МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)

СОГЛАСОВАНО
Директор Департамента подготовки кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет)
_____ М.В. Хорева
«09» июня 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «НАВЫКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ»

Специальность
31.08.57 Онкология

Этап программы ординатуры
Первый этап

Подписан: ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ " РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Москва, 2026 г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Навыки профессионального общения» разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры организации профессионального образования и образовательных технологий ИНОПР.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Природова Ольга Федоровна	кандидат медицинских наук, доцент	Заведующий кафедры организации профессионального образования и образовательных технологий ИНОПР
2	Моргун Алексей Николаевич	кандидат психологических наук	Доцент кафедры организации профессионального образования и образовательных технологий ИНОПР
3	Спивак Игорь Маратович	кандидат психологических наук	Доцент кафедры организации профессионального образования и образовательных технологий ИНОПР
4	Ивашкина Марина Георгиевна	кандидат психологических наук	Профессор кафедры организации профессионального образования и образовательных технологий ИНОПР

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Навыки профессионального общения» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры (межкафедрального объединения), протокол от «26» мая 2026 г. № 5.

Заведующий кафедрой _____О.Ф. Природова

© Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля) 4
2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы 6
3. Содержание дисциплины (модуля) 7
4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля) 7
5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся 9
6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся 10
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля) 11
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля) 12
9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля) 12
10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю) 13
Приложение 1 к рабочей программе по дисциплине (модулю) 15

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Цель изучения дисциплины (модуля)

Организация деятельности обучающихся по усвоению знаний, формированию умений, навыков и компетенций в части готовности к эффективному выстраиванию профессионального взаимодействия, применению навыков клинической коммуникации, реализации деонтологических норм в профессиональной коммуникации.

Задачи дисциплины (модуля)

1. Формирование знаний о ключевых закономерностях, правилах и алгоритмах установления первичного контакта, клинического расспроса и сбора информации при взаимодействии с пациентами;
2. Формирование представлений об основных аспектах профессионального информирования пациента, лингвоадаптации медицинской информации и принципах совместного принятия клинических решений;
3. Формирование знаний о психофизиологии стресса, деонтологических рамках и коммуникативных алгоритмах сообщения сложной и неблагоприятной медицинской информации пациентам и их родственникам;
4. Формирование представлений о методах профилактики, алгоритмах деэскалации конфликтных ситуаций и технологиях конструктивной работы с претензиями в клинике;
5. Повышение коммуникативно-речевой грамотности обучающихся в ситуациях межпрофессионального общения, передачи информации о пациенте и проведения клинических дискуссий;
6. Формирование навыков эффективного профессионального командного взаимодействия с коллегами, смежными специалистами и медицинским персоналом в рамках установленных границ компетенции.

Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Формирование универсальных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Таблица 1

Код и наименование компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)**	
УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	Знать	− Структуру и логику клинической беседы, правила и алгоритмы ее проведения. − Различия между медицинской задачей приема и субъективным восприятием болезни пациентом (его опасениями и ожиданиями), концепцию разделения «Болезни» (Disease) и «Переживания болезни» (Illness). − Структуру внутренней картины болезни пациента и ее влияние на качество клинической коммуникации. − Факторы возникновения коммуникативных барьеров. − Принципы создания психологически безопасной среды клинического приема. − Принципы передачи медицинской информации неспециалистам (лингвоадаптация, структурирование, улучшение понимания). − Факторы, влияющие на комплаенс (приверженность лечению) и адгерентность, причины несоблюдения врачебных назначений. − Принципы формирования партнерского соглашения (Shared Decision Making) между врачом и пациентом. − Правовые и этические основы информирования. − Понятие неблагоприятной информации в медицине. Закономерности индивидуального восприятия неблагоприятной информации. Психофизиологию стрессового ответа. Закономерности и

