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 практическому занятию № 1

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ПЕДАГОГИКА В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н. Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

1.Занятие №1
2.Тема: **Педагогика в высшем медицинском образовании**

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; - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Обучающийся должен:

знать: содержание структурных компонентов системы профессионального послевузовского медицинского образования; - функции, цели педагогической науки в медицинском образовании; - инновационные педагогические технологии; -методологические основы современного профессионального образования; - виды активных и интерактивных методов обучения; - задачи, функции, критерии эффективности воспитательной работы;

уметь: моделировать и конструировать образовательные процессы в образовательных и медицинских организациях; - разрабатывать традиционные и инновационные модели обучения; - осуществлять отбор средств, методов и форм организации учебного процесса, - реализовывать на практике принцип единства образовательной, воспитательной и развивающей функций обучения; -применять на практике методические приемы планирования, организации и проведения психологической диагностики личности и малой группы, анализировать полученные результаты и на их основе проводить коррекцию своей профессиональной деятельности;

владеть:навыками проектирования учебных программ для повышения квалификации среднего медицинского персонала;- использования методов и форм контроля качества образования и разработки контрольно – измерительных материалов; - проектирования учебно-воспитательного процесса с учетом психологических особенностей возраста.

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

4.1.Вопросы, выносимые на обсуждение:

1.Педагогика, как наука

2.Задачи и основные функции педагогики в медицинском образовании

3.Критерии педагогики

4.Взаимосвязь педагогики медицинской с другими науками

5.Методы педагогического исследования

Педагогика является научной основой организации процесса личности, медицинского работника. Основой профессионального становления, личностного развития врача в непрерывном процессе медицинского образования овладение культурой медицинской деятельности является педагогика. Педагогика в медицинском образовании стала самостоятельной отраслью в середине 70-х годов двадцатого века. Особый вклад в развитие отечественного медицинского образования внесли медики-педагоги Н.И. Пирогов, И.М. Сеченов, М.Я. Мудров, С.П. Боткин, И.П. Павлов, П.Б. Ганнушкин, С.С. Корсаков, А.Н. Бакулев и другие. Педагогика зависит от наук:

-педагогика: - философия, психология= это человек как личность;

-педагогика:- анатомия, медицина, физиология, биология, антропология = человек как индивид.

Функции педагогики в медицинском образовании:

- аналитическая: теоретическое изучение, описание, обобщение педагогического опыта;

- прогностическая: управление образовательной политикой, разработка стратегий обучения;

- проектно-конструктивная: создание новых педагогических технологий, внедрение результатов педагогических исследований в практическую деятельность.

Методы педагогического исследования: математические и статистические, теоретические, эмпирические.

4.2.Перечень контрольных вопросов:

1.Функции педагогики.

2.Определите место педагогики в системе современного человекознания.

3.Перечислить отрасли педагогики, которые появились в последние десятилетия.

4.Задачи педагогики

5.Самостоятельная работа: изучение литературы по теме занятия.

6.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	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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_i	Столяренко Л.Д. Столяренко В.Е.	М.: Юрайт, 2017

	d=61288		

Электронные ресурсы:
1.ЭБС COLIBRIS
2.НБ ФИЦ КНЦ СО РАН
3.Научная электронная библиотека E-LIBRARY
4.ЭМБ Консультант врача

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 практическому занятию № 2

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ТЕХНОЛОГИИ ВРАЧЕБНОЙ КОММУНИКАЦИИ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н. Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

1.Занятие №2
2.Тема: Технологии врачебной коммуникации и развитие коммуникативной компетенции врача

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; - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
Обучающийся должен:
знать: методические приемы планирования, организации и проведения психологической диагностики личности и малой группы; - личностные составляющие в структуре мотивации и поведения пациентов и членов их семей функции средств бучения; - классификацию средств обучения; - понятия образовательная среда и подход в педагогике; -структуру психолого-педагогической деятельности врача; -основы конфликтологии; - формы и методы организации и проведения просветительской деятельности среди коллег и пациентов;
уметь: анализировать современные педагогические концепции; - осуществлять отбор средств, методов и форм организации учебного процесса; - осуществлять выбор и использовать в педагогической деятельности адекватные формы и методы морально- этического и культурного и т.д.
владеть: навыками проектирования учебных программ для санитарно - просветительной работы;- отбора и применения методов, приемов и средств мотивации населения, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

4.План изучения темы: рассмотреть и обсудить основные понятия темы. Провести индивидуальный опрос.
4.1.Вопросы, выносимые на обсуждение

1. Коммуникативная компетентность врача.
2. Общие компетенции: общепсихологические, информационные.
3. Клиническое мышление врача.

4. Обязательные компетенции.

Коммуникативная компетентность врача — профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться или коммуникативная компетентность обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. В отдельных случаях, психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки. Общие компетенции включают в себя общепсихологическую (наличие систематизированных знаний о развитии и функционировании психики человека в состояниях здоровья и болезни, общении и др.), информационную (владение современными источниками информации). Кроме того, врач должен уметь клинически мыслить – воспринимать всю получаемую о больном информацию, критически осмысливать ее, сравнивать с имеющимися теоретическими сведениями о патологических процессах и закономерностях их развития, ставить диагноз и прогнозировать у каждого больного, определять конкретную программу действий на всех этапах ради достижения оптимального положительного результата. Обязательными компонентами компетентности любого вида следует считать:

1) положительную мотивацию к проявлению компетентности;

2) ценностно-смысловые представления (отношения) к содержанию и результату деятельности;

3) знания, лежащие в основе выбора способа осуществления соответствующей деятельности;

4) умение, опыт успешного осуществления необходимых действий на базе имеющихся знаний.

В медицине для осуществления профессиональной деятельности явно недостаточно умения осуществлять те или иные операции и действия.

Помимо квалификации в строгом смысле слова и адекватного социального поведения медику необходимо иметь и другие навыки и компетенции. Обучение врачей с позиций компетентностного подхода должно преследовать цель формирования трех профессиональных составляющих: 1) инструментальной, 2) общей и 3) ключевой - надпрофессиональной компетенций. Предметные, собственно профессиональные компетенции включают в себя владение собственно медицинскими знаниями, умениями и навыками. Знания и представления составляют информационную основу деятельности врача. По мере освоения нормативно заданной деятельности, знания и представления образуют компетентности, которые интегрируют также отдельные навыки и умения. Врачебные умения – это способность и готовность принимать четкое решение и осуществлять целенаправленные действия для спасения жизни или восстановления здоровья больного, и для предупреждения заболеваний. Общие компетенции включают в себя общепсихологическую (наличие систематизированных знаний о развитии и функционировании психики человека в состояниях здоровья и болезни, общении и др.), информационную (владение современными источниками информации). Кроме того, врач должен уметь клинически мыслить – воспринимать всю получаемую о больном информацию, критически осмысливать ее, сравнивать с имеющимися теоретическими сведениями о патологических процессах и закономерностях их развития, ставить диагноз и прогнозировать у каждого больного, определять конкретную программу действий на всех этапах ради достижения оптимального положительного результата. Ядро модели выпускника любого вуза составляют ключевые компетентности. С одной стороны, ключевые компетентности специалиста не являются профессионально обусловленными. Этими компетентностями должны обладать все современные специалисты, независимо от сферы их деятельности. С другой стороны, ключевые компетентности профессионально значимы и составляют основу, базу для профессиональных компетенций, позволяют им более полноценно реализовываться Они дают возможность выпускникам вуза быть востребованными на рынке труда, и при необходимости успешно реализовывать себя в других профессиях. К ключевым (над профессиональным) компетенциям относятся:

- познавательная – готовность и способность к профессиональному саморазвитию;

- эмоциональная – способность к саморегуляции, способность работать в «зоне психологического комфорта»;

- рефлексивная – умение и навык анализировать и корректировать собственные действия;

- личностная – здоровье, зрелость, целостность, готовность и способность к личностному саморазвитию;

- ценностная сфера;

- сформированная профессиональная идентичность и профессиональная позиция;

- коммуникативная компетентность.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (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, 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 психической жизни больного и соответствующее реагирование на его поведение. Не зависимо 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. В связи с этим профессионально значимым качеством врача является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) - терпимость, снисходительность. Наличие коммуникативной толерантности 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. Больной может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен

врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «врач-больной» возникают отношения дружбы, психологической близости, зависимости, любви. Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с больным, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли. Для формирования коммуникативной компетентности необходима такая психологическая характеристика личности, как стремление находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В конфликтных ситуациях, в случае обострения взаимоотношений, присутствие рядом эмоционально близких людей стабилизирует картину мира и самооценку, укрепляет позиции, позволяет более точно и адекватно реагировать на происходящие события. Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В связи с этим, важно наличие у врача такой характеристики, как тревожность, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревога — это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Эмоция тревоги, как правило, возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) - это обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и своевременно принимать необходимые меры. Больным

это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач-больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психически. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога врача «передается» больному, и дополнительно дезорганизует его Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть депрессивностъ. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия у больного. Наблюдая, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, больной начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления и, напротив, «заражает» своего больного тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проведенной терапии. Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач-больной» - глубокая интровертированностъ врача. Интроверсия — термин, введенный в психологию Юнгом. Она определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, по-своему, субъективно интерпретирующим окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы, Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях. У инторовертированнных людей низкий уровень эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. Эти качества

