



*И. Н. Симаева, С. И. Куликов*

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА:  
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ВОСПИТАНИЯ  
ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

*Описан опыт применения методики воспитания пациентов для формирования готовности к самоохранительной деятельности в отношении здоровья.*

*This article addresses the experience of applying patient education methods in the development of healthy lifestyle attitude.*

**Ключевые слова:** методика воспитания, здоровье.

**Key words:** education methods, health.

Обеспечение качества здоровья и снижение уровня смертности населения РФ — одна из основных задач современной науки и медицинской практики. Среди множества условий и факторов, оказывающих воздействие на состояние здоровья наших соотечественников (экологическая обстановка, социальная и экономическая нестабильность, гиподинамия и снижение защитных функций организма, широкое распространение вредных привычек и зависимостей и т.д.), чрезвычайно значимы, на наш взгляд, нарушения индивидуального механизма сохранения и восстановления здоровья.

Эти нарушения вызваны в первую очередь социальными установками: советские традиции и требования современного общества поощряют жертвовать здоровьем ради достижения других целей и идеалов: счастье других людей, материальное благополучие, карьера, профессиональные достижения. Кроме того, перестал действовать долгие годы функционировавший общественный механизм охраны здоровья, включавший профилактические осмотры, диспансеризацию, вакцинацию и т.д. В результате суммарного влияния вышеперечисленных факторов и условий у современного взрослого россиянина сформировалось потребительское отношение к здоровью, которое привело к росту и распространению хронических и учащению инфекционных заболеваний. На смену причинам смертности, связанной с острыми заболеваниями, пришло нездоровье, объясняющееся в значительной степени особенностями образа жизни человека.

Нельзя оставить в стороне и тот факт, что за последние 30–50 лет изменился менталитет врача и его профессиональная позиция. Узкая направленность профессиональной подготовки привела к тому, что каждый специалист видит лишь часть общей картины нездоровья. А увеличение количества пациентов и дефицит времени на ежедневном приеме — к директивному «рецептурному» подходу в лечении вместо сотрудничества врача и пациента в процессе выздоровления. При этом авторитет врача остается в обществе достаточно высоким, а его влияние на судьбу пациента трудно переоценить [2].

Разрешить названную проблему призваны реформы в сфере медицинского обслуживания, которые принципиально изменяют механизмы здравоохранения и предполагают передачу самому человеку права выбирать лечебное учреждение, участвовать в выборе средств и методов лечения, сохранения и поддержания здоровья. Так, в 2002 г. Минздрав России утвердил к реализации Концепцию охраны здоровья здоровых в Российской Федерации. Эта Концепция стала методологической основой для внедрения в практику здравоохранения новых подходов к организации превентивной медицинской помощи населению. Принципиально новыми являются положения о личной ответственности человека за свое здоровье и здоровье своих близких; создание у него мотивации к использованию оздоровительных технологий в течение всей жизни; и, наконец, духовная составляющая — направленность на формирование культуры здоровья, создание условий для внутренней гармонии физического, психического, духовного состояния человека, а также гармонии с экологической и социальной средой. Для претворения в жизнь идей, провозглашенных в Концепции, годом позже была начата реализация соответствующей отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 гг.».

Реализация вышеназванных Концепции и программы привела к необходимости внести изменения в процесс профессионального обучения врачей и ориентировать обучение специалистов не только на усвоение знаний, умений и навыков, но и на приобретение особых компетенций, которые позволят будущему врачу применять лечебные и превентивные методы медицинской помощи. Соответствующим образом изменился и Федеральный государственный



стандарт высшего профессионального образования по специальности 060101 «Лечебное дело». Психолого-педагогическая деятельность выделена в нем как самостоятельный вид профессиональной деятельности специалиста, и к концу обучения в вузе будущий врач должен быть способен и готов к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, а также к обучению взрослого населения, подростков и их родственников правилам медицинского поведения; к проведению ими гигиенических процедур, к формированию навыков здорового образа жизни. Иными словами, новый ФГОС высшего медицинского образования требует, чтобы выпускник медицинского вуза овладел компетенциями в сфере обучения и воспитания пациента, однако научно-методические основания для внедрения педагогической составляющей в основную образовательную программу (ООП) медицинских специальностей, а затем в профессиональную деятельность врача разработаны недостаточно. Что касается обеспечения компетенций в учебно-методических комплексах производственной практики и интернатуры, то методик воспитания пациента, направленных на развитие самосохранительной деятельности, пока не предложено.

