважение, нужно ознакомиться с обстоятельствами жизни пациента настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни. Уже само время, потраченное на выяснение личных обстоятельств пациента, свидетельствует об уважении врача. Если смотреть пациенту в глаза, сидя рядом с ним, он почувствует, что его уважают. Если же без конца прерывать пациента или вести в его присутствии посторонний разговор, он «замкнется в себе» и доверительные отношения с пациентом не сложатся.

Уместно бывает похвалить пациента за терпение, за аккуратное соблюдение предписаний врача. Если он представил свои старые рентгенограммы, следует показать, насколько полезной оказалась эта информация, – в результате возникнет положительная обратная связь.

Одна из самых опасных и деструктивных привычек врача – склонность к унижительным для своих пациентов замечаниям. Пациент, случайно услышавший, как врач вышучивает его в кругу коллег, вряд ли забудет и простит. Правильно или неправильно он истолкует услышанное, неосторожные замечания врача могут навсегда испортить доверительный контакт с пациентом.

Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества между врачом и пациентом. Сочувствие начинается с самого факта нашего присутствия, часто молчаливого, с ожидания, когда пациент заговорит. Если приходится прервать беседу, нужно уверить пациента, что вы тотчас вернетесь и дослушаете его. Врач должен терпеливо выслушать пациента, даже когда тот повторяется, дать ему возможность обсудить причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь. Сочувствие можно выразить просто положив ему руку на плечо, контактируя с ним не только физически, но и эмоционально.

Технический прогресс часто разрушает эту непосредственную связь: врач – пациент. Когда врач позволяет машине вклиниться между собой и пациентом, он рискует лишиться своего мощного исцеляющего воздействия.

Налаженные взаимоотношения врача и пациента не только целительны сами по себе, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств. Например, от этих взаимоотношений часто зависит дисциплинированность пациента, т. е. его готовность выполнять врачебные рекомендации. Аналогичным образом, стремление сотрудничать со своим врачом – часто главный стимул к изменению образа жизни, подчас очень трудному.

Сотрудничество врача и пациента – необходимое условие успеха лечебных мероприятий. Установление таких взаимоотношений не представляет для врача сложности, поскольку сами пациенты стремятся к плодотворному сотрудничеству с ним.

Квалификация врача включает в себя как минимум два качества. Во-первых, это уровень знаний и навыков, которыми обладает он; во-вторых, использование им в профессиональной деятельности нравственных принципов. Ни в какой иной специальности нет такой взаимообусловленности этических и профессиональных качеств человека. Именно вследствие этого обстоятельства врач принимает клятву, облакая себя обязанностью следовать определенным моральным канонам.

Согласно определению, медицинская этика – это совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей. Этика определяет законы морали и нравственности, нарушение которых зачастую не ведет к уголовной или административной ответственности, но однозначно приводит к моральному осуждению со стороны общества, нравственному суду, «суду чести». Проблема современного кризиса заключается в том, что этические нормы поведения в последние десятилетия становятся достаточно динамичными. Объективная необходимость их изменения намного опережает их всеобщее признание в обществе. В первую очередь они подвержены влиянию общественных факторов и норм общественной морали.

Психологи систему этических воззрений или суждений по степени их обобщенности представляют в виде четырех уровней: *этические теории, этические принципы, этические нормы, этические стандарты поведения.*

В теоретическом плане задачами медицинской этики становится выявление этической оправданности и обоснованности моральных норм. В области медицинской этики доминируют две теории морали: деонтологическая и утилитарная. Первая считает основой нравственной жизни долг, выполнение которого связано с внутренним повелением. Основным критерием нравственности выступает честность. Вторая теория морали исходит из убеждения о том, что критерием оценки поступков человека является полезность.

К числу *базисных принципов биомедицинской этики* относятся принципы:

- а) автономии;
- б) непричинения вреда;
- в) благодеяния;
- г) справедливости.

В соответствии с этими принципами и должно строиться взаимодействие врача и пациента.

Конфиденциальность. Вопрос о нравственной оценке конфиденциальности (разглашении врачебной тайны – интимных сведений, которые стали известны медицинским работникам в процессе

обследования и терапии пациента) до настоящего времени остается одним из наиболее важных в области медицинской этики. Ведь конфиденциальность в традиционном понимании подразумевает неразглашение сведений о больном, сохранение тайны болезни практически во всех без исключения случаях. В противном случае, если не будет гарантирована конфиденциальность, т. е. будут нарушены основополагающие этические принципы и к врачам многих специальностей добровольно не станут обращаться или при вынужденном обращении будут скрывать от них важные для диагностики и лечения сведения.

Сегодня законодательно ограничены ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности – случаи непосредственной опасности для окружающих, связанной с симптоматикой заболевания. Однако за рамками закона остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. К примеру, ситуация с сообщением без согласия больного его родственникам диагноза заболевания. Что признать этически оправданным, «добродетельным» – сообщение жене о шизофрении, распознанной у ее мужа, или укрытие этого факта? Добродетель в отношении кого более справедлива – в отношении больного мужа, который не хотел бы потерять семью вследствие реакции жены на диагноз, или в отношении жены, которая на основании знаний об истинном диагнозе болезни мужа могла бы строить новую жизнь?

Врач решает эту задачу в настоящее время «индивидуально», но часто на основании собственных представлений о благе и вреде. Думается, что этот этический ребус должен всегда решаться в пользу больного. И сообщение близким родственникам диагноза его заболевания должно основываться только на доброй воле пациента.

Паттернализм. Паттернализм так же, как и вышеперечисленные параметры, можно отнести к этическим проблемам медицины. Суть его заключается в этической оценке возможности и допустимости принятия врачом на себя роли человека, диктующего больному, как тому следует поступать в жизни. Зачастую врач распространяет свое влияние на области жизни пациента, которые не имеют непосредственного отношения к его болезни. В частности, врач берет на себя ответственность за категорические

рекомендации по поводу замужества и женитьбы, разводов, деторождения, поступления на работу или увольнения с нее. К примеру, пациентка с невротическими расстройствами, возникшими после измены супруга, может попросить у врача-психиатра совета по поводу возможности и целесообразности дальнейшей совместной жизни с мужем. Врач не имеет этического права давать совет, поскольку любой из них будет обосновываться не медицинскими, а его собственными нравственными критериями. Противоположностью паттернализма является взаимоотношения врача и пациента на платформе сотрудничества и партнерства.

Лечение без согласия. Сложной этической проблемой остается обоснованность терапии пациента без оповещения его о назначаемых лекарствах, механизмах их действия, побочных эффектах. Недопустимым следует считать назначение антипсихотических препаратов человеку (подбрасывание в пищу), который не знает об их приеме.

Компетентность. На первый взгляд, категория компетентности не относится к этическим нормам. Однако это относится к случаям недостаточной компетентности – недостаточные знания и навыки в области профессиональной деятельности. С этических позиций интерес представляет расширение границ компетентности, когда в профессионально проводимый анализ включаются, наряду с традиционными клиническими феноменами, психологические проявления. При этом, как правило, происходит гипердиагностика – приписывание обычным психологическим феноменам характера патологии. Справедливо в связи с этим замечание В. А. Тихоненко и Г. М. Румянцевой о том, когда психиатр грусть или печаль называет субдепрессией, гнев – дисфорией, увлеченность – гипопараноидностью, враждебность – гипопараноидностью и т. д. На психологическом жаргоне процесс подобной подмены точно назван «профессиональным кретинизмом».

Взаимодействие между врачом и пациентом в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успеха. Самое популярное лекарство – сам врач, а если взглянуть на это глазами пациента, то личность врача – самое мощное из всех плацебо.

Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента

Необходимо

1. Воспринимать общение с родственниками пациента как необходимую часть лечебной работы.

2. Подготовиться к общению с родственниками пациента: уточнить время и дату разговора, при необходимости договориться заранее и согласовать детали разговора (если необходимо какое-либо содействие родственников в организации ухода, помощь в транспортировке, выявлено серьезное заболевание или состояние, угрожающее жизни пациента).

3. Подготовить рабочее место, документы, иметь опрятный внешний вид, уделить особое внимание морально-психологическому настрою, четко определить тему и стиль беседы.

4. Владеть исчерпывающей и достоверной информацией о состоянии больного на текущий момент (момент беседы).

5. Получить согласие от пациента на общение с родственниками (если больной находится в адекватном состоянии сознания, уточнить у него, кому из родственников он разрешает давать информацию о его заболевании и в каком объеме).

6. Отвести для беседы достаточное количество времени (не менее 3–4 минут), в соответствующих условиях (тихое место, без посторонних лиц).

7. Поприветствовать родственника (-ов) пациента, представиться.

8. Обращаться к родственникам уважительно, по имени и отчеству (узнать при необходимости, уточнив степень родства с пациентом), говорить на доступном им языке, поясняя профессиональные термины.

9. Объективно, без эмоциональных и личностных оценок предоставлять информацию о пациенте.

10. Использовать индивидуальный подход к родственникам пациента, ориентируясь на их психосоматическое состояние, при этом общение должно быть максимально вежливым и корректным.

11. Демонстрировать полную заинтересованность, внимание к собеседникам; на протяжении всего взаимодействия сохранять доброжелательный, корректный тон, позитивную атмосферу, оказывать психологическую поддержку, успокаивать, подбадривать (вербально и невербально).

12. Внимательно выслушивать, повторять ключевые фразы, резюмировать.

13. Обязательно осведомить о возможных рисках тех или иных диагностических и лечебных процедур, обосновав необходимость их проведения; о возможных осложнениях имеющегося патологического процесса, которые могут возникнуть при естественном течении заболевания (во избежание истолкования осложнений в качестве следствия проводимого лечения); рассказать об используемых и планируемых мерах профилактики осложнений.

14. Сообщить о достигнутых успехах, подчеркнуть роль проводимого квалифицированного лечения в нашей больнице.

15. Информировать родственников о режиме и правилах посещения.

16. Давать рекомендации.

17. Интересоваться, есть ли вопросы, отвечать при их наличии.

18. Уметь контролировать свои эмоции.

19. Управлять беседой, иметь стандартные вопросы для различных вариантов развития взаимодействия, использовать целевые вопросы.

20. Удостовериться в адекватности, правильности понимания собеседником полученной информации.

21. Предоставлять информацию только в рамках своей должностной компетенции, соблюдая нормативно-правовые документы.

22. Уметь корректно прервать разговор, в случае возникновения экстренного вопроса извиниться и оперативно уладить ситуацию.

23. При угрозе возникновения конфликтной ситуации, перевести разговор, поставить в известность заведующего отделением.

24. При взаимодействии со «сложными» родственниками пациента приглашать коллег в качестве свидетелей их неадекватного поведения.

25. Подвести итог беседе, поблагодарить, выразить надежду на успех, попрощаться.

Запрещено:

1. Начинать общение с родственниками пациента, не поприветствовав их и не представившись.

2. Без уважительной причины и без предварительного согласования задерживать или переносить встречу на неопределенный срок, уклоняться от общения с ними.

3. Вести беседу без подготовки, на бегу, в присутствии посторонних.

4. Формально, отстраненно общаться, ограничиваясь односложными ответами «да / нет / не знаю / у больного все нормально».