		психологические этапы реакции человека на стресс, тяжелое известие и утрату. – Правила подготовки условий и среды для проведения сложного разговора с пациентом или его родственниками. Правовые и деонтологические рамки информирования. – Классификацию конфликтов в медицине. Понятие конфликтогенов, речевых триггеров и механизмов эскалации. – Источники и причины претензий пациентов. – Закономерности поведения человека в условиях стресса, аффекта и угрозы. – Стадии развития и фазы эскалации конфликтного взаимодействия. Принципы и алгоритмы деэскалации эмоционального напряжения. – Стратегии и технологии перевода эмоционального конфликта в предметно-конструктивное русло. – Психологические механизмы саморегуляции и сохранения профессиональной позиции врача в эмоционально напряженной среде. – Границы допустимого поведения (правовые, деонтологические, организационные) в общении «врач – пациент» и методы защиты от вербального нападения. – Правила фиксации претензий. – Распределение ролей и зон ответственности в медицинской команде, границы компетенции участников медицинской команды. – Стандарты передачи медицинской информации, риски потерь и искажений при передаче информации. Методы профилактики потерь и искажений при передаче информации. – Причины и типы разногласий в профессиональном взаимодействии. – Деонтологические нормы и правила ведения клинических дискуссий, разборов и консилиумов.
	Уметь	– Инициировать и структурировать клиническую беседу. – Применять инструментарий (принципы и техники) клинического расспроса. – Выдерживать тайминг приема. – Выявлять истинную повестку обращения и ожидания пациента от приема/госпитализации. Выявлять и дифференцировать субъективное восприятие болезни пациентом. – Распознавать и преодолевать коммуникативные барьеры. – Организовывать психологически безопасное пространство клинического приема. – Структурировать и дозировать медицинскую информацию.Адаптировать медицинскую информацию соответственно уровню восприятия и медицинской грамотности пациента. – Вовлекать пациента в обсуждение и согласование плана ведения. – Проверять полноту и ясность понимания пациентом полученных рекомендаций. – Оформлять Информированное добровольное согласие в рамках правовых норм – Оценивать готовность пациента к восприятию сложной и неблагоприятной информации. – Организовывать условия и готовность пациента к сообщению сложной и неблагоприятной информации. Управлять передачей неблагоприятной информации.Принимать и поддерживать эмоциональные реакции пациента, конструктивно реагировать на острые эмоциональные проявления. – Распознавать маркеры нарастания эмоционального напряжения и признаки эскалации на ранних стадиях беседы. – Управлять собственным эмоциональным состоянием. – Трансформировать конфликт в конструктивное взаимодействие. Отделять эмоциональный накал собеседника от конструктивной сути его претензии или проблемы. – Устанавливать твердые профессиональные границы. – Определять границы собственной профессиональной компетенции и своевременно привлекать других участников команды (консультантов, смежных специалистов, старших коллег) к решению сложных или выходящих за рамки профильной специальности клинических задач.

		− Делегировать задачи и формулировать назначение среднему и младшему медицинскому персоналу с учетом их функциональных обязанностей и зоны ответственности. − Передавать клиническую информацию без потерь и искажений, запрашивать и уточнять клиническую информацию. − Конструктивно участвовать в клинических обсуждениях и совместном ведении пациентов. − Конструктивно аргументировать свою клиническую позицию при проведении консилиумов, врачебных комиссий и клинических разборов. − Вести профессиональную дискуссию при наличии разногласий в коллегии с сохранением фокуса на интересах и безопасности пациента.
	Владеть	− Алгоритмом входа в клинический контакт. − Техниками активного слушания, структурирования и навигации диалога. − Алгоритмами исследования внутренней картины болезни. − Приемами преодоления коммуникативных барьеров (возрастных, языковых, эмоциональных). − Навыками формирования и удержания психологически безопасного клинического коммуникационного взаимодействия. − Навыками коммуникативной гибкости. − Техниками проверки полноты и правильности усвоения пациентом рекомендаций. − Алгоритмами совместного принятия решений (Shared Decision Making). − Алгоритмом оформления Информированного добровольного согласия. − Навыками распознания и стабилизации критических эмоциональных состояний. Техниками валидации эмоционального состояния пациента. − Алгоритмом сообщения неблагоприятной информации. Алгоритмом сохранения профессиональной позиции и контроля беседы при остром проживании горя пациентом/родственниками. − Алгоритмами деэскалации конфликта. − Техниками саморегуляции и эмоциональной амортизации вербальной агрессии и претензий. − Техниками структурирования претензий и переформулирования проблемы в рабочие задачи. − Сценариями обозначения, удержания профессиональных границ и ассертивного поведения. − Алгоритмом (сценарием) формирования и адресации профессионального запроса к смежным специалистам с четким разделением зон ответственности. − Техникой определения и удержания границ собственных профессиональных полномочий в спорных клинических ситуациях. − Алгоритмами передачи информации о пациенте − Навыком формулирования профессионального запроса на консультацию коллег и других специалистов. − Техниками предоставления и получения профессиональной обратной связи. − Техниками предоставления и получения профессиональной обратной связи при обсуждении сложных или ошибочных клинических решений. − Алгоритмом конструктивного разрешения внутрикомандных разногласий с соблюдением деонтологических норм и правил медицинской этики.

2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	**Всего, час.**	**Объем по семестрам**	
		1	**2**
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (КР):	26	26	-
Лекционное занятие (Л)	6	6	-
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	20	20	-
Консультации (К)	-	-	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	10	10	-

Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)		-	-	-
Общий объем	**в часах**	**36**	**36**	**-**
	в зачетных единицах	**1**	**1**	**-**

3. Содержание дисциплины (модуля)

Раздел 1. Технологии первичного взаимодействия, установления контакта и сбора клинической информации в практике врача.

1.1. Логика и алгоритм первичного клинического приема: от входа в контакт до структурирования беседы.

1.2. Учет внутренней картины болезни пациента и концепция «Illness vs Disease» на этапе сбора информации

1.3. Создание психологически безопасной среды клинического приема.

1.4. Коммуникативные барьеры в практике взаимодействия врача и пациента и их преодоление.

Раздел 2. Профессиональное информирование пациента и технологии совместного принятия решений

2.1. Профессиональное информирование пациента: техники лингвоадаптации и дозирования информации.