Таким образом, возникает необходимость разрешить противоречия: между внедрением в практику здравоохранения новых подходов к организации превентивной медицинской помощи населению и недостаточным развитием в медицине научного направления, ориентированного на формирование у пациентов личностных качеств, способствующих сохранению их здоровья (педагогического направления); между новым педагогическим компонентом в содержании обучения врачей и недостаточным методическим обеспечением формирования специальных компетенций в процессе профессионального образования; и наконец, между высоким воспитательным потенциалом, компетентностью врача в сфере здоровья и отсутствием у него методических средств для воспитания у пациентов индивидуальных детерминант самосохранительной деятельности.

Для устранения вышеперечисленных противоречий нами была разработана методика воспитания пациентов в условиях лечебного учреждения. Она содержит последовательное изложение содержания воспитательного процесса, механизмов его реализации и основные показатели развития самосохранительной деятельности личности в результате освоения методики, а также отражает представление об условиях достижения воспитательных целей [3]. Методика предназначена для взрослых пациентов, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, и рассчитана на календарный год.

Цель создания методики — обеспечить в процессе профессиональной медицинской помощи в лечебном учреждении условия для развития у пациентов индивидуальных качеств личности и характеристик поведения, способствующих готовности к самосохранительной деятельности в отношении здоровья. То есть в отличие от программ обучения пациентов, которые делают акцент на интеллектуальной сфере обучаемых, воспитание нацелено на изменения в личности и поведении пациента. В задачи воспитания входило:

- 1) формирование у пациентов готовности к самостоятельному выбору благоприятных для здоровья вариантов жизнедеятельности;
- 2) оптимизация иерархии самосохранительных ценностей и способности реализовать их в практической жизнедеятельности;
- 3) развитие у пациентов убеждения в необходимости самосовершенствования самосохранительной деятельности, ответственности за ее реализацию и результаты.

Логика воспитания выстроена по степени сложности — от формирования элементарных основ к системной готовности личности пациента к самосохранительной деятельности.

- Первый этап — *воспитание у пациента элементарных фиксированных самосохранительных установок (готовности к действиям, предшествующей деятельности)*, которые формируются на основе витальных потребностей (пища, сон и т. д.), в простейших ситуациях и могут влиять на здоровье индивида.

- Второй этап — *формирование (изменение) самосохранительных установок*, которые стимулируют деятельность пациента и определяют ее вектор, то есть избирательно направляют ее в отношении отдельных объектов и предметов, в частности организуют целенаправленную деятельность по выявлению факторов риска для здоровья и способов их нейтрализации [4].

- Третий этап воспитания ставит *задачу сдвига мотивов на цель воспитания индивидуальных основ самосохранительной деятельности*. Врач пытается повлиять на систему ценностных ориентаций, на цели жизнедеятельности и средства достижения этих целей, детерминированные общими социальными условиями жизни данного индивида.

- Четвертый этап — *воспитание личной ответственности за самосохранительную деятельность и ее результаты*. Ответственность трактуется в русле понятия уровня субъективного контроля личности.