5. Предоставлять скудную информацию, не информировать родственников пациента о его состоянии, держать в неведении о ходе и перспективах лечения; скрывать важную информацию.

6. Отказывать в повторном объяснении, пояснении.

7. Отвлекаться во время общения на второстепенные вопросы, проявляя пренебрежение и неуважение, не слушать, вести параллельный разговор с другими сотрудниками, давать указания и делать замечания персоналу, долго общаться по мобильному телефону, принимать пищу, жевать жевательную резинку.

8. Игнорировать собеседника (-ов) и его состояние, перебивать, не выслушивать пожелания, мнение, обесценивать значимость замечаний, жалоб, волнующих проблем и не стремиться понять их суть, оставлять заданные вопросы без ответов.

9. Допускать невежливый, нетерпеливый, возмущенный, грубый, повышенный тон разговора, фамильярность, снисходительность, раздражаться в ответ на «глупые» и «неудобные вопросы, выходить из себя, грубить, подавлять, унижать, угрожать, шантажировать, запугивать, идти на конфликт, употребляя фразы: «Идите жалуйтесь, кому хотите!»).

10. Переносить последствия своего негативного состояния или иных трудностей на собеседников.

11. Давать однозначные прогнозы в отношении течения заболевания, допускать безапелляционные негативные утверждения, нагнетать обстановку; выражать немотивированный оптимизм при наличии серьезного заболевания, угрожающего жизни пациента.

12. Предоставлять родственникам информацию, нарушающую права больного, способную повлиять на его дальнейшую личную и профессиональную жизнь (без согласия пациента).

13. Нарушать конфиденциальность, распространять информацию, полученную в ходе общения с родственниками, не получив согласия пациента: разглашать врачебную тайну, нарушать нормы врачебной этики и деонтологии.

14. Задавать вопросы на отвлеченные темы, общаться в неформальном русле.

15. Манипулировать родственниками пациента, использовать их возможности в личных целях.

16. В присутствии родственников касаться материальных вопросов, комментировать уровень заработной платы, намекать на материальное поощрение своего труда, просить о возмещении материальных расходов, обсуждать любые вопросы вознаграждения, «благодарности», спонсорской помощи (особенно до завершения лечения) вымогать.

17. Требовать от родственников приобретения лекарственных препаратов (особенно не являющихся в данный момент кардинально важным).

18. В присутствии пациентов или их родственников критиковать сотрудников, негативно отзываться о данном лечебном учреждении в целом, рекомендовать другие лечебные учреждения.

19. Заявлять о собственной некомпетентности, употребляя выражения «я не знаю...; я не могу решить вопрос о...» и т. п.

20. Прерывать разговор, не завершив его по стандарту.

Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала

Медицинская практика в значительной степени зависит от хорошего взаимопонимания между медицинскими сестрами и врачами. Когда взаимопонимания нет или оно под угрозой, качество медицинской помощи ухудшается. Исторически сложилось так, что взаимоотношения между врачами и медсестрами приобрели статус особых отношений. Это особенно верно в рамках стационарных учреждений и при лечении лиц с серьезными психическими расстройствами, когда врач и медсестра становятся доминантной парой, влияющей на другие мультидисциплинарные взаимодействия и, в особенности на характер связи с пациентами.

Характер образования медсестер и врачей претерпевает множество изменений, а именно границы между врачами как диагностами и назначающими лечение и медицинскими сестрами как исполнительницами распоряжений и раздатчицами лекарственных препаратов становятся менее четкими и более проницаемыми.

На отношения между врачом и медсестрой отчасти влияет то, что пациенты думают о них. Это отражает традиционный, популярный взгляд на роль врачей и медицинских сестер. Однако ожидания пациентов относительно того, что делают и чего не делают медицинские сестры и врачи, меняются очень быстро. Рост гласности относительно врачебных и медсестринских ошибок и использование Интернета частично сняли магическую ауру и глянец с этих профессий.

В условиях стационара традиционные взаимоотношения менялись медленно. Институциональные и профессиональные нормы все еще предусматривают принятие решений врачами, полагаются на кодекс поведения медицинских сестер и иерархию управленческой подотчетности. Стационарное учреждение выдвигает на первый план главный аспект отношений врача и медицинской сестры – взаимозависимость. Ни один из них не может работать независимо от другого.

Тем не менее врач все еще сохраняет значительную власть и несет ответственность, которые влияют на взаимозависимость: например, именно он решает, официально или неофициально, какого пациента госпитализировать и какого выписать.

Традиционно врачей рассматривают как хранилище клинических знаний и как ответственных за то, чтобы не отставать от последних достижений науки, за передачу этих знаний не только собственным ученикам, но и медицинским сестрам, работающим в их бригаде. С точки зрения общественности, университетское образование в противоположность больничному опыту расценивается как показатель того, что врачи «образованны, тогда как медицинские сестры всего лишь прошли профессиональную подготовку». Поэтому подразумеваемые знания являются источником разницы во власти, что подкрепляет отношения «врач – медсестра». Отчасти эта разница сократилась благодаря расширению университетской профессиональной подготовки медицинских сестер, как это было предусмотрено в проекте 2000 Министерства здравоохранения.

Практическая работа

Разбейтесь на пары и смоделируйте один из конфликтов: врач – пациент, врач – родственники пациента, врач – врач/медицинская сестра.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какая модель общения врача с пациентами оптимальна и почему?
2. Что необходимо учитывать во взаимоотношениях врача, пациента и его родственников?
3. Как сообщать диагноз инкурабельным больным?
4. Назовите правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента.
5. Что является системообразующим во взаимоотношениях врача и среднего медицинского персонала.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Подготовьте конспект или таблицу «Ситуации педагогического общения в работе врача».
- Разработайте ситуационные задачи (3–5) с эталонами ответов по теме занятия. Например: сообщение диагноза «беременность» подростку, пациентке с миомой матки, пациентке инфекционного отделения.



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

- Создать настольную «карточку – напоминание» с краткими правилами общения с родственниками пациента или (на выбор ординатора) правилами общения с пациентом.

2.4. Формирование коммуникативной компетентности современного врача

Цель занятия: формирование у обучаемых ординаторов коммуникативной компетентности современного врача.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Коммуникативная компетентность современного врача: понятие и её формирование.
2. Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
3. Мотивирование пациентов и членов их семей на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
4. Социальная и профилактическая педагогика в работе врача.

Ключевые слова: *мотивация, коммуникация, ЗОЖ.*

Базовая информация

Под термином *коммуникативная компетентность* понимают умение общаться, что обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. К тому же понятие «коммуникативной компетентности» включает в себя сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы.

Коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) – терпимость, снисходительность. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления.

Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность:

1) *аффилиация* – потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению»;

2) *эмоциональная стабильность* – уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом;

3) *эмпатия* – способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию;

4) *сенситивность к отвержению* – способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности, пациентов.

Кроме качеств, необходимых для повышения коммуникативной компетентности специалиста, врачам приходится сталкиваться с целым рядом психологических характеристик, затрудняющих общение: стресс, депрессия, глубокая интровертированность врача. Работа по устранению этих качеств требует огромных усилий.

Формирование коммуникативной компетентности врача

Умение общаться с больными – искусство, которое начинает формироваться еще в процессе обучения в медицинском вузе, впоследствии в процессе самостоятельного профессионального общения с больными, людьми с различными психологическими качествами, разного возраста, уровня образования, социальной и профессиональной принадлежности. Вначале, на ранних этапах обучения, начиная взаимодействовать с больными, будущие врачи часто бессознательно, по механизму подражания, копируют стиль поведения тех врачей-преподавателей, которых особенно уважают, на чье мнение ориентируются, перенимая у них манеру общения с больными, особенности невербального поведения (жесты, мимические реакции, позы, манеру сидеть, разговаривая с больным, и пр.), интонации, заимствуют из их словаря ключевые фразы (первую фразу, с которой начинается контакт с пациентом, последнюю фразу с заключительными обобщающими формулировками). По мере накопления опыта профессионального общения молодой врач уже осознанно начинает использовать разнообразные психологические навыки, облегчающие общение с больным. Чем больше стаж работы врача, тем больше внимания он уделяет психологическим аспектам диагностического и терапевтического процесса, повышению уровня коммуникативной

компетентности, во многом обеспечивающей эффективность профессионального взаимодействия.

Профессиональная адаптация – адаптация молодого врача к профессиональной деятельности занимает около двух лет. Это время необходимо для того, чтобы почувствовать себя уверенно в новой социальной роли, выработать индивидуальный профессиональный «имидж», приобрести определенный репертуар навыков, алгоритмов действия в стандартных профессиональных ситуациях.

В первые годы самостоятельной профессиональной деятельности молодой врач в стремлении как можно лучше помочь больному переживает повышенную ответственность за свои действия вследствие недостаточной уверенности в своем профессионализме, испытывает чрезмерные эмоциональные нагрузки. Избыточная эмоциональная «включенность» в переживания больного, повышенный уровень тревоги как реакция на ситуацию неопределенности, неуверенность, опасения и настороженность в отношении возможных последствий приводят к хроническим эмоциональным перегрузкам. Снижаются адаптивные и компенсаторные возможности. Вследствие постоянного переутомления возможны снижение иммунитета, частые простудные заболевания, обострения хронических соматических расстройств. Возникает «*синдром эмоционального сгорания*» как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи.

Синдром эмоционального сгорания – проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия. При исследовании «синдрома эмоционального сгорания» были выделены три фазы:

Первая – *фаза напряжения*. Предвестником и механизмом, запускающим «синдром эмоционального сгорания», является фиксированное состояние тревожного напряжения, на фоне которого наблюдаются снижение настроения, раздражительность и реакции депрессивного типа.

Вторая – *фаза сопротивления*. Этот этап связан с появлением защитного поведения по типу «неучастия», стремления избегать воздействия эмоциональных факторов и тенденцией к ограничению

собственного эмоционального реагирования в ответ на самые незначительные психотравмирующие воздействия.

Третья фаза – «фаза истощения». Она характеризуется снижением энергетического тонуса, выраженными психовегетативными нарушениями. Отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышенный уровень тревоги с признаками дезорганизации психической деятельности, склонность к соматизации, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других физиологических систем.

По мере накопления опыта врач обучается дозировать степень эмоциональной вовлеченности в процессе профессионального общения. Эмоциональная «включенность» важна в начале общения с больным, при установлении психологического контакта.

В дальнейшем взаимодействии эмоциональные компоненты общения могут быть значительно уменьшены. Интенсивность эмоциональных контактов с пациентом повышается лишь на отдельных, наиболее значимых этапах диагностики и терапии: при необходимости убедить больного пройти болезненную диагностическую процедуру, в случае принятия решения о проведении операции, особенно, если существует вероятность неблагоприятного исхода.

Роль эмоционального взаимодействия возрастает в ситуациях возникновения угрозы жизни больного, при общении с депрессивными пациентами, имеющими суицидальные тенденции, а также при контактах с больными, перенесшими тяжелую психическую травму (смерть близкого человека, потеря трудоспособности, развод).