2.2. Технологии совместного принятия решений (Shared Decision Making) и управление комплаенсом.

2.3. Правовые, этические и коммуникативные аспекты оформления Информированного добровольного согласия (ИДС).

Раздел 3. Коммуникативные алгоритмы и этика сообщения сложной и неблагоприятной медицинской информации.

3.1. Психофизиология стресса, горя и кризисных состояний в клинической практике.

3.2. Технологии экстренной допсихологической помощи и валидации острых эмоциональных состояний.

3.3. Алгоритмы и деонтология сообщения неблагоприятной информации (протоколы SPIKES / BREAKS).

3.4. Сообщение диагноза с неблагоприятным течением заболевания и управление острой реакцией.

Раздел 4. Профилактика, деэскалация конфликтных ситуаций и технологии работы с претензиями в клинике.

4.1. Структура и динамика конфликта в медицине: маркеры эскалации и речевые триггеры.

4.2. Алгоритмы деэскалации напряжения и амортизация вербальной агрессии.

4.3. Технологии работы с претензиями: перевод конфликта в предметно-конструктивное русло.

4.4. Профессиональные границы врача и техники эмоциональной саморегуляции в конфликте.

Раздел 5. Межпрофессиональная коммуникация, командное взаимодействие и деонтология клинических дискуссий.

5.1. Стандарты и алгоритмы точной передачи клинической информации (протокол SBAR).

5.2. Роли и границы ответственности в медицинской команде: запрос консультации и делегирование.

5.3. Деонтология клинических дискуссий: аргументация позиции, консилиумы и профессиональная обратная связь.

4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 3

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код компетенции
		Всего	КР	Л	СПЗ	К	СР		
	Семестр 1	**36**	**26**	**6**	**20**	**-**	**10**		
Раздел 1	**Технологии первичного взаимодействия, установления контакта и сбора клинической информации в практике врача**	8	6	2	4	-	2	Тестирование	УК-2

Тема 1.1	Логика и алгоритм первичного клинического приема: от входа в контакт до структурирования беседы	2	1	1	-	-	1		
Тема 1.2	Учет внутренней картины болезни пациента и концепция «Illness vs Disease» на этапе сбора информации	3	2	1	1	-	1		
Тема 1.3	Создание психологически безопасной среды клинического приема	2	2	-	2	-	-		
Тема 1.4	Коммуникативные барьеры в практике взаимодействия врача и пациента и их преодоление	1	1	-	1	-	-		
Раздел 2	**Профессиональное информирование пациента и технологии совместного принятия решений**	6	4	1	3	-	2	Тестирование	УК-2
Тема 2.1	Профессиональное информирование пациента: техники лингвоадаптации и дозирования информации	2	1	1	-	-	1		
Тема 2.2	Технологии совместного принятия решений (Shared Decision Making) и управление комплаенсом	2	2	-	2	-	-		
Тема 2.3	Правовые, этические и коммуникативные аспекты оформления Информированного добровольного согласия (ИДС)	2	1	-	1	-	1		
Раздел 3	**Коммуникативные алгоритмы и этика сообщения сложной и неблагоприятной медицинской информации**	8	6	1	5	-	2	Тестирование	УК-2
Тема 3.1	Психофизиология стресса, горя и кризисных состояний в клинической практике	2	1	1	-	-	1		
Тема 3.2	Технологии экстренной допсихологической помощи и валидации острых эмоциональных состояний	1	1	-	1	-	-		
Тема 3.3	Алгоритмы и деонтология сообщения неблагоприятной информации (протоколы SPIKES / BREAKS)	3	2	-	2	-	1		
Тема 3.4	Сообщение диагноза с неблагоприятным течением заболевания и управление острой реакцией	2	2	-	2	-	-		
Раздел 4	**Профилактика, деэскалация конфликтных ситуаций и технологии работы с претензиями в клинике**	8	6	1	5	-	2	Тестирование	УК-2
Тема 4.1	Структура и динамика конфликта в медицине: маркеры эскалации и речевые триггеры	2	1	1	-	-	1		
Тема 4.2	Алгоритмы деэскалации напряжения и амортизация вербальной агрессии	2	2	-	2	-	-		

Тема 4.3	Технологии работы с претензиями: перевод конфликта в предметно-конструктивное русло	2	2	-	2	-	-		
Тема 4.4	Профессиональные границы врача и техники эмоциональной саморегуляции в конфликте	2	1	-	1	-	1		
Раздел 5	**Межпрофессиональная коммуникация, командное взаимодействие и деонтология клинических дискуссий**	6	4	1	3	-	2	Тестирование	УК-2
Тема 5.1	Стандарты и алгоритмы точной передачи клинической информации	2	1	1	-	-	1		
Тема 5.2	Роли и границы ответственности в медицинской команде: запрос консультации и делегирование	2	2	-	2	-	-		
Тема 5.3	Деонтология клинических дискуссий: аргументация позиции, консилиумы и профессиональная обратная связь	2	1	-	1	-	1		
	Промежуточная аттестация	-	-	-	-	-	-	**Зачет**	**УК-2**
	Общий объем	**36**	**26**	**6**	**20**	**-**	**10**	**-**	-

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами сети «Интернет», а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях и др.

