Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр Сибирского отделения Российской академии наук»

(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**к семинарскому занятию № 2**

**по дисциплине (модулю) «Педагогика»**

для специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

**ТЕМА: ПЕДАГОГИКА В РАБОТЕ ВРАЧА. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ. РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ КОНФЛИКТЫ В МЕДИЦИНЕ**

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 3 от «11» апреля 2017г.)

Составитель:

к.б.н. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бронникова Е.П.

Красноярск

2017

**Продолжительность проведения занятия 2 часа**

**1.Занятие №2**

**2.Тема.** **Педагогика в работе врача. Профессиональное общение. Развития клинического мышления Конфликты в медицине**

**3.Цель обучения:** обучающийся должен обладать: - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия; - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам 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.

Обучающийся должен

**знать:** педагогические технологии проектирования процесса обучения; основные направления педагогики, психологию личности, межличностных отношений в группах и коллективе в целом;

**уметь:** применять эффективные способы медицинской коммуникации врача, пациента и его родственников;

**владеть:** навыками использованием педагогических технологий проектирования процесса обучения в профессиональной деятельности; изложения самостоятельной точки зрения, анализа и клинического мышления, публичной речи.

**4.План изучения темы**: рассмотреть и обсудить основные понятия темы. Провести индивидуальный опрос.

4.1.Вопросы, выносимые на обсуждение

1.Ситуационные задачи как способ формирования клинического мышления врача.

2.Конфликты в работе врача.

3.Правила профессионального общения.

В профессиях, связанных с взаимодействием «человек–человек», огромное значение имеет ориентация на другого как равноправного участника взаимодействия. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности врача. Поскольку объектом исследования и субъектом взаимодействия является человек, а характер знаний – прикладной, то от врачей требуется высокая мера личной ответственности за результаты своей деятельности.

Основы психологического знания необходимы медицинским работникам, поскольку они способствуют: внимательному и заинтересованному отношению людей друг к другу в лечебно-профилактической деятельности; возникающему на этой основе взаимному доверию; способности к соучастию, сопереживанию, эмпатии и, следовательно, взаимопониманию. Последнее необходимо потому, что медицинский работник и пациент вместе решает одну и ту же задачу – сохранения здоровья, предупреждения и лечения заболеваний, что предполагает их сотрудничество и взаимодействие, т.е. активное общение.

Представьте такую ситуацию: проведено непростое обследование, ясен диагноз и рекомендованы методы лечения. Но пациент вместо того, чтобы следовать советам врача, «исчезает с горизонта». Возможно ли такое? Оказывается, возможно. По данным ученых, в России до 40% пациентов не выполняют указания врачей. Иначе говоря, более чем в трети случаев работа медиков оказывается неэффективной. Почему? «Врач редко может излечить, чаще может облегчить, но утешить он должен всегда», – говорили древние. Грамотно установленный психологический контакт с пациентом помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Это значительно повышает эффективность в решении поставленных задач врача. В случае же отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины.

Пациенты нередко жалуются, что врач не уделил им должного внимания: не выслушал, не рассказал о возможных последствиях заболевания, не выяснил, как они относятся к тем способам лечения, которые он рекомендовал. С точки зрения врача, это неизбежно, т.к. ему постоянно не хватает времени, и если он будет терпеливо выслушивать каждого больного, то не сможет принять всех ожидающих очереди на прием.

В результате длительной практики каждый врач вырабатывает собственный стиль отношений с больными. Но всегда ли эти отношения являются эффективными?

В самом общем плане компетентность в общении предполагает развитие адекватной ориентации человека в самом себе – собственном психологическом потенциале, потенциале партнера, в ситуации и задаче.

В психологии общение рассматривается с трех точек зрения:

1) общение как фактор формирования личности;

2) общение изучается как специфическое явление;

3) общение рассматривается как средство повышения эффективности труда и обучения.

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.

**Аспекты общения**. В общении выделяют три взаимосвязанных стороны:

1. *Коммуникативная сторона общения* состоит в обмене информацией между людьми (информационная функция).

2. *Интерактивная сторона* заключается в организации взаимодействия между людьми. Например, нужно согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника (*регулятивная функция*).