способны снизить коммуникативную компетентность врача, выступая в роли «коммуникативного барьера», препятствующего эффективному общению. Эмоциональной составляющей профессионализма врача является выработка навыка определения той степени эмоциональной «включенности» больного, которая необходима в каждом конкретном случае профессионального общения. Этот навык связан с эмпатией, с «дозированием» эмпатической вовлеченности в процесс межличностного взаимодействия с больным. 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. Возникает «синдром эмоционального сгорания» как специфическая профессиональная деформация лиц, работающих в тесном эмоциональном контакте с пациентами при оказании медицинской помощи. Когда отсутствует достаточная поддержка, врач начинает принимать от своих пациентов больше беспокойства, чем может «переварить», у него возникает ощущение перегруженности работой. Источником стресса могут быть не только больные, но и особенности работы и организации, в которых работает специалист. Эти стрессоры взаимодействуют с личностью врача и со стрессорами за пределами рабочей ситуации. Файнмен (1985 г.) предложил простую и полезную модель, иллюстрирующую взаимосвязи между стрессом и поддержкой. Некоторые виды стресса неизбежны и могут позитивно влиять на работника. Они могут побудить к действию, направленному на преодоление кризиса. Однако нередко в помогающих профессиях случаются моменты, когда стрессоры побуждают к действию, но врач не имеет возможности поддаться этому импульсу. Врач должен оставаться с болью пациента, справляться с фрустрацией из-за неспособности сохранить силы для встречи с теми потребностями пациента, которые есть и у него самого; или действовать в ситуации, в которой врач чувствует себя недостаточно подготовленным или эмоционально неадекватным. Стресс остается «непроработанным» и может проявиться в качестве симптома на физическом, умственном или эмоциональном уровне. Врачу следует знать о своих особенностях реакции на стресс, чтобы вовремя заметить растущее

внутри напряжение. «Синдром эмоционального сгорания» субъективно проявляется в чувстве психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия: врач уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, снижается самооценка, деятельность субъективно воспринимается как недостаточно успешная. Возможно, появление негативного отношения к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Взаимодействуя с больным, врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием (внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой), формирующиеся механизмы психологической защиты и копинг-поведение, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных, суицидальных тенденций. В высказываниях врача о больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие и даже враждебность. Этот своеобразный «кризис» врачебной деятельности может повторяться время от времени. В период подобного кризиса врач нуждается в отдыхе, перемене деятельности, психологической «разгрузке», участии в профессиональных тренингах или в психотерапевтической помощи. Формирование коммуникативной компетентности, должно стать неотъемлимой частью подготовки специалистов разных областей. Для врачей, коммуникативная компетентность – это не только необходимое профессиональное качество, но и единственно возможная форма индивидуальной психологической защиты. Следует обращать особое внимание на формирование у будущих врачей мотиваций к поиску профессионального пространства супервизорской помощи и потребности к постоянному профессиональному росту.

5.Контроль знаний по теме занятия: тестовый контроль

1..КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

А) способность применять знания для решения профессиональных задач

Б) совокупность знаний, умений и навыков

В) способность активно действовать

Г) желание использовать полученные знания

Д) активность личности

2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

А) интегральная характеристика личности

Б) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии

В) мастер своего дела

Г) профессиональное умение

Д) способность постоянно развиваться

3..ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

А) общекультурные, профессиональные

Б) индивидуально - личностные

В) социологические

Г) предметные

Д) дисциплинарные

4..ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

А) нормативно - правовой законодательный документ

Б) основа формирования профессионализма

В) совокупность компетенций

Г) регламентирующий проект

Д) процесс обновления системы образования.

5. КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ – ЭТО:

А) Последовательность выполнения (алгоритм) операций и система сведений (ориентиров), на которую надо опираться при выполнении действия
Б) Формулирование целей (результатов) обучения в виде компетенций и создание оптимальных условий (организации учебного процесса) для их формирования у выпускников
В) Сведения из определенной области научных знаний или практической деятельности человека, используемые в учебном процессе для достижения целей изучения дисциплины
Г) Имитация ситуаций, моделирующих любую деятельность путем игры по заданным правилам.

6.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	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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 E-LIBRARY
4.ЭМБ Консультант врача

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 практическому занятию № 3

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ВРАЧА: НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ЕГО ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, ТЕХНОЛОГИИ

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н. Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

1.Занятие №3
2.Тема: **Образовательный потенциал врача: непрерывное медицинское образование, его цели, задачи, технологии**

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; - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.
Изучить основные формы непрерывного медицинского образования, а так же методы и средства обучения в системе непрерывного медицинского образования.
Обучающийся должен:
знать: задачи, формы непрерывного медицинского образования; методы непрерывной подготовки;
уметь: использовать свою способность к действию и развитию ценностно-смыслового отношения к профессии и профессиональному становлению;
владеть: профессиональными коммуникативными компетенциями;- навыками контроля и оценки результатов обучения.

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

4.1.Вопросы, выносимые на обсуждение:

1.Цели и задачи непрерывного медицинского образования

2.Содержание непрерывного медицинского образования

3.Основные формы обучения

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 увеличивающиеся потоком научной информации. Как следствие, молодое поколение после окончания вуза и получения профессионального образования в 23 — 25 лет является носителем уже устаревших знаний. В последующие годы профессионалу предстоит занять свое место в обществе, сделать карьеру. Это требует от человека значительных усилий и, достигнув высокого общественного положений, он становится специалистом, не владеющим современными знаниями. Новое поколение оказывается еще быстрее вытесненным следующей генерацией молодых специалистов, владеющих более современными технологиями и подходами к решению научных и прикладных задач во всех сферах жизни общества. Таким образом, пока система и технологии образования будут отставать от темпов обновления знаний, продуктивная профессиональная жизнь поколения неизбежно будет сокращаться. Вместе с тем перед обществом с каждым годом возникает множество ранее неизвестных острых проблем, требующие для своего решения знаний, творческого подхода, способности к поиску. Все это указывает на особое значение человеческих ресурсов и системы непрерывного образования в течение всей жизни как ведущего фактора общественного развития. Непрерывное «образование совмещается с основным видом деятельности профессионала в сфере науки, производства, обслуживания. Главная 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. 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. В *задачи* системы непрерывного медицинского образования входит:

- развитие профессиональной коммуникативной 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, которые разрабатываются на основе государственных требований к минимуму содержания и уровню подготовки специалистов для получения дополнительной квалификации. Этими программами предусмотрено:

- 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. Оно отражает общечеловеческие идеи и ценности врачевания, духовно-нравственные ориентации, концептуальные знания об универсальных способах постижения клинического мышления, гуманистических технологиях профессиональной деятельности, в основе которой реализуется позиция помощи. 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. Включение запросов и проблем, которые постоянно ставит перед врачом сама жизнь, расширяет и обогащает медицинское образование привнесением в него личных и профессиональных достижений

обучающихся, что в свою очередь приводит к возможности учета их интересов и потребностей при проектировании всего учебного процесса.

Основные формы обучения Система непрерывного медицинского образования предусматривает две основные формы, выделение которых обусловлено разными задачами — последипломное образование и образование дополнительное.

Последипломное образование ориентировано на обучение на рабочем месте, подготовку специалиста для конкретного учреждения, предприятия, организации. Оно осуществляется в виде:

а) адаптационного образования (ординатура) — приобретение опыта выполнения нормативной профессиональной деятельности в условиях конкретного медицинского учреждения, ознакомление с режимом и условиями труда;

б) повышение квалификации (краткосрочное обучение один раз в 5 лет) — освоение профессионально-образовательных программ, в которые включены сведения о новых способах решения профессиональных задач, обновлении техники и технологии; создает условия для профессионального роста и обеспечивает повышение конкурентоспособности специалиста на рынке труда.

Профессиональная переподготовка врачей — это совершенствование медицинскими работниками своего профессионального уровня путем обновления имеющихся и получения новых знаний в образовательных и научных организациях. В процессе освоения программы переподготовки врачи:

- овладевают современными методами решения профессиональных задач;
- изучают передовой опыт;
- приобретают навыки для работы на более высоких должностях;
- получают новые знания и умения по отдельным дисциплинам для выполнения нового для себя вида медицинской деятельности.

Профессиональную переподготовку важно отличать от второго высшего образования, хотя, на первый взгляд, они очень схожи, ведь фактически преследуют одну цель — получить новую специальность. В отличие от второго высшего, профессиональную переподготовку можно пройти не только в высших учебных заведениях, но и в других образовательных учреждениях. Обучение по программе профессиональной переподготовки завершается получением диплома о такой подготовке, в то время как, второго высшего — дипломом бакалавра или магистра.

Таким образом, профессиональная переподготовка — это одна из 3 форм дополнительного профессионального образования, наряду со стажировкой и повышением квалификации.

б) повышения квалификации (периодическое курсовое обучение);

в) стажировки;

г) самообразования.

Последипломное медицинское образование обязательно для всех дипломированных выпускников медицинских вузов.

Ординатура является частью многоуровневой системы высшего медицинского образования, непрерывного профессионального образования врачей в высших учебных заведениях, научно-исследовательских учреждениях, институтах усовершенствования врачей. Цель данной формы образования — подготовка или переподготовка специалистов отрасли, а также повышение их квалификации по конкретной врачебной специальности. Обучение в ординатуре осуществляется с отрывом от должностной занятости на основном месте работы. Его продолжительность не менее двух лет. Зачисление в ординатуру происходит по результатам экзамена и собеседования на основании конкурса. По окончании ординатуры и сдачи квалификационного экзамена выдается соответствующее удостоверение и сертификат врача-специалиста. Необходимость дополнительного профессионального образования как переподготовки специалистов-медиков обусловлена требованиями времени: появлением страховой, семейной медицины, совершенствованием сферы медицинских услуг, развитием новых областей практики на границе разных специальностей в сфере здравоохранения. Нередко в качестве второго высшего образования врачи получают экономическое, юридическое, педагогическое, психологическое образование, подготовку в области информационных технологий и менеджмента.

Задача системы повышения квалификации состоит в обеспечении соответствия между постоянно меняющимися социальными требованиями к личности, профессиональной компетентности и готовностью специалистов к выполнению этих требований на высоком профессиональном и должностном уровне (соответствие функциональных обязанностей и прав, границ ответственности реализуемых должностных функций). В системе повышения квалификации выделяются следующие формы:

- краткосрочное (с 18 ч) тематическое обучение по конкретным проблемам;
- тематические и проблемные семинары (от 72 до 100 ч) по актуальным проблемам профессиональной деятельности;

- длительное (курсовое — 144 ч) обучение руководителей на основе программы их профессионально-личностных достижений (разработка моделей и анализ результатов реализации в практической деятельности новых способов решения профессиональных и должностных проблем).