Задания для самостоятельной работы:

Таблица 4

Номер и наименование раздела	Темы (вопросы) для самостоятельной работы
1. Технологии первичного взаимодействия, установления контакта и сбора клинической информации в практике врача	1. Психологические механизмы установления раппорта и доверия в системе «врач — пациент»: Структура перцептивного, коммуникативного и интерактивного компонентов общения на первичном приеме. 2. Внутренняя картина болезни и типы психологического реагирования на заболевание: Диагностические признаки соматонозогнозий и их влияние на поведение пациента. 3. Методики психологической оценки типа отношения к болезни: Правила применения и интерпретации результатов опросника ТОБОЛ (тип отношения к болезни) и шкалы ВКБ. 4. Психологические типы пациентов и коммуникативные барьеры в трудных ситуациях взаимодействия: Специфика сбора информации у тревожных, ипохондрических и демонстративных пациентов. 5. Экспресс-оценка психологического состояния пациента на первичном приеме: Индикаторы и маркеры эмоционального неблагополучия в невербальном поведении пациента.
2. Профессиональное информирование пациента и технологии совместного принятия решений	1. Коммуникативные технологии разъяснения плана лечения и диагностики: Алгоритмы передачи сложных медицинских сведений и принципы трансфера медицинской терминологии.

	2. Методология и инструментарий самооценки коммуникативных навыков врача: Шкалы и чек-листы самоконтроля качества информирования и проверки усвоения знаний пациентом. 3. Факторы, определяющие приверженность лечению в амбулаторной и стационарной практике: Психологические и организационные детерминанты формирования комплаенса и адгерентности. 4. Технологии преодоления информационных барьеров у пациентов с различным уровнем медицинской грамотности: Инструменты наглядной визуализации и структуры письменных рекомендаций. 5. Правовые стандарты и коммуникативное содержание информированного добровольного согласия: Порядок представления пациенту сведений о рисках, альтернативах и прогнозе медицинского вмешательства.
3. Коммуникативные алгоритмы и этика сообщения сложной и неблагоприятной медицинской информации	1. Структура и критерии протокола сообщения неблагоприятных известий: Пошаговый алгоритм проведения бесед высокой степени сложности. 2. Методика объективной оценки навыков врача при сообщении плохих новостей: Чек-листы оценочных рубрик и индикаторы эффективности проведения сложного разговора. 3. Психофизиология острой стрессовой реакции на неблагоприятный диагноз: Физиологические, когнитивные и поведенческие проявления шока, аффекта и отказа от восприятия информации. 4. Технологии эмоциональной подстройки и поддержки при сообщении сложного прогноза: Алгоритмы применения вербальной и невербальной эмпатии без нарушения профессиональных границ. 5. Правовые условия информирования родственников и законных представителей тяжелобольного пациента: Порядок и границы разглашения медицинской информации с учетом требований законодательства.
4. Профилактика, деэскалация конфликтных ситуаций и технологии работы с претензиями в клинике	1. Классификация, причинно-следственные связи и стадии развития конфликтов в клинике: Особенности управления конфликтами с пациентами и их родственниками. 2. Правовые механизмы защиты профессиональной чести, достоинства и безопасности врача: Юридические границы допустимого поведения пациента и алгоритмы действий при вербальной агрессии и оскорблениях. 3. Алгоритмы и техники психологической деэскалации агрессивного поведения: Алгоритмы нейтрализации эмоционального напряжения и амортизации претензий на ранних стадиях конфликта. 4. Порядок фиксации конфликтных ситуаций и претензий в медицинской документации: Коммуникативные и правовые правила оформления записей при отказе от лечения или нарушении режима. 5. Методики профилактики профессионального выгорания и эмоциональной саморегуляции врача: Способы сохранения психологической устойчивости в условиях конфликтного взаимодействия.
5. Межпрофессиональная коммуникация, командное взаимодействие и деонтология клинических дискуссий	1. Психологические закономерности и деонтологические нормы внутрикомандного общения в медицине: Принципы формирования профессионального авторитета и корпоративной культуры. 2. Правовое регулирование разграничения ответственности членов врачебной бригады и консультантов: Юридическое оформление протоколов консилиумов и врачебных комиссий. 3. Стандарты профессионального обмена информацией при передаче пациентов: Алгоритмы минимизации потерь клинических данных при межсекторальном и межотраслевом взаимодействии. 4. Культура и правила предоставления профессиональной обратной связи в клинике: Этика проведения клинико-анатомических разборов и обсуждения сложных врачебных решений. 5. Способы конструктивного разрешения профессиональных разногласий в коллективе: Технологии отстаивания клинической позиции с соблюдением деонтологических норм.

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях.

6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего

контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине (модулю).