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – определенная ориентированность деятельности личности в направлении укрепления и развития личного и общественного здоровья. Здоровый образ жизни связан с личностно-мотивационным воплощением индивидами своих социальных, психологических и физических возможностей и способностей. Формирование здорового образа жизни не должно сводиться только к пропаганде или отдельным видам деятельности. Здоровый образ жизни формируется всеми сторонами и проявлениями общества, в нем реализуется самый ценный вид профилактики – первичная профилактика, предотвращающая

возникновение заболеваний, расширяющая диапазон адаптационных возможностей.

Так как *основные факторы*, определяющие состояние здоровья, связаны с образом жизни и окружающей средой, то для того, чтобы снизить распространенность негативных факторов риска и уменьшить их влияние, необходимо:

1) формировать и поддерживать стремление людей к позитивным изменениям в образе жизни через обеспечение их достоверными медико-гигиеническими знаниями, создавать соответствующие мотивации и отношение к здоровью, вырабатывать умения и навыки здорового образа жизни и предупреждение заболеваний;

2) создать постоянно-действующую информационную систему, направленную на формирование здорового образа жизни;

3) создать условия и вовлекать людей в активные занятия физической культурой и спортом.

Поведение человека будет способствовать сохранению и укреплению здоровья, если сформировать соответствующую мотивацию, включающую в себя:

- потребность быть здоровым;
- высокую ценность здоровья;
- знание о том, как сохранять и укреплять здоровье;
- желание и намерение идти к поставленной цели.

Выделяют различные компоненты отношения к своему здоровью:

- ценностно-смысловой компонент отношения к здоровью (какова ценность здоровья, в чем смысл заботы о здоровье);
- когнитивный компонент (система знаний о здоровье и способах его сохранения и укрепления);
- эмоционально-волевой компонент (принятие осознанного решения быть здоровым);
- деятельностный или поведенческий компонент (конкретные поступки, действия, навыки, обеспечивающие сохранение здоровья).

Выделяется 4 уровня сформированности мотивации ЗОЖ:

- оптимальный – предполагает положительную мотивацию здорового образа жизни, причем человек занимает осознанно

активную позицию, т. е. не просто отмечает необходимость ЗОЖ, но и аргументировано это доказывает;

– допустимый – отражает положительное отношение к ЗОЖ, однако позиция скорее пассивна;

– тревожный – человек признает необходимость ведения здорового образа жизни, но в структуре мотивов данная мотивация занимает второстепенное положение;

– критический – мотивация ЗОЖ не сформирована.

С самого начала нужно понимать, что никакие пожелания, приказы, наказания не могут заставить человека вести здоровый образ жизни, охранять и укреплять собственное здоровье, если человек сам не будет сознательно формировать собственный стиль здорового поведения.

Мотивации, лежащие в основе формирования здорового образа жизни:

1. *Самосохранение.* Когда человек знает, что то или иное действие напрямую угрожает жизни, он это действие не совершает. Формулировка личностной мотивации может быть такой: «Я не совершаю определенные действия, так как они угрожают моему здоровью и жизни».

2. *Подчинение этнокультурным требованиям.* Человек живет в обществе, которое на протяжении длительного времени отбирало полезные привычки, навыки, вырабатывало систему защиты от неблагоприятных факторов внешней среды. Формулировка мотивации: «Я подчинюсь этнокультурным требованиям, потому что хочу быть равноправным членом общества, в котором живу. От моего здорового образа жизни зависят здоровье и благополучие других».

3. *Получение удовольствия от самосовершенствования.*

Формулировка: «Ощущение здоровья приносит мне радость, поэтому я делаю все, чтобы испытать это чувство».

4. *Возможность для самосовершенствования.*

Формулировка: «Если я буду здоров, я смогу подняться на более высокую ступень общественной лестницы».

5. *Способность к маневрам.*

Формулировка: «Если я буду здоров, то смогу по своему усмотрению изменять свою роль в сообществе и свое местонахождение».

6. *Сексуальная реализация.* Формулировка: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии».

7. *Достижение максимально возможной комфортности.* Формулировка: «Я здоров, меня не беспокоит физическое и психологическое неудобство».

Врач должен проявлять одновременно гибкость и настойчивость, мотивируя, направляя и поддерживая пациента.

Стадии, через которые проходят пациенты, меняя дезадаптивное поведение на адаптивное:

1. Пациенты, которые не предполагают изменений в своем поведении, находятся на стадии «До рассмотрения вопроса». Если они чувствуют, что их принуждают изменить поведение в соответствии с тем, как другие люди, а не они сами, видят проблему, возникает активное сопротивление.

2. «Обдумывание» – это стадия, на которой человек видит необходимость в переменах и серьезно обдумывает некоторые изменения в будущем, но пока еще не готов к активным переменам. Обдумывающие взвешивают все «за» и «против» изменения своего поведения.

3. Стадия «Принятие решения» включает как готовность к изменениям, так и начальные поведенческие шаг.

4. «Действие» проявляется в виде конкретных шагов, которые приведут к желаемым переменам.

5. Люди, находящиеся на пятой стадии, называемой «Поддержанием», прилагают активные усилия для сохранения изменений, достигнутых на стадии «Действия».

6. Те, кто не может удержать достигнутых изменений, переходят в стадию «Рецидив». Оттуда они могут снова войти в цикл перемен с любой точки (например, все бросить и оказаться на стадии «До рассмотрения вопроса» или снова начать со стадии «Действие»).

Задачи врача на каждой стадии изменений (см. с. 166).

Применение стадийной модели позволяет врачу дифференцировать подход к ведению пациентов.

Принципы стратегии повышения мотивации

1. *Эмпатическое слушание* – позволяет врачу добиться необходимого повышения мотивации пациента. Это первый шаг в стратегии повышения мотивации.

2. *Выражение сочувствия* – демонстрация уважения пациенту, и активная поддержка права пациента на самоопределение и самоуправление. Важной позицией, подчеркивающей сочувствие, является безусловное принятие всего сказанного пациентом без вынесения суждения, критики или порицания.

3. *Раскрытие противоречий* – выяснить противоречия между целями пациента и его проблемным поведением.

4. *Уклонение от дискуссий* – необходимость избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых врач выступает в защиту конкретного действия. Спор дает пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, следовательно, может скорее затормозить изменения, чем способствовать им.

5. *Преодоление сопротивления* – избегать спора путем переключения стратегии. Помимо несогласия и спора существуют и другие способы реагирования на сопротивление пациента. В первую очередь это подтверждение высказываний пациента таким образом, чтобы продемонстрировать, что врач понимает двойственное отношение пациента к изменениям.

6. *Формирование чувства контроля над болью* – данный феномен в научной литературе обозначается как «*самоэффективность*». Самоэффективность – вера человека в то, что он способен к определенному поведению.

Социальная и профилактическая педагогика в работе врача

В системе высшей медицинской школы врач-педагог выполняет одновременно два сложных вида профессиональной деятельности: врачебную и педагогическую. Специфика исследования его социальной роли при этом заключается в сочетании двух видов деятельности и их пересечения в практической плоскости – обучения (передача теоретических и прикладных знаний) и научения (передача навыков и умений). В то же время врач-педагог должен

постоянно самосовершенствоваться и самообразовываться, рассматривая самообразование как своего рода «социальный заказ» для его социологической рефлексии. В этом проявляются основные особенности социальной роли врача-педагога.

В работе врача в качестве педагогических признаны случаи:

1. Обучение младшего персонала отдельным приемам и навыкам.

2. Передача личного опыта коллегам.

3. Составление методики приема лекарственных препаратов для пациентов.

4. Обучение родственников навыкам ухода за тяжело больными.

5. Формирование у пациента ответственного отношения к лечению.

6. Объяснение ему значений процедур и лекарственных средств.

7. Убеждение пациента в необходимости соблюдения определенного образа жизни.

8. Участие в просветительских программах.

Нередко врачу приходится непосредственно участвовать в работе педагога с детьми, а также с родителями, которые нуждаются в знаниях в области обучения и воспитания здоровых и больных детей. Здесь роль врача, значение его работы весьма велики.

Участие врача в педагогическом процессе нужно и важно не только в специальных учреждениях для больных детей, но и в общей педагогической практике.

Большое значение следует придавать участию врача в организации просвещения и воспитания детей и подростков в области взаимоотношений полов и половой гигиены, в воспитании и упрочении правильного отношения к своему здоровью.

В школах, в высших учебных заведениях врач должен быть ориентирован в области гигиены, умственного и физического труда, для чего также необходима педагогическая и психологическая вооруженность.

Весьма значительна роль врача и психолога в воспитании и обучении детей и взрослых, которые требуют специализированной педагогической работы с учетом имеющихся у них

патологических нарушений функций, где педагогический процесс есть одновременно этап и специальная задача лечебного процесса, где медицина и педагогика (в частности, дефектология) объединены наиболее тесно и органично.

Санитарное просвещение – один из видов медицинской педагогики.

С позиций медицинской психологии необходимо, чтобы в лекциях по санитарному просвещению уделялось достаточно внимания особенностям психики больных и возникающим в связи с этим требованиям к окружающим.

Не только врач и его помощники могут нанести больному психическую травму. Это чаще делают окружающие его люди: родные, другие больные, знакомые и др.

Очень важно обучать широко тому, как следует вести себя в отношении больных людей, чтобы не травмировать их психику.

В санитарно-просветительной работе особенно следует рекомендовать воздержание от советов больным со стороны некомпетентных людей, от неуместных бесед между больными об их болезни, от излишней нагрузки на их нервную систему, на их психику.

В общей педагогике много исследований посвящено вопросу о наиболее целесообразном соотношении словесного и наглядного материала в лекции. Не касаясь здесь этого общего вопроса, несмотря на всю его важность для санитарного просвещения, отметим, что в лекции по санитарному просвещению не следует запечатлевать чрезмерно образ болезни в сознании слушателей.

Санитарно-просветительные лекции должны всегда иметь перед собой и психогигиенические и психотерапевтические задачи. Они должны просвещать, убеждать, внушать веру в медицину, укреплять бодрость, оптимизм.

Практическая работа

Распределите по важности мотивации к здоровому образу жизни для ребенка, взрослого человека, пожилого человека. Объясните свой выбор.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. В чём заключается сущность социальной и профилактической педагогики в работе врача?
2. Когда целесообразнее проводить работу по мотивированию населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих?
3. Какие задачи решает врач согласно стадиям, через которые проходят пациенты, меняя дезадаптивное поведение на адаптивное?



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Подготовьте мотивирующую беседу с тяжелым больным по вашей специальности ординатуры.
- Представьте все варианты (аргументы) мотивирования населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; мотивирование пациентов и членов их семей на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (можно оформить в виде таблицы или эссе).



ТВОРЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Подготовьте ментальную карту или таблицу «Социальная и профилактическая педагогика в работе врача».

2.5. Образовательный потенциал врача: непрерывное медицинское образование. Заключительное занятие

Чем больше у меня дела, тем больше я учусь.

Майкл Фарадей

Цель занятия: формирование у обучаемых ординаторов готовности к непрерывному профессиональному развитию, а также систематизации полученных знаний и умений по модулю и их публичной презентации.

Основные вопросы, выносимые на обсуждение семинара

1. Цели и задачи непрерывного медицинского образования.
2. Содержание, технологии непрерывного образования, формы обучения. Формирование профессиональной субъектной позиции врача. Профессиональная компетентность врача-педагога и психологические механизмы её становления.
3. Основные виды деятельности педагога. Педагогическая деятельность в системе компетентностного образования.
4. Имидж врача.
5. Системный подход в воспитательной деятельности. Особенности профессионального воспитания.

Ключевые слова: *компетенция, имидж, непрерывное образование, системность.*

Базовая информация

Концепция образования за последние годы существенно изменилась. В начале XX в. обновление знания происходило каждые 20–30 лет, и общество не так остро чувствовало недостаток новейших знаний при сохранении неизменной системы образования. Сейчас знания обновляются, по мнению экспертов, на 15 % в год, т. е. полностью каждые 6 лет. И традиционно существующие системы базового образования, в силу инертности, не успевают за изменениями мира и увеличивающимся потоком научной информации. Как следствие, молодое поколение после окончания вуза и получения профессионального образования в 23–25 лет

является носителем уже устаревших знаний. В последующие годы профессионалу предстоит занять свое место в обществе, сделать карьеру. Это требует от человека значительных усилий и, достигнув высокого общественного положения, он становится специалистом, не владеющим современными знаниями.

Система непрерывного образования призвана способствовать профессиональному и личностному росту специалиста. Ее цели продиктованы профессиональными и личными потребностями, профессиональными и должностными функциями, социальным статусом, учетом требований общества к развитию отрасли и уровню деятельности современных специалистов.

Задача непрерывного образования – создание условий, предпосылок, позволяющих обеспечить увеличение продолжительности активной творческой жизни человека, максимальное и эффективное использование опыта, интеллектуальных ресурсов и личностного потенциала человека в течение всей его жизни.

В задачи системы непрерывного медицинского образования входит:

– *развитие* профессиональной компетентности и достижение профессиональной зрелости как вершины развития личностного потенциала специалиста;

– *подготовка* квалифицированных кадров для развивающихся областей медицинской науки и практики, что предусматривает выполнение ими новых функций;

– *обеспечение* кадрового роста и карьеры специалистов и реализация установленной в законодательном порядке связи между назначением на должность, аттестацией на квалификационную категорию и уровнем оплаты труда;

– *устранение* недостатков базовой профессиональной подготовки, внесение дополнений и корректив в теоретическую и практическую подготовку специалистов, преодоление сложившихся стереотипов профессиональной деятельности;

– *развитие* инновационных процессов в профессиональной деятельности и готовности специалистов к творческой реализации открытий и новаций из области передовой науки и практики;

– *формирование* у специалиста способности предвидеть будущие проблемы профессиональной деятельности и разрабатывать опережающие модели их решения.

Содержание непрерывного медицинского образования опирается на указанные цели и реализуется в дополнительных профессиональных образовательных программах.

Этими программами предусмотрены:

– интегрированные профессиональные знания и навыки, обеспечивающие осмысление важнейших ценностей, системы профессиональных целей и задач и способов их решения, собственных потребностей в профессиональном росте и развитии;

– опыт самопознания для развития способности к рефлексии в профессиональной деятельности и освоению технологии непрерывного образования и самообразования;

– навыки построения собственного индивидуального стиля профессиональной деятельности на основе нового видения ее задач и овладения специалистом профессиональной культурой в результате реализации осознаваемых и принятых гуманистических ценностей.

Непрерывное медицинское образование не сводится к совокупности профессионально обусловленных знаний, умений, навыков, а включает широкий взгляд на профессиональную область и на самого медицинского работника как действующего специалиста, принимающего в ней ответственные решения.

Концепция непрерывного образования расширяет взгляд обучающегося на самого себя и свою способность к социальному действию благодаря развитию ценностно-смыслового отношения к профессии и профессиональному становлению, рефлексии опыта как своего собственного, так и своих коллег, в том числе опыта врачебных ошибок, способов их предотвращения и преодоления их последствий.

Профессионально-субъектная позиция личности – качественно новый уровень развития ее субъектности, устойчивая сложно структурированная система отношений человека к профессиональной деятельности, к самому себе как к субъекту этой деятельности, к другим как к субъектам жизнедеятельности, проявляющаяся в соответствующем поведении.

Профессионально-субъектная позиция специалиста – это осознание себя профессионалом, причём профессия осознаётся не как набор квалификационных характеристик, а как образ жизни.

Профессиональный имидж – уверенное поведение врача, адекватное ситуации. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни был врач шокирован, напуган, подавлен допущенной ошибкой, он не должен показывать своей растерянности больному. Уверенный стиль поведения помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, его способность контролировать ситуацию и определять прогноз, что позволяет пациенту сохранять веру в благополучный исход событий.

Профессиональный имидж врача – это образ, который полностью соответствует специфике профессии, это впечатление о специалисте, которое создается у его пациентов, коллег, руководителей и подчиненных. Общий образ врача состоит из личного и профессионального имиджа, имеющего размытые границы и четкие требования, несоблюдение которых приводит к недоразумению и пренебрежительному отношению к специалисту. Формирование профессионального имиджа – это умение создать положительный образ, который подчеркнет лучшие качества специалиста, как личностные, так и деловые.

К сожалению, сегодня негативное отношение к врачам со стороны населения в большинстве случаев обусловлено, в том числе и составляющими профессионального имиджа, который включает не только уровень профессиональной подготовки, но и внешний вид специалиста, манеру его этикетного поведения, общения с пациентами, коллегами, наличие эмпатии, тактичности, вежливости, умение соблюдать конфиденциальность.

Профессия врача требует определенных имиджевых характеристик, которые должны соответствовать требованиям социума и месту работы: высокого уровня профессиональной компетентности, умения контролировать свои эмоции, культуры речи, устного и письменного общения, соответствующего внешнего вида и манеры поведения.

Составляющими врачебного имиджа являются внутренний и внешний компоненты.

Внутренний компонент представлен психологическим понятием «Я концепция», формирование которой происходит в течение всей жизни и включает представления личности о себе, представления

о том, какое впечатление она производит на окружающих, и реакцию человека на обратную связь с окружающими.

Внешний компонент имиджа состоит из габитарного, кинетического, ментального, коммуникативного и средового имиджа, что значительным образом влияет на профессиональную успешность.

Габитарный имидж. Составляющими габитарного имиджа являются внешний вид и физическая конституция. Статус места (лечебное учреждение) и социальная роль, выполняемая личностью, требуют соблюдения определенного профессионального дресскода. Медицинская одежда достаточно консервативна и уже на протяжении многих веков традиционна. В подсознании большинства людей белый халат ассоциируется с представлением о респектабельности, доверии к профессионализму и квалификации врача. Требования к медицинскому халату, который остается самым популярным видом медицинской одежды, предусматривают его обязательную чистоту, опрятность в ношении, определенную, настраивающую на рабочую обстановку длину и степень прозрачности халата. Физическая конституция как составляющая имиджа определяется доброжелательностью, здоровым и ухоженным внешним видом. Врач должен быть таковым или как минимум производить такое впечатление. Ухоженность не стоит дорого, требует небольших усилий и при этом показывает, что человек уважает и себя, и тех, с кем работает, и тех, кому призван оказывать помощь.

Кинетический имидж. Кинетический имидж врача определяется качеством невербальной коммуникации (мимика и пантомимика), положение в пространстве (походка, осанка), жесты (поклон, поворот к собеседнику или от него и др.), использование системы специальных знаков (дарение женщине букета цветов, поднесение ко рту сигареты и т. п.). Невербальный компонент общения несет более 90 % информации. Человек в большей степени воспринимает интонацию, мимику, жесты, чем сами слова. Во время общения, кроме произнесения фраз, человек делает массу заметных или едва заметных жестов, выражающих его точку зрения. Совокупность внешних признаков – от выражения лица и направления взгляда до принятой позы – воспринимается на подсознательном уровне и помогает догадаться о чувствах и намерениях собеседника. Подделка невербальный язык достаточно

трудно, так как в большинстве случаев это не осознанная тактика поведения, а подсознательные импульсы. Жесты, мимика и движения являются частью профессионального имиджа, и, с точки зрения эффективности медицинской коммуникации, они должны быть сдержанными, открытыми, доброжелательными и вызывать доверие. Для достижения определенной цели в ходе общения следует быть внимательным к пациенту и уметь самому использовать во время беседы жесты, движения, которые помогут расположить к себе, вызвать пациента на откровенный разговор, оставить благоприятное впечатление. Неправильно подобранный темп речи, качество голоса, интонация могут исказить весь смысл высказывания. Древняя заповедь «Помни, что говорить, кому говорить и как тебя поймут» как нельзя более четко демонстрирует необходимость соблюдения всех норм и правил вербальной и невербальной коммуникации.

Коммуникативный имидж. В рамках своей профессиональной деятельности эффективность действий врача во многом определяется коммуникативным имиджем – умением общаться. Прежде всего, это необходимо для гармонизации интересов пациентов, его родственников, лечебного учреждения и лично врача. Специалист, который призван оказывать помощь другим людям в рамках своей профессиональной деятельности, должен уметь адаптировать свое поведение с целью установления наиболее оптимальных отношений с участниками коммуникации. Чтобы продемонстрировать уважение, необходимо общаться с пациентом как с личностью, а не только как с носителем определенной патологии. Тактичность, гибкость и эмпатия необходимы врачу всякий раз, когда следует совершать над собой усилие, выслушивая личную историю пациента, претензии родственников, замечания коллег и руководства.

Стиль профессионального общения. Важную роль в формировании имиджа врача играет стиль общения в профессиональном мире, невзирая на чины и звания. Панибратство, пренебрежение со стороны начальства и заискивание подчиненных вредят авторитету медиков. Почтительное обращение к коллегам, так же, как и белый цвет медицинского халата, подчеркивает чистоту и высокий смысл профессии. Именно руководитель и чиновник, представляющие данную отрасль, являются своего рода визитной

карточкой, отражающей и глубинную философию, и уровень корпоративной культуры в целом. Критика со стороны вышестоящих руководителей должна быть обоснованной, корректной, по существу дела, не переходящей на личные качества сослуживца, не оскорбляющей человеческое достоинство. Совершенно недопустимо обращаться к подчиненному на «ты», использовать ненормативную лексику, угрожать, вынуждать заглаживать свою провинность различного рода услугами. Это особенно актуально в сложных профессиональных случаях, когда нельзя сразу однозначно установить, была ли допущена ошибка и как необходимо действовать. Соблюдение принципа корректности в отношениях между коллегами особенно важно в присутствии пациента. Крайне неэтичной, но, к сожалению, нередкой является ситуация, когда врач ставит под сомнение в глазах пациента профессионализм коллеги. При наличии фактов неправильной тактики коллеги, следует принять решение, как оказать больному адекватную помощь, не обвиняя во всем своего предшественника. При этом корпоративная солидарность не означает сокрытия ошибки, а требует конструктивного обсуждения ситуации с коллегой наедине, а при необходимости – обращения к консилиуму.

Важной составляющей профессионального имиджа является способность к передаче опыта и знаний начинающим коллегам. С точки зрения защиты прав пациента, участие студентов, начинающих врачей в диагностических и лечебных манипуляциях не всегда доставляет больному положительные эмоции, особенно если эти действия несколько неумелы, медленны и болезненны. Однако отказаться от практики обучения в процессе общения с пациентом невозможно, так как занятия на трупах и фантомах не в состоянии обеспечить должный уровень подготовки специалиста. Ординаторы с опытом должны быть доброжелательны, корректны, тактичны и открыты для обмена опытом с начинающими врачами, помня о начале своего профессионального пути.