Краткосрочные и длительные программы повышения квалификации, как правило, взаимосвязаны, что позволяет специалисту осваивать и совершенствовать способы и технологии непрерывного образования. Формами дополнительного профессионального образования также являются стажировка и самообразование.

Стажировка это программа мероприятий, которая направлена на приобретение опыта работы или повышения квалификации по специальности. Стажировка предполагает обучение работника в процессе трудовой деятельности и является одной из форм повышения квалификации.
Выделяют следующие методы стажировки:
1.Копирование обучающийся прикрепляется к специалисту, учится, копируя действия этого человека.
2) Наставничество -занятие с обучающимся в ходе ежедневной работы.
Делегирование– передача четко очерченной области задач с полномочиями принятия решения по оговоренному кругу вопросов, при этом обучение происходит в ходе выполнения работы, например, выполнение наложения хирургических швов.
4) Ученичество и наставничество (коучинг) являются традиционными методами профессионального обучения. Этот метод широко распространен и сегодня, особенно там, где практический опыт играет исключительную роль в подготовке специалистов здравоохранения.
5)Демонстрация и практика под руководством -обучающий показывает стажеру, как делать, затем обучающий дает возможность сделать это самому стажеру , но под его руководством;
6) Обучение действием- обучение в ходе выполнения действий, например, участие вместе с другими в разработке проекта или группового задания, или работа «во втором составе» другого подразделения.
7) Метод усложняющихся заданий -специальная программа рабочих действий, выстроенная по степени их важности, расширения объема задания и повышения их сложности. Заключительная ступень - самостоятельное выполнение задания.

Самообразование реализуется по индивидуальной образовательной программе и предполагает самостоятельное проектирование специалистом образовательного пространства, выстраивание индивидуальной учебной траектории, управление собственной образовательной деятельностью. «Образовательное пространство определяется как "место" в социуме, где задаются связи и отношения и осуществляются деятельности различных систем (государственных, общественных) по развитию индивида и его

социализации». Образовательная инфраструктура служит основой для формирования взаимодействия между сферой образования и другими социальными сферами, содействует созданию возможностей и условий, которые необходимы специалисту для профессионального становления. Индивидуальная образовательная траектория отражает последовательность освоения предусмотренной программы обучения, которая не задается нормативно, а самостоятельно определяется обучающимся на основе собственных целей. Одним из наиболее распространенных видов самообразования является экстернат.

5. Контроль знаний по теме занятия: контрольные вопросы

1. Какие этапы непрерывного образования вы можете запланировать для себя уже в ходе обучения в ординатуре? Назовите шаги, которые можно было бы предпринять по реализации этого плана (выбрать научный кружок и стать членом СНО, пройти практику в клинике интересующего профиля и др.).

2. Какие программы дополнительного образования интересуют вас с точки зрения конкурентоспособности на рынке труда, а какие — с позиции личностного развития?

3. Перечислите формы и методы обучения и контроля его результатов в системе непрерывного образования, которые вам уже известны.

4. Возможно ли, на ваш взгляд, сочетать обучение в медицинском вузе с самообразованием в другой, далекой от медицины, области?

5. Какие «вызовы» времени или запросы работодателей могли бы заставить вас отказаться от выбранной специальности и начать все «с чистого листа»?

6.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	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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 E-LIBRARY
4.ЭМБ Консультант врача

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 практическому занятию № 4

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И РАБОТА ВРАЧА

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н. Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

1.Занятие №4
2.Тема: **Профилактическая медицина и работа врача**

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; - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Изучить понятия «образа жизни» и «здоровый образ жизни». Формы, методы и средства просветительской работы врача.

Обучающийся должен

знать: систему основных культур здорового образа жизни; просветительскую работу и её цели и задачи; планирование учебно-просветительских занятий;

уметь: использовать в своей работе основные принципы правил здорового образа жизни; довести до пациента в процессе общения значимость ценности здоровья;

владеть: навыками профилактической работы среди населения

4.План изучения темы: рассмотреть и обсудить основные понятия темы. Контроль знаний.

4.1. Вопросы, выносимые на обсуждение

1.Здоровый образ жизни понятие

2. Формирование образа жизни

3. Принципы формирования здорового образа жизни

4. Элементы здорового образа жизни

5. Правила здорового образа жизни

Здоровый образ жизни (ЗОЖ)— образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Представители философско-социологического направления рассматривают здоровый образ жизни как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом, хотя само понятие «здорового образа жизни» однозначно пока ещё не определено. По оценкам специалистов, здоровье людей зависит на 50—55 % именно от образа жизни, на 20 % — от окружающей среды, на 18—20 % — от генетической предрасположенности, и лишь на 8—10 % — от здравоохранения. В психолого-педагогическом направлении здоровый образ жизни рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Имеются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако резкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы — укрепление здоровья индивидуума. Занятия физкультурой — одна из основных составляющих здорового образа жизни. Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности. Здоровый образ жизни предстает как специфическая форма целесообразной активности человека— деятельность, направленная на сохранение, укрепление и улучшение его здоровья. Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характеров, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья. В современном обществе всё больше и больше возрастает тенденция вести здоровый образ жизни.

Формирование здорового образа жизни. Формирование образа жизни, способствующего укреплению здоровья человека, осуществляется на трёх уровнях:

1. Социальный: пропаганда, информационно-просветительская работа;

2. Инфраструктурный: конкретные условия в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), профилактические учреждения, экологический контроль;

3. Личностный: система ценностных ориентиров человека, стандартизация бытового уклада.

Принципы формирования здорового образа жизни. Любой образ жизни основан на определенных принципах. Это принятые к реализации правила поведения для каждого человека, основой которых являются биологические и социальные принципы.

Биологический принцип предполагает, что образ жизни должен соответствовать возрастным показателям и быть энергетически обеспеченным, укрепляющим организм, умеренным в плане нагрузок и ограничений, а также ритмичным.

Социальный образ жизни предполагает соблюдение высокой нравственности, эстетическое воспитание, проявление воли, способности к самоограничению.

Совокупность этих двух аспектов создает единство биологического и социального развития организма и его взаимодействие со средой обитания.

Исходя из этого, можно выделить основные жизненно важные поведенческие формы.

1. Формирование положительных психологических эмоций во всех сферах жизнедеятельности (работа, быт, семейные отношения, реализация в общественной и культурной жизни) и формирование оптимистических взглядов.

2. Организация трудовой деятельности с максимальной эффективностью, что дает возможность реализации и отражает сущность каждого человека.

3.Двигательная активность.

4. Ритмичный образ жизни предполагает соответствие биологическим ритмам как в плане суточных биоритмов, так в плане возрастных потребностей.

5. Сексуальная активность.

6. Здоровое старение — это естественный процесс, который при правильной организации протекает с минимальными негативными последствиями.

7. Отказ от вредных привычек, что способствует поддержанию высоких показателей здоровья.

Элементы здорового образа жизни

На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние. Поэтому некоторые авторы также выделяют дополнительно следующие аспекты здорового образа жизни :

-эмоциональное самочувствие: психогигиена, умение справляться с собственными эмоциями, проблемами;

-интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах. Позитивное мышление.

-духовное самочувствие: способность устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели, стремиться к ним и достигать их. Оптимизм.

Некоторые исследователи выделяют также «социальное самочувствие» — способность взаимодействовать с другими людьми.

Основная работа по формированию ЗОЖ ложится на плечи здравоохранения, однако без государственной поддержки — как в правовом плане, так и в финансовом — такая программа реализуется крайне медленно.

В этом направлении со стороны здравоохранения должны быть выполнены действия по предоставлению населению консультативной помощи в медицинских учреждениях. Важную роль имеет подключение к процессу формирования здорового образа жизни средств массовой информации, которые должны активнее вести пропаганду среди населения о негативном отношении к лицам, ведущим нездоровый образ жизни и, наоборот, поощрения и стимулирования занятий физкультурой и спортом, положительного отношения и культивации физически красивого и здорового тела, а также побуждение к отказу от вредных привычек. В плане последнего, также следует отметить ограничительные меры, вводимые государством.

Правила здорового образа жизни -человек стремится к формированию здорового образа жизни, но далеко не каждый достигает этой цели. Все дело, скорее всего, в том, что люди просто не знают с чего начать ведение ЗОЖ, либо никак не могут заставить себя менять что-то в своей жизни. Начинать нужно с главных правил ведения ЗОЖ и следовать им постоянно.

Главные правила по ведению здорового образа жизни

1. Активное движение.

Тело человека так устроено, что оно просто не может постоянно находиться в одном месте и в одном положении. Например, сидя целый день перед компьютером на работе, вы на самом деле подвергаете организм сильному стрессу. Каждое утро делайте зарядку минимум 30 минут. Желательно посещать тренажерный зал, что позволит полностью и грамотно проработать каждую мышечную группу.

2. Отказ от вредных привычек. Алкоголь и табак разрушают наш организм, это как бомба замедленного действия. Даже в небольших дозах эти вещества оказывают пагубное действие на организм, которое проявится если не сейчас, то в следующих поколениях, постепенно разрушая ДНК.

3. Правильное питание. Питание должно быть сбалансированным. Пропорции БЖУ в рационе питания должны быть следующими: белки 20-30%, жиры 10-20%, углеводы 50-60%. Энергетическая ценность продуктов должна соответствовать энергетическим затратам организма. Употреблять достаточное количество фруктов и овощей, чтобы организм получал достаточное количество витаминов.

Ограничение потребления соли и сахара.

Употреблять достаточное количество воды, рекомендуется не менее 2.5 литров в день. Соблюдать режим питания. Режим-это регулярность чередования приемов пищи. Правильнее кушать понемногу, но 5-6 раз в сутки.

4. Крепкий и здоровый сон укрепляет иммунитет и способствует долголетию. Спите не менее 8 часов.