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1	Творогова, Н. Д. Психология общения с пациентом : учебное пособие / Н. Д. Творогова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-8973-4, DOI: 10.33029/9704-8973-4-PSIH-2025-1-448. - Электронная версия.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970489734.html
2	Васильева, Е. Ю. Плохие новости: алгоритм сообщения пациенту и методика оценки навыков врача / Е. Ю. Васильева, Л. Н. Кузьмина, Е. В. Дьяченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-8178-3, DOI: 10.33029/9704-8178-3-BN-2024-1-160. - Электронная версия.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481783.html
3	Успешная коммуникация - врач и пациент / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-8120-2, DOI: 10.33029/9704-8120-2-SUC-2024-1-144.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970481202.html
4	Разрешение конфликтов с пациентами и их родственниками : руководство / И. М. Спивак. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970499641.html
5	Понкина, А. А. Права врачей / А. А. Понкина, И. В. Понкин. - 4-е изд., доп. и перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-8991-8, DOI: 10.33029/9704-8991-8-ROD-2025-1-304.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970489918.html
6	Самооценка коммуникативных навыков врачами-ординаторами / Е.Ю. Васильева, Т.В. Семенова, Л.Н. Кузьмина, Е.В. Дьяченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - ISBN 978-5-9704-9094-5, DOI: 10.33029/9704-9094-5-SKN-2025-1-184.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970490945.html
7	Клиническая психология лечебного процесса : учебное пособие / под ред. Н. А. Сирота. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-7658-1, DOI: 10.33029/9704-7658-1-CPTP-2023-1-400.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476581.html
8	Психология взаимоотношений врача и пациента : учеб. пос. / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с. : ил.	Удаленный доступ. Режим доступа: доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/ru/doc/ISBN9785970429358-0002.html

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт РНИМУ: адрес ресурса – https://rsmu.ru/, на котором содержатся сведения об Университете и его подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых программах ординатуры/этапах программы ординатуры, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей

квалификации (далее – АС ПКВК);

2. ЭБС РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система;
8. https://minobrnauki.gov.ru/ – Министерство науки и высшего образования РФ;
9. https://obrnadzor.gov.ru/ – Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки;
10. https://mintrud.gov.ru/ – Министерство труда и социальной защиты РФ.

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. http://www.consultant.ru Консультант студента – компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. https://www.garant.ru Гарант.ру – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. https://www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования.

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Компьютерные классы	Компьютерная техника с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде РНИМУ.
2	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Компьютерная техника с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде РНИМУ.

Программное обеспечение

- МТС Линк;
- Microsoft Windows 7, 10, 11;
- MS Office 2013, 2016, 2019, 2021;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- ADOBE CC;
- Photoshop;
- iSpring;
- Adobe Reader;
- Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- FastStone Image Viewer;
- Ubuntu 20.04;
- Astra Linux;
- Debian.

9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по первому этапу программы ординатуры, утвержденным Университетом самостоятельно.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются лекционные, практические занятия, а также занятия семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим) занятиям, текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по первому этапу программы ординатуры, утвержденным Университетом самостоятельно.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

— рекомендуемую литературу;

— задания для подготовки к семинарам (практическим) занятиям – вопросы для обсуждения и др.;

— задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);

— вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины (модуля), позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и (или) on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения.

Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить литературу, список которой приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины (модуля) и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины (модуля).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной

аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

При проведении учебных занятий необходимо обеспечить развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений на основе групповых дискуссий, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплин (модулей) в форме курсов, составленных на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей и т.п.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ) «НАВЫКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ»

Специальность

31.08.57 Онкология

Этап программы ординатуры

Первый этап

Москва, 2026 г.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.	Знать	– Структуру и логику клинической беседы, правила и алгоритмы ее проведения. – Различия между медицинской задачей приема и субъективным восприятием болезни пациентом (его опасениями и ожиданиями), концепцию разделения «Болезни» (Disease) и «Переживания болезни» (Illness). – Структуру внутренней картины болезни пациента и ее влияние на качество клинической коммуникации. – Факторы возникновения коммуникативных барьеров. – Принципы создания психологически безопасной среды клинического приема. – Принципы передачи медицинской информации неспециалистам (лингвоадаптация, структурирование, улучшение понимания). – Факторы, влияющие на комплаенс (приверженность лечению) и адгерентность, причины несоблюдения врачебных назначений. – Принципы формирования партнерского соглашения (Shared Decision Making) между врачом и пациентом. – Правовые и этические основы информирования. – Понятие неблагоприятной информации в медицине. Закономерности индивидуального восприятия неблагоприятной информации. Психофизиологию стрессового ответа. Закономерности и психологические этапы реакции человека на стресс, тяжелое известие и утрату. – Правила подготовки условий и среды для проведения сложного разговора с пациентом или его родственниками. Правовые и деонтологические рамки информирования. – Классификацию конфликтов в медицине. Понятие конфликтогенов, речевых триггеров и механизмов эскалации. – Источники и причины претензий пациентов. – Закономерности поведения человека в условиях стресса, аффекта и угрозы. – Стадии развития и фазы эскалации конфликтного взаимодействия. Принципы и алгоритмы деэскалации эмоционального напряжения. – Стратегии и технологии перевода эмоционального конфликта в предметно-конструктивное русло. – Психологические механизмы саморегуляции и сохранения профессиональной позиции врача в эмоционально напряженной среде. – Границы допустимого поведения (правовые, деонтологические, организационные) в общении «врач – пациент» и методы защиты от вербального нападения. – Правила фиксации претензий. – Распределение ролей и зон ответственности в медицинской команде, границы компетенции участников медицинской команды. – Стандарты передачи медицинской информации, риски потерь и искажений при передаче информации. Методы профилактики потерь и искажений при передаче информации. – Причины и типы разногласий в профессиональном взаимодействии. – Деонтологические нормы и правила ведения клинических дискуссий, разборов и консилиумов.
	Уметь	– Инициировать и структурировать клиническую беседу. – Применять инструментарий (принципы и техники) клинического расспроса. – Выдерживать тайминг приема. – Выявлять истинную повестку обращения и ожидания пациента от приема/госпитализации. Выявлять и дифференцировать субъективное восприятие болезни пациентом. – Распознавать и преодолевать коммуникативные барьеры.