В эксперименте по воспитанию пациентов приняли участие 105 респондентов в возрасте 25–45 лет (45 мужчин и 60 женщин) и 6 врачей. Эксперимент проходил в три этапа: констатирующий, формирующий и контрольный. Констатирующий этап эксперимента (2008 г.) имел целью выявить сформированность в сознании пациентов общей готовности к самосохранительной деятельности и отдельных ее компонентов (убеждений, установок, системных диспозиций, ответственности за здоровье, а также некоторых знаний, умений и навыков) с помощью психолого-педагогической диагностики следующих диспозиций ССД как предмета воспитания: ценностных ориентаций по тесту М. Рокича (адаптация текста – Е. Ф. Бажин, Е. А. Гольянкина, А. М. Эткинд); уровня субъективного контроля по тесту УСК (на основе шкалы Дж. Роттера); готовности к самосохранительной деятельности пациента по методике, разработанной авторами статьи в ходе научного проекта «Охрана здоровья как институциональная функция образования» (№ 2.2.3.3/754) аналитической ведомственной целевой программы «Развитие научного потенциала высшей школы».

На данном этапе в исследовании приняли участие и экспериментальная, и контрольная группы. Результаты исследования показали, что ценностям «здоровье» и «болезни» всеми пациентами приписаны самые высокие ранги (от 1 до 3), в среднем она занимает первую ступеньку иерархии терминальных ценностей. Однако другие связанные с ней терминальные ценности-цели, которые могли бы сформировать самосохранительное сознание, ни у одного из респондентов не входят даже в десятку значимых убеждений. На этом фоне выделяется воспитанность (хорошие манеры), которыми дорожат 50 % респондентов, то есть предпочитают ее как образ действий в разных ситуациях, в том числе связанных со здоровьем. При невысокой общей интернальности 58 % респондентов имели экстернальный локус контроля и в отношении здоровья, однако у 17 % оценки приближались к средним значениям и могли быть изменены в процессе воспитания.

Эмпирическое исследование готовности пациентов к самосохранительной деятельности по авторской методике показало, что наименее сформирован у респондентов конативный компонент установки к самосохранительной деятельности (мотиваторы к ССД) и системная диспозиция к ССД, определяющая мировоззрение. Полученные по нашей методике результаты подтвердили данные по тестам М. Рокича и УСК.

Констатирующее исследование привело к выводу, что большинство пациентов, несмотря на взрослый возраст, психологически не готовы осуществлять самосохранительную деятельность. Значимость и ценность здоровья в их сознании существует изолированно от самосовершенствования, полного использования своих возможностей, сил и способностей и даже здравого смысла, а также познания, расширения своего кругозора, повышения общей культуры и развития в целом, которые могут составить ядро установки и стремления к сохранению здоровья в сознании пациента и мотивировать ССД. Отсутствие сформированной системы убеждений делает неактуальными средства достижения целей здорового образа жизни (аккуратность, дисциплинированность, самоконтроль и общий уровень культуры).

Поскольку убеждения, на которых может базироваться ССД, не являются значимыми для респондентов, они не хотят нести за них ответственность. Тем не менее есть области жизнедеятельности, в которых респонденты приписывают себе ответственность и контроль над ситуациями, – это сфера межличностных отношений (в том числе семейных) и личных достижений, и эта ответственность, на наш взгляд, может быть распространена на сферу здоровья. Определенный потенциал обнаружен в характеристике воспитанности (инструментальная ценность по Рокичу). Полученные данные позволили нам полагать, что воспитательная программа формирования основ самосохранительной деятельности может опираться в первую очередь на воспитанность как образ действий, предпочитаемый в разных ситуациях, в том числе связанных со здоровьем, и ответственность в сфере межличностных, в том числе семейных, отношений.

Формирующий эксперимент предполагал деление выборки на две группы: экспериментальная группа из 50 пациентов прошла курс воспитания индивидуальных основ самосохранительной деятельности по предложенной нами методике в течение 2 лет. Контрольная группа из 50 пациентов проходила лечение и диспансеризацию по традиционной схеме. Диагностика по окончании эксперимента показала, что здоровье среди терминальных ценностей сохранило свою первую позицию и произошел существенный сдвиг в сторону повышения значимости для самосохранительной деятельности терминальных ценностей: познания, физического и духовного развития и расширения общей культуры. Вышеперечисленные убеждения сказались и



на инструментальных ценностях – средствах достижения целей. Если в начале эксперимента аккуратность и чистоплотность были значимы лишь для 35 %, а самоконтроль и дисциплина также не были предпочитаемым образом действий (24 %); лишь треть респондентов были убеждены в том, что должны нести ответственность за свои действия в различных ситуациях, то в конце произошли существенные сдвиги: повысился самоконтроль, значимость ответственности, аккуратности и чистоплотности. При этом сохранила свои позиции воспитанность (хорошие манеры), которой дорожат 50 % респондентов, то есть предпочитают ее как образ действий в разных ситуациях, в том числе связанных со здоровьем. Повторное тестирование выявило повышение основной тенденции *ответственности в области здоровья* у 94 % пациентов экспериментальной группы, общая интернальность повысилась от 4,7 до 5,8 стана (область средних значений).

Однако наиболее важные, на наш взгляд, сдвиги произошли в уровне готовности пациентов к самоохранительной деятельности (см. табл.).

**Сравнительная динамика компонентов готовности  
к самоохранительной деятельности у респондентов  
экспериментальной и контрольной групп (средние показатели)**

Год	Компонент ССД-готовности										Общая оценка	
	когнитивный		эмоцио-нальный		конативный		навыки		системных диспозиций			
	Э	К	Э	К	Э	К	Э	К	Э	К	Э	К
2008	8	8	11,9	11,9	7	7	10	10	4	4	41,2	41,2
2010	19,8	7	28	12	32,6	6	33	12,6	26	4,6	139,6	42,5

Когнитивный и эмоциональный компоненты установки к ССД усилились в среднем вдвое. Показатели побудительного (конативного) компонента установки и системных диспозиций выросли в 6,5–7 раз. Достоверный, хотя и менее существенный сдвиг произошел и в сфере поведения: большинство пациентов усвоили необходимые навыки самоохранительной деятельности и сформировали привычки – элементарные готовности к самоохранительному поведению.

Таким образом, показатель общей готовности к самоохранительной деятельности у пациентов, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, к которым применялась методика воспитания, достиг почти 70 % от максимально возможного в рамках предложенной методики результата. В то же время показатели контрольной группы практически не изменились. Это означает, что разработанная методика воспитания пациентов показала свою результативность и может быть рекомендована для включения в программу производственной практики студентов по специальности 060101 «Лечебное дело». Однако следует понимать, что устойчивые характеристики личности, готовность взрослого пациента жить и действовать в интересах сохранения собственного здоровья не подвержены выраженной динамике в короткие сроки. Кроме того, влияние врача на разные элементы самоохранительной деятельности пациента может быть в разной степени эффективным и отсроченным. Необходимо учитывать и тот факт, что субъекты, на которых направлено воспитательное воздействие врача, отличаются по полу, возрасту, темпераменту и характеру, социальному статусу и имеют длительную историю хронических заболеваний. Следовательно, каких-либо унифицированных норм самоохранительной деятельности не существует.

**Список литературы**

1. Бажин Е.В. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. 1984. №3. С. 152–162.
2. Куликов С.И. Педагогические аспекты профессиональной деятельности медицинского работника // Вестник Российского государственного университета им. И. Канта. 2009. №11. С. 109–113.
3. Подласый И.П. Педагогика. М., 1996.
4. *Essentials of health behavior: social and behavioral theory in public health* / Mark Edberg. Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2007.

**Об авторах**

Ирина Николаевна Симаева – д-р психол. наук, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, e-mail: ISimaeva@kantiana.ru

Сергей Иванович Куликов – асп., Балтийский федеральный университет им. И. Канта.



### **About authors**

Prof. Irina N. Simaeva, Immanuel Kant Baltic Federal University, e-mail: ISimaeva@kantiana.ru  
Sergey I. Kulikov, PhD student, Immanuel Kant Baltic Federal University.