Ментальный имидж. Ментальный имидж врача в основном определяется морально-этическими установками и ценностями, мировоззрением, широтой интересов, отношением к делу. Ментальный имидж – это внутренний мир человека, проявляющийся при взаимодействии с другими людьми. Человек ведет себя определенным образом не потому, что он законопослушен

и опасается наказания, а потому, что он не может поступить иначе в силу своих внутренних убеждений и накопленных моральных ценностей. От нравственного впечатления, производимого врачом, зависит отношение к нему как к личности, возможность и эффективность сотрудничества для достижения результатов. Внешние и внутренние составляющие имиджа взаимосвязаны и зависимы, что необходимо учитывать, создавая профессиональный и личный образ и стиль.

Организация пространства коммуникативного процесса является одной из составляющих средового имиджа и определяет степень комфортности в адаптации пациента и его близких при контакте с врачом. Это особенно актуально в ситуации общения с пациентами детского возраста и пожилыми людьми. Средовой имидж (профессиональная и личностная атрибутика, рабочее место, окружающие предметы) должен демонстрировать качества, которых социум ожидает от представителей данной профессии, нести смысловую нагрузку и отвечать санитарно-гигиеническим и эстетическим требованиям.

Общество диктует медицине и ее представителям свои требования, однако, процесс врачевания – взаимосвязанный процесс, обусловленный усилиями обеих сторон. Образ и манера поведения пациента имеют достаточно большое значение в формате современной медицинской коммуникации. К сожалению, некоторые пациенты разных возрастов и социальных групп позволяют себе грубость, фамильярность, необоснованные притязания на получение того или иного вида медицинской помощи, что затрудняет процесс адекватного сотрудничества в интересах самого же пациента.

Обобщение данных научных публикаций по вопросам этики, деонтологии и имиджа в медицине, личный опыт врача, руководителя и преподавателя позволяют выделить основные этапы формирования профессионального имиджа врача.

Первым этапом должно стать определение и анализ стартовых условий формирования имиджа специалиста, прежде всего, личностных. Для представителя медицинской элиты хорошие манеры, тактичность, доброжелательность, корректность в отношениях с коллегами, владение навыками делового и светского этикета, эффективной коммуникации являются необходимыми.

Второй этап – это отражение внутреннего мира личности во внешнем образе с учетом профессиональных требований путем совершенствования всех составляющих габитарного, кинетического, ментального, коммуникативного и средового имиджа будущего врача.

Третий этап – приведение сформированного общего образа человека в соответствие с социальной и профессиональной средой путем отработки стереотипа поведения в условиях профессиональной деятельности с целью гармонизации интересов системы оказания медицинской помощи, сотрудников и пациентов. Формирование имиджа – процедура, направленная на создание у людей (аудитории имиджа) определенного образа объекта (прототипа имиджа, будь то человек или организация) с определенной оценкой этого образа в виде осознаваемой или неосознаваемой мысли об этом образе (о прототипе имиджа) для достижения психологического притяжения аудитории к данному объекту.

Таким образом, имидж специалиста является одним из главных атрибутов его профессиональной деятельности. Задача создания профессионального имиджа врача должна быть осознанным выбором и быть ориентирована на общие каноны, сформировавшиеся в результате исторической медицинской практики. Это высокий уровень профессионализма, нравственность и наличие эмпатии. Необходимо помнить, что создание достойного образа требует значительных сил, времени и материальных вложений, а потеря репутации может произойти мгновенно.

Формирование *профессиональной компетентности* в контексте личностного становления будущего врача требует обоснования интегрированной модели и совершенствование содержания, структуры, форм и методов профессиональной подготовки студентов к врачебной деятельности, определение психолого-педагогических условий повышения профессиональной компетентности.

Общепринятыми *факторами формирования профессиональных компетентностей* специалистов являются социальные, психологические и организационно-педагогические (рис. 13).

1. *Социальные* факторы характеризуются современными требованиями к личности, потребностями человека в деятельности,

постоянном повышении квалификации, разработкой программы специалиста как эталонной модели.

2. *Психологические* факторы – это особенности содержания и характера деятельности личности как субъекта и объекта образовательного процесса; уровень готовности к деятельности.

3. *Организационно-педагогические* факторы показывают особенности процедуры и организации образовательного процесса.

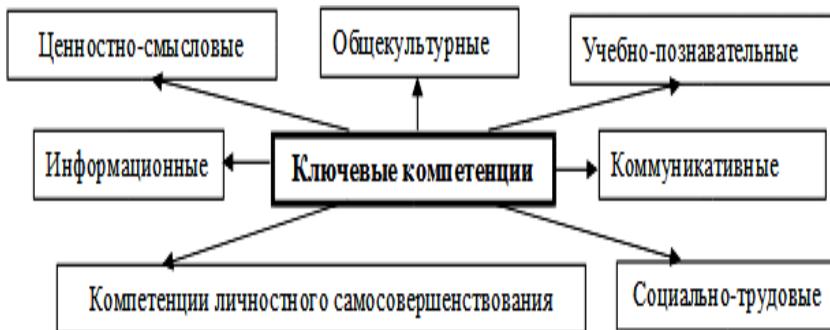


Рис. 13. Ключевые компетенции

Формирование профессиональной компетентности в высшем медицинском учебном заведении – процесс овладения устойчивыми, интегрированными, системными знаниями по естественно-гуманитарным, фундаментальным и клиническим дисциплинам; умение применять их в новых, нестандартных ситуациях; развитие лично важно важных качеств и профессионально важных свойств, что обеспечит личностное становление будущего врача.

Условия формирования профессиональной компетентности будущих врачей можно объединить в следующие группы:

– организационно-управленческие: учебный план подготовки; графики учебного процесса; расписание занятий; материально-техническое обеспечение; определение критериев уровня профессиональной компетентности;

– учебно-методические: отбор содержания учебных занятий, интеграция различных тем; разработка интерактивного учебно-методического обеспечения дисциплин;

– процессуальные: формы, методы и средства обучения студентов и оценки успеваемости;

– психолого-педагогические: осуществление диагностики личностного развития студентов, внедрение системы стимулирования мотивации, определение критериев компетентности.

Основные виды педагогической деятельности

В процессе профессиональной деятельности педагог управляет познавательной деятельностью и организует воспитательную работу.

Преподавание и воспитательная работа – две стороны одного процесса (нельзя преподавать, не оказывая воспитательного влияния и наоборот).

В учебно-воспитательном процессе имеют место следующие взаимосвязанные виды педагогической деятельности педагога:

а) *диагностическая* – изучение учащихся и установление их развития, воспитанности;

б) *ориентационно-прогностическая* – умение определять направление воспитательной деятельности, ее конкретные цели и задачи на каждом;

в) *конструктивно-проектировочная* – задача конструирования, проектирования содержания воспитательной работы, придания ей увлекательных форм;

г) *организаторская* – вовлечением учащихся в намеченную воспитательную работу и стимулированием их активности;

д) *информационно-объяснительная* – овладение знаниями, мировоззренческими и нравственно-эстетическими идеями как средством развития и личностного формирования учащихся;

е) *коммуникативно-стимулирующая* – влияние педагога, которое оказывает на учеников его личное обаяние, нравственная культура, умение устанавливать и поддерживать с ними доброжелательные отношения и побуждать их своим примером к активной учебно-познавательной, трудовой и художественно-эстетической деятельности;

ж) *аналитико-оценочная* – анализ хода обучения и воспитания, выявление в них положительных сторон и недостатков, сравнение достигаемых результатов с теми целями и задачами, которые намечались, а также сопоставление своей работы с опытом коллег;

з) *исследовательско-творческая* – применение педагогической теории по своему существу требует от педагога творчества.

Профессиональная компетентность педагога

Основу профессиональной компетентности педагога составляют его педагогические умения.

Педагогическое умение – это совокупность последовательных действий, основанных на теоретических знаниях, педагогических способностях и направленных на решение педагогических задач.

Аналитические умения – умения анализировать педагогические явления, теоретически их обосновывая, диагностировать, формулировать приоритетные педагогические задачи и находить оптимальные способы и решения.

Прогностические умения – умения представить и сформулировать диагностируемые цели и задачи деятельности, отобрать методы их достижения, предвидеть возможные отклонения при достижении результата, выбрать способы их преодоления, умения мысленно проработать структуру и отдельные компоненты образовательного процесса, предварительно оценить затраты средств, труда и времени участников образовательного процесса, умения прогнозировать образовательные и развивающие возможности содержания, взаимодействие участников образовательного процесса, умения прогнозировать развитие личности, коллектива.

Проектировочные, или конструктивные умения – умения планировать содержание и виды деятельности участников образовательного процесса с учетом их потребностей, возможностей, особенностей, умения определять форму и структуру образовательного процесса в зависимости от сформулированных задач и особенностей участников, умения определять отдельные этапы педагогического процесса и задачи, характерные для них, умения планировать индивидуальную работу с учащимися, отбирать оптимальные формы, методы и средства обучения и воспитания, планировать развитие воспитательной среды и т. д.

Рефлексивные умения связаны с контрольно-оценочной деятельностью педагога, направленной на себя.

Рефлексия педагога – это деятельность по осмыслению и анализу собственной педагогической деятельности.

Организаторские умения представлены мобилизационными, информационно-дидактическими, развивающими и ориентационными умениями.

Коммуникативные умения включают три взаимосвязанные группы: перцептивные умения, собственно умения педагогического (вербального) общения и умения (навыки) педагогической техники.

Уровни педагогической деятельности:

1) *репродуктивный* (педагог умеет пересказать другим то, что знает сам, и так, как знает сам);

2) *адаптивный* (педагог умеет не только передать информацию, но трансформировать ее применительно к особенностям объекта, с которым имеет дело);

3) *локально-моделирующий* (педагог умеет не только передавать и трансформировать информацию, но и моделировать систему знаний по отдельным вопросам);

4) *системно-моделирующий* знания (педагог умеет моделировать систему деятельности, формирующую систему знаний по своему предмету);

5) *системно-моделирующий* деятельность (педагог умеет моделировать систему деятельности, которая, в свою очередь, формирует у учащихся необходимые свойства).

Особенности врачебной профессии

Во врачебной работе представлены процесс руководства больным со стороны врача и взаимодействие его и больного. Так как болеют люди с разными особенностями личности, разным характером и разным интеллектом, а свойства личности играют роль в возникновении и течении болезни, то врачу нужно уметь эти свойства хотя бы до какой-то степени распознавать и соотносываться с ними. Врач должен быть внимателен не только к тому, что касается организма больного, но и его личности, его переживаний, потребностей, больного как человека.

Осуществляя лечебно-профилактическую работу, врач имеет перед собой не абстрактную и стандартную болезнь, а живого человека, реагирующего на болезнь, на врача, на течение болезни, на связанные с болезнью обстоятельства жизни. Врач, таким образом, должен разбираться не только в болезни, но и в личности больного. Он может быть очень предан делу лечения, но незнание им психики больного может снижать его возможности оказать

больному полноценную помощь. Врач должен уметь распознавать, с кем он имеет дело и в соответствии с этим детализировать свои задачи, свою тактику. Есть больные скрытные, застенчивые, стыдливые, есть, наоборот, откровенные, незастенчивые и нестыдливые. Это должен уметь оценить врач.

Обучение и воспитание врача

Существенную сторону подготовки врача представляет его воспитание. Каждая преподаваемая в высших учебных заведениях дисциплина должна быть оценена и с точки зрения ее воспитательного значения. В этом смысле роль медицинской психологии очень велика. Понимание больного, его моральных качеств, его подлинно человеческого облика, его переживаний, его страданий является важным моментом в деятельности врача. Он должен быть подготовлен и по знаниям, и по пониманию своего долга к тому, чтобы в его деятельности эта сторона была обеспечена. Это является одним из важных условий настоящей гуманности врачебной профессии.

Слово «гуманный» означает человечный. Врач, лишенный понимания особенностей индивидуальных свойств, присущих конкретной личности, не может иметь правильного подхода к больному.

Медицинская деонтология – это система требований, предъявляемых к медицинскому работнику, которыми он должен руководствоваться в своей деятельности и обязан выполнять.

Врачу, прежде всего, необходимо сознание долга и ответственное отношение к своим обязанностям, благожелательное, внимательное и сочувственное отношение к больному, приветливость в обращении с ним, выдержка и самообладание во взаимоотношениях с больными, которые нередко в результате болезни становятся раздражительными, нетактичными. Важны и необходимы для врача интерес и любовь к медицинскому делу, терпение и настойчивость в достижении лечебного результата, сочетание мягкости с разумной настойчивостью в отношении к больному, сочетание осмотрительности с решительностью.

Врач общается с больным человеком, психика которого может быть изменена или непосредственно вследствие заболевания центральной нервной системы, или же в результате

переносимых им страданий. В этом общении врачу приходится занимать совершенно особое положение, от него здесь требуется особая чуткость, особый такт, особо тонкое понимание больного, обстоятельств, в которых находится больной, того, что ожидает от него больной.

Управление своим поведением является особенно важным условием успешной работы врача и всего медицинского персонала. Врач может быть утомлен, угнетен, перераздражен рядом трудностей, но, несмотря на это, с больным он должен быть бодр, приветлив и владеть собой. Теплота, приветливость необычайно ободряют и привлекают больного к врачу. Наоборот, скучное, неприветливое, холодное, формальное отношение отпугивает, отталкивает, раздражает и угнетает больного. Мягкость и самообладание особенно необходимы при взаимодействии с раздражительными и раздражающими больными. Врач сам может обладать раздражительным характером. Некоторые больные могут особенно его раздражать. Но если врач не может справиться при этом с собой, то это сильно снижает его врачебные достоинства или даже делает его непригодным для врачебной деятельности.

Существенным для врача является большая работоспособность. Врач для нее черпает силы из сознания врачебного долга, помноженного на живое сочувствие больным, нуждающимся в его помощи.

Качества врача, его способность привлекать к себе добрые чувства больных в большой мере зависят от его общей культуры.

Обучение и воспитание врача не должно допускать, чтобы умение применять различные точные методы исследования, различные эффективные методы лечения ослабляло бы его внимание к больному со всеми его индивидуальными особенностями, заслоняло бы от него больного.

Врач должен в пределах своей специальности в полной мере владеть новейшей техникой, но только никогда техника не должна овладевать им, подчинять его себе.

Нельзя забывать о том, что врач является руководителем медицинского среднего и младшего персонала, что он – руководитель режима отделения и отвечает за всю атмосферу, которая должна быть психотерапевтической.

В процессе обучения необходимо развивать у будущего врача соответствующую направленность и интерес к организаторской работе.

Дополнительные требования, предъявляемые к различным медицинским специальностям, относятся, скорее, к профессиональной подготовке, чем к общему воспитанию врача.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Что входит в феномен «культуры педагога»?
2. Определите структуру педагогического мастерства.
3. В чём заключается системный подход в воспитательной деятельности и особенности профессионального воспитания.
4. Перечислите по важности аспекты, влияющие на формирование профессиональной субъектной позиции врача. Объясните свой выбор.



ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

- Прочитать монографию Н. К. Сергеева и В. В. Серикова «Педагогическая деятельность и педагогическое образование в инновационном обществе» (М.: Логос, 2013. – 364 с.) и сформулировать отличия традиционной деятельности педагога от деятельности в инновационном обществе. Оформить в виде таблицы или эссе.
- Подготовьте программу вашего профессионально-личностного развития.



ТВОРЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

- Подготовить кроссворд по теме: «Способности педагога».
- Изобразите (схематично), как вы представляете имидж современного врача. Уделите внимание деталям. Объясните свой рисунок.

2.6. Тестовые задания самоконтроля

Выберите один или несколько правильных ответов.

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) преподаванием
 - 2) педагогической деятельностью
 - 3) образованием
 - 4) научением
02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП
- 1) гуманизма
 - 2) непрерывности
 - 3) демократизации
 - 4) целостности
03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) виды педагогической деятельности
 - 2) возрастные периоды развития ребенка
 - 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
 - 4) сроки обучения в вузе
 - 5) предметные области знаний
04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ
- 1) базовой культуры личности
 - 2) методологической культуры учителя
 - 3) педагогической культуры
 - 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- 1) агрономическому
 - 2) биологическому
 - 3) технико-экономическому
 - 4) социологическому
06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК
- 1) профдиагностика
 - 2) самообразование
 - 3) профессиональное просвещение
 - 4) профессиональный отбор
 - 5) развитие общей культуры
07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСОБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К _____ УРОВНЮ
- 1) адаптивному
 - 2) локально-моделирующему
 - 3) продуктивному
 - 4) творческому
08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)
- 1) собеседование
 - 2) консультациями
 - 3) просвещением
 - 4) диагностикой
09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- 1) педагогическая
 - 2) культурно-просветительская
 - 3) коммуникативно-рефлексивная
 - 4) научно-методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ
К СИСТЕМЕ (один верный ответ)
- 1) человек – техника
 - 2) человек – человек
 - 3) человек – природа
 - 4) человек – знаковая система
11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА,
ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) профессией
 - 2) творчеством
 - 3) специализацией
 - 4) мастерством
12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ
ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК
- 1) конструктивные
 - 2) организаторские
 - 3) общеучебные
 - 4) коммуникативные
 - 5) двигательные
13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ
ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- 1) профессиональные намерения и склонности
 - 2) коммуникативные возможности
 - 3) педагогическое призвание
 - 4) общеучебные умения и навыки
 - 5) интерес к профессии учителя
14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) виды педагогической деятельности
 - 2) возрастные периоды развития ребенка
 - 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
 - 4) сроки обучения в вузе
 - 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ,
ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ,
ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ
НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) должностной инструкцией
 - 2) государственным образовательным стандартом
 - 3) технологией
 - 4) профессиограммой
16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С ВОСПИТАННИКАМИ
И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ
МНЕНИЕ, ИМЕЕТ _____ СТИЛЬ
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- 1) либеральный
 - 2) авторитарный
 - 3) демократический
 - 4) конструктивный
17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ
ПРЕДПОЛАГАЕТ
- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
 - 2) ведущую роль администрации
 - 3) представление полной свободы подчиненным
 - 4) использование административных методов
18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ
(один верный ответ)
- 1) авторитарный, демократический, либеральный
 - 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
 - 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
 - 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА *ПРОЦЕСС*, ТАК И НА *РЕЗУЛЬТАТ* ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)
- 1) рассуждающе-методический
 - 2) эмоционально-импровизационный
 - 3) рассуждающе-импровизационный
 - 4) эмоционально-методический
20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ, КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА
- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
 - 2) предшествует конфликту, но не является его основой
 - 3) предшествует конфликту, является его основой
 - 4) возникает только при скрытом конфликте
21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ
- 1) внутриличностный
 - 2) межличностный
 - 3) межгрупповой
 - 4) личностно-групповой
22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)
- 1) «Сократ»
 - 2) «Генерал»
 - 3) «Менеджер»
 - 4) «Мастер»
23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)
- 1) авторитарным
 - 2) демократическим
 - 3) либеральным
 - 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ
- 1) кризис, недоразумение
 - 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
 - 3) переутомление, неудовлетворённость
 - 4) плохое настроение, ощущение ненужности
25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)
- 1) рассуждающе-методический
 - 2) эмоционально-импровизационный
 - 3) рассуждающее-импровизационный
 - 4) эмоционально-методический
26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)
- 1) стиль педагогической деятельности
 - 2) стиль деятельности
 - 3) управление общением
 - 4) управление педагогическим общением
27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К «АТАКЕ» ИЛИ К «ОТСТУПЛЕНИЮ» ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)
- 1) зарождения конфликта
 - 2) созревания конфликта
 - 3) осознания конфликта
 - 4) разрешения конфликта
28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ
- 1) отложить решение конфликтной ситуации
 - 2) компромиссные
 - 3) репрессивные
 - 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ – ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ – ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

Установите соответствие.

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 1) умения управлять собой | А) владение своим телом |
| | Б) владение эмоциональным состоянием |
| 2) умения взаимодействовать | В) организаторские |

- Г) владение техникой контактного взаимодействия
- Д) дидактические
- Е) владение техникой речи

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- | | |
|--------------------|---|
| 1) внегуманитарный | А) включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития |
| 2) нормативный | Б) создание системы своих взаимодействий с воспитанниками |
| 3) технологический | В) поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий |
| 4) системный | Г) принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним |
| 5) концептуальный | Д) отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- | | |
|---|--|
| 1) присущие многим сферам человеческой деятельности | А) информационная
Б) конструктивная
В) организаторская |
| 2) специфические педагогические | Г) коммуникативная
Д) гностическая
Е) воспитательно-развивающая
Ж) ориентационная
З) мобилизационная
И) исследовательская |

Дополните высказывание.

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ – _____
36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ –

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ _____
39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР –

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ – _____

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ
ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ
К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ
ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ
КАК «ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МЕНЯ» _____
42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-
ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ –

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ
ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ,
УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ –

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ
В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ;
ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ
ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ
И СОСТОЯНИЙ – _____
45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ,
СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА
СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ – _____

Выберите один или несколько правильных ответов.

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ
СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
- 1) учебная
 - 2) воспитательная
 - 3) вожатская
 - 4) административная
 - 5) организаторская
 - 6) методическая
 - 7) внешкольная
 - 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

ГЛОССАРИЙ

Андагогика – отрасль педагогической науки, охватывающей теоретические и практические проблемы образования, обучения и воспитания взрослых.

Воспитание – планомерное и целенаправленное воздействие на сознание и поведение человека с целью формирования определенных установок, принципов, ценностных ориентаций;

– социальное, целенаправленное создание условий (материальных, духовных, организационных) для развития человека.

Веб-квест – специальным образом организованный вид самостоятельной исследовательской деятельности, для выполнения которой студенты осуществляют поиск информации в сети Интернет по указанным адресам.

Дидактика – теория обучения – научная дисциплина, объектом которой выступает процесс обучения, включающий в себя органично взаимосвязанные преподавание и учение, а предметом – закономерные связи и отношения, функционирующие в данном процессе, содержание образования, принципы, организационные формы, способы и средства реализации целей обучения.

Дидактическая единица – структурная часть основной и/или дополнительной образовательной программы, представляющая собой некоторый логически упорядоченный объем содержания отдельной учебной дисциплины или имеющая междисциплинарный характер, направленная на достижение студентом конкретных знаний, умений, навыков в целях освоения универсальных (общих) и/или предметно-специализированных (профессиональных) компетенций.

Дискуссия (от латинского «*discussio*» – рассмотрение, исследование) – публичное обсуждение какого-либо спорного вопроса, проблемы. При этом обсуждаемый вопрос должен быть сложным, важным, неоднозначным по подходу и толкованию, т. е. предполагать альтернативные ответы.

Игро моделирование – процесс моделирования в условиях игры и обеспечение возможности осуществления данной модели в реальности.

Игровая модель – социальный контекст. Комплект ролей и функций игроков, сценарий, правила игры.

Интерактивное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности, способ познания, осуществляемый в форме совместной деятельности студентов, при которой все участники взаимодействуют друг с другом, обмениваются информацией, совместно решают проблемы, моделируют ситуации, оценивают действия других и свое собственное поведение, погружаются в реальную атмосферу делового сотрудничества по разрешению проблемы.

Качество образования – социальная категория, определяющая состояние и результативность процесса образования в обществе, его соответствие потребностям и ожиданиям общества (различных социальных групп) в развитии и формировании гражданских, бытовых и профессиональных компетенций личности.

Компетенция – это способность применять знания, умения и личностные качества для успешной деятельности в определенной (профессиональной) области.

Компетентностный подход – подход, акцентирующий внимание на результате образования, причем в качестве результата рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность человека действовать в различных ситуациях.

Компетентностная модель выпускника вуза по направлению подготовки (специальности) – комплексный интегральный образ конечного результата образования в вузе по направлению подготовки (специальности), в основе которого лежит понятие «компетенция».

Контроль в педагогическом процессе – процедура оценочной деятельности, включающая в себя действия с использованием разнообразных педагогических мер и методов измерений по получению информации о ходе и результатах обучения.

Метод обучения – это система последовательных взаимосвязанных действий преподавателя и учащихся, обеспечивающих усвоение содержания образования. Метод обучения характеризуется тремя признаками: обозначает цель обучения, способ усвоения, характер взаимодействия субъектов обучения. Каждый метод обучения призван отразить специфику проявления в нём этих признаков, а совокупность методов должна обеспечить достижение всех целей воспитывающего обучения.

Ментальные карты (майндмэппинг, mindmapping) или **интеллект-карты** – эффективная техника визуализации мышления в форме альтернативной записи для анализа и систематизации информации, для создания и записи новых идей, принятия решений и т. д.

– графическое выражение процесса ассоциативного мышления, является естественным продуктом деятельности человеческого мозга.

Обучение – совместная *деятельность* преподавателя и субъектов учения, имеющая своей целью развитие субъектов учения, формирование у них *знаний, умений, навыков* – элементов мировоззрения, будущей прагматической (профессиональной) или учебной деятельности.

Обученность – это система знаний, умений и навыков, соответствующая ожидаемому результату обучения.

Обучаемость – индивидуальные показатели скорости и качества усвоения человеком знаний, умений и навыков в ходе **обучения**.

Образовательная услуга – это деятельность вуза, его подразделений и преподавателей по реализации образовательной программы и ее элементов для удовлетворения требований потребителей образовательной услуги.

Образовательная программа – это совокупность учебно-методической документации, включающей в себя учебный план, рабочие программы учебных курсов, предметов, дисциплин (модулей) и другие материалы, обеспечивающие воспитание и качество подготовки обучающихся, а также программы учебной и производственной практик, календарный учебный график и методические материалы, обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной технологии.

Образовательный процесс – это процесс формирования нового уровня теоретических знаний, практических умений, навыков и компетенций обучающихся.

Образовательный мониторинг – это система организации сбора, хранения, обработки и распространения информации о функционировании образовательной системы, обеспечивающая непрерывное слежение за ее состоянием и прогнозирование ее развития.

Образовательная среда – система влияний и условий формирования личности, а также возможности для её развития, содержащиеся в социальном и пространственно-предметном окружении.

Образовательные технологии – систематический метод планирования, применения и оценивания всего процесса обучения и усвоения знаний путём учета человеческих и технических ресурсов и взаимодействия между ними для достижения более эффективной формы образования [ЮНЕСКО (1986)].

Область исследований теории и практики (в рамках системы образования), имеющей связи со всеми сторонами организации педагогической системы для достижения специфических и потенциально-воспроизводимых педагогических результатов (П. Митчелл).

Научное планирование, организация, оценивание и коррекция педагогического процесса в целях повышения его эффективности, дающее гарантированный результат (В. В. Пикан).

Оценка учебно-познавательной деятельности – процесс анализа – синтеза, сравнения, выявления смысла, информации, словесные комментарии – выражается в оценочных суждениях и заключениях педагога, которые могут быть сделаны в устной или письменной форме.

Педагогическая деятельность – это целенаправленное, мотивированное воздействие педагога, ориентированное на всестороннее развитие личности и подготовку воспитанника к жизни в современных социокультурных условиях, что достигается организацией личностно-развивающей среды и управлением разнообразными видами деятельности студентов.

Преподавание – деятельность преподавателя по выбору необходимых субъекту учения элементов объективного опыта

человечества и управлению процессом их усвоения субъектами учения в обучении.

Профессионально-субъектная позиция специалиста – это осознание себя профессионалом, причём профессия осознаётся не как набор квалификационных характеристик, а как образ жизни.

Проблемная ситуация – такой способ изложения учебного материала, при котором *субъект учения* вынуждается самостоятельно дополнить изученное или сделать из него вывод, используя уже имеющиеся у него знания, умения, навыки.

PBL – Problem Based Learning – технология обучения, основанная на проблеме.

Профессиональная компетентность преподавателя вуза – интегральная характеристика специалиста, которая определяет его способность решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях педагогической деятельности в системе высшего и послевузовского образования.

Профессионально-педагогическая подготовка преподавателей медицинского вуза – составная часть системы непрерывного образования, обеспечивающая приведение профессионально значимых компетенций в соответствие с требованиями квалификационной характеристики, обеспечение деятельностной позиции в процессе обучения, способствующей становлению опыта целостного системного видения профессиональной деятельности, системного действия в ней, решения новых проблем и задач. Это понятие предполагает, что собственно основой подготовки преподавателей является педагогическая составляющая, а отражающая особенности и специфику подготовки преподавателей образовательных учреждений медицинского образования, имеющих особый объект и задачи обучения, получает наименование «профессиональной».

Ситуационная задача – учебная задача, сформулированная в терминах и условиях конкретной ситуации, с которой может встретиться на практике субъект учения.

CBL – Case Based Learning – *кейс-технология* – способ обучения, при котором обучающиеся рассматривают одну или несколько конкретных ситуаций или задач с целью усвоения теоретической информации и овладения навыками профессиональной деятельности.

Содержание образования – специально отобранная и признанная обществом (государством) система элементов *объективного опыта человечества*, усвоение которой необходимо для успешной *деятельности индивида* в избранной им сфере общественно-полезной практики.

Содержание обучения – совокупность тех действий, которые выполняет преподаватель и учебная группа для усвоения субъектами учения выбранной для изучения на конкретном занятии части содержания объективного опыта человечества.

Структура деятельности – совокупность и взаимосвязь процессов от появления потребности до ее удовлетворения.

Технология обучения – выстроенная на основе законосообразности логическая последовательность операций, отражающая путь гарантированного достижения дидактической цели.

Управление качеством образования – это приведение системы к стандарту.

Учение – *деятельность индивида по усвоению учебной информации* (объекта изучения, содержания учебной дисциплины).

Учебное задание – *прием обучения*, состоящий в требовании преподавателя выполнить какие-либо учебные *действия* с целью *усвоения субъектом учения* определенного *содержания учебной дисциплины* (в том числе с целью формирования *навыков*).

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО) – это совокупность требований, обязательных при реализации основных образовательных программ высшего профессионального образования образовательными учреждениями, имеющими государственную аккредитацию.

Цели образования – *развитие субъекта, усвоение им содержания образования, формирование у субъекта определенных ценностных ориентаций.*

Цель обучения – формирование у *субъекта учения* определенного вида *деятельности.*

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе: учеб.-методическое пособие : [Электронный ресурс] / А. И. Артюхина [и др.]; под ред. Е. В. Лопановой. – М.: ФЛИНТА, Наука, 2013. – 256 с. – Режим доступа: http://edu.omsk-osma.ru/uploads/pedo/ser_2.pdf
2. Современные образовательные технологии [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Н. В. Бордовская [и др.]; под ред. Н. В. Бордовской. – 3-е изд., стер. – М.: КноРус, 2013. – 432 с. – Режим доступа: http://www.knorusmedia.ru/db_files/pdf/5105.pdf

Дополнительная литература

1. *Александрова, М. А.* Игровые сценарии обучения по предметам естественно-научного цикла [Текст]: метод. пособие / М. А. Александрова. – М.: БИНОМ, Лаб. знаний, [2013]. – 222 с.
2. *Артюхина, А. И.* Сборник тестовых заданий по педагогике [Текст]: учеб. пособие / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 147 с.
3. *Артюхина, А. И.* Самостоятельная работа студентов по педагогике: формирование учебно-исследовательской компетентности [Электронный ресурс]: учеб.-метод. пособие / А. И. Артюхина, Е. А. Вахтина, В. И. Чумаков. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 120 с. – Режим доступа: <http://library.volgmed.ru/>
4. *Артюхина, А. И.* Психолого-педагогическая диагностика [Текст]: учеб.-метод. пособие / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 140 с.
5. *Артюхина, А. И.* Игровые технологии в фармацевтическом образовании [Текст]: учеб. пособие / А. И. Артюхина, Л. М. Ганичева, В. И. Чумаков. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 149 с. – (Школа педагогического мастерства).

6. *Артюхина, А. И.* Интерактивные методы обучения в медицинском вузе [Текст]: учеб. пособие / А. И. Артюхина, В. И. Чумаков; худож.-ил. М. Ю. Будников. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2012. – 210 с.

7. *Болучевская, В. В.* Общение врача: введение в психологию профессионального общения. (Лекция 1): [Электронный ресурс] / В. В. Болучевская, А. И. Павлюкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 1. – Режим доступа : [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

8. *Болучевская, В. В.* Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. (Лекция 2): [Электронный ресурс] / В. В. Болучевская, А. И. Павлюкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 2. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

9. *Болучевская, В. В.* Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4). [Электронный ресурс] / В. В. Болучевская, А. И. Павлюкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 4. – Режим доступа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

10. *Коджаспирова, Г. М.* Педагогика [Текст]: учебник / Г. М. Коджаспирова. – М.: КНОРУС, 2013. – 740 с.

11. Креативная педагогика: [Текст]: методология, теория, практика / А. И. Башмаков [и др.]; под ред. В. В. Попова, Ю. Г. Круглова. – 3-е изд. – М.: БИНОМ, Лаб. знаний, 2012. – 319 с.

12. *Сорокопуд, Ю. В.* Педагогика высшей школы [Текст]: учеб. пособие / Ю. В. Сорокопуд. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 543 с.

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Медицинское образование и вузовская наука.
2. Высшая школа.
3. «Alma Mater» (Вестник высшей школы).
4. Высшее образование в России.
5. Медицина и образование в Сибири <http://www.ngmu.ru/cozo/mos/>.
6. Высшее образование сегодня.

ОТВЕТЫ НА ЗАДАНИЯ САМОКОНТРОЛЯ

1.1.

Вопрос 3.

Сопоставление педагогической и андрагогической моделей обучения

Педагогическая модель обучения	Андрагогическая модель обучения
<ol style="list-style-type: none">1. Обучение зависит от преподавателя, хотя в новых методах обучения может играть активную роль. Обучающегося заставляют учиться.2. Принуждение, давление, угроза. Обучающийся получает знания впрок.3. При планировании занятий педагог не советуется с обучающимися.4. Принципы педагогики, дидактики, педагогического процесса используются в полной мере.5. Индивидуальное обучение в чистом виде не практикуется.6. Продолжительность, как правило, велика.7. Обучающийся не задумывается о повышении своей квалификации.8. Технологии обучения могут быть классические.9. Простое накопление знаний.10. После обучения обучаемый на нижней ступени иерархии; педагог – ведущий, обучаемый – ведомый; обучение может быть бесплатным	<ol style="list-style-type: none">1. Обучающийся самостоятелен и самоуправляем. Играет равную или ведущую роль педагогического процесса. Потребность к обучению.2. Сознательно, так как достигает какую-то цель.3. Паритеты в определении задачи усовершенствованы или видоизменены в соответствии с характеристикой взрослого человека.4. Процесс обучения подстроен под профессию, цели и задачи взрослого человека.5. Обучение может идти от трёх месяцев до трёх лет.6. Вся жизнь направлена на повышение квалификации.7. Технологии должны быть инновационными, интерактивными, индивидуальными, развивающими.8. После обучения обучающийся переходит на другую ступень.9. Обучение – платное

1.2.

Вопрос 6.

Формы организации обучения в высшей школе:

- *коллективно-групповые занятия* – лекции, семинары, практикумы, тренинги, конференции, олимпиады;
- *индивидуально-коллективные системы занятий* – проекты, научные недели, творческие недели.

1.3.

Вопрос 4.

Основное отличие образовательной технологии от методики – гарантированный образовательный результат

1.4.

Вопрос 5.

Структура семинарского занятия

I. Организационный момент

II. Вступительное слово преподавателя, мотивация:

- место темы, занятия в изучаемом курсе;
- постановка целей, задач;
- план занятия.

III. Основная часть семинара.

Входной контроль 6:

- заслушивание ответов на вопросы, докладов, рефератов;
- последовательное обсуждение ответов, рефератов, докладов;
- выработка мнений и суждений, формирование в результате дискуссии правильных суждений и др.

IV. Заключение преподавателя:

- подведение итогов занятия;
- анализ выступлений студентов, оценка их деятельности, ответы на вопросы студентов.

V. Домашнее задание.

1.5.

Вопрос 8.

Пример. Ход занятия со средним медицинским персоналом по теме катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером:

1. Организационно-воспитательный момент: проверка явки на занятия, готовности к работе в стационаре хирургического профиля (внешний вид, средства защиты, одежда), ознакомление с планом проведения занятия – 5 минут.

2. Опрос учащихся о трудностях с которыми они сталкиваются при выполнении катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером. – 30 минут.

3. Тема: катетеризации мочевого пузыря эластичным катетером.

Вопросы: анатомия, физиология мочевыделительной системы. Принципы работы эластичных катетеров. Трудности при установке катетера. Пути решения. – 5 минут.

4. Изложение нового материала (беседа) – 60 минут.

5. Закрепление материала: Подготовка рабочего места и инструментария для катетеризации мочевого пузыря. Отработка техники установки мягких уретральных катетеров на муляжах. Осмотр больных с преподавателем – 40 минут.

6. Рефлексия – контрольные вопросы по изложенному материалу, трудности в его понимании – 20 минут.

Итого: 160 минут.

2.1. Эталон ответов на практическую работу.

Команда 1

1. Нарушен критерий «ясность сообщения». Правильный вариант «Данный препарат Вам необходимо принимать 2 раза в день утром и вечером с интервалом 12 часов (не зависимо от приёма пищи), запивая стаканом воды».

2. Нарушен критерий «простота сообщения». Правильный вариант «Вы можете самостоятельно измерять артериальное давление и пульс»?

Команда 2

1. Нарушен критерий «простота сообщения». Правильный вариант «Завтра в 9 часов утра Вам нужно подойти в кабинет 402 на сеанс лечения пиявками».

2. Нарушен критерий «заслуживающий доверия», т. е. медсёстры в присутствии пациента оспаривают мнение друг друга.

Эталоны ответов на задания самоконтроля

Вопрос 4.

Примеры барьеров общения в работе врача:

- Стилистический барьер – общение с пьяным пациентом.
- Фонетический барьер – общение с пациентом-иностранцем.
- Идеологический барьер – неприятие пациентом традиционной медицины.
- Психологический барьер – страх.
- Барьер отношений – агрессия врача или пациента.
- Барьер отрицательных эмоций – подавленность, усталость врача.

Утверждения «Да» – 5.1, 5.3, 5.4, 5.7, 5.8, 5.9;

«Нет» – 5.2, 5.5, 5.6, 5.10.

2.2. Эталон ответов на практическую работу.

1. «Конфликты нужны, они бывают полезны для функционирования коллектива, оказывающего медицинские услуги».

- Аргументы: в результате конфликта высказываются скрытые недовольства, дискуссия приводит к корректровке отношений в коллективе. Умело направленный руководством конфликт способен объединить коллектив. Во время возникновения конфликта проявляется ущемление чьих-то прав – как следствие, это является сигналом к действию руководства.

2. «Конфликты не нужны, они вредны и оказывают негативное воздействие на физическое и психическое здоровье медиков».

- Аргументы: конфликт отвлекает от работы. Повышение уровня стресса в коллективе (учитывая, что работа медика и так связана с повышенным стрессом). Агрессия при конфликте в коллективе обязательно затронет пациентов, повышается риск халатности, ошибок и ятрогений. Слишком явный конфликт на работе будет вызывать недоверие к действиям врачей.

2.3.

Примерный вариант памятки для общения с родственниками пациента

Необходимо	Запрещено
<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовиться к общению с родственниками пациента: уточнить время и дату разговора, при необходимости договориться заранее и согласовать детали разговора. 2. Иметь опрятный внешний вид, уделить особое внимание морально-психологическому настрою. 3. Владеть исчерпывающей и достоверной информацией о состоянии больного на текущий момент. 4. Использовать индивидуальный подход к родственникам пациента. 5. Внимательно выслушивать, повторять ключевые фразы, резюмировать. 6. Обязательно осведомить о возможных рисках тех или иных диагностических и лечебных процедур. 7. Интересоваться, есть ли вопросы, отвечать при их наличии. 8. Уметь контролировать свои эмоции. 9. Уметь корректно прервать разговор, в случае возникновения экстренного вопроса извиниться и оперативно уладить ситуацию. 10. При угрозе возникновения конфликтной ситуации, перевести разговор, поставить в известность заведующего отделением. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вести беседу без подготовки, на бегу, в присутствии посторонних. 2. Формально, отстраненно общаться, ограничиваясь односложными ответами «да / нет / не знаю / у больного все нормально». 3. Отказывать в повторном объяснении, пояснении. 4. Допускать невежливый, нетерпеливый, возмущенный, грубый, повышенный тон разговора, фамильярность, снисходительность, раздражаться в ответ на «глупые» и «неудобные вопросы, выходить из себя, грубить, подавлять, унижать, угрожать, шантажировать, запугивать, идти на конфликт, употребляя фразы: «Идите жалуйтесь, кому хотите!». 5. Переносить последствия своего негативного состояния или иных трудностей на собеседников. 6. Нарушать конфиденциальность, распространять информацию, полученную в ходе общения с родственниками, не получив согласия пациента: разглашать врачебную тайну, нарушать нормы врачебной этики и деонтологии. 7. Требовать от родственников приобретения лекарственных препаратов (особенно не являющихся в данный момент кардинально важным). 8. В присутствии пациентов или их родственников критиковать сотрудников, негативно отзываться о данном лечебном учреждении в целом, рекомендовать другие лечебные учреждения. 9. Заявлять о собственной некомпетентности, употребляя выражения «я не знаю...», «я не могу решить вопрос о...» и т. п.

Правила общения с пациентом

1. Представьтесь, назовите цель беседы.
2. Обращайтесь к пациенту по имени, отчеству, не используя фамильярностей.
3. Смотрите пациенту в лицо, улыбайтесь, выражайте одобрение.
4. Поддерживайте визуальный контакт.
5. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, не повышайте голос, не используйте терминологию.
6. Поощряйте вопросы пациента.
7. Обеспечьте тишину и конфиденциальность.
8. Внимательно слушайте.
9. Обеспечьте обратную связь.
10. Поддерживайте необходимый тактильный контакт.
11. Займите правильную позицию общения (под углом 45°, не нарушая личное пространство).
12. Контролируйте свои эмоции.
13. Не перебивайте, не спорьте с пациентом.
14. Не критикуйте близких, родственников пациента.
15. Не преуменьшайте чувств пациента.

2.4.

Вопрос 3.

Задача врача в зависимости от стадии изменений дезадаптивного поведения пациента на адаптивное

Стадия	Задачи врача
До рассмотрения вопроса	Вызвать сомнения – повысить восприятие пациентом риска и проблем, связанных с существующим поведением
Обдумывание	Сместить баланс – привести доводы в пользу изменения, учитывая риск отсутствия изменений; повысить самоэффективность пациента для изменения существующего поведения

Стадия	Задачи врача
Принятие решения	Помочь пациенту выработать наилучший план действий для достижения необходимых изменений
Действие	Поддержать пациента на пути изменений поведения
Поддержание	Отслеживать прогресс; при необходимости возобновить мотивацию и готовность действовать
Рецидив	Помочь пациенту прослеживать процессы обдумывания, принятия решения и действия, не останавливаясь и не теряя надежды из-за рецидива

2.5.

Вопрос 4.

Возможные аспекты, влияющие на формирование профессиональной субъектной позиции врача:

- Сознание долга и ответственное отношение к своим обязанностям, благожелательное, внимательное и сочувственное отношение к больному, приветливость в обращении с ним, выдержка и самообладание во взаимоотношениях с больными, любовь к медицинскому делу, терпение и настойчивость в достижении лечебного результата, сочетание мягкости с разумной настойчивостью в отношении к больному, сочетание осмотрительности с решительностью, умение управлять своим поведением, работоспособность, общий высокий уровень воспитания, желание постоянно повышать свою квалификацию.

Учебное издание

Артюхина Александра Ивановна
Чумаков Вячеслав Игоревич

ПЕДАГОГИКА

*Учебно-методическое пособие
для клинических ординаторов*

Редактор *Е. В. Максимова*
Компьютерная верстка *Е. Е. Таракановой*
Оформление обложки *Е. А. Могутинной*

Директор Издательства ВолгГМУ *Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.0107 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 25.04.2017 г. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 9,77.
Уч. изд. л. 7,76. Тираж 100 экз. Заказ 131.

Волгоградский государственный медицинский университет
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1.

Издательство ВолгГМУ
400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45.