		− Организовывать психологически безопасное пространство клинического приема. − Структурировать и дозировать медицинскую информацию.Адаптировать медицинскую информацию соответственно уровню восприятия и медицинской грамотности пациента. − Вовлекать пациента в обсуждение и согласование плана ведения. − Проверять полноту и ясность понимания пациентом полученных рекомендаций. − Оформлять Информированное добровольное согласие в рамках правовых норм − Оценивать готовность пациента к восприятию сложной и неблагоприятной информации. − Организовывать условия и готовность пациента к сообщению сложной и неблагоприятной информации. Управлять передачей неблагоприятной информации.Принимать и поддерживать эмоциональные реакции пациента, конструктивно реагировать на острые эмоциональные проявления. − Распознавать маркеры нарастания эмоционального напряжения и признаки эскалации на ранних стадиях беседы. − Управлять собственным эмоциональным состоянием. − Трансформировать конфликт в конструктивное взаимодействие. Отделять эмоциональный накал собеседника от конструктивной сути его претензии или проблемы. − Устанавливать твердые профессиональные границы. − Определять границы собственной профессиональной компетенции и своевременно привлекать других участников команды (консультантов, смежных специалистов, старших коллег) к решению сложных или выходящих за рамки профильной специальности клинических задач. − Делегировать задачи и формулировать назначение среднему и младшему медицинскому персоналу с учетом их функциональных обязанностей и зоны ответственности. − Передавать клиническую информацию без потерь и искажений, запрашивать и уточнять клиническую информацию. − Конструктивно участвовать в клинических обсуждениях и совместном ведении пациентов. − Конструктивно аргументировать свою клиническую позицию при проведении консилиумов, врачебных комиссий и клинических разборов. − Вести профессиональную дискуссию при наличии разногласий в коллегии с сохранением фокуса на интересах и безопасности пациента.
	Владеть	− Алгоритмом входа в клинический контакт. − Техниками активного слушания, структурирования и навигации диалога. − Алгоритмами исследования внутренней картины болезни. − Приемами преодоления коммуникативных барьеров (возрастных, языковых, эмоциональных). − Навыками формирования и удержания психологически безопасного клинического коммуникационного взаимодействия. − Навыками коммуникативной гибкости. − Техниками проверки полноты и правильности усвоения пациентом рекомендаций. − Алгоритмами совместного принятия решений (Shared Decision Making). − Алгоритмом оформления Информированного добровольного согласия. − Навыками распознания и стабилизации критических эмоциональных состояний. Техниками валидации эмоционального состояния пациента. − Алгоритмом сообщения неблагоприятной информации. Алгоритмом сохранения профессиональной позиции и контроля беседы при остром проживании горя пациентом/родственниками. − Алгоритмами деэскалации конфликта.

		– Техниками саморегуляции и эмоциональной амортизации вербальной агрессии и претензий. – Техниками структурирования претензий и переформулирования проблемы в рабочие задачи. – Сценариями обозначения, удержания профессиональных границ и ассертивного поведения. – Алгоритмом (сценарием) формирования и адресации профессионального запроса к смежным специалистам с четким разделением зон ответственности. – Техникой определения и удержания границ собственных профессиональных полномочий в спорных клинических ситуациях. – Алгоритмами передачи информации о пациенте – Навыком формулирования профессионального запроса на консультацию коллег и других специалистов. – Техниками предоставления и получения профессиональной обратной связи. – Техниками предоставления и получения профессиональной обратной связи при обсуждении сложных или ошибочных клинических решений. – Алгоритмом конструктивного разрешения внутрикомандных разногласий с соблюдением деонтологических норм и правил медицинской этики.