3. *Перцептивная сторона общения* включает процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установление на этой основе взаимопонимания (коммуникативная функция *взаимоотношения*).

Когда говорят об общении как об обмене информацией, имеют в виду коммуникативную сторону общения. Передача любой информации производится посредством знаковых систем, т.е. знаков. Коммуникатор (передающий информацию) сознательно ориентирует свои действия на смысловое восприятие кодированной информации другими людьми (реципиентами). Передается информация коммуникатором средствами вербальной или невербальной информации. Реципиент (принимающий информацию) для осмысленного восприятия информации декодирует ее.

Для того чтобы обеспечить возможность собеседникам понимать друг друга, должна быть выработана единая система значений знаковых систем, разработан тезаурус понятий, позволяющий индивидам по общению правильно ориентироваться в определенной области знаний.

**Характеристики человеческой коммуникации**

1. Коммуникативный процесс – это активный обмен информацией. А это возможно тогда, когда информация не просто принята, но и понята, осмыслена.

2. Обмен информацией обязательно предполагает психологическое воздействие на партнера в целях изменения его поведения. Эффективность коммуникации измеряется именно тем, насколько удалось это воздействие.

3. Коммуникативное влияние как результат обмена информацией возможно лишь, когда оба участника общения обладают единой или схожей системой кодирования и декодирования. В обыденной речи «все должны изъясняться на одном языке». Но даже зная значение одних и тех же слов, люди не всегда понимают их одинаково. Причинами этого являются различия в социальных, политических, возрастных, профессиональных особенностях общающихся.

4. В условиях человеческой коммуникации периодически возникают так называемые коммуникативные барьеры, которые носят социальный и психологический характер (это мы уже с вами обсуждали).

Мы уже знаем, что любая информация передается посредством знаковых систем. Обычно различают ***вербальную*** и ***невербальную*** (кинестетика, паралингвистика, проксемика, визуальное общение) информацию. Каждая из них образует свою собственную знаковую систему. Речь становится универсальным средством общения при условии включения ее в систему деятельности, которая, в свою очередь, предполагает употребление одновременно других, *неречевых знаковых* систем.

**Вербальная коммуникация**. В качестве знаковой системы в вербальной коммуникации выступает человеческая речь, т. е. естественный звуковой язык. Система фонетических знаков языка строится на основе лексики и синтаксиса. Лексика – это совокупность слов, входящих в состав какого-либо языка. Синтаксис – это характерные для конкретных языков средства и правила создания речевых единиц. Речь является самым универсальным средством коммуникации, поскольку при передаче информации смысл сообщения теряется в наименьшей степени по сравнению с другими средствами передачи информации. Речь – это язык в действии, форма обобщенного отражения действительности, форма существования мышления. В мышлении речь проявляется в форме внутреннего ***проговаривания*** слов про себя. Мышление и речь не отделимы друг от друга.

**Виды вербальной коммуникации**

1. *Внешняя речь* делится на *устную* и *письменную. Устная речь* – на *диалогическую* и *монологическую.*

*2.* При подготовке к устной речи и особенно – к письменной, индивид «проговаривает» речь про себя. Это и есть *внутренняя речь.* В письменной речи условия общения опосредованы текстом. *Письменная речь* может быть *непосредственной* (например, обмен записками на совещании, на лекции) или *отсроченной* (обмен письмами). Точность понимания слушающим смысла высказывания говорящего зависит от обратной связи. Такая обратная связь устанавливается, когда коммуникатор и реципиент попеременно меняются местами. Реципиент своим высказыванием дает понять, как он понял смысл принятой информации.

*Диалоговая речь* представляет своего рода последовательную смену коммуникативных ролей общающихся, в ходе которой выявляется смысл речевого сообщения.

*Монологическая* же *речь* продолжается достаточно долго, не прерывается репликами других. Для нее требуется предварительная подготовка. Это обычно развернутая, подготовительная речь (например, доклад, лекция и т.п.). Важность коммуникации переоценить невозможно. Умение точно выражать свои мысли, умение слушать – составляющие коммуникативной стороны общения. Неумелое выражение мыслей приводит к неправильному толкованию сказанного. Неумелое слушание искажает смысл передаваемой информации.

**Невербальная коммуникация**. В настоящее время известно более тысячи невербальных знаков и сигналов. Альберт Марабян установил, что передача информации происходит за счет вербальных средств (только слов) на 7%, за счет звуковых средств (включая тон голоса, интонацию звука) на 38%, и за счет невербальных средств на 55%. Профессор Бердвил обнаружил, что словесное общение в беседе занимает менее 35%, а более 65% информации передается с помощью невербальных средств общения. Большинство исследователей разделяют мнение, что словесный (вербальный) канал используется для передачи информации, в то время, как невербальный канал применяется для «обсуждения» межличностных отношений, а в некоторых случаях используется вместо словесных сообщений.

**Средства невербального общения (коммуникации).** Невербальные средства общения изучают следующие науки:

1. *Кинестика* изучает внешние проявления человеческих чувств и эмоций: мимика, жесты, пантомимика (позы).

2. *Такесика* изучает прикосновения в ситуации общения: рукопожатие, поцелуи, дотрагивание, поглаживание, отталкивание.

**3.** *Проксемика* исследует расположение людей в пространстве при общении.

Социальная перцепция – восприятие, понимание и оценка людьми других людей, самих себя, а также различных социальных объектов.

Основными механизмами социальной перцепции являются: идентификация, эмпатия и рефлексия. К этим факторам восприятия другого человека относят ряд **типичных искажений представления о другом человеке**. Это, так называемые, - «эффект ореола» («гало-эффект»), «эффект последовательности», «эффект авансирования» «эффект проецирования на других людей собственных свойств», явление «стереотипизации» и т.д. Эти эффекты, оказывающие влияние как на формирование впечатления о человеке, так и на взаимодействие с ним. При этом, возникать они могут и у пациента по отношению к врачу, и наоборот.

***«Эффект ореола»***– влияние общего впечатления о человеке на восприятие и оценку частных свойств его личности. Суть этого эффекта проявляется в том, что общее благоприятное впечатление приводит к позитивным оценкам неизвестных качеств воспринимаемого и наоборот. Полученная информация накладывается на тот образ, который уже был создан заранее. Этот образ, ранее существовавший, выполняет роль «ореола», мешающего видеть действительные черты и проявления объекта восприятия. Иначе, первое впечатление о человеке определяет его последующее восприятие и оценку, пропуская в сознание воспринимающего лишь то, что соответствует первому впечатлению, и отсеивая противоречащее. Также роль ореола может выполнять не собственное первое впечатление человека о партнере, а предварительно полученная (благоприятная/неблагоприятная) информация о нем от других людей. Так, квалифицированность врача может восприниматься пациентом в зависимости от его солидных манер, использования в речи научных терминов, которые фактически не могут являться признаками оценки его профессиональных знаний и умений.

**«Эффект последовательности»**– касается значимости определенного порядка предъявления информации о человеке для составления представления о нем. В ситуациях восприятия знакомого человека действует «эффект новизны», который заключается в том, что последняя, т.е. более новая, информация оказывается наиболее значимой. Напротив, когда воспринимается незнакомый человек, на суждение о человеке наибольшее влияние оказывают сведения, предъявляемые о нем в первую очередь.

**«Эффект авансирования»** – человеку приписывают несуществующие положительные качества, а сталкиваясь с его неадекватным представлению поведением, разочаровываются, огорчаются.

**«Эффект проецирования»**- заключается, в том, что человек ожидает от окружающих поведения по его собственной модели. Этот эффект часто встречается и проявляется при неумении людей встать на точку зрения другого человека.

**«Эффект последней информации»** проявляется в том, что если вы получили негативную последнюю информацию о человеке, эта информация может перечеркнуть все прежние мнения об этом человеке.

**Эффект «первичности и новизны».** Он касается значимости определенного порядка предъявления информации о человеке для составления представления о нем: ранее предъявленная информация рассматривается как «первичная», а поздно предъявленная как «новая».

**Эффект проекции** – приятному для нас собеседнику мы склонны приписывать свои собственные достоинства, а неприятному – свои недостатки. Например, агрессивный человек, подсознательно не принимая и подавляя свою агрессию, склонен видеть агрессивные проявления в других людях).

**Эффект бумеранга** – иногда слишком активное общение приводит к обратному результату. Так, например, чрезмерное навязывание врачом, предположим, какого-нибудь нового метода лечения или препарата пациенту может привести к категоричному отказу и сопротивлению со стороны последнего.