5. Стресс создает сильную нагрузку на вашу нервную систему. Истощенная ЦНС приводит к ослаблению иммунитета и защитных сил организма. Поэтому оставайтесь всегда на позитивных эмоциях и чаще улыбайтесь!

6. Закаливание помогает организму лучше справляться с простудными заболеваниями, т.к. тренирует защитные силы организма.

7. Соблюдение личной гигиены защитит вас от разных бактерий и микробов, которые скапливаются на коже, руках, волосах, под ногтями и во рту.

4.2. Вопросы для собеседования

1. Назовите факторы возможного влияния на формирование отношения человека к своему здоровью.

2. Как врач может воздействовать на отношение своих пациентов к собственному здоровью?

3.Сформулируйте задачи просветительской работы врача.

4.Назовите основные методы и средства, используемые в этой работе.

5.Самостоятельная работа: изучение литературы по теме занятия

6.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	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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 E-LIBRARY

4.ЭМБ Консультант врача

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 практическому занятию № 5

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ВРАЧА

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н. Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

1.Занятие №5
2.Тема: **Просветительская работа врача**

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; - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Обучающийся должен:
знать: методические приемы планирования, организации и проведения психологической диагностики личности и малой группы; - личностные составляющие в структуре мотивации и поведения пациентов и членов их семей функции средств бучения; - классификацию средств обучения; - понятия образовательная среда и подход в педагогике; -структуру психолого-педагогической деятельности врача; - основы конфликтологии; - формы и методы организации и проведения просветительской деятельности;
уметь: анализировать современные педагогические концепции; - осуществлять отбор средств, методов и форм организации учебного процесса;- осуществлять выбор и использовать в педагогической деятельности адекватные формы и методы морально- этического и культурного;- повышать уровень коммуникативности, культурной компетентности, педагогического мастерства;
владеть: навыками проектирования учебных программ для просветительной работы;- отбора и применения методов, приемов и средств мотивации населения, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

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

Цели и задачи просветительской работы. Традиционно особое место педагогическим знаниям отводится в области просвещения. «В настоящее время охрана и укрепление здоровья населения занимает приоритетное место в государственной политике стран с социально ориентированной рыночной

экономикой. Во всех экономических системах функция охраны и укрепления здоровья населения традиционно возлагается на здравоохранение». Российское законодательство предусматривает ряд профилактических мер в области охраны здоровья граждан. Несомненно, что частью проводимых работ является и медико-просветительская деятельность. «Для изменения отношения и стратегии поведения людей в сфере здоровья проводят мероприятия как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Врачи работают персонально с каждым пациентом, а целью общественного здравоохранения становится работа с отдельными социально-экономическими группами населения. Личностно ориентированная работа необходима, так как значительная часть населения рождается здоровой и становится больной в результате неправильного поведения и негативного влияния окружающей среды». Таким образом, медико-просветительская деятельность представлена на двух разных уровнях. Уровень, соответствующий целям общественного здравоохранения, требует участия врачей в коммуникационных программах, направленных на продвижение идеи здоровья. Здесь они могут выступать как разработчики, эксперты и методисты. Уровень персонального общения с пациентом предполагает, что врач владеет тактикой проведения тематических бесед. Причем слушателями могут быть не только пациенты или люди, подвергшиеся недугу, но и группы риска, родственники пациентов и просто отдельные группы населения, в отношении которых необходима медико-просветительская работа. Для того чтобы у будущего врача сложилось более конкретное представление о том, каким образом он может участвовать в подобных общественных мероприятиях, мы предлагаем читателям ознакомиться с принципами построения коммуникационных программ, с требованиями, предъявляемыми к их ведущим, и с правилами сценирования отдельных занятий. В приложении 2 мы в качестве примера рассматриваем несколько сценариев таких занятий по различной тематике, подготовленных к реализации для разных адресатов. Но сначала необходимо получить общее представление о методах и средствах просветительской работы врача и ее специфике.

Методы и средства просветительской работы врача. Под методами просветительской деятельности понимаются основные способы проведения мероприятий, направленных на установление осознанного и действенного отношения пациентов или потенциальных пациентов к своему образу жизни, здоровью и взаимодействию с врачом и медицинскими службами. Различаются устные, наглядные и комбинированные методы просветительской работы, каждый из которых включает определенный набор средств и приемов медико-педагогической деятельности. В рамках ***устного метода*** наиболее часто медицинскими работниками используются лекции. *Лекция* — наиболее экономное средство работы. За небольшой период времени (45 — 60 мин) оказывается возможным осветить значительный по объему материал. Эпизодические (разовые) публичные лекции бывают посвящены какой-либо одной теме. Их можно проводить в самых различных

аудиториях, однако они не подходят для просветительской работы среди детей. Цикловые лекции объединяют последовательный ряд взаимосвязанных тем. Обычно они предполагают постоянный состав аудитории. Но лекциям присущи качества, ограничивающие их применение. В первую очередь лекция — это монолог, в котором говорит и действует только один человек — лектор. Слушатели остаются относительно пассивными, не имея возможности участвовать в проработке темы, проявлять активность, вставлять возникающие у них замечания, переспрашивать лектора. Если же изложение темы не очень последовательно, невыразительно, то внимание слушателей и их восприятие будут снижены. Устранить или смягчить эти недостатки — дело самого лектора. И хотя составление лекции и ее чтение — процесс творческий (о том, как подготовить выступление или доклад, сказано в разделах 2-4), дадим самые общие рекомендации по ведению просветительской лекции. Составляя план лекции, важно учитывать необходимость осознанного выделения в ней трех главных частей любого устного выступления — введения, основной части и заключения. Нужно предусмотреть время на вопросы и связанные с ними разъяснения. Любая лекция должна начинаться с введения. Есть два способа начать лекцию. Более простой: лектор называет тему, объясняет ее значение, чтобы слушатели сразу настроились на практическую значимость знаний и советов по данному вопросу. Но интереснее начать с какой-либо «завязки», например рассказа о том или другом факте, эпизоде, иллюстрирующем главную проблему, которой посвящена лекция. Это должен быть эмоциональный («задевающий за живое»), красочный, может быть необычный факт из медицинской практики, почерпнутый из опыта самого лектора или известный ему из книг, газет и других средств информации. Такой прием сразу привлекает внимание слушателей, создает о проблеме и самом лекторе более эмоциональное и яркое впечатление, что важно для ее общего восприятия и осмысления. Изложение основного содержания проблемы, как правило, состоит из нескольких частей. Первая обычно отводится на постановку проблемы: в ней подчеркивается и обосновывается необходимость внимания к тем или иным медицинским знаниям. Так, в лекции на противоэпидемиологическую тему эта часть может состоять из рассказа об ущербе, который наносит болезнь самому заболевшему, о беспокойстве его близких, о физиологических и социальных последствиях течения заболевания и его осложнениях. Однако подробное описание клинического течения болезни в лекции недопустимо из соображений предупреждения самодиагностики, к которому нередко очень склонны пациенты. Целесообразно информировать слушателей лишь о первых субъективных признаках начинающейся болезни, способствуя тем самым своевременному обращению за медицинской помощью. Необходимо настойчиво разъяснять слушателям, что ставить диагноз, назначать лечение — дело врача. Кроме того, следует крайне осторожно приводить устрашающие и запугивающие примеры. Иногда они могут оказаться нужными, скажем, в случаях рассказа о борьбе с алкоголизмом, наркоманией,

травматизмом и тому подобным; однако в противораковой пропаганде, в тематике по профилактике, например, болезней сердца и сосудов запугивание во многих случаях может стать причиной психических травм, страхов и стрессовых состояний. В следующей части надо подробно рассказать об этиологии рассматриваемой болезни и подвести слушателей к внимательному восприятию материала о путях ее распространения в реальной жизни. Отбирая материал для этого, важно заранее продумать, насколько глубокими могут быть познания слушателей данной аудитории в области медицины, для того чтобы они были в состоянии самостоятельно сделать выводы или воспринять последующую информацию о профилактических мерах. Сориентироваться в этом помогут сведения об их социальном статусе, культурном и образовательном уровне, потребностях и интересах. Рассказывать о путях распространения болезни целесообразно системно и схематично — так, чтобы у слушателей была возможность осмыслить или самостоятельно сделать выводы и усвоить, запомнить главные обобщения. Затем необходимо осветить практические меры борьбы с болезнью и возможности ее предотвращения. Как уже отмечалось выше, рассказ о лечебных мероприятиях следует строить коротко и очень продуманно, чтобы не толкнуть слушателей на путь самолечения. Информацию о мерах профилактики можно сопроводить сведениями о достижениях в этой области, сделанных не только медицинскими работниками, но и отдельными группами населения, государственными органами и др. Завершить изложение надо конкретными советами о приемах и способах личной профилактики, апеллируя тем самым к личной ответственности слушающих за свое здоровье. Понятно, что в соответствии с указанными рекомендациями, тема, выбранная для разных аудиторий, может быть одной, но содержание лекции должно быть различным. Так, сообщение о профилактике кишечных инфекций, адресованное сельским жителям, будет содержать примеры и факты из местной жизни; советы должны даваться с учетом реальностей обустройства в при-1усадебном хозяйстве. Иное дело — лекция на производстве, например для персонала учреждения общественного питания (кафе, ресторана). Научные обоснования гигиенических требований к производственным процессам здесь должны сопровождаться анализом возможных нарушений. Необходимо также затронуть вопрос о прививках, отметить важность медицинских осмотров и т. п. Заключение лекции, как правило, содержит сжатое повторение главного, о чем говорилось в лекции. При освещении медицинских рекомендаций следует подчеркнуть уверенность в том, что их соблюдение приведет к необходимым результатам. Обычно после заключения выступающие просят задавать вопросы, ответы на которые должны быть лаконичными, точными, по существу. Если лектор почему-либо не может ответить сразу, то он должен указать, где в будущем найдет для этого время.

Беседа как средство устного метода просветительской работы при общении врача с аудиторией дает более качественные результаты, однако при этом

является трудоемким делом. После завершенного, но не затянутого вступления ведущий задает слушателям вопросы в заранее подготовленном порядке с расчетом обратиться к каждому или к большинству. Число участников беседы не должно превышать 20 — 25 человек. Такие вопросы предусматривают выявление уже имеющихся у присутствующих представлений, опыта или знаний по рассматриваемой проблеме. Затем ведущий предлагает им свое видение затронутых тем, комментирует услышанное, делает выводы и только после этого переходит к следующей группе вопросов. Достоинством беседы является активность всех участников — и ведущего, и слушателей. Это коренным образом отличает ее от лекции. Каждый участник может ожидать, что именно ему зададут вопросы, и мысленно готовиться к ответу; он и сам может задать вопрос и таким образом участвует в проработке материала, а не просто присутствует, не делая интеллектуальных усилий. Слабая сторона беседы состоит в том, что много времени уходит на прямые и наводящие вопросы, на ожидание и уточнение ответов и тому подобное, а потому проработать объемную тему за один-два часа невозможно. В случае необходимости можно разделить большую тему на подтемы и устроить цикл посвященных ей бесед. Такие тематические курсы в работе поликлинических и лечебно-профилактических медицинских учреждений часто называют «школами здоровья» или тематическими школами для отдельных групп пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (язвенной болезнью, сахарным диабетом и т. п.). Интересно и оживленно проходят встречи со специалистом-медиком, проводимые в форме вопросов и ответов. Это та же беседа, но вопросы здесь задает аудитория, а отвечает ведущий. Такие встречи, если проводить их методически верно, требуют соблюдения двух предваряющих условий: объявления общей темы и сбора вопросов заранее. Недели за две до назначенного срока необходимо вывесить объявления о предстоящей встрече в местах скопления предполагаемых участников, на которых ориентировано проведение беседы. Рядом с объявлением должны находиться ящики или коробки, в которых желающие могут опустить записки с вопросами. До начала беседы вопросы анализируются и исключаются те из них, которые не соответствуют теме; их можно просто отложить или они могут быть переформулированы таким образом, чтобы приблизить их к рассматриваемому вопросу. Затем составляется план ответов в таком порядке, как если бы была прочитана лекция по данной тематике. Естественно, что при ориентации только на вопросы слушателей в освещении какой-либо важной проблемы могут возникнуть пробелы, и тогда специалист должен восполнить их, вводя информацию по типу: «Можно было бы задать и такой вопрос...». Индивидуальные беседы с пациентами могут быть спланированы заранее и так же хорошо подготовлены, как и групповые, но могут быть и стихийными. Чаще всего они возникают при амбулаторном приеме больного, при патронаже или в процессе общения в стационаре. Для проведения развернутой беседы, неспешного разговора врачу важно опираться на основные положения о гигиене, правилах

здорового образа жизни, хорошо представлять методы закаливания, оздоровления. Однако наибольшего внимания требует создание мотивации на активное отношение человека к своему здоровью, продуктивное взаимодействие с медиками. Беседы, возникающие ситуативно, преследуют иную цель — сообщить суть дела, договориться о совместных действиях, дать компактные рекомендации и советы. Участие в такой беседе требует от врача всей широты профессиональной подготовки, внимания, мобилизации знаний, умения четко формулировать необходимую информацию. Для всех форм устного метода просветительской работы важен вдумчивый подход к употреблению отдельных медицинских выражений и терминов. По возможности все же лучше их избегать. Но если такое употребление неизбежно (названия препаратов, классификация заболеваний и пр.), то при этом надо давать пояснение, заботиться о их понимании собеседником или аудиторией. Об этом следует помнить не только в процессе подготовки лекции или беседы, но и во время выступления или общения: не забывать наблюдать и чувствовать то, как реагируют слушатели на ваши высказывания. Никогда не поздно восстановить взаимодействие, вернуться к недопонятому месту, сделать пояснение.

Изобразительный (или наглядный) метод профилактической работы предполагает использование графических, живописных и прочих средств с целью воздействия на формирование у пациентов или просто людей, живущих в вашем регионе, адекватного отношения к личному и общественному здоровью. Окружающая человека видимая живая и неживая природа, предметы, вещи, а также их отображения воздействуют на органы зрения. Зрительный образ помогает получить представление о предмете одномоментно и в целом. Именно поэтому наглядные методы играют большую роль. Так, например, чрезвычайно трудно при посредстве лишь рассказа (печатного или живого слова) дать точное представление об устройстве среднего и внутреннего уха, не прибегая к соответствующему рисунку или модели. При реализации изобразительного метода профилактической работы врачи используют также натуральные объекты. Сюда относятся образцы различных изделий здравоохранительной индустрии, анатомические препараты, разные приборы, механизмы и аппараты. Изобразительные средства могут быть как объемные, так и плоскостные. К объемным средствам относятся:

муляжи — точные копии натуры по форме, размерам и окраске;

макеты — значительно уменьшенные копии натуры;

модели — изображения натурального объекта, сохраняющие их основные черты и принципиальное строение, но допускающие погрешность в передаче второстепенных деталей;

фантомы — изображения натурального объекта, допускающие возможность демонстрации ее в движении, изменении, преобразовании отдельных составляющих.

К плоскостным изобразительным средствам в первую очередь нужно отнести продукцию печатной пропаганды. Сегодня в медицине наиболее часто используются плакаты, брошюры, буклеты, памятки.

Плакаты предполагают привлечение внимания к теме, проблеме или единичному вопросу, связанному со здоровьем человека, и должны хорошо восприниматься даже на расстоянии. Как правило, основная площадь занята рисунком, к которому добавляется лишь незначительная текстовая информация. Плакаты обычно размещаются в местах большого скопления людей — в вестибюлях и регистрационных помещениях поликлиник и других учреждений здравоохранения. В качестве социальной рекламы плакаты можно встретить в транспорте, на производственных предприятиях, в медицинских пунктах образовательных учреждений и т.п.

Брошюры представляют собой малоформатные текстовые издания, в популярной форме освещающие различные вопросы охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Они могут быть ориентированы на самые различные группы читателей. Некоторые из них не только носят просветительский характер, но и сообщают новые факты и сведения, адресованные профессиональному медицинскому сообществу. При использовании брошюр в работе с пациентами, а тем более с потенциальными пациентами, врачу необходимо заранее самым тщательным образом проанализировать их содержание.

Буклеты (листовки) — печатные издания, в которых текст и иллюстрации располагаются на одном листе, сложенном по вертикальным или горизонтальным сгибам; читать их можно не разрывая, раскрыв как ширму. Служат для пропаганды частных вопросов охраны и укрепления здоровья среди широких масс населения. Распространение буклетов возможно в самых различных местах и часто бывает бесконтрольным.

Памятки — обычно это малообъемные печатные средства, содержащие рекомендации по узкому вопросу для отдельных групп здоровых людей или пациентов. Содержащееся в них сообщение имеет ограниченное действие, цель которого — дать читателю конкретную информацию. Их распространение лучше всего осуществлять во время беседы или лекции медицинского работника.

Перечисленные средства легко комбинируются с другой информацией. Продуктивность их значительно повышается за счет подробного сопроводительного пояснения, сделанного специалистом. Примером осуществления развернутого комбинированного метода является проведение

выставок, посвященных вопросам охраны и укрепления здоровья. Это интересное и действенное средство массовой пропаганды, особенно если организовано в стационаре. Но в работе рядовых медицинских учреждений более привычны самодельные, небольшие и однотемные выставки, составленные из плакатов, фотографий, схем и лозунгов. Основное условие эффективности такой выставки — соблюдение определенных требований к отбору материалов: стенд или витрина, предназначенные для такой выставки, не должны быть перегружены ни текстом, ни рисунками. Важно выбрать наиболее доходчивые визуальные средства, несущие информацию какой-либо одной тематики. Размещая выставку, необходимо позаботиться о хорошем ее освещении.

Выставки, открытые для широкого доступа, удачно сочетаются с другими средствами профилактической работы, в которой участвуют и сами медицинские работники: лекциями, консультациями, продажей и раздачей литературы, изделий здравоохранительной индустрии. Комбинация разных средств и методов, одновременное или последовательное их использование делают проводимое мероприятие более интересным и впечатляющим. Существуют определенные методические правила применения наглядных пособий. Коротко перечислим их.

1. Готовясь к устному выступлению, необходимо применительно к различным его частям подобрать наглядные пособия. Порядок их показа должен быть заранее продуман и размечен в плане-конспекте.
2. Важно не забывать, что в любом устном выступлении главное — живое слово, речь. Наглядные материалы лишь помогают лучше усвоить содержание, поэтому нельзя подменять вашу встречу со слушателями разглядыванием этих материалов.
3. Пользуясь средствами визуализации в небольших аудиториях, рекомендуется рассаживать слушателей так, чтобы всем все было видно (обычно полукругом).
4. В больших аудиториях лучше пользоваться техническими средствам и проецировать изображения на экран. В этом случае лектору целесообразно иметь ассистента.
5. Демонстрируя наглядное средство и обратив на него внимание аудитории, нужно дать соответствующие комментарии.

Роль просветительских программ. В сфере здравоохранения за рубежом, а теперь и в нашей стране медико-просветительская работа с населением нередко представлена в форме так называемых *коммуникационных программ.* Речь идет о государственных и даже межгосударственных программах и кампаниях по передаче идеи здоровья и здорового образа жизни. Основной единицей такой передачи является коммуникационное сообщение по соответствующей тематике. На этапе реализации оно может иметь форму презентации, доклада, рекламного ролика или открытого мероприятия на

тему здоровья, адресованного широкой общественности. Осуществляются самые разнообразные модели коммуникационных программ. Их выбор определяется характером проблемы, спецификой и охватом целевых аудиторий, запланированной информацией, используемыми каналами ретрансляции, сроками их действия. Сегодня, в условиях отсутствия реалистичного и позитивного отношения многих людей к своему здоровью, при постоянных изменениях, происходящих в практике медицинских услуг, и, как следствие — недостаточной информированности населения о возможностях получения медицинской помощи, о возникновении и распространенности новых заболеваний, появление и воздействие коммуникационных программ насущно необходимы. Особое значение приобретают такие стратегии, которые могли бы предложить людям самые необходимые сведения, формировали бы позитивные настроения в общественном мнении, создавали базу для понимания многих актуальных проблем, которые в настоящий момент крайне беспокоят медиков. Так, распространение СПИДа выдвинуло ряд задач, которые предполагают мониторинг представлений людей, оценку информированности в отношении угрозы этого заболевания и коммуникационные кампании, целью которых становится донесение знаний об опасности ВИЧ-инфекции для любого человека. Коммуникационная программа должна быть тщательно подготовлена, как и любое другое практическое действие, связанное с влиянием на человека. Для этого нередко используются технологии рекламных сообщений и результаты маркетинговых исследований. При разработке коммуникационного сообщения важно учитывать все составляющие его элементы и факторы, а именно — отправителя сообщения, его получателя, само содержание и средства его передачи. Коммуникация оказывается наиболее эффективной, когда в ней поставлены четкие задачи и точно определена целевая аудитория. Реализация программы включает разработку материалов, выбор соответствующих каналов коммуникации, формы проведения мероприятия для более полного доведения информации до целевых аудиторий. Составление сообщения ведется по двум направлениям: подготовка содержания сообщения и разработка формы его представления. Адекватность коммуникации предполагает максимальный учет ее автором интересов слушателей, восприятия информации аудиторией. Для этого важно продумать, расставить смысловые акценты, представить информацию в привлекательном виде с ориентацией на уровень восприятия данной аудитории. Яркий плакат, не содержащий никакой информации, будет так же неэффективен, как информативный плакат, не привлекающий внимания и поэтому не читаемый людьми. Необходимо включить в сообщения сведения о том, какую пользу может извлечь получатель, следуя рекомендациям и предостережениям авторов. Большое значение приобретают текстовые дополнения, поддерживающие основную мысль и направленные на создание эмоциональной убедительности. Причины согласия человека на изменение привычного образа жизни и принятия нового поведения могут быть как рациональными, так и эмоциональными.

Например, для работников здравоохранения убедительной будет статистическое подтверждение явления, а для подростков — описание опыта их сверстников. Особое место занимает этап мониторинга и оценки эффективности созданной программы. Если для реализации остальных этапов главным образом привлекаются работники здравоохранения, то на этом этапе большую роль играет участие социологов. С точки зрения закономерностей педагогического воздействия, при разработке любой коммуникационной программы главное внимание должно уделяться не техническим приемам передачи информации, а гуманитарному аспекту. Это означает, что наиболее пристальное внимание следует уделять психолого-педагогической характеристике адресата сообщения и выявлению определенных требований, предъявляемых к осуществляющему передачу, если, конечно, он представлен конкретным лицом. Примером коммуникационной программы международного уровня может служить программа ВОЗ по борьбе с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа. Ее целями являются:

-предупреждение ВИЧ-инфекции,

-уменьшение последствий ВИЧ-инфекции для отдельных лиц и общества в целом,

-снижение чувства страха у населения и остракизма по отношению к инфицированным индивидам.

Для реализации данных целей необходимо сформулировать программные задачи, которые могут иметь следующий вид:

- поощрение поведения, снижающего риск передачи ВИЧ (распространение контрацептивных средств),

-обучение работников здравоохранения правилам работы с кровью и инструментами,

-разъяснения потенциальным родителям степени риска заражения ВИЧ перинатальным путем.

При разработке коммуникационной программы по борьбе со СПИДом надо использовать самые свежие сведения о том, насколько широко распространилась ВИЧ-инфекция и какова частота новых случаев.В ходе социологического анализа, предшествующего подготовке сообщения авторы программы выделили как минимум три целевые группы нуждающихся в подобной информации: население в целом, работники здравоохранения, женщины детородного возраста. В соответствии с таким назначением для каждой из групп были обозначены промежуточные цели и выявлены показатели их достижения; было также сформировано представление о

возможных результатах коммуникативного воздействия. Так, например, для населения в целом предполагалось расширение числа пользователей службами информации, консультирования и тестирования на ВИЧ. Показателем достижения этой цели служит подсчет числа людей, обращающихся в указанные службы. Каналами распространения информации («отправителями») были выбраны преимущественно работники здравоохранения, образования и СМИ. Отмечалась важность вспомогательных институтов здравоохранения и социальной поддержки — консультативных служб, центров планирования семьи и пр. Психолого-педагогические задачи и принципы работы врача в рамках профилактических программ. Очное, личное участие в просветительско-профилактических программах требует от будущего врача глубокого понимания общих задач, на решение которых они направлены. Эти задачи можно сформулировать следующим образом:

-формирование отношения к своему здоровью и здоровью окружающих как к важнейшей социальной ценности;

-выработка умений и навыков сохранения и укрепления здоровья, безопасного, ответственного поведения;

-закрепление гигиенических и санитарных навыков и привычек;

-приобщение к разумной физической активности;

-обучение умению противостоять разрушительным для здоровья формам поведения.

При создании подобных программ и проведении занятий следует учитывать определенные принципы. Так, составители пособия по проведению модульного курса профилактики курения делят их на три группы: системно-структурные, социальные и психологические[1]. Действительно, любой врач, взявшийся за составление курса бесед по профилактике здорового образа жизни, сталкивается с необходимостью выделить главное в самой стратегии, в его подготовке и проведении.

К *системно-структурной группе принципов* относятся:

-системность, означающая разработку программ на основе анализа актуальной ситуации по данной проблеме как в целом по стране и в обществе, так и по отношению к определенному составу слушателей;

-выявление сведений, относящихся к выбранной проблеме, но уже известных адресатам предстоящего сообщения;

-конкретность и доступность сообщаемого, что предполагает их четкое изложение понятным языком в соответствии с подготовленностью слушателей, но вместе с тем без искусственного упрощения и излишней схематизации;

-многоаспектность рассмотрения проблемы, чему соответствует ее анализ и раскрытие с разных точек зрения, а не только с сугубо медицинской, или социальной, или психологической, и пр.

В *социальную группу принципов* входят:

- деловитость сообщения, предполагающая уверенное, без смущения обсуждение острых социально-нравственных и часто интимных тем, и в первую очередь со стороны ведущего занятие. Реализация этого принципа обеспечивается использованием научных понятий и выводов, при котором следует избегать излишней сенсационности и запугивания фактами и выводами;

- активная опережающая инициатива ведущего курс, являющаяся наилучшей гарантией эффективности профилактических действий;

- готовность слушающих к обучению здоровому образу жизни, что фиксируется наблюдениями ведущего и учетом степени встречного движения аудитории;
- выработка связи индивидуальных и социальных установок, что предусматривает формирование разными способами осознания каждым слушателем социальной, культурной и иной привлекательности здорового образа жизни.

Психологическую группу принципов составляют:

-адресность — формулирование описываемых навыков с учетом пола, возраста, психического и физического развития, а так же информированности людей, составляющих данную аудиторию, и кроме того актуальность обсуждаемых проблем;

-правдивость — уклончивость ответов, обещания что-либо разъяснить потом, ссылки на недостаточную подготовленность самого выступающего нарушают контакт между ним и аудиторией;

-доверие — недооценка возможностей слушателей, некорректное выспрашивание, как правило, провоцирующее участников информационной работы к закрытости, ведут к обострению у них желания остаться на собственных позициях и не идти на сотрудничество, предусматривающее изменение образа жизни;

-поддержка и стимулирование слушателей в их начинаниях, в познании самих себя и других, в поиске дополнительной информации и т. п.

-скрытое оздоровительно-профилактическое воздействие на личность через активные методы познания и обучения — игры, тренинги, участие в общественных мероприятиях и др.

Успех проведения учебно-профилактического занятия во многом обусловлен умением ведущего четко направлять и контролировать весь его ход, устанавливать спокойные доверительные отношения со слушателями и взаимной (ведущего и аудитории) встречной активности при общении. Конечно, чтобы достичь этого, необходим определенный опыт, но для начала хорошо бы соблюдать основные правила их проведения.

Особенности общения на групповых занятиях. Самое главное — добиться понимания слушателей и удержать их внимание на протяжении всего сообщения, в чем очень хорошо помогают интересные примеры и продуманно подобранные иллюстрации.Всячески подбадривайте участников обсуждения, старайтесь, чтобы в отношении обсуждаемого материала у каждого возникли определенное отношение и оценка. Следует чутко и своевременно поощрять стремление делиться своими мыслями и соображениями по поводу услышанного. На групповом занятии важно понять и услышать мнение каждого и каждому предоставить возможность высказаться. Необходимо уважительное заинтересованное отношение к любому суждению. Если кто-то говорит нечто, не совпадающее с установкой занятия, на это можно отреагировать примерно так: «Многие согласились бы с вами, однако известно, что...» Таким образом, человек будет избавлен от чувства смущения за неправильный ответ. Никогда не перебивайте говорящего. Для того чтобы его слова не выходили за рамки темы или регламента, уже в начале встречи оговорите ограничения, которые надо соблюдать. Уважительно относитесь ко всем собравшимся без исключения. Если вы проявите хотя бы к одному из них недружелюбное отношение, то и остальные станут ждать такого обращения с вашей стороны.Особое внимание уделяйте умению задавать вопросы, ибо во многих беседах и обсуждениях именно этот прием является весьма существенным и для начала дискуссии, и для ее поддержания.

4.2. Вопросы для собеседования

1. Сформулируйте задачи просветительской работы врача.
2. Назовите основные методы и средства, используемые в этой работе.

5.Самостоятельная работа: изучение литературы по теме занятия

6.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	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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 E-LIBRARY

4.ЭМБ Консультант врача

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 № 1

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ПЕДАГОГИКА В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н.Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

1.Занятие №1
2.Тема: **Педагогика в высшем медицинском образовании**

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: содержание структурных компонентов системы профессионального образования РФ; - функции педагогической науки в медицинском образовании; -инновационные педагогические технологии; - цели высшего медицинского образования; -методологические основы современного профессионального образования;

уметь: использовать педагогический процесс в профессиональной деятельности;

владеть: навыками основ педагогического воспитания; - активных и интерактивных методов обучения в системе педагогического образования.

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

4.1. Вопросы, выносимые на обсуждение
1.Задачи и функции педагогической науки в медицинском образовании.
2.Инновационные педагогические технологии.
3. Основные категории и понятия педагогики.
4. Цели высшего медицинского образования.
5. Факторы, приводящие к нарушению нормального процесса формирования здоровья, как системы.
6. Проблемы воспитания и самовоспитания

Педагогика в высшем медицинском образовании, что это? Ответы на этот вопрос могут быть самыми различными: педагогика — это педагогическая составляющая в медицинском образовании; педагогика — это искусство врачевания и общения с пациентом, искусство, которому необходимо научить студентов; педагогика — это разнообразные методические

рекомендации по разработке учебных планов и программ, учебных пособий, задач, тестов. Педагогика одновременно и теоретическая и прикладная наука. В медицинском образовании она описывает и объясняет организацию педагогического процесса. Невозможно не учитывать огромный практический опыт отечественных медиков-педагогов, который составляет «золотой фонд» высшего медицинского образования. Большой вклад в развитие отечественного высшего медицинского образования внесли такие ученые и практики, как М.Я. Мудров (1776—1831), Н.И. Пирогов (1810-1891), И.М. Сеченов (1829-1905), Г.А. Захарьин (1829/30-1897), С.П. Боткин (1832-1889), И.П. Павлов (1849-1936), С.С. Корсаков (1854-1900), В.М. Бехтерев (1857-1927), А.В. Вишневский (1874—1948), П.Б. Ганнушкин (1875—1933), И.В. Давыдовский (1887—1968), А.Н. Бакулев (1890—1967), А.А. Вишневский (1906—1975) и многие другие. В самом общем виде педагогику определяют как сферу человеческой деятельности, в которой происходит выработка и теоретическая систематизация знаний о педагогической действительности (В. В. Краевский). В этом случае задача педагогики сводится к передаче культуры и социального опыта, приобретенного в различных сферах человеческой деятельности, в том числе в области медицины. До последнего времени в определении объекта и предмета педагогики отмечалось немало неясностей. В истории школьной педагогики объектом признавалось воспитание в широком понимании, включающее процессы обучения и воспитания в узком смысле. Когда же педагогика высшей школы выделилась как самостоятельная наука, ее объектом стало считаться образование, в нашем случае — высшее медицинское. Точка зрения, согласно которой в качестве *объекта педагогики* предлагается рассматривать образование как феномен, включающий обучение, воспитание в узком педагогическом смысле и развитие, утвердилась в конце XX в. Вместе с тем на то, что образование, понимаемое как способ культурного наследования, является интегративным термином, еще в середине XIX в. указывал великий русский писатель, мыслитель и педагог Л. Н. Толстой. Он писал: «Воспитание не есть предмет педагогики, но одно из явлений, на которое педагогика не может не обратить внимания, предметом же педагогики должно и может быть только образование. Образование в обширном смысле, по нашему убеждению, составляет совокупность всех тех влияний, которые развивают человека, дают ему более обширное миросозерцание, дают ему новые сведения. Детские игры, страдания, наказания родителей, книги, работы, учение насильственное и свободное, искусства, науки, жизнь — все образовывает». Современные отечественные ученые (В. В. Краевский, Г. Б. Корнетов) считают, что такое толкование образования, как объекта педагогики, снимает ряд противоречий в трактовке понятия воспитания (и в широком, и в узком смысле), помогает преодолеть рационалистическую установку понимания образования только как процесса и результата усвоения систематизированных научных знаний, умений и навыков познавательной деятельности. Педагогика, как и любая другая наука, имеет не только объект исследования (образование), но и

предмет. Ее предметом является педагогический (учебно-воспитательный) процесс, с позиций которого она изучает и проектирует образование человека. При этом педагогический процесс рассматривается как особый вид взаимодействия людей, а педагогика изучает сущность, закономерности, принципы, методы и формы его организации. Слово «образование», по определению словаря В.И. Даля, происходит от глаголов «организовать», «образовывать». Этот глагол имеет много значений: создавать вид, образ; обтесывать; слагать целое, отдельное; улучшать духовно, просвещать. Принято выделять три основных значения термина «образование»:

- образование как достояние личности;

- образование как процесс обретения личностью своего достояния;
- образование как система, как социальный инструмент, существующий для того, чтобы помогать всем гражданам обрести такое достояние.

Процесс образования можно рассматривать как движение личности в культурном поле человеческого сообщества. С одной стороны, человек активен, он движется по пути познания, у него складывается индивидуальная система картины мира; с другой — личность развивается в культурной среде, присваивая нормы, обычаи, привычки (иногда нежелательные, но свойственные данному обществу), становясь ее неотъемлемой частью.

Образование — это ценностно-смысловое самоопределение личности в пространстве культуры (ее значений, смыслов, образов). На этом пути исканий происходит культивирование в человеке человеческого, его «второе» рождение. Огромное значение в образовании имеет текст (носитель информации). Если в прошлые эпохи это были письменные словесные источники, то в современную эпоху к ним прибавились аудиовизуальные, компьютерные тексты. Само появление систем образования связано с сохранением и ретрансляцией культуры. Вначале ее традиции передавались изустно, а после возникновения письменности — с помощью неживых носителей информации. Зарождение первых образовательных учреждений связано с необходимостью встречи носителей культуры с теми, кто должен был ее унаследовать. В культурной среде появляются педагоги (учителя), работающие в специально создаваемых образовательных учреждениях (школах, университетах). По мере усложнения культуры система образования начинает отбирать необходимый для нее материал, преобразовывать его в содержание учебных дисциплин, т.е. создавать соответствующее эпохе и ее запросам содержание образования.

«Высшее образование — это образование, обеспечивающее активную социальную позицию субъекта, успешную интеллектуальную деятельность в избранной общественной жизни, не имеющую полного предписания и осуществляемую на научной основе, а также потенциал творческого развития

избранной сферы деятельности и самостоятельного усвоения новых объектов этой сферы». По отношению к студенту образование — это одновременно и процесс и результат обучения, воспитания, его развития. В содержании образования выделяются два аспекта:

- внешний — образовательная среда, учебные планы, учебники, методические пособия и различные средства наглядности (в медицинском вузе — пациент, внутренняя картина болезни);
- внутренний — личностные изменения и приращения, уникальные для каждого студента (знания, способы деятельности, способности, смысл и ценности).

Педагогика в медицинском вузе — это наука о социально - личностно-детерминированном медицинском образовании, характеризующемся целеполаганием и руководством, созданием условий для освоения студентами основ профессиональной компетентности, духовного и профессионального развития. Объектом педагогики становится медицинское образование, а предметом — педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса, обеспечивающее студентам овладение основами профессиональной компетентности. На клинических кафедрах такое взаимодействие достигается в триаде «врач - педагог- студент - будущий врач - пациент». Объект науки — область действительности, которую она исследует, в нашем случае такой действительностью является само высшее медицинское образование. Медицинское образование осуществляется как до дипломное, последипломное (ординатура, аспирантура), дополнительное. Цели высшего медицинского образования связаны с формированием личности будущего врача, компетентного и ответственного, способного оказывать помощь, человека милосердного и сострадающего. Они отражают 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. Эти общие глобальные направления обусловливают промежуточные задачи на всех этапах обучения. Они ставятся всеми кафедрами, участвующими в подготовке будущих врачей, влияют на понимание студентами основополагающих концепций обучения. Такая стратегия общих и частных целей называется целеполаганием. Чем понятнее студентам эта стратегия, тем осмысленнее, а следовательно, эффективнее будет учебно-воспитательный процесс.

Функции (задачи) педагогической науки в медицинском образовании
Ученые выделяют три основные функции (задачи) педагогики как науки:

аналитическую — теоретическое изучение, описание, обобщение, интерпретация педагогического опыта;

прогностическую — эффективное управление образовательной политикой (государства, вуза, кафедры), разработка научно обоснованных рекомендаций целеполагания и стратегий обучения;

проективно-конструктивную — создание новых педагогических технологий, систем, основ инновационной деятельности, внедрение результатов педагогических исследований в практику. Нельзя смешивать научные и практические задачи педагогики в области высшего медицинского образования. Ее научные задачи состоят в выявлении законов и закономерностей, принципов и тенденций развития, которые характеризуют процесс обучения. В своей работе преподаватели опираются на следующие законы целостного образовательного процесса:

- социальная обусловленность целей, содержания, форм и методов;

- обязательное присвоение младшим поколением опыта старших. Выражая объективный характер этого закона, Л.Н. Толстой назвал его «законом движения вперед образования»;
- взаимосвязь творческой самореализации студентов и образовательной среды;
- взаимосвязь обучения, воспитания и развития;
- обусловленность результатов обучения характером образовательной деятельности студентов;
- целостность и единство образовательного процесса.

Одна из наиболее важных задач — выявление *объективных закономерностей образовательного процесса,* т.е. того, как тот или иной закон проявляется в действительности. Анализируя закономерности, исследователи отвлекаются (абстрагируются) от целей и условий каждой образовательной ситуации, выделяют постоянные, неизменные черты процесса в целом. Закономерность выявляется тогда, когда устанавливаются всеобщность и повторяемость каких-то условий в деятельности студентов и преподавателей. (Например, чем больше студент в процессе обучения действует самостоятельно — находит и обосновывает решения задач, обследует пациента и выполняет конкретные манипуляции, — тем выше эффективность усвоения учебного материала.) Педагогическая наука определяет и общие тенденции развития высшего медицинского образования, которые при повторяемости положительных результатов, обнаруживаемых в ходе педагогических исследований, могут стать закономерностями. К таким тенденциям, преобразующимся в закономерности, мы относим:

целеполагание как общую стратегию организации образовательного процесса, в которой участвуют и студенты, и преподаватели, как поэтапное построение учебной деятельности;

практическую ориентированность подготовки студента-медика с учетом и оценкой результатов обучения как основы профессиональной компетентности, теоретической и практической готовности и ответственности врача-выпускника при выполнении профессиональной деятельности;

усиление интеграционных начал подготовки студента-медика для планомерного развития профессионального мышления от доклинического до клинического этапа и самостоятельной деятельности;

использование ценностно-духовных, воспитательных, социализирующих компонентов подготовки специалиста-медика в целостном образовательном процессе — специальных требований ГОСа, учебных программ, методических указаний к практическим занятиям, особенностей моделирования и решения задач, возникающих в ходе обучения.

Выявление указанных закономерностей и тенденций связано с глобальной задачей педагогики в области высшего медицинского образования — обоснованием современных инновационных педагогических систем. Если в конце 70-х—начале 80-х гг. XX в. «первое знакомство» педагогической науки с высшим медицинским образованием произошло при выполнении государственного заказа Совета Министров СССР к отрасли здравоохранения, предусматривающего разработку модели выпуска врача (и задание это было выполнено), то в наши дни речь идет о построении модели подготовки студента-медика. При построении модели ориентировались на следующую иерархию врачебной деятельности: 1) деятельность обобщенного характера для всех выпускников вузов; 2) профессиональную деятельность в широком смысле слова; 3) узкую специализацию определенного профиля. Внедрение инновационных педагогических систем опирается на принципы, которые известный польский педагог В. Оконь назвал принципами преподавания. Выделим важнейшие из них, регламентирующие учебную деятельность студентов и преподавателей: гуманизация; научность, доступность и системность содержания обучения; сознательность и самостоятельность студентов; наглядность методологии преподавания, его деонтологическая и профессиональная направленность. К основополагающим задачам педагогической науки в медицинском образовании относятся обоснование и внедрение инновационных технологий обучения. Сравнительно недавно, во второй половине XX в., в педагогической литературе и практике появился непривычный термин — «технология образования», или «педагогическая технология». Первоначально он встречался в работах зарубежных и отечественных авторов, занимавшихся

проблемами программированного обучения, для реализации которых был чрезвычайно важен аспект, указывающий на умение обучаемых самостоятельно учиться. В настоящее время в медицинском образовании используются следующие технологии:

структурно-логические: заключающиеся в поэтапной организации учебного процесса (например, блочно-модульное обучение), построении схем ориентировочной основы деятельности, алгоритмов и т.д.;

интеграционные: предусматривающие взаимосвязанность разнопредметных знаний и умений, видов деятельности на уровне интегрированных курсов, учебных тем, научных проблем (например, изучение тем: «Воспалительные заболевания в полости рта», «Клетка», «Метаболизм», «Нервная система», «Опорно-двигательный аппарат»);

игровые: использующие различные виды деловых учебных игр, моделирующих реальные профессиональные ситуации (например, на темы: «Ревматический порок сердца», «Острый живот в гинекологии», «Разбор жалобы больного на врача «скорой помощи»», «Инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции», «Жалоба в отделение стоматологии детского возраста» и т.д.);

тренинговые: определяющие алгоритм решения наиболее типичных практических задач (оказание неотложной помощи, позитивное общение с пациентом);

диалоговые: (например, эмпатические беседы);

информационно-компьютерные.

В высшем медицинском образовании выявленные законы, закономерности, принципы и тенденции служат материалом для обоснования современных педагогических инновационных образовательных моделей и технологий по различным изучаемым дисциплинам.

5.Самостоятельная работа: изучение литературы по теме занятия. Подготовка к итоговой контрольной работе

6.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	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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 E-LIBRARY
4.ЭМБ Консультант врача

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 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

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

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н._____ Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

Продолжительность изучения темы 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; профессиональные коммуникативные компетенции;
уметь: применять эффективные способы профессиональной коммуникативной компетенции;
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.

5.Самостоятельная работа: изучение литературы по теме занятия. Подготовка к итоговой контрольной работе

6.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.	Иванчик И.П.	Ростов н/Д.: Феникс, 2010

	пособие		
4	Психология и педагогика [Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Бордовская Н.В. Розум С.И.	СПб.: Питер, 2014
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 E-LIBRARY
4.ЭМБ Консультант врача

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 № 3

по дисциплине (модулю) «Педагогика»

для специальности 31.08.11 Ультразвуковая диагностика

ТЕМА: ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ВРАЧА

Утверждены на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол № 9 от «25» октября 2021г.)

Составитель:

к.б.н. _____Бронникова Е.П.

Красноярск
2021

Продолжительность изучения темы 2 часа

1.Занятие №3
2.Тема: **Профилактическая медицина. Здоровый образ жизни. Просветительская работа врача**

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; - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Обучающийся должен:
знать: - формы и методы организации и проведения просветительской деятельности ;
уметь: использовать различные формы и методы в формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих; - **владеть**: навыками планирования просветительной работы;- отбора и применения методов, приемов и средств мотивации населения, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

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

4.1.Вопросы, выносимые на обсуждение

1.Рассмотреть понятия «образа жизни» и «здоровый образ жизни».

2.Формы, методы и средства, принципы просветительской работы врача.

Образ жизни (ОЖ) — это устоявшаяся форма бытия человека в мире, находящая своё выражение в его деятельности, интересах, убеждениях. Основными параметрами образа жизни являются труд (учёба для подрастающего поколения), быт, общественно-политическая и культурная деятельность людей, а также различные поведенческие привычки и проявления.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Представители философско-социологического направления рассматривают здоровый образ жизни как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом, хотя само понятие «здорового образа жизни» однозначно пока ещё не определено. По оценкам специалистов, здоровье людей зависит на 50—55 % именно от образа жизни, на 20 % — от окружающей среды, на 18—20 % — от генетической предрасположенности, и лишь на 8—10 % — от здравоохранения. В психолого-педагогическом направлении здоровый образ жизни рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Имеются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако резкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы — укрепление здоровья индивидуума[1]. Занятия физкультурой — одна из основных составляющих здорового образа жизни Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций, для активного участия в трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой формах жизнедеятельности. Здоровый образ жизни предстает как специфическая форма целесообразной активности человека — деятельность, направленная на сохранение, укрепление и улучшение его здоровья. Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характеров, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья. В современном обществе всё больше и больше возрастает тенденция вести здоровый образ жизни.

Элементы здорового образа жизни

- Воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков.
- Окружающая среда: безопасная и благоприятная для обитания, знания о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье.
- Отказ от курения, наркотиков и употребления алкоголя.
- Здоровое питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов.
- Движения: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения (например, фитнес), с учётом возрастных и физиологических особенностей.
- Личная и общественная гигиена: совокупность гигиенических правил, соблюдение и выполнение которых способствует сохранению и укреплению здоровья, владение навыками первой помощи.

На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние. Поэтому некоторые авторы также выделяют дополнительно следующие аспекты здорового образа жизни :

- эмоциональное самочувствие: психогигиена, умение справляться с собственными эмоциями, проблемами;
- интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах. Позитивное мышление.

- духовное самочувствие: способность устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели, стремиться к ним и достигать их. Оптимизм.

Некоторые исследователи выделяют также «социальное самочувствие» — способность взаимодействовать с другими людьми.

Формирование здорового образа жизни - способствующего укреплению здоровья человека, осуществляется на трёх уровнях:

1.Социальный: пропаганда, информационно-просветительская работа.

2.Инфраструктцрный: конкретные условия в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), профилактические учреждения, экологический контроль.

3.Личностный: система ценностных ориентиров человека, стандартизация бытового уклада.

Принципы формирования здорового образа жизни. Любой образ жизни основан на определенных принципах. Это принятые к реализации правила поведения для каждого человека, основой которых являются биологические и социальные принципы.

1.Биологический принцип предполагает, что образ жизни должен соответствовать возрастным показателям и быть энергетически обеспеченным, укрепляющим организм, умеренным в плане нагрузок и ограничений, а также ритмичным.

2.Социальный образ жизни предполагает соблюдение высокой нравственности, эстетическое воспитание, проявление воли, способности к самоограничению.

Совокупность этих двух аспектов создает единство биологического и социального развития организма и его взаимодействие со средой обитания.

Исходя из этого, можно выделить основные жизненно важные поведенческие формы.

1. Формирование положительных психологических эмоций во всех сферах жизнедеятельности (работа, быт, семейные отношения, реализация в общественной и культурной жизни) и формирование оптимистических взглядов.

2. Организация трудовой деятельности с максимальной эффективностью, что дает возможность реализации и отражает сущность каждого человека.

3.Двигательная активность.

4. Ритмичный образ жизни предполагает соответствие биологическим ритмам как в плане суточных биоритмов, так в плане возрастных потребностей.

5. Сексуальная активность.

6. Здоровое старение — это естественный процесс, который при правильной организации протекает с минимальными негативными последствиями.

7. Отказ от вредных привычек, что способствует поддержанию высоких показателей здоровья.

5.Самостоятельная работа: изучение литературы по теме занятия. Подготовка к итоговой контрольной работе

6.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	Психология и педагогика	Бордовская Н.В.	СПб.: Питер,

	[Электронный ресурс] : учеб. для вузов. - http://ibooks.ru/reading.php?productid=22634	Розум С.И.	2014
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
9	Клиническая психология: учебник	Ред. Б.Д. Карвасарский	СПб.: Питер, 2018
10	Клиническая психология и психотерапия: учебник	ред. М. Перре, У. Бауманн	СПб.: Питер, 2012

Электронные ресурсы:

1.ЭБС COLIBRIS
2.НБ ФИЦ КНЦ СО РАН
3.Научная электронная библиотека E-LIBRARY
4.ЭМБ Консультант врача