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырехбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Раздел, тема	**Наименование разделов, тем**	**Форма контроля**	**Оценочное задание**	**Код компетенций**
	Семестр 1			
Раздел 1	**Технологии первичного взаимодействия, установления контакта и сбора клинической**	Тестирование	**1. Согласно Калгари-Кембриджскому руководству, базовым элементом этапа «Начало приема» является:** − Выяснение жалоб и анамнеза заболевания; − Установление контакта и согласование повестки встречи; − Проведение физикального осмотра пациента; − Разъяснение плана лечебно-диагностических мероприятий;	УК-2

	информации в практике врача		− Подписание информированного добровольного согласия. **2. Различие между концепциями «Disease» и «Illness» в клинической коммуникации заключается в том, что:** − «Disease» относится к инфекционным заболеваниям, а «Illness» – к соматическим; − «Disease» отражает объективный патологический процесс, а «Illness» – индивидуальный опыт и переживание болезни пациентом; − «Disease» описывает психосоматические расстройства, а «Illness» – хирургическую патологию; − «Disease» – это диагноз при выписке, а «Illness» – предварительный диагноз; − «Disease» применяется в амбулаторной практике, а «Illness» – в стационарной. **3. Использование открытых вопросов на этапе сбора информации целесообразно для:** − Получения точных цифровых данных (дозировки, даты); − Сбора максимального объема информации в условиях дефицита времени; − Выявления целостной картины заболевания и опасений пациента; − Быстрой проверки комплаенса; − Фиксации согласия пациента с предложенным планом. **4. Коммуникативная техника «скрининг повестки» (Agenda Setting) направлена на:** − Полную проверку медицинской документации пациента перед приемом; − Выявление полного списка проблем и вопросов, с которыми пришел пациент, в начале беседы; − Скрининговое анкетирование на наличие тревоги и депрессии; − Быстрый осмотр кожных покровов и видимых слизистых; − Хронометраж продолжительности консультации. **5. При сборе информации техника «Chunk & Check» («Дозируй и проверяй») предполагает:** − Выдачу всей информации одним блоком с последующим письменным тестированием; − Передачу информации небольшими порциями с паузами для проверки понимания; − Использование только закрытых вопросов при выяснении анамнеза; − Сбор информации исключительно через анкетирование; − Проверку уровня медицинской грамотности пациента до начала приема.	
Раздел 2	**Профессиональное информирование пациента и технологии совместного принятия решений**	Тестирование	**1. Метод «Teach-Back» в клинической практике используется для:** − Обучения ординаторов правилам ведения амбулаторного приема; − Проверки того, насколько правильно и полно пациент понял предоставленную информацию; − Предоставления пациенту учебной литературы по его заболеванию; − Обучения родственников пациента уходу в домашних условиях; − Оценки качества работы медицинского персонала. **2. Модель совместного принятия решений (Shared Decision Making) предполагает:** − Авторитарный выбор врачом единственного варианта лечения;	УК-2

			− Передачу всей ответственности за выбор лечения исключительно пациенту; − Двусторонний обмен информацией и согласование лечебного плана с учетом ценностей пациента; − Принятие решения врачебной комиссией без участия пациента; − Подписание стандартного бланка отказа от медицинской помощи. **3. Принципом лингвоадаптации медицинской информации при разговоре с пациентом является:** − Использование латинской терминологии для точности формулировок; − Замена профессиональных медицинских терминов на общеупотребительные аналоги; − Сокращение времени разъяснений до 1–2 минут; − Предоставление информации исключительно в виде графиков и схем; − Использование профессионального жаргона для подчеркивания экспертного статуса. **4. Для повышения приверженности лечению (комплаенса) наиболее эффективным коммуникативным шагом является:** − Предупреждение о юридической ответственности за несоблюдение назначений; − Обсуждение с пациентом возможных барьеров и его готовности следовать плану лечения; − Увеличение количества назначаемых лекарственных препаратов; − Передача инструкций через родственников пациента; − Назначение повторного приема через длительный промежуток времени. **5. Информированное добровольное согласие (ИДС) в контексте клинической коммуникации представляет собой:** − Формальный документ, подписываемый в регистратуре до встречи с врачом; − Непрерывный процесс информирования и диалога между врачом и пациентом; − Инструмент снятия с врача любой юридической ответственности; − Способ сокращения времени физикального осмотра; − Процедуру, необходимую только при проведении полостных операций.	
Раздел 3	**Коммуникативные алгоритмы и этика сообщения сложной и неблагоприятной медицинской информации**	Тестирование	**1. В протоколе SPIKES буква «S» (Setting up) на первом этапе означает:** − Сбор анамнеза болезни (Story); − Подготовку условий пространства, времени и приватности беседы; − Оценку симптомов заболевания (Symptoms); − Определение социального статуса пациента (Social); − Составление плана лечения (Strategy). **2. При сообщении неблагоприятных новостей этап оценки восприятия пациента (Perception в SPIKES) необходим для:** − Экономии времени врача за счет пропуска очевидных фактов; − Выяснения того, что пациент уже знает или догадывается о своем состоянии; − Оценки уровня интеллекта и образования пациента; − Определения психиатрического анамнеза; − Проверки правильности занесения данных в медицинскую карту. **3. Реагирование на аффективную реакцию пациента при получении тяжелых известий требует использования техники:**	УК-2

			− Немедленного переключения внимания на юридические документы; − Эмпатического присоединения и валидации эмоций (техника NURS); − Доказывания объективной неизбежности диагноза; − Прекращения беседы до полного успокоения пациента; − Аргументированного спора с отрицанием аргументов пациента. **4. Если пациент после получения тяжелого известия находится в стадии отрицания (по Кюблер-Росс), врачу рекомендуется:** − Насильно доказывать правильность результатов анализов; − Принять реакцию, не ломать защитный механизм агрессивно и дать время на адаптацию; − Немедленно направить пациента к психотерапевту; − Выписать пациента за несоблюдение рекомендаций; − Скрыть истинный диагноз и изменить тактику лечения. **5. Согласно нормам врачебной тайны, информирование родственников о диагнозе совершеннолетнего недееспособного пациента допустимо:** − В любом случае по первому требованию родственников; − Только при наличии письменного согласия пациента или указания его законного представителя; − Только с разрешения главного врача медицинской организации; − По усмотрению лечащего врача без ограничений; − Только в присутствии сотрудников правоохранительных органов.	
Раздел 4	**Профилактика, деэскалация конфликтных ситуаций и технологии работы с претензиями в клинике**	Тестирование	**1. Конфликтогеном в диалоге с пациентом является:** − Активное слушание и паузы в речи; − Использование категоричных оценок, перебивание и демонстрация превосходства; − Уточнение информации с помощью открытых вопросов; − Выражение эмпатии и сочувствия; − Подведение итогов сказанного пациентом. **2. Первым шагом при деэскалации вербальной агрессии пациента является:** − Указание пациенту на неккоректность его поведения; − Дать пациенту выплеснуть эмоции, не перебивая и сохраняя спокойствие; − Вызов службы безопасности или администрации клиники; − Доказательство ошибочности претензий с опорой на нормативные акты; − Молчаливый уход из кабинета. **3. Техника «вербализации чувств» при работе с претензией заключается в:** − Описании собственных негативных эмоций по отношению к пациенту; − Озвучивании и признании эмоционального состояния пациента («Я вижу, что вы взволнованы»); − Подробном зачитывании инструкции по рассмотрению жалоб; − Пересказе жалобы пациента медицинскому маркеру; − Полном игнорировании эмоциональной компоненты диалога. **4. Ассертивное поведение врача при конфликтном взаимодействии предполагает:** − Агрессивный отпор и защиту позиции любой ценой;	УК-2

			− Пассивное уступление всем требованиям пациента во избежание жалоб; − Уверенное и спокойное отстаивание профессиональной позиции с уважением к пациенту; − Использование манипулятивных техник и скрытых угроз; − Перекладывание ответственности на руководство клиники. **5. При оформлении письменного ответа или фиксации конфликтной ситуации в документации врачу следует:** − Использовать эмоционально окрашенные оценочные суждения о личности пациента; − Фиксировать только объективные факты, действия и хронологию событий; − Избегать указания конкретных дат и времени; − Описывать собственные предположения о мотивах пациента; − Уничтожать первичные записи в случае эскалации конфликта.	
Раздел 5	**Межпрофессиональная коммуникация, командное взаимодействие и деонтология клинических дискуссий**	Тестирование	**1. Протокол SBAR в межпрофессиональной коммуникации используется для:** − Сообщения пациенту неблагоприятного диагноза; − Структурированной и быстрой передачи информации о пациенте между специалистами; − Оформления информированного добровольного согласия; − Проведения первичного опроса на амбулаторном приеме; − Оценки уровня эмоционального выгорания врачей. **2. Буква «А» в аббревиатуре протокола SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) обозначает:** − Действие врача (Action) ; − Оценку текущего состояния пациента специалистом (Assessment); − Анализ медицинской документации (Analysis); − Назначение анализов (Analyses); − Алгоритм эвакуации (Algorithm). **3. Критика действий коллеги в присутствии пациента или его родственников является:** − Допустимой, если коллега допустил очевидную ошибку; − Грубым нарушением медицинской деонтологии и профессиональной этики; − Необходимой для демонстрации высокой квалификации лечащего врача; − Обязательной согласно стандартам качества оказания помощи; − Допустимой только с разрешения заведующего отделением. **4. Эффективная обратная связь (Feedback) по правилу «сэндвича» при обсуждении работы ординатора включает:** − Только указание на допущенные ошибки и варианты наказания; − Похвалу/положительный аспект → конструктивную критику зоны роста → поддержку и подведение итогов; − Длительный разбор ошибок → похвалу в конце; − Сравнение результатов ординатора с успеваемостью его коллег; − Перечисление замечаний без предложения решений. **5. Границы профессиональной компетенции врача-ординатора требуют:**	

			− Самостоятельного принятия решений по любым клиническим случаям; − Своевременного обращения за консультацией к куратору/старшему коллеге при сложных случаях; − Отказа от выