МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»

М.Ю. Айбазова

Ф.М. Айбазова

**ПЕДАГОГИКА**

Учебное пособие

для ординаторов специальностей

31.08.49 Терапия, 31.08.58 Оториноларингология,

31.08.67 Хирургия

Черкесск, 2021

УДК 378

ББК 74.58

 А-36

Рассмотрено на заседании кафедры философии и гуманитарных дисциплин.

Протокол № 6 от 24.02.2021.

Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.

Протокол №19 от 26.02. 2021 г.

**Рецензенты**: Семенов К.Б. – профессор кафедры педагогики и современных образовательных технологий Московского государственного областного университета, доктор педагогических наук, профессор

А36 **Айбазова, М. Ю**. Педагогика: учебное пособие для ординаторов специальностей 31.08.49 Терапия, 31.08.58 Оториноларингология,31.08.67 Хирургия/ М.Ю. Айбазова, Ф.М. Айбазова- Черкесск: БИЦ СКГА, 2021. - 104с.

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

Пособие предназначено для обучающихся в ординатуре.

**УДК 378**

**ББК 74.58**

ISBN 978-587757-237-9

© Айбазова М.Ю., Айбазова Ф.М. 2021

© ФГБОУ ВО СКГА, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ВВЕДЕНИЕ  | 4 |
| I. | ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДИДАКТИКИ  | 6 |
| 1.1 | Роль педагогики в профессиональной деятельности врача | 6 |
| 1.2  | Базовые понятия педагогики | 8 |
| 1.3 | Обучение в системе профессионального образования. Дидактика. | 15 |
| 1.4 | Образовательный процесс в высшей медицинской школе  | 18 |
| 1.5 | Взаимодействие преподавателя и обучающихся при использовании интерактивных методов обучения. | 28 |
| 1.6 | Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности современного врача | 31 |
| 1.7 | Психолого-педагогические методы и технологии организации лечебной деятельности медицинского персонала.  | 37 |
| 1.8 | Методика проведения лекционных и семинарских занятий | 40 |
| 1.9  | Образовательные технологии | 47 |
| II. | ПРАКТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА | 54 |
| 2.1 | Особенности коммуникации в медицинской среде  | 54 |
| 2.2 | Общение врача | 63 |
| 2.3 | Формирование коммуникативной компетентности современного врача | 74 |
| 2.4 | [Конфликты во врачебной деятельности](#bookmark26)  | 79 |
| 2.5 | Социальная и профилактическая педагогика в работе врача | 89 |
| 2.5 | Образовательный потенциал врача: непрерывное медицинское образование | 91 |
|  | Рекомендованная литература | 102 |

ВВЕДЕНИЕ

Роль педагогических знаний в профессиональной деятельности врача трудно переоценить. Педагогическая подготовка помогает врачу правильно организовывать лечебный процесс и связанный с ним процесс обучения, который должен быть ориентирован на потребности и возможности пациентов. В практике лечебных учреждений существует множество различных ситуаций, в которых врач выступает в роли передающего или перенимающего знания, опыт. Это касается как отношений «врач – врач», «врач – медицинский персонал», так и отношений «врач – пациент», «врач – родственники пациента». Именно поэтому так важно в процессе подготовки в высшей медицинской школе формировать у обучающихся основы психолого-педагогической компетентности. Став частью профессиональной компетентности, психолого-педагогическая компетентность позволит специалистам в сфере медицины полноценно, качественно осуществлять свои функции, адекватно складывающимся профессиональным ситуациям. В рамках дисциплины «Педагогика» для врачей-ординаторов изучаются основы педагогики, педагогики высшей школы и профессиональной (медицинской) педагогики. Это позволит обучающимся понять сущность образовательного процесса в медицинском вузе, специфические особенности профессионального общения педагога высшей школы и врача, содержание санитарно-просветительной деятельности врача, научиться анализировать педагогические ситуации как в ходе вузовского учебно-воспитательного процесса, так и в условиях деятельности в профессиональной среде. Кроме того, данная дисциплина поможет вооружиться знаниями и умениями планирования и самоконтроля собственной деятельности, ориентироваться в образовательном пространстве медицинского вуза.Структура учебного пособия содержит теоретический и практический разделы, тестовые задания для самопроверки, глоссарий, а также список рекомендованной литературы.

Цель изучения дисциплины - освоение общих основ педагогической науки как условия профессиональной компетенции специалиста в области медицины.

Задачи изучения дисциплины:

* изучение основных категорий педагогики, систем и технологий на основе современных научных подходов;
* изучение принципов анализа педагогических проблем в практике медицинской работы;
* формирование педагогического мировоззрения у обучающихся с учетом современных теоретических и практических достижений педагогической науки;
* формирование навыков самостоятельной поисковой деятельности по основному содержанию предмета и активного использования полученных знаний с целью эффективного педагогического взаимодействия в медицинском учреждении;
* формирование у обучающегося активной, творческой гуманитарной позиции в сфере социальных отношений с учетом индивидуальных особенностей и возможностей человека в образовательной практике.

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

универсальные:

* готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
* 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;

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

**РАЗДЕЛI.** [**ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДИДАКТИКИ**](#bookmark2)

* 1. **Роль педагогики в профессиональной деятельности врача**

Становление обучающихся медицинского вуза в профессиональном и личностном смысле, овладение ими в процессе обучения основами культуры врачебной деятельности и профессионального общения опираются на пласты общей культуры общества, которые отражены в педагогике. В наиболее общем виде педагогика – это наука, которая раскрывает сущность процессов воспитания, обучения и развития и дает возможность направлять их движение в соответствии с поставленными целями. Объектом педагогики выступают те явления действительности, которые обусловливают развитие человеческого индивида в процессе целенаправленной деятельности общества. Эти явления получили название образования. Оно и есть та часть объективного мира, которую изучает педагогика. Предмет педагогики можно обозначить как исследование процесса целенаправленного развития и формирования человеческой личности в условиях ее воспитания, образования, обучения. 8 К функциям педагогической науки можно отнести следующие: - объяснительную (описание и объяснение педагогических явлений и процессов, выявление их причин, установление их закономерностей, условий их существования, функционирования и развития); - преобразующую (совершенствование педагогической практики на основе фундаментального знания); - прогностическую (обоснованное предвидение развития педагогической реальности). Задачи педагогики заключаются: - выявление закономерностей воспитания и обучения, закономерностей, проявляющихся во взаимосвязи воспитания и обучения в целостном педагогическом процессе, а также закономерностей управления образованием; - изучение и обобщение педагогической практики, опыта педагогической деятельности; - разработка новых способов и средств обучения, воспитания, управления образовательными структурами; - прогнозирование развития образования на ближайшее и отдаленное будущее; - внедрение в практику образования результатов педагогических исследований.

В высшем медицинском образовании педагогика представляет собой необходимый компонент данного образования; педагогика – это искусство врачевания и общения с пациентом, искусство, которому необходимо научить обучающихся; педагогика также является комплексом разнообразных методических рекомендаций по разработке учебных планов и программ, учебных пособий, задач, тестов. Необходимо отметить, что в нашей стране педагогика в базовое образование будущих врачей впервые была введена с середины 90-х гг. двадцатого столетия на основании ГОСа (Государственного образовательного стандарта). Именно с этого момента преподавание педагогики в медицинских вузах осуществляется в составе дисциплины «Педагогика и психология» [23]. Большой вклад в развитие отечественного высшего медицинского образования внесли такие ученые и практики, как М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, И.М. Сеченов, Г.А. Захарьин, С.П. Боткин, И.П. Павлов, С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, А.В. Вишневский, П.Б. Ганнушкин, И.В. Давыдовский, А.Н. Бакулев, А.А. Вишневский и др. Для того чтобы понять специфику определенной науки, необходимо уяснить содержание базовых категорий, которыми она оперирует. Категориями науки называются ее предельно общие, фундаментальные понятия, отражающие сущность данной науки, ее устоявшиеся, типичные формы отражения действительности. В любой науке категории выполняют системообразующую функцию. Они пронизывают все научное знание, связывают его в целостную систему. Базовыми категориями педагогики как науки являются: развитие, воспитание, образование, обучение, педагогическая деятельность, педагогическая система, педагогическое взаимодействие, педагогическая задача, педагогические технологии, педагогический процесс, образовательная система, педагогическая диагностика, педагогический контроль и др. Рассмотрим некоторые из них. Развитие индивида – это процесс внутренне последовательного изменения физических, психических и духовных сил человека, обеспечивающих реализацию его жизненного потенциала, сущности и назначении, становление его личности. Воспитание в широком смысле представляет собой целенаправленный процесс управления социализации индивида, формированием его личности. Воспитание в узком смысле представляет собой сознательное, целенаправленное, систематически и планомерно организованное воздействие на индивида, взаимодействие с ним, которое должно привести к заранее предполагаемым результатам, отвечающим социальному заказу, сформулированному в виде цели. Образование – это целенаправленно организованный процесс и результат интеллектуального развития индивида, усвоения им опыта поколений в виде определенной системы знаний, навыков, умений. Обучение – это целенаправленный, специально организованный процесс непосредственной передачи опыта поколений, знаний, навыков, умений во взаимодействии педагога и учащегося. Обучение как процесс включает в себя две стороны: преподавание, в ходе которого осуществляется передача системы знаний, навыков, умений, опыта деятельности, и учение как усвоение опыта через восприятие, осмысление, преобразование и использование. Педагогическая система – определенная совокупность взаимосвязанных средств, методов и процессов, необходимых для создания организованного, целенаправленного и преднамеренного педагогического влияния на формирование личности с заданными качествами. Педагогический процесс – специально организованное, целенаправленное взаимодействие педагогов и воспитанников, направленное на решение развивающих и образовательных задач. Образовательная система – комплекс институтов образования. Педагогическое взаимодействие – процесс, происходящий между воспитателем и воспитанниками в ходе учебно-воспитательной работы и направленный на развитие личности обучающегося. Взаимодействие категория философская, отражающая всеобщую сущностную связь всего живого. В педагогической науке оно выступает и как одно из ключевых понятий и как научный принцип. Педагогическое взаимодействие обусловлено и опосредованно учебно-воспитательной деятельностью, целями обучения и воспитания. В основе педагогического взаимодействия лежит сотрудничество, которое является началом социальной жизни людей. Педагогическое взаимодействие совершенствуется и развивается по мере усложнения духовного общения и возвышения социальных и интеллектуальных потребностей его участников.

* 1. **Базовые понятия педагогики**

Переход системы здравоохранения в РФ на общеврачебную (семейную) практику на современном этапе характеризуется переориентацией врача с лечения болезней на сохранение здоровья человека. Новая парадигма в медицине предполагает включение врачей разных специальностей в процесс обучения и воспитания пациента самосохранительному поведению как организаторов и помощников, способных к стимулированию, коррекции, нормализации этого процесса. В идеале это высококвалифицированные специалисты, обладающие определенными личностными и профессиональными качествами, осуществляющие не только лечебно-диагностическую, но и психолого-педагогическую деятельность. Однако, несмотря на то, что государство в последнее десятилетие приняло достаточно мер законодательного и социального характера по обеспечению и пропаганде здорового образа жизни, одним из основных барьеров на пути успешного обучения и воспитания пациентов самосохранительному поведению остается слабо выраженная мотивация врачей на психолого-педагогическую деятельность при недостаточной готовности к ней. Понятно, что такой сложный вид врачебной деятельности требует от врачей специальной готовности, сопряженной с организацией в медицинском вузе психолого-педагогической подготовки. Цель данного учебного пособия – обеспечить условия такой подготовки для ординаторов, раскрыв требования к психолого-педагогической работе врача с пациентом на современном этапе, а также её содержание и технологии.

Педагогика (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).

Объект педагогики. В качестве своего объекта педагогика имеет систему педагогических явлений, связанных с развитием индивида. Поэтому объектом педагогики выступают те явления действительности, которые обусловливают 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.

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, приспосабливая к своим нуждам научные подходы и теории, разработанные другими науками.

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

Процесс дифференциации в педагогической науке продол­жается.

Выделяют:

* общую педагогику - исследует основные закономерностиобразования;
* историю педагогики - изучает развитие педагогическихидей и практики образования на разных этапах культурно-­исторического, общественного развития;
* возрастную педагогику (дошкольная, школьная, педаго­гика взрослых) - изучает возрастные аспекты обученияи воспитания;
* коррекционную педагогику: сурдопедагогика (обучениеи воспитание глухих и слабослышащих), тифлопедагогика(обучение, воспитание слепых и слабовидящих), логопедия(обучение, воспитание детей с нарушениями речи),олигофренопедагогика (обучение и воспитание умственноотсталых и детей с задержкой умственного развития);
* частные методики (предметные дидактики) - исследуютспецифику применения общих закономерностей обученияв области преподавания отдельных учебных предметов;
* отраслевую педагогику (военная, спортивная, высшей школы,производственная и т. п.).

Таким образом, существуют следующие отрасли педагогики:

* Общая педагогика исследует общие закономерности воспитания, образования и обучения. Она формулирует некоторые универсальные принципы, основные категории, которыми руководствуются и пользуются во всех специальных и прикладных педагогических науках. Составными частями общей педагогики являются теория воспитания, теория обучения (дидактика) и теория организации и управления образовательными системами.
* История педагогики, изучающая развитие педагогических идей и воспитания в различные исторические эпохи.
* Сравнительная педагогика, исследующая закономерности функционирования и развития образовательных и воспитательных систем в различных странах путем сопоставления и нахождения сходства и отличий.
* Возрастная педагогика, изучающая особенности воспитания человека на различных возрастных этапах. В зависимости от возрастной характеристики различают преддошкольную. дошкольную педагогику, педагогику средней школы, педагогику среднего специального образования, педагогику высшей школы, педагогику профессионально-технического образования, педагогику взрослых (андрогогику).
* Специальная педагогика (дефектология), разрабатывающая теоретические основы, принципы, методы, формы и средства воспитания и образования человека (детей и взрослых), имеющего отклонения в физическом и умственном развитии. Специальная педагогика распадается на ряд отраслей: вопросами воспитания и образования глухонемых и глухих детей и взрослых занимается сурдопедагогика, слепых и слабовидящих – тифлопедагогика, умственно отсталых – олигофренопедагогика, детей и взрослых с расстройствами речи – логопедия.
* Методики преподавания различных дисциплин содержат специфические частные закономерности обучения конкретным дисциплинам (языку, физике, математике, химии, истории и др.), накапливают технологический инструментарий, позволяющий оптимальными методами и средствами усваивать содержание той или иной дисциплины, овладевать опытом предметной деятельности, оценочными отношениями. Социальная педагогика содержит теоретические и прикладные разработки в области внешкольного воспитания и образования детей и взрослых.
* Многопрофильные образовательно-воспитательные учреждения (клубы, спортивные секции, студии музыкального и театрального искусства) являются средством повышения культуры общества, воспитания и развития личности, передачи профессиональных знаний, проявления творческих способностей людей.
* Исправительно-трудовая педагогика содержит теоретические обоснования и разработку практики перевоспитания лиц, находящихся в заключении за совершенные преступления. Лечебная педагогика разрабатывает систему образовательно-воспитательной деятельности педагогов с ослабленными и больными школьниками. Возникает интегрированная медико-педагогическая наука, когда ведется лечение и обучение в щадящем режиме.
* Профессиональная педагогика изучает закономерности, осуществляет теоретическое обоснование, разрабатывает принципы, технологии воспитания и образования человека, ориентированного на конкретную профессиональную сферу деятельности. В зависимости от профессиональной области различают военную, инженерную, производственную, медицинскую и другую педагогику
* Производственная педагогика изучает закономерности обучения работающих, переориентацию их на новые средства производства, повышение их квалификации, переучивание новым профессиям.
* Медицинская педагогика как разновидность профессиональной представляет собой педагогическую составляющую в медицинском образовании, изучающую объективные процессы воспитания, обучения связанные с медицинской практикой, которая позволяет передавать искусство врачевания и общения с пациентами от старшего поколения младшему, изучающую также специфические особенности и условия организации педагогического процесса в медицине. Педагогика в медицинском вузе создает условия для освоения всем обучающимся в нем основ профессиональной компетентности, духовного и профессионального развития.
* Также в поле внимания и изучения медицинской педагогики находятся воздействия ятрогенной среды на воспитание и формирование личности всех участников медицинской сферы и формирование у них новых, полезных навыков. В задачи медицинской педагогики входит разработка эффективной системы мероприятий по оптимизации поведения врачей, медицинского персонала, пациентов, их родственников с учетом психологических инноваций в конкретной медицинской, социальной и экономической среде

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-Ф3, 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.

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). АревикСаргсян определяла андрагогику как искусство и науку помощи взрослым в обучении.

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.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

1. Назовите основные категории педагогики и андрагогикии 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 андрагогическуюмодели 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».

**1.3 Обучение в системе образования. Дидактика.**

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 навыкови 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.

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.

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.

1. Педоцентрическая 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.
2. 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.

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 (илисамостоятельно сформулированных) познавательных задач либопод 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 письменногоинструктажа обучаемые самостоятельно изучают литературу, источники, ведут наблюдения и измерения и выполняют другиедействия 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».

**1.4 Образовательный процесс в высшей медицинской школе**

Образовательный процесс представляет собой профессионально организованное взаимодействие педагога с обучающимися, включающее все элементы учебно-воспитательной работы.

Цель образования заключается в содействии и помощи человеку в овладении способами культурного самоопределения, самореализации и самореабилитации, в понимании самого себя. Будучи стержневой педагогической категорией, цель определяет общую направленность вузовской подготовки будущих специалистов к продуктивной профессиональной и социальной деятельности, позволяет формировать образованную, воспитанную, культурную, профессионально-компетентную личность. Отвечая на вопрос «для чего?», цель является связующим звеном для принципов, содержания, методов, средств и форм организации профессиональной подготовки специалистов.

 Во всякой педагогической системе цель должна ставиться диагностично. Это касается и системы вузовской подготовки. Именно из-за того, что цели были сформулированы недиагностично, иначе говоря, расплывчато, неконкретно, многие, в том числе и педагогические, системы оказывались несостоятельными. Диагностично, то есть очень точно и определенно, поставленная цель дает возможность сделать заключение о степени ее реализации и построить достаточно определенный дидактический процесс, дающий гарантию ее достижения за определенное время. Считается, что цель поставлена диагностично при условии соблюдения нескольких моментов: - точно и определенно описано «формируемое» личностное качество, которое можно безошибочно и однозначно отдифференцировать от любых других качеств личности; - наличие методики объективного однозначного выявления диагностируемого качества; - возможность качественного измерения диагностируемого качества; - существование шкалы оценки и качества, которая опирается на результаты измерения.

Цель высшего медицинского образования можно сформулировать как формирование личности будущего врача, компетентного и ответственного, способного оказывать помощь, человека милосердного и сострадающего. Она отражает две главные составляющие врачебной деятельности: первая из них – ценностно-смысловая – связана с развитием гуманистического профессионального самосознания, профессиональной идентичности, принятием гуманистических установок; вторая заключается в технологическом овладении основами профессиональной культуры и деятельности. Перед высшим медицинским образованием стоит задача гармонизации этих составляющих, что и определяет уровень профессионального и личностного развития врача. Цель выступает одной из ведущих детерминант содержания образования, в которой находят концентрированное выражение как интересы общества, так и интересы личности.

Медицинская деятельность – «комплексная система, включающая организацию предоставления гражданам медицинской помощи, ее непосредственное оказание в рамках диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также контроль качества предоставляемых медицинских услуг». Медицинская деятельность – деятельность, «основной целью которой является охрана здоровья (поддержание и восстановление здоровья, осуществляемые путем профилактики, диагностики и лечения заболеваний пациентов (лиц, в отношении которых осуществляется медицинская деятельность), а также путем ухода за больными (пациентами) и их реабилитации)». 8 Основные функции медицинской деятельности врача: диагностическая, лечебная, реабилитационная, организационно-управленческая, научно-исследовательская, психолого-педагогическая (ФГОС ВО «Лечебное дело»), или предохранительная (Н.И. Пирогов), или профилактическая (Н.Д. Творогова), или социальная (А.В. Решетников, С.И. Куликов). Психолого-педагогическая деятельность врача – процесс обучения и воспитания пациентов, их семей самосохранительному поведению. Профессиональная компетентность врача – это «способность специалиста с момента начала своей профессиональной деятельности успешно (на уровне определенного стандарта) отвечать общественным требованиям медицинской профессии путем эффективного и надлежащего выполнения задач врачебной деятельности и демонстрировать надлежащие личные качества, мобилизуя для этого релевантные знания, умения, навыки, эмоции, опираясь на свою внутреннюю мотивацию, отношение, моральные и этические ценности и опыт, осознавая ограничения своих знаний и умений и аккумулируя другие ресурсы для их компенсации».

Основные группы задач, отражающие профессиональную компетентность врача:

1. Видеть пациента как личность в лечебно-диагностическом процессе.

2. Строить диагностический и лечебный процесс, ориентированный на достижения современной медицины.

3. Устанавливать взаимодействия с другими субъектами лечебно-диагностического процесса.

4. Организовывать профилактическую работу с пациентами с целью предотвращения наиболее распространенных заболеваний и мотивации на здоровый образ жизни.

5. Планировать и осуществлять непрерывное медицинское образование.

В настоящее время вышеперечисленные задачи наполняются современным содержанием. При этом содержание представленных 9 задач зависит от специфики врачебной специальности. Анализируя содержание профессиональных задач врача на современном этапе, можно утверждать, что на каждом уровне оказания медицинской помощи существует психолого-педагогический аспект в структуре медицинской деятельности врача, который находит отражение в профессиональных задачах врача. Задача «Видеть личность пациента в лечебно-диагностическом процессе» имеет особую значимость, так как, по мнению ученых и практиков, «по-прежнему для медика на первом плане остается пациент, а не личность больного. По-прежнему подавляющее большинство медицинских работников не видят в психологах и в психологических методах лечения и коррекции истинной пользы и выгоды для пациента. Как и много лет назад в медицине доминирует технократическое мышление, парадигма высоких технологий». Исследователи отмечают, что в системе практического здравоохранения потребность в психолого-педагогической подготовке специалистов-медиков ощущалась уже давно. Большинство жалоб, поступающих в руководящие органы здравоохранения, обусловлено не столько претензиями к профессиональной подготовке медицинских работников, сколько к уровню и качеству общения в системе «медицинский работник – пациент». К недостаткам процесса общения многие пациенты и их родственники относят, в частности, неумение медработника выслушать, понять пациента, доступно объяснить необходимость и адекватность проводимой терапии, умело разрешать неизбежно возникающие при длительном лечении конфликты. Кроме того, наряду с потребностью в разъяснениях для пациента важен характер эмоциональных взаимоотношений, наличие доверительного контакта. Зачастую, в ходе лечебного взаимодействия пациент ищет у медицинского работника душевной опоры, понимание своих переживаний и эмоциональной поддержки. Причины сложившейся ситуации ученые видят в том, что в рамках медицинского образования преобладающей остается патогенетическая парадигма и игнорируется саногенетическая. За время изучения клинических дисциплин в медицинском вузе студент подавляющую часть времени изучает и видит на практике то, как «люди 10 заболевают, болеют и умирают». И будущий врач оказывается малоосведомленным в вопросе, а как же люди не заболевают, как они выздоравливают. Вследствие доминирования патогенетической парадигмы в медицинском образовании из стен медицинского университета нередко выходит специалист с убеждением, что «все болезни – хронические» и «ни от чего выздороветь нельзя». Таким образом, слабая психолого-педагогическая подготовка привела, в какой-то мере, к деэтизации и дегуманизации профессионального сознания и деятельности медицинских работников. Отсюда в содержание первой задачи «Видеть личность пациента в лечебно-диагностическом процессе» среди вышеуказанных включается умение врача отслеживать результативность обучения пациента и его семьи, выявлять влияние психолого-педагогической деятельности на результативность лечения и поддержание здоровья. Данное умение является одним из составляющих психолого-педагогической деятельности врача. Задача «Строить диагностический и лечебный процесс, ориентированный на достижения современной медицины» включает умение врача обосновывать диагноз пациента, выбирать и обосновывать тактику лечения, осуществлять прогноз заболевания и трудоспособности, а также факторы риска для здоровья пациента и построение индивидуализированных программ реабилитации и профилактики.

При решении задач, связанных с организацией профилактической работы с пациентами с целью предотвращения наиболее распространенных заболеваний и мотивации на здоровый образ жизни, врач должен организовывать и использовать различные формы и методы работы с пациентами внутри лечебно-профилактического учреждения (индивидуальные, групповые, массовые, на приеме, в центре здоровья и профилактики и пр.), среди которых особое место занимает формирование у пациентов мотивации на здоровый образ жизни. В общем понимании психолого-педагогическая деятельность врача – это процесс обучения и воспитания пациентов, их семей самосохранительному поведению. В связи с этим, решая задачи, связанные с умением видеть пациента в лечебно-диагностическом процессе, врачу необходимо оценить факторы риска для здоровья пациента и соотнести их с его мотивацией на отказ от вредных привычек и здоровый образ жизни.

В процессе решения профессиональных задач, обращенных к необходимости устанавливать взаимоотношения с другими субъектами лечебно-диагностического процесса, врачу необходимы коммуникативные умения. При планировании и осуществлении своего профессионального образования врач должен отслеживать его эффективность и уметь правильно определять приоритеты в выборе тем и вопросов, которые ему необходимо изучить.

Таким образом, психолого-педагогическая деятельность врача является не отдельной профессиональной задачей медицинской деятельности, а пронизывает все основные профессиональные задачи врача. Исходя из этого, можно говорить об особых требованиях как к профессиональной медицинской деятельности в целом, так и к психолого-педагогической деятельности врача, в частности. Требования эти определяются в первую очередь требованиями достижения нового качества здравоохранения, которое, в свою очередь, определяется тем, насколько система здравоохранения обеспечивает пациенту уровень качества жизни и здоровья. При этом существенно изменяется взгляд на перераспределение значимости функций в профессиональной деятельности врача и системы здравоохранения: от лечебно-диагностической к профилактической, к «созданию условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни».

Представленные ниже требования к психолого-педагогической деятельности врача можно классифицировать исходя из модернизации системы отечественного здравоохранения по уровням оказания медицинской помощи населению, с одной стороны, а с другой – по вышепредставленным профессиональным задачам.

Содержание образования, таким образом, выступает одним из основных средств развития личности и формирования ее базовой культуры. Содержание образования представляет собой конкретный ответ на вопрос «чему учить?» подрастающие поколения. Под содержанием понимается 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 обучающихся. Содержание образования имеет исторический характер, так как определяется целями и задачами образования на том или ином этапе развития общества, оно изменяется под влиянием требований жизни, производства и уровня развития научного знания.

Таким образом, в категории содержания образования отображается социальный опыт, в котором выделяются известные людям знания о природе, человеке, обществе; приобретенные знания о человеческих умениях выполнения известных способов деятельности; опыт решения новых проблем, которые возникают перед обществом; опыт общественных и межличностных отношений; опыт познания мира и человека в нем; оценочные суждения о жизни, природе, окружающем мире и т.д. Социальный опыт человечества иногда называют общечеловеческой культурой. При формировании содержания образования необходимо соблюдать следующие принципы (по В.В. Краевскому):

1. Соответствие требованиям развития общества, науки, культуры. Включение в содержание образования традиционно необходимых знаний, умений и навыков и тех, которые отражают современный уровень развития социума, научного знания, культурной жизни.

2. Фундаментализация содержания образования. Соблюдение данного принципа означает обеспечение интеграции гуманитарного и естественнонаучного знания, установления преемственности и междисциплинарных связей, интенсификации содержания образования, гуманизации процесса обучения.

3. Гуманитаризация содержания образования. Принцип направлен на мировоззренческую подготовку учащихся, формирование гуманитарной культуры личности.

Содержание современного высшего медицинского образования характеризуется включением в него необходимых общекультурных и профессиональных компетенций, то есть тех аспектов человеческого опыта, которые позволят будущему врачу осуществлять на высоком уровне свою профессиональную деятельность, слаженно взаимодействовать с партнерами по профессиональному общению, осуществлять педагогическую деятельность в условиях среды лечебного учреждения, использовать в профессиональной практике информационные технологии и многое другое.

Содержание медицинского образования также строится от фундаментальных знаний, законов и закономерностей, закладывающих основы клинического мышления, к специальным дисциплинам, при овладении которыми завершается формирование способности решать профессиональные клинические задачи на основе обобщенного владения знаниями, способами и приемами деятельности.

В качестве носителей содержания образования выступают: образовательный стандарт, учебный план, учебная программа, учебная литература. Содержание образования формируется на основе государственного стандарта. Стандарт – средство обеспечения минимально необходимого качества образования и его единства в образовательном пространстве Федерации, условие вариативности образования без разрушения его основ. Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) нормирует (определяет) обязательный минимум содержания основных образовательных программ, максимальный объем учебной нагрузки обучающихся, требования к уровню подготовки выпускников. Федеральный государственный стандарт высшего образования служит примером сквозного, комплексного решения проблем содержания обучения и воспитания, которое определяет функционирование и развитие профессионального образования в России, обеспечивает стабильность требуемого уровня профессионального и общего образования. Государственный образовательный стандарт в высшей школе служит основой для разработки образовательных программ, комплексов методического обеспечения учебного процесса и для аттестации учебных заведений. 20 Учебный план – нормативный документ, определяющий состав учебных предметов, изучаемых в данном учебном заведении, их распределение по годам обучения, недельное и годовое количество времени, отводимого на каждый учебный предмет, и в связи с этим структуру учебного года. Учебная программа – нормативный документ, очерчивающий круг основных знаний, умений и навыков, подлежащих усвоению обучающимися по каждому отдельно взятому учебному предмету. К учебной литературе традиционно относят учебники, книги для дополнительного чтения, учебные и учебно-методические пособия, справочники, словари, сборники задач и упражнений, учебно-методические комплекты, рабочие тетради и др. Еще один из трех основных вопросов, рассматриваемых в педагогической теории и практике, – «как учить?». Данный вопрос затрагивает аспект результативности и эффективности образовательного процесса. Именно с ним связано понятие технологии. В переводе с греческого технология означает «наука о мастерстве, искусстве» («techne» – мастерство, искусство; «logos» – наука, закон). С.И. Ожегов в словаре русского языка определил технологию как совокупность производственных процессов в определенной отрасли производства, а также научное описание способов производства.

Большой энциклопедический словарь дает такое определение: «технология – это совокупность методов обработки, изготовления, изменения состояния, свойств, формы сырья, материала или полуфабриката, осуществляемых в процессе производства продукции в соответствии с целями производителя». Термин «педагогическая технология» заимствован из зарубежной педагогики. И в буквальном переводе с английского «aneducationaltechnology» звучит как «образовательная технология». На сегодняшний момент по данным Г.К. Селевко теоретиками и практиками разработано более пятидесяти технологий обучения, отличающихся друг от друга принципами, спецификой средств и способов организации учебного материала и учебного процесса, а также акцентами на определенные компоненты методической системы обучения. Изначально педагогические технологии направлены на то, чтобы трансформировать образовательный процесс в технологический процесс, представить его как определенную технологию по изготовлению продукции. Именно об этом говорил А.С. Макаренко, называя педагогический процесс особым образом организованным производством. Известно, что обучение и воспитание в совокупности образуют единый, целостный педагогический процесс.

Составляющими педагогического искусства являются «знания о педагогическом процессе, педагогические умения, педагогическая техника при грамотно организованном общении, поддержанном профессиональной увлеченностью, убежденностью, верой и педагогической импровизацией». «Если педагогический процесс рассматривать как совокупность последовательных действий учителя и учащегося (воспитателя и воспитанника) с целью образования, развития и формирования личности последнего; организацию педагогического процесса как совокупность действий, ведущих к образованию и совершенствованию взаимосвязей между компонентами педагогического процесса, помня, что действие предполагает не только ответ на вопрос «что», но и «как наиболее эффективно», то вполне логично под педагогической технологией понимать организацию педагогического процесса в соответствии с конкретной теоретической парадигмой». В педагогике высшей школы довольно распространено определение педагогической технологии как системы форм, методов и средств подготовки специалиста, а также теории проектирования и механизм практического использования этой системы для достижения гарантированного результата, при реализации учебно-воспитательного процесса вне зависимости от особенностей изучаемого предмета. Под гарантированным результатом здесь понимается не только овладение обучающимися определенной системой знаний, навыков и умений, но и раскрытие их творческого потенциала и самоактуализации. Особенно обращают на себя внимание специфические черты технологии обучения: - разработка диагностично поставленных целей обучения; - ориентация всех учебных процедур на гарантированные достижения учебных целей; - оперативная обратная связь, оценка текущих и итоговых результатов; - воспроизводимость обучающих процедур.

По В.П. Беспалько, глубинный смысл педагогической технологии состоит в переходе к предварительному проектированию, в разработке структуры и содержания учебно-познавательной деятельности обучаемого, в диагностичномцелеобразовании и объективном контроле качества усвоения обучаемыми учебного материала и развития личности в целом, в реализации принципа целостности структуры и содержательности компонентов учебно-воспитательного процесса (Беспалько). Таким образом, педагогическая технология должна отвечать на вопрос о том, как наилучшим образом организовать учебную деятельность и управлять ею для достижения поставленных целей; какими должны быть знания, навыки и умения субъектов педагогического взаимодействия, чтобы обеспечить успешное проведение такой деятельности. Именно в том, чтобы гарантировать достижение четко поставленных целей обучения, основываясь на постоянную обратную связь, заключается суть любой педагогической технологии. За последние десять-пятнадцать лет темпы научно-технического прогресса, новые информационные технологии привели к тому, что знания об окружающей реальности обрели несколько иной смысл. Стерлись границы тотальности, постулат об истине в последней инстанции не соответствует действительности, поскольку осмысление происходящего вокруг на микро- и макроуровне, образ жизни в целом привели к заметной трансформации мировосприятия, изменению на уровне человеческого сознания. Возникла необходимость не просто принимать и усваивать информацию в виде знаний и умений, но и иметь представления и осваивать способы добывания этих знаний и умений, находиться в процессе постоянного самообразования и самосовершенствования. Этого мнения придерживается Е.Д. Божович, говоря о необходимости владения обучающимися не только знаниями, но и метазнаниями (знаниями о знаниях) – приемах и средствах усвоения учебной информации, ее переработки, открытия для себя нового знания. Способствуя усвоению учебного материала, метазнания также позволяют овладеть приемами самоконтроля и самокоррекции. Иначе говоря, актуальным становится умение учиться, самому совершенствовать собственные знания. В условиях информатизации социально-культурного пространства, возможности объяснения явлений и процессов с разных позиций, а также разнообразие источников знаний и умений привели к необходимости пересмотра подходов к подготовке специалистов в вузе, в том числе и медицинском, а также традиционного места и роли педагога, его функций в педагогическом процессе. Действительно, информационная функция преподавателя все больше возводится в ранг второстепенной, с одновременным возрастанием значимости его воспитательной, организаторской и управленческой функции в обучении, когда педагог является связующим звеном между информационной средой и познавательными потребностями обучающихся.

На сегодняшний день в связи с модернизацией отечественной сферы образования, с переходом на многоступенчатую систему образования осуществляется внедрение новых государственных образовательных стандартов высшего образования на основе компетентностного подхода. Реализация парадигмы компетентностного подхода требует существенных изменений в системе образования, ее обновление. Реализация компетентностного подхода в высшем образовании требует новых путей в построении образовательного процесса, кото- 24 рые позволили ли бы получить в качестве результата сформированные у обучающихся требуемые компетенции. Однако, как показывают реалии сегодняшних дней, практика вузовской подготовки специалистов во многом все еще осуществляется в рамках традиционного образования, системообразующим компонентом содержания которого признан когнитивный. Одной из центральных проблем педагогической теории и практики является поиск и выбор наиболее эффективных методов обучения.

 Метод обучения – это способ взаимосвязанной деятельности преподавателя и обучающихся, направленный на решение дидактических задач. В данном определении главный смысл в словосочетании «способ деятельности», который раскрывается как система действий, ведущих к цели. Эту систему действий называют приемами. Таким образом, прием обучения – это составная часть, элемент метода; конкретное действие, отдельная операция в структуре метода. Материализация приемов обучения на практике достигается через средства обучения. Под средствами обучения понимаются объекты материальной или духовной культуры, а также различные виды деятельности, преднамеренно включенные в процесс обучения для достижения поставленных дидактических целей. Основные средства обучения: слово (живое, печатное), образ (наглядность, личность учителя), деятельность (труд, познание, общение, игра). В структуру метода всегда входят приемы и средства обучения. Ю.К. Бабанский предложил целостный подход и распределил с данной точки зрения все методы обучения на методы: - стимулирования и мотивации учения: познавательные игры, учебные дискуссии, методы учебного поощрения и порицания, предъявления учебных требований; - организации и осуществления учебных действий: словесные, наглядные, практические; индуктивные, дедуктивные, метод аналогий; проблемно-поисковый, эвристический, исследовательский, репродуктивные методы; - контроля и самоконтроля: устный и письменный контроль, лабораторный, методы самоконтроля.

В практике преподавания дисциплин в современных вузах, в том числе и медицинских, более привычными инструментами педагогов все еще выступают традиционные методы обучения, либо сочетание традиционных с другими методами обучения. И это несмотря на то, что в высшей школе наблюдается достаточно устойчивая тенденция к внедрению различных инновационных технологий в учебный процесс. Вместе с тем, доля используемых преподавателями, так называемых, инновационных методов, а также эпизодичность их применения не позволяют говорить об изменении стереотипов в преподавании дисциплин, о качественно ином подходе к процессу обучения. При применении традиционных методов обучения характер взаимодействия преподавателя и обучающихся чаще отличается авторитарностью, где преподаватель выступает субъектом, а обучающийся – объектом взаимодействия. Получаемые знания при этом (даже по спецпредметам) имеют для обучающихся скорее абстрактный характер, поскольку оторваны от практической (профессиональной) ситуации, где можно было бы их получить или применить. Это мало способствует развитию самостоятельности и собственной позиции обучающегося. Однако данная группа методов, хотя и признана неэффективной и несостоятельной, все же сохраняет некоторые свои достоинства при умелом их использовании. Они особенно эффективны, если преподаватель правильно мотивирует обучающихся на качественное и достаточно глубокое изучение материала, ставит перед ними четкие цели и задачи. На сегодняшний день активные и интерактивные методы обучения, которые рассматриваются как инновационные, альтернативные традиционным методам, занимают особую нишу в педагогической теории и практике. Эффективность инновационных методов, средств и форм обучения во многом определяют и улучшают результативность учебного процесса. Это связано с тем, что применение активных и интерактивных методов в процессе обучения предоставляет большие возможности на практике для эффективного развития познавательной сферы обучающихся, стимулирует активность и повышает степень их субъектности на занятиях, раскрывает их творческий потенциал, способствует формированию профессионального мышления. Активный метод – это форма взаимодействия обучающихся и преподавателя, при которой они взаимодействуют друг с другом. При этом в ходе занятия обучающиеся не пассивные слушатели, а активные участники, обучающиеся и преподаватель находятся на равных правах. Если пассивные методы предполагали авторитарный стиль взаимодействия, то активные больше предполагают демократический стиль. Многие между активными и интерактивными методами ставят знак равенства, однако, несмотря на общность, они имеют различия. Интерактивные методы можно рассматривать как наиболее современную форму активных методов.

Взаимодействие преподавателя и обучающихся при активном методе Интерактивный метод («Inter» – это взаимный, «act» – действовать) - означает взаимодействовать, находиться в режиме беседы, диалога с кем-либо. Другими словами, в отличие от активных методов, интерактивные ориентированы на более широкое взаимодействие обучающихся не только с преподавателем, но и друг с другом и на доминирование активности обучающихся в процессе обучения. Место преподавателя на интерактивных занятиях сводится к направлению деятельности обучающихся на достижение целей занятия.

**1.5. Взаимодействие преподавателя и обучающихся при использовании интерактивных методов обучения**

Отметим, что применение активных и интерактивных методов обучения на занятиях в вузе сопровождается определенными сложностями. Эти сложности связаны с тем, что, с одной стороны, данная группа методов в большинстве своем предполагает творческую атмосферу во взаимодействии педагога с обучающимися. Творчество, как известно, – процесс не предсказуемый как по качеству полученного результата, так и по времени, затраченному на его получение. И, с другой стороны, регламент времени на занятиях в аудитории, которая сильно ограничивает творческий процесс.

Важно и то, что в основе применения этих методов лежит их соответствие поставленным педагогическим целям, обусловленных требованиями современного общества к будущим специалистам, что должен брать во внимание педагог. К тому же, применяя активные и интерактивные методы, преподаватель должен учитывать уровень подготовки обучающихся, их индивидуальные возможности. В процедуре некоторых методов предусматривается проведение дискуссии, обсуждение идей, а также результатов, что требует существенных временных затрат. К тому же существует риск отойти от намеченных целей обучения, дать обучающимся увлечься игрой и таким образом свести все приложенные при использовании данного метода усилия к нулю. Подготовка к занятиям в активных и интерактивных формах зачастую требует от обучающегося более глубокое и детальное изучение материала и осуществляется заранее, иногда за несколько дней (викторины, деловые игры), что существенно отличает ее от подготовки к традиционным занятиям.

Преподавателю необходимо мотивировать и направлять самостоятельную работу обучающихся так, чтобы учащийся осознавал значимость осуществляемой им деятельности в достижении положительного результата на интерактивных занятиях в аудитории. Наиболее четкое понимание обучающимися этой значимости достигается при командной, групповой работе на занятиях в аудитории, поскольку они находятся в условиях, приближенных к естественным, профессиональным. С помощью активных и интерактивных технологий, применяемых на занятиях, и целенаправленно организованной самостоятельной работы преподаватель формирует у обучающихся учебную компетентность, которая позволяет им овладеть метазнаниями, то есть знаниями о получении знаний.

Обучающийся, у которого высокий уровень учебной компетентности, способен самостоятельно решать задачи самообразования, может использовать свой образовательный опыт на пользу своей личности, осуществляемой деятельности, на благо общества. Поэтому применение активных и интерактивных методов обучения требует от преподавателя особой тщательности в подготовке к занятиям, а также определенных навыков и умений, мастерства. Умелое использование активных и интерактивных технологий позволяет не только пробудить интерес к изучаемому материалу, повысить эффективность его усвоения, развивать самостоятельность мышления, но также развивать дивергентное мышление и креативность, позволяющие принимать и отстаивать эффективные, нестандартные решения в стандартных и сложных профессиональных ситуациях. Данная категория методов предоставляет прекрасную возможность для формирования у обучающихся коммуникативных умений, навыков работы в коллективе, сотрудничества, понимания учащимися командного духа, способствует выработке толерантного и уважительного отношения к коллегам, а также формированию профессиональной компетентности в целом.

Таким образом, затрагивается не только сфера знаний будущего специалиста, но также его личностные способности и качества, профессиональная деятельность. Причем знания и навыки здесь не являются некоей абстракцией, они четко встраиваются в профессиональную картину мира будущего специалиста.

Перечисленные выше достоинства активных и интерактивных методов особенно актуальны в процессе обучения в высшей медицинской школе, поскольку обладают достаточным потенциалом для формирования практических навыков с использованием муляжей, фантомов, навыков решения проблемных ситуаций и принятия решений в процессе выполнения профессиональных действий в условиях среды медучреждения, развивать профессиональное клиническое мышление. Наиболее часто в практике медицинских вузов используются следующие активные и интерактивные методы и формы обучения: - лабораторные практикумы (изучение материальных и материализованных объектов; препаратов, муляжей, приборов, макетов, фантомов); - решение клинических задач, выполнение мануальных действий на моделях или пациентах (навыки пальпации, перкуссии, аускультации, остановка кровотечения, искусственное дыхание и т.д.); - учебные ролевые и деловые игры; - учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) и научно-исследовательская работа студентов (НИРС); рецензирование и реферирование литературы, выполнение курсовых и дипломных работ, составление учебной истории болезни. Активные и интерактивные методы обучения в большинстве своем характеризуются проблемностью, которая соответствует специфике мышления будущего врача. Этот факт указывает в пользу применения данной группы методов при обучении различным дисциплинам на протяжении всего периода обучения в медицинском вузе. Активные и интерактивные методы позволяют не только закрепить и окончательно усвоить материал, но в первую очередь направлены на изучение этого материала. Они дают возможность предъявлять и разъяснять обучающимся новый учебный материал в такой форме и на таком уровне, которые позволяют стать содержанию изучаемого частью профессиональной культуры обучающегося.

Традиционными формами организации аудиторной учебной работы в высшем учебном заведении являются лекции, семинарские и практические занятия. Лекция представляет ведущую форму обучения в вузе, основной дидактической целью которой является формирование ориентировочной основы для последующего усвоения обучающимися учебного материала. Лекция раскрывает понятийный аппарат конкретной области знания, проблемы, логику, дает цельное представление о предмете, показывая его место в системе наук и связь с родственными дисциплинами, способствует возникновению интереса к предмету, развивает профессиональные интересы, в значительной мере определяет содержание других видов занятий. При разработке лекции необходима опора на план, который должен включать следующие части:

1. Вводная часть.
2. Формулирование цели и задачи лекции.
3. Краткая характеристика проблемы.
4. Показ состояния вопроса.
5. Список литературы.

Для объективной оценки целесообразности чтения лекций по любой дисциплине необходимо четко представлять, что такое лекция, ее назначение и задачи, функции, а также определение доли лекционного материала во всем учебном курсе. Лекция – это не только логически стройное, систематически последовательное и конкретное изложение определенного научного вопроса, но и форма творческого общения с аудиторией, которая позволяет передать учебную информацию и создать предпосылки для развития у них творческого мышления. Здесь важен момент четкого осознания преподавателем собственной позиции в учебном процессе, носящем «субъект - субъектный» характер и ориентация на личность каждого обучающегося.

Лекция – методологическая и организационная основа для всех форм учебных занятий, в том числе самостоятельных (методологическая, поскольку вводит обучающегося в науку вообще, придает учебному курсу концептуальность; организационная – так как все другие формы учебных занятий так или иначе связаны с лекцией, чаще всего логически следуют за ней, опираются на нее содержательно и тематически).

 Семинарское занятие – это форма обучения, которая предполагает активное включение обучающихся в процесс управляемой коммуникации с целью повышения качества усвоения приобретенных на лекциях или в процессе самостоятельной работы знаний и способов их использования в деятельности. В ходе семинарских занятий решаются следующие задачи: - углубление и расширение знаний, приобретенных на лекциях, консультациях, в ходе самостоятельной работы; - формирование у обучаемых мыслительных способностей; - формирование умений самоорганизации деятельности; В соответствии с тем, какая из трех задач является ведущей, определятся тип и методика проведения семинара. Таким образом, выделяют семинары по углублению и расширению знаний, семинары, направленные на формирование мыслительных способностей и семинары по обучению умениям самоорганизации деятельности. Практическое занятие – это своеобразная форма связи теории с практикой, которая служит для закрепления знаний путем вовлечения обучающихся в решение разного рода учебно-практических познавательных задач.

Основной целью практических занятий является формирование у обучающихся способностей приложения теории к практике, навыков и умений применять знания к решению практических и профессиональных задач и проблем. Практическое занятие охватывает, как правило, наиболее важные, значимые разделы курса и состоит из введения, собственно практической части и заключения. Критериями подготовленности обучающихся к практическим занятиям традиционно считают следующие: знание соответствующей литературы, владение методами исследования, выделение сущности явления в изучаемом материале, умение делать логические построения, иллюстрировать теоретические положения самостоятельно подобранными примерами.

1.6 Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности современного врача

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 компетентностного 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 компетентностного подхода (competence-basededucation - 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, социальныхролей, 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 компетентностного 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.

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 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.
1. Определение исходного уровня образованности студентов.
2. 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 высшеймедицинской школе».

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.

**1.7Психолого-педагогические методы (технологии) организации лечебной деятельности медицинского персонала**

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).

1. этап - моделирование;
2. этап - проектирование;
3. этап - конструирование.

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 педсистемы, 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.

1. 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?
6. 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 нанесенными 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.

1.8 Методика проведения лекционных и семинарских занятий

*Методика чтения лекции*

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 шесто

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 содержаниелекции.

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.

1. 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.
2. 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.

1. 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.
2. 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 последующимоформлением 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, состязательности, 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 неожиданные ситуации семинара. В каждом случае преподаватель обязан чутко уловить их, быстроосмыслить 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 занятиянаправлены 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 мини­заданий: задания-наблюдения, задания учебно-тренировочного характера, задания творческого характера, задания на рефлексию 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 шутли­вой 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, использующихся 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 своиособенности:

* 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, сочетания слов уменьшает свободу мышле­ния. Все сложные понятия рекомендуют сводить к простым. Писать необходимо печатными буквами, ясно и четко.

1. По возможности используют максимальное количество цветов, для рисования карты, так как цвет воздействует на визуаль­ные центры мозга и приковывает внимание глаз, пробуждает инте­рес, способствует творческому мышлению.
2. Везде, где возможно, добавляют рисунки, символы, и другую графику, ассоциирующуюся с ключевыми словами.
3. Взаимосвязь разных понятий на разных ветках обозначают стрелками.
4. Для большей понятности нумеруем ветки.

**1.9 Образовательные технологии**

В соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки реализация компетентностного подхода предусматривает широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий.

**Активные методы обучения**: - проблемные лекции; - педагогические игровые упражнения (в качестве индивидуального задания); - решение практических задач: расчетных примеров, кейсов (в качестве индивидуального задания); - имитационные упражнения; - индивидуальный тренаж (учебный тренажер, автоматизированные обучающие системы); - лабораторные опыты; - индивидуальные занятия на ПК.

**Интерактивные методы обучения: -** занятие – конференция (ЗК), тренинг (Т), дебаты (Д), мозговой штурм (МШ), Кейс-стади «круглый стол» (КС), активизация творческой деятельности (АТД) путем решенияпроблемных ситуационных клинических задач регламентированная дискуссия (РД), дискуссия типа форум (Ф), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), использование комп. программ (КОП), интерактивных атласов (ИА), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), участие в научно-практических конференциях (НПК), съездах, симпозиумах (Сим), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка письменных аналитических работ (АР), подготовка и защита рефератов (Р), проектная технология (ПТ), экскурсии (Э).

**Проблемные ситуационные клинические задачи.**

*1.Задачи с недостающими исходными данными,* для решения которых нужно получить дополнительные сведения из анамнеза заболевания, инструментальных и лабораторных исследований и т.д. Только при этих самостоятельно полученных студентом значимых данных возможно осуществить диагностику и назначить лечение.

2. *Задачи с избыточными исходными данными,* содержащие сведения не представляющие необходимые основания для диагностики и лечения заболевания. Эти задачи содержат некий «информационный шум» для его последовательного исключения из мыслительной деятельности студентов по нахождению правильного ответа.

3. *Задачи с неопределенностью в постановке вопроса,* требующие дополнительных рассуждений по идентификации причин и следствий, утверждений и обоснований, явлений и признаков на разных этапах течения заболевания.

4. *Задачи с противоречивыми* (частично неверными) сведениями в условии, отражающими: результаты исследований по разным методикам; показатели, взятые на разных этапах течения болезни; введенные данные по смежным заболеваниям и т.п. Деятельность студентов при решении таких задач направлена на исключение противоречий, уточнение адекватных состоянию больного данных и, на их основе, нахождению правильного ответа.

5. Задачи, допускающие лишь вероятностное решение*,* что является достаточно характерным для медицины, которая не относится в полной мере к точным наукам. В этом случае студенты воспроизводят ряд рассуждений, устанавливают логические связи, с точной ориентацией обоснования на утверждение и их взаимозависимостью.

*6. Задачи с ограниченным временем решения,*формулирующие экстремальные медицинские ситуации, решение которых направлено на отработку быстроты постановки диагноза совершения лечебных мероприятий.

7. *Задачи, требующие использования предметов с необычной для них функцией (*ложка при осмотре горла, ветка при наложении шины и т.д.), решение которых помогает сформировать «врачебную смекалку» в нетипичных ситуациях.

**Кейс-метод.**

Метод case-study или метод конкретных ситуаций (от английского case – случай, ситуация) – метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанный на обучении путем решения конкретных задач – ситуаций (решение кейсов). Кейсы – интегрированные комплексные ситуационные задачи.

Методы «casestudies»пришли в медицинское образование из экономического, где подразумевают при обучении студентов использование всестороннего анализа реальной экономической ситуации, возникшей на конкретном предприятии.

В качестве материала для «casestudies» можно использовать истории болезни конкретных больных (естественно из этических соображений убираются личные данные больного). В архиве проводится отбор историй болезни с типичным вариантом течения заболевания, с различными вариантами осложнений. К каждой истории болезни разрабатываются задания или вопросы.

**Дискуссии, круглый стол.**

Наиболее свободная форма дискуссии, позволяющей быстро включить в работу всех членов учебной группы. Используется там, где требуется генерация разнообразных идей, их отбор и критическая оценка. Этапы продуцирования идей и их анализа намеренно разделены: во время выдвижения идей запрещается их критика. Внешне одобряются и принимаются все высказанные идеи. Больше ценится количество выдвинутых идей, чем их качество. Идеи могут высказываться без обоснования.

**Игра деловая (ролевая) –**форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования систем отношений, характерных для данного вида практики.

Общие цели деловых игр в медицине:

― погружать учащихся в атмосферу интеллектуальной деятельности, предельно близкую к профессиональной практической работе врача в распознавании болезней и лечении больных;

― создавать играющим динамически меняющуюся картину в зависимости от правильных и ошибочных действий и решений;

― умение проводить дифференциальную диагностику кратчайшим путем и в минимальное время и назначать оптимальную тактику лечения наиболее простыми и доступными методами лечения;

― сформировать оптимальный психологический климат общения с больными и коллегами по работе;

― эффективно действовать не в условиях богато оснащенных клиник, кафедр, институтов, а первичной врачебной сети — на амбулаторном приеме в поликлинике, на скорой помощи, в роли участкового врача

**Тип игры: "врач – больной".**

Это основная форма клинической игры, моделирующей условия интеллектуальной профессиональной деятельности врача, направленной на распознавание болезней и лечение больного.

Эта форма наиболее проста, она является основой всех клинических игр.

Учебная игра "врач — больной" организационно и методически

чрезвычайно широка, мобильна и может применяться в диапазоне от единственного играющего с преподавателем студента до применения этой методики на лекции, когда лектор ведет игру со студентами целого потока или даже всего курса.

**"Консилиум".**

Эта игра отличается тем, что кроме лечащего врача в игре участвуют консультанты. Формально эта ролевая игра, где разные играющие выполняют роли врачей разных специальностей и уровня подготовки.

**"Палатный врач".**

Отличие этого варианта в том, что палатный врач ведет несколько больных. При этом для моделирования наиболее реальной ситуации каждый из этих больных находится на разных стадиях обследования и лечения, на разных стадиях своих заболеваний.

Эта игра может быть проще или сложнее, в зависимости от того, будет ли палатный врач иметь дело с многопрофильными больными, скажем, кардиологическими, пульмонологическими, либо разнопрофильными, когда в палате общего отделения концентрируются больные с разной патологий разных органов и систем. Второй вариант гораздо сложнее для студентов и требует более серьезной подготовки.

Среди множества образовательных технологий, рассмотрим технологию проектов.

Метод проектов не является принципиально новым в мировой педагогике. Метод проектов возник еще в начале прошлого столетия в США. Его называли также методом проблем и связывался он с идеями гуманистического направления в философии и образовании, разработанными американским философом и педагогом Дж. Дьюи, а также его учеником В. Х. Килпатриком. Дж. Дьюи предлагал строить обучение на активной основе, через целесообразную деятельность студентов, сообразуясь с его личным интересом именно в этом знании. Отсюда чрезвычайно важно было показать им их личную заинтересованность в приобретаемых знаниях, которые могут и должны пригодиться им в жизни. Для этого важна проблема, взятая из реальной жизни, знакомая и значимая для студента, для решения которой ему необходимо приложить полученные знания, новые знания, которые еще предстоит получить. Преподаватель подсказывает новые источники информации, а может просто направить мысль студента в нужном направлении для самостоятельного поиска. Но в результате студент должен самостоятельно решить проблему, применив необходимые знания подчас из разных областей, получить реальный и ощутимый результат. Вся проблема, таким образом, приобретает контуры проектной деятельности. Разумеется, со временем идея метода проектов претерпела некоторую эволюцию. Родившись из идеи свободного воспитания, в настоящее время она становится интегрированным компонентом вполне разработанной и структурированной системы образования. Но суть ее остается прежней – стимулировать интерес студентов к определенным проблемам, предполагающим владение определенной суммой знаний и через проектную деятельность, предусматривающую решение одной или целого ряда проблем, показать практическое применение полученных знаний. Другими словами, от теории к практике, соединение академических знаний с прагматическими, с соблюдением соответствующего баланса на каждом этапе обучения. Метод проектов привлек внимание и отечественных педагогов. Идеи проектного обучения возникли в России практически параллельно с разработками американских педагогов. Под руководством педагога С. Т. Шацкого в 1905 году была организована небольшая группа сотрудников, пытавшаяся активно использовать проектные методы в практике преподавания. Позднее, уже при советской власти эти идеи стали довольно широко внедряться в школу, но недостаточно продуманно и последовательно, и постановлением ЦКВКП/б/ в 1931 году метод проектов был осужден. С тех пор в России больше не предпринималось сколько-нибудь серьезных попыток возродить этот метод в образовательной практике. Вместе с тем за рубежом он активно и весьма успешно развивался. В США, Великобритании, Бельгии, Израиле, Финляндии, Германии, Италии, Бразилии, Нидерландах и многих других странах идеи гуманистического подхода к образованию Дж. Дьюи, его метод проектов нашли широкое распространение и приобрели большую популярность в силу рационального сочетания теоретических знаний и их практического применения для решения конкретных проблем окружающей действительности в совместной деятельности обучающихся. «Все, что я познаю, я знаю, для чего это мне надо и где, и как я могу эти знания применить», – вот основной тезис современного понимания методов проектов, который и привлекает многие образовательные системы, стремящиеся найти разумный баланс между академическими знаниями и прагматическими умениями. Технология обучения с применением метода проектов один из вариантов поисково-исследовательской технологии обучения применяемой в практике работы вуза. Данную технологию целесообразно использовать в сочетании с другими методами обучения. Проект, как правило, используется на стыке смежных учебных дисциплин и интегрирует информацию из разных областей знаний. Проектирование – это предварительная разработка основных деталей предстоящей исследовательской деятельности преподавателя и студентов. Истоки зарождения данной технологии имели место в конструкторских дисциплинах: системотехнике, методах исследования операций, теории решений, сетевом планировании, эргономике и др. Данные дисциплины построены на теории конструирования, связывающей в профессиональной деятельности две знаковые системы «человек-техника». Проектирование – это сложная многоступенчатая деятельность. Возможно выделить три этапа технологии проектирования: ¬ моделирование – разработка целей (общей идеи) создания «нового продукта», ¬ проектирование (создание проекта) – дальнейшая разработка созданной модели и доведение ее до уровня практического использования, ¬ конструирование (создание конструкта) – дальнейшая детализация созданного проекта, приближающая его для использования в конкретных условиях реальными участниками данного учебного процесса. Цель использования метода проектов в обучении – включение студента в творческую научно-исследовательскую работу на ранних этапах обучения в вузе.

Основные принципы данной технологии:

* получение прочных научных знаний в области будущей профессии; приучение к точным наблюдениям и анализу полученной информации;
* приобщение к экспериментальной работе;
* формирование логического, критического, проблемно-ориентированного междисциплинарного мышления.

В основе метода проектов лежит развитие познавательных навыков студентов, умений самостоятельно конструировать свои знания, умений ориентироваться в информационном пространстве, развитие критического мышления.

Карл Френ выделяет 17 отличительных черт проектного метода, среди которых наиболее значимы следующие:

- участники проекта подхватывают проектную инициативу от кого-либо из жизни; участники проекта договариваются друг с другом о форме обучения;

- участники проекта развивают проектную инициативу и доводят ее до сведения всех;

- участники проекта организуют себя на дело;

- участники проекта информируют друг друга о ходе работы;

- участники проекта вступают в дискуссии.

Все это говорит о том, что под конкретным методом имеется в виду система взаимодействия преподавателя и студента. Нам представляется это несколько расширенным толкованием метода, так как многое выходит на технологию проектного обучения. Думается, что в современных условиях можно говорить уже о создании основ проектного обучения, которое рассматривается как развивающее, базирующееся на последовательном выполнении комплексных учебных проектов с информационными паузами для усвоения базовых теоретических знаний. Следует отметить, что переводить полностью весь образовательный процесс на проектное обучение нецелесообразно. Для современного этапа развития системы образования важно обогатить практику многообразием технологий, одной из которых может стать технология проектного обучения. Раскроем выделенные компоненты применительно к проектной технологии.

Цель обучения состоит в том, чтобы создать условия, при которых студенты:

* самостоятельно и охотно приобретают недостающие знания из разных источников;
* учатся пользоваться приобретенными знаниями для решения познавательных и практических задач;
* приобретают коммуникативные умения, работая в различных группах;
* развивают у себя исследовательские умения (умения выявления проблем, сбора информации, наблюдения, проведения экспериментов, анализа, построения гипотез, обобщения);
* развивают системное мышление. Исходные теоретические позиции проектного обучения: в центре внимания – студент, содействие развитию его творческих способностей;
* образовательный процесс строится не в логике учебного предмета, а в логике деятельности, имеющий личностный смысл для студента, что повышает его мотивацию в учении;
* индивидуальный темп работы над проектом обеспечивает выход каждого студента на свой уровень развития;
* комплексный подход к разработке учебных проектов способствует сбалансированному развитию основных физиологических и психических функций студента;
* глубокое, осознанное усвоение базовых знаний обеспечивается за счет универсального их использования в разных ситуациях.

Таким образом, суть проектного обучения состоит в том, что студент в процессе работы над учебным проектом постигает реальные процессы, объекты. Оно предполагает проживание студеном конкретных ситуаций, приобщение его к проникновению вглубь явлений, процессов и конструированию новых объектов. С целью выделения систем действий студента и преподавателя предварительно важно было определить этапы разработки проекта. К настоящему моменту сложились следующие стадии разработки проекта: разработка проектного задания, разработка самого проекта, обобщение результатов, общественная презентация, рефлексия.

РАЗДЕЛ II. ПРАКТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА

* 1. Особенности коммуникации в медицинской среде

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.

Коммуникативные навыки врача

• навыки самопрезентации или ораторского искусства;

• навыки активного слушания; • навыки задавания открытых и закрытых вопросов (врач – пациент); • навыки убеждения; • навыки самосовладания;

• умение располагать к себе пациента;

• навыки точной, краткой и конкретной передачи информации;

• навыки перефразирования информации, с использованием разнообразных стилей речи;

• навыки понимания смысла высказываний пациента;

• навыки предоставления эффективной обратной связи с учетом психологических особенностей пациента; • навыки эффективного выражения своей точки зрения;

• навыки эффективного аргументирования своей речи;

• навыки снятия напряжения в конфликтных ситуациях с помощью юмора;

• навыки гибкого реагирования на возражения пациента.

Коммуникация – процесс двустороннего обмена информацией, ведущий к взаимному пониманию. Если не достигается взаимопонимания, коммуникации не состоится. Чтобы убедиться в успехе коммуникации, необходимо иметь обратную связь, о том, как Вас люди поняли, как они воспринимают Вас, как относятся к имеющейся ситуации. Таким образом, в процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания и преодоления коммуникативных барьеров. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Замечание врача, скорее всего, будет выслушано с должным вниманием, а замечание соседа – с раздражением. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание врача один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой – как «вечную придирку». В случае возникновения коммуникативных барьеров в ходе общения врача и пациента можно говорить, как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации у врача.

Коммуникативные барьеры в ходе общения врача и пациента (фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный барьер и барьеры отношений) Фонетический барьер возникает, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции. Семантический (смысловой) барьер связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера – актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно важно это для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приемами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т.д. В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни. С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. Стилистический барьер возникает при несоответствии речи врача ситуации общения, например, при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов). Когда врач проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть барьер логического непонимания, т.е. логика рассуждений врача может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной.

Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача. Причиной возникновения социально-культурных барьеров может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса. Врач должен быть готов к возникновению этого барьера, к тому, что для определенной части больных его авторитет недостаточен; особенно это актуально для молодых врачей.

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 общение 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. обмене 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 становиться 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.

К кинетическим компонентам речи - жесты, позы, мимика.

Графические невербальные средства коммуникации выделяют­ся 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:

Дистанция власти = Влияние начальника на подчиненного - Влияние подчиненного на начальника.

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.

1. Идеологические барьеры:
* барьер, возникающий на основе разницы мировоззрений;
* барьер, формирующийся при наличии у партнеров разных стереотипов;

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.

* барьер несовпадения социальных установок;
* барьер различия ценностных ориентаций;
* барьер несовпадения социальных позиций субъектов общения.
1. Собственнопсихологические барьеры - это все осознава­емые и неосознаваемые трудности и препятствия, возникающие между людьми, вступающими друг с другом в психологический контакт.
2. 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.
1. 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.
2. 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.

**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 развитияконтактов 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) приводитк возникновению ощущения дискомфорта.

5.5. Если человек скромный и застенчивый, он никогда несможет стать общительным.

5.6. В общении с пациентом приветствуется употреблениенаучных 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 временнаяорганизация общения.

5.10. Интернет, телефонная связь не относятся к средствам общения.

**З**АДАНИЕ 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 этацель с той, которую вы объявили адресату своего влияния илинегласно 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».
	1. Общение врача

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

В первом случае несовпадение реальности и подтверждение отсутствия заболевания способно вызвать более негативную и даже аффектную 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 партеров 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 лечебно­диагностического 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 четырех 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 егоуверенности 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 унизительным 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, облекая 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) не причинение 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, 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 состояний 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 оптимальнаи почему?
2. Что необходимо учитывать во взаимоотношениях врача,пациента и его родственников?
3. Как сообщать диагноз инкурабельным больным?
4. Назовите правила профессионального поведения врачапри 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.
	1. Формирование коммуникативной компетентности

современного врача

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. сенситивиость 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.

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 коммуникативнойкомпетентности, 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 сердечно­сосудистой 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, предотвращающаявозникновение 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 изменением 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 осознанноактивную 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 впрямую 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».

1. Возможность для самосовершенствования.

Формулировка: «Если я буду здоров, я смогу подняться

на более высокую ступень общественной лестницы».

1. Способность к маневрам.

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

1. Сексуальная реализация. Формулировка: «Здоровье дает мне возможность для сексуальной гармонии».
2. 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 дезадап- тивное 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.
	1. Конфликты во врачебной деятельности

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.