**Эффект средней ошибки**– оценивая другого человека, мы обычно избегаем крайних суждений и определений. Возможно, поэтому мы верим, что даже отпетый негодяй имеет в себе что-то хорошее и может исправиться, а внутри вполне благопристойного человека живут черные мысли.

В целом, успешность взаимодействия врача и пациента обуславливается большим количеством различных факторов, ведущая роль среди которых принадлежит **коммуникативной компетентности врача**, одному из важнейших профессионально важных качеств медицинского работника. Она предполагает не только наличие у него определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т.п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, умения слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание пациента и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

**НЛП-диагностика пациента**, или нейролингвистическое программирование — модель межличностной коммуникации, изучающая, главным образом, взаимодействие между эффективными паттернами поведения и субъективным опытом (особенно шаблонами мышления), лежащим в их основе; система альтернативной терапии, основанная на этом, суть которой заключается в обучении людей осознанности и эффективной коммуникации. НЛП включает в себя три наиболее важных компонента — нервная система, языковой и программный компонент, которые участвуют в формировании жизненного опыта. Так, нервная система определяет характер функционирования живого организма, языковой компонент ответственен за коммуникации и самопрезентацию, программы определяют модели мира и поведения, по которым живет человек. Нейролингвистичское программирование описывает как разум (нейро) и язык (лингво), взаимодействуя между собой, влияют на тело человека и его поведение (программирование). Нейролингвистическое программирование — относительное молодое направление практической психологии, возникшее в начале 70-х годов 20 века учеными Р. Бэндлером и Дж. Гриндером, которое с успехом используется и в практике специалистов медицинского профиля. Первая аксиома нейролингвистического программирования — карта не является территорией. Это о том, что все люди разные, слышат и чувствуют все абсолютно по-разному. Каждый живет не в реальном мире, а лишь в собственной его «интерпретации». Карта — не территория, а диагноз — не болезнь. Диагноз кратко выражает мнение врача о состоянии пациента, выраженное при помощи специальной медицинской терминологии. И тут важно, как правильно подать информацию, каким образом ее воспримет сам больной. Так, можно считать катастрофой стенокардию напряжения, а можно радоваться, что это не стенокардия покоя. В век развитых информационных технологий, возникновения огромного числа инструментальных методов исследования и доступности медицинской помощи в целом, возникла следующая проблема: люди описывают себя не с точки зрения ощущений, а мыслят языком диагнозов. Зачастую, приходя на прием, пациент на вопрос «Что Вас беспокоит?» отвечает «Высокий уровень лейкоцитов». Возникает вопрос, как человек способен ощущать изменения лабораторных показателей? Да и не каждый сможет, не имея медицинского образования, интерпретировать данный показатель, не говоря уже об ощущении. Это лишь цифра в его медицинской карте. Любопытно, а собака или кот знают, что у них повышены лейкоциты? Похожая ситуация с межпозвонковыми грыжами. Повсеместное введение компьютерной томографии привело к гипердиагностике, а болевой синдром в области спины стали чаще трактовать именно с позиции этих «находок». Вновь можно ограничить себя рамками диагноза, а можно и выйти за пределы этих рамок. Огромную роль в дальнейшем поведении пациента играют его взаимоотношения с врачом. Вторая аксиома: в основе любого поведения лежит позитивное намерение. Так, алкоголик не может приспособиться в этой жизни без алкоголя, диабетик без сахара. И дело лишь в том, что текущее поведение, демонстрируемое человеком, представляет наилучший выбор из доступных ему в данный момент. Лучше иметь выбор, чем вовсе не иметь его, и чем больше возможностей выбора, тем более гибко можно решать жизненные проблемы. Задача врача на данном этапе предоставить пациенту ту самую здоровую альтернативу не желаемому поведению, не осуждая его. Третья аксиома: нет поражений, есть только обратная связь. Не всегда рекомендации врача дают ожидаемый отклик в сознании пациента. Может, рекомендация врача дана не в то время, либо выполняется не тем образом, а быть может не подходит ситуации. Необходимо быть гибким, вовремя заметить и изменить ситуацию, ведь одно и то же действие приводит к одному результату. Это касается, например, модификации факторов риска заболеваний, ни один из которых не эксклюзивен, и всегда найдется много способов решения проблемы. Существует и вопрос грамотной подачи рекомендации или лечения. Так, например, фразы в стиле «ну, что вы хотите в вашем возрасте», «начнем лечение с адреноблокаторов…пока не отекут ноги» (то есть адреноблокаторы не помогут, а ноги все равно отекут со временем) создают негативную установку и формируют отрицательную обратную связь. Четвертая аксиома: принцип ответственности. Каждый из нас сам несет ответственность за то, как управляет своим состоянием и мозгом. Никто из окружающих не виноват в ваших неудачах: ни правительство, ни Минздрав, ни ваш терапевт, ни при чем. Помимо навыков эффективного общения и взаимодействия с пациентом, специалисты в нейролингвистическом программировании имеют определенные успехи в коррекции психосоматических заболеваний. Существуют документально подтвержденные факты успешного лечения аллергии, а также улучшения послеоперационного прогноза при хроническом заболевании сердца [5]. Оставаясь перспективным и новым направлением в практической психологии, нейролингвистическое программирование медленно, но верно становится достоянием практической медицины, эффективно дополняя стандартные схемы лечения пациентов. Выводы. Успешность терапии прежде всего зависит от характера взаимоотношений между пациентом и врачом, их взаимного доверия. Врач должен стремиться воспринимать каждого пациента как уникальную личность, отметить его индивидуальные особенности, с учетом которых разработать подход к эффективной коммуникации. Важным моментом в лечении является идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению, а также выбрать альтернативный, «здоровый» способ поведения, наиболее точно исполняющий позитивные функции старого, «нездорового». Любое поведение — даже самое жестокое, сумасшедшее и невообразимое — представляет собой выбор лучшего варианта из имеющихся в данный момент, исходя из возможностей и способностей человека, определяемых его моделью мира. Нужно доверять врачебной интуиции, предоставлять себе право на эксперимент с новыми приемами и право на ошибку в работе с пациентом. Слова — с одной стороны, лишь набор букв, но образы которые эти слова вызывают в голове делают слова значимыми, делают их инструментом, позволяют наделить смыслом любое действие. Часто врач, вольно или невольно, сам блокирует благоприятный исход негативной установкой: то озвучивает негативный прогноз, то запугивает, то использует предложения с незавершённым значением, или с другим внушающим эффектом.

4.2.Самостоятельная работа: подготовка реферата по теме занятия.

**5.Список рекомендуемой литературы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование,**  **вид издания** | **Автор (-ы), составитель (-и), редактор (-ы)** | **Место издания, издательство, год издания** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | Педагогика: учебник | Подласый И.П. | М.: Юрайт, 2011 |
| 2 | Педагогические условия развития личности: теория и практика в 2-х книгах | Безродных Т.В, Баджиев В.И. | М.: Перо, 2013 |
| 3 | Речевая компетентность в педагогической деятельности: уч. пособие | Иванчик И.П. | Ростов н/Д: Феникс, 2010 |
| 4 | Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе | под ред.  Н.А. Горбач,  М.А. Лисняк | Красноярск: СибЮИ ФСКН России, 2012 |
| 5 | Психология здоровья | Хаснулин В.И., Чухрова М.Г. | Новосибирск: Альфа Виста, 2010 |
| 6 | Педагогическая психология [Электронный ресурс]: учеб. пособие -  http://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res\_id=50221 | ред.  Л.А. Регуш,  А.В. Орлова | СПб.: Питер, 2016 |
| 7 | Педагогика и психология в медицинском образовании | Кудрявая Н.В.  Зорина К.В.  Смирнова Н.Б. | М.: Кнорус, 2016 |
| 8 | Психология и педагогика [Электронный ресурс] учебник - https://krasgmu.ru/index.php?page[common]=elib&cat=catalog&res\_id=61288 | Столяренко Л.Д  Столяренко В.Е. | М.: Юрайт, 2017 |

**Электронные ресурсы:**

1.ЭБС COLIBRIS

2.НБ ФИЦ КНЦ СО РАН

3.Научная электронная библиотека Е-LIBRARY

4.ЭМБ Консультант врача