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 обших.

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 признаетсядорогим, 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.
1. В систему должны быть встроены возможности возврата к переговорному процессу.
2. Необходимо предоставлять более дешевые процедуры определения прав или определения того, кто сильнее.
3. Переговоры должны предварять консультации, а после переговоров должна вступать в действие обратная связь.
4. Последовательность процедур должна быть расположена в определенной последовательности - от дешевых к дорогим.
5. 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.
1. Принцип благоприятной самоподачи - добивайтесь рас­положения собеседника, стремитесь понравиться ему.

Правила:

* Произведите максимально приятное внешнее впечатление. Помните, что по одёжке 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.
1. Принцип минимизации негативной информации - сведите к минимуму сообщаемую собеседнику негативную информацию

Правила:

* Не вспоминайте плохое, не упрекайте собеседника. Помни­те, что упрёк заставляет оправдываться. Не вспоминайте негативный совместный опыт; вспоминайте 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 представьте в форме непонимания («Этот поступок, эту музыку и др. я не понимаю»).

Конфликты в медицине - происходят на трех уровнях про­тиворечий (высшем, 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.
1. 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 отношения 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 чреваты 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 интерсубъектных 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-либодля 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 негативноевоздействие на физическое и психическое здоровье медиков».

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ:

1. Назовите причины, виды, типы, стадии конфликта.
2. Приведите примеры конфликтных и бесконфликтныхкоммуникаций.
3. Можно ли управлять конфликтными ситуациями?
4. Какая стратегия выхода из конфликта оптимальна дляврача?
5. Проанализируйте конфликт, свидетелем или участникомкоторого 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.
	1. **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 долженпостоянно самосовершенствоваться и самообразовываться, рас­ценивая 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 ухаживания за тяжело­больными.
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 нихпатологических 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).
	1. Образовательный потенциал врача: непрерывное

медицинское образование

Концепция образования за последние годы существенно из­менилась. В начале XX в. обновление знании 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 усилийи,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 лич­ностного 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, представленияо 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.

Кинетитечский 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. Подделать 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 професпрофессионализма, нравственность и наличие эмпатии. Необходимо помнить, что создание достойного образа требует значительных сил, времени и материальных вложений, а потеря реноме 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 профессиограммы 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.

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 личностно 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 крисионального 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

* теории 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, сравнивание 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 теоретически знаниях, педагогических способностях и направленных на решение педагогических задач.

Аналитические умения - умения анализировать педагогиче­ские явления, теоретически их обосновывав 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.

**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 сообразо­вываться 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 результатепереносимых 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, раздражен 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 совла­деть 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, 2021. - 364 с.) и сформулировать отличия традиционной деятельностипедагога от деятельности в инновационном обществе.Оформить в виде таблицы или эссе.

Контрольные вопросы:

1. Конституция РФ, как нормативно-правовая основа образования.
2. Федеральный Закон об образовании Российской Федерации.
3. Государственная политика в области образования. Принципы государственной политики в области образования.
4. Государственные гарантии прав граждан Российской Федерации в области образования. Система образования.
5. Формы получения образования.
6. Федеральные Государственные стандарты высшего медицинского образования. Уровни образовательных стандартов.
7. Нормативно правовая основа проектирования образовательного процесса: учебная программа дисциплины, структура образовательной программы, требования к образовательной программе дисциплины. Разработка учебных модулей в соответствие с ФГОС ВПО.
8. Юридический статус образовательного учреждения. Устав вуза.
9. Общее стратегическое направление реформирования высшей медицинской школы.
10. Педагогика как область научного знания.
11. Объект, предмет, задачи педагогики.
12. Педагогика в системе научного знания. Связь педагогики с философией, антропологией, психологией, социологией, математикой, медико-биологическими науками.
13. Функции педагогической науки. Роль педагогики в современной системе высшего профессионального образования. Отрасли педагогики.
14. Общие категории педагогики (образование, воспитание,

# Рекомендованная литература:

## **Основная литература:**

1. Архипова, Т.Т. Педагогическая психология. Информационные материалы курса [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Т.Т. Архипова, Т.В. Снегирева. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2018. — 305 c. — 978-5-4486-0116-3. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70777.html>
2. Громкова, М.Т. Педагогика высшей школы [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов педагогических вузов/ М.Т. Громкова. — Электрон. текстовые данные. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2017. — 446 c. — 978-5-238-02236-9. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/74901.html>
3. Морозова, Н.С. Педагогическая коммуникация [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Н.С. Морозова. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Ай Пи Эр Медиа, 2018. — 162 c. — 978-5-4486-0182-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/71574.html>
4. Самойлов, В.Д. Педагогика и психология высшей школы. Андрогогическая парадигма [Электронный ресурс]: учебник для студентов вузов/ В.Д. Самойлов. — Электрон. текстовые данные. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. — 207 c. — 978-5-238-02416-5. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/52630.html>
5. Шарипов, Ф.В. Педагогика и психология высшей школы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Ф.В. Шарипов. — Электрон. текстовые данные. — М.: Логос, 2016. — 448 c. — 978-5-98704-587-9. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/66421.html

## **Дополнительная литература:**

1. Белова, Ю.В. Основы педагогического мастерства и развития профессиональной компетентности преподавателя [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ Ю.В. Белова. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Вузовское образование, 2018. — 123 c. — 978-5-4487-0139-9. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/72352.html>
2. Гангнус, Н.А. Педагогические технологии развития личности в учебной деятельности [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Н.А. Гангнус. — Электрон. текстовые данные. — Пермь: Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2015. — 136 c. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/70646.html>
3. Кокорева, Е.А. Педагогика и психология труда преподавателя высшей школы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ Е.А. Кокорева, А.Б. Курдюмов, Т.В. Сорокина-Исполатова. — Электрон. текстовые данные. — М.: Институт мировых цивилизаций, 2017. — 152 c. — 978-5-7117-0800-1. — Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/77634.html
4. Педагогическая наука и современное образование [Электронный ресурс]: сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции, посвященной Дню российской науки 11 февраля 2016 года/ И.В. Абрамов [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — СПб.: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2016. — 406 c. — 978-5-8064-2232-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51687.html>
5. Педагогическая наука и современное образование [Электронный ресурс]: сборник статей III Всероссийской научно-практической конференции, посвященной Дню российской науки 11 февраля 2016 года/ И.В. Абрамов [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — СПб.: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2016. — 406 c. — 978-5-8064-2232-4. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51687.html>
6. Попов, А.И. Инновационные образовательные технологии творческого развития студентов. Педагогическая практика [Электронный ресурс]: учебное пособие/ А.И. Попов. — Электрон. текстовые данные. — Тамбов: Тамбовский государственный технический университет, ЭБС АСВ, 2013. — 80 c. — 978-5-8265-1209-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/63848.html>

## **7.3. Периодические (специализированные) издания:**

1. Забайкальский медицинский вестник. Читинская государственная медицинская академия. <http://www.iprbookshop.ru/14307.html>
2. Верхневолжский медицинский журнал. Тверская государственная медицинская академия. http://www.iprbookshop.ru/23046.html
3. Современная медицина: актуальные вопросы. Сибирская академическая книга. http://www.iprbookshop.ru/48643.html
4. Инновации в науке. Сибирская академическая книга. http://www.iprbookshop.ru/48409.html
5. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. Белгородский государственный национальный исследовательский университет. http://www.iprbookshop.ru/36973.html
6. Хирургия. Восточная Европа. Профессиональные издания. http://www.iprbookshop.ru/36678.html
7. Лабораторная диагностика. Восточная Европа. Профессиональные издания. http://www.iprbookshop.ru/36247.html
8. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. Российский университет дружбы народов. http://www.iprbookshop.ru/32537.html
9. Врач-аспирант. Научная книга. http://www.iprbookshop.ru/34055.html

## **7.4. Интернет-ресурсы, справочные ресурсы**

1. Электронно-библиотечная система IPRbooks URL: http:// [www.iprbooks.ru/](http://www.iprbooks.ru/) ООО «Ай Пи Эр Медиа» Государственный контракт № 1801/16 от 01.07.2016г. Доступ с 01.07.2016 г. по 01.07.2017 г. на 5000 (пять тысяч) доступов.
2. Электронно-библиотечная система IPRbooks URL: http:// [www.iprbooks.ru/](http://www.iprbooks.ru/) ООО «Ай Пи Эр Медиа» Государственный контракт № 2947/17 от 01.07.2017г. Доступ с 01.07.2017 г. по 01.07.2018 г. на 5000 (пять тысяч) доступов.
3. Электронно-библиотечная система IPRbooks URL: http:// [www.iprbooks.ru/](http://www.iprbooks.ru/) ООО «Ай Пи Эр Медиа» Государственный контракт № 4213/18 от 01.07.2018г. Доступ с 01.07.2018 г. по 01.07.2019 г. на 5000 (пять тысяч) доступов.

Периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

1. Медицинское образование и вузовская наука.
2. Высшая школа.
3. «AlmaMater» (Вестник высшей школы).
4. Высшее образование в России.
5. Медицина и образование в Сибири <http://www.ngmu.ru/cozo/mos/>.
6. Высшее образование сегодня.

АЙБАЗОВА Марина Юсуфовна

АЙБАЗОВА Фатима Махаровна

**ПЕДАГОГИКА**

Учебное пособие

для ординаторов специальностей

31.08.49 Терапия, 31.08.58 Оториноларингология,

31.08.67 Хирургия

КорректорЧагова О.Х

РедакторЧагова О.Х

Сдано в набор14.10.2021

Формат 60х84/16

Бумага офсетная.

Печать офсетная.

Усл. печ. л.6,04

Заказ №4465

Тираж 300 экз.

Оригинал-макет подготовлен

в Библиотечно-издательскомцентре СКГА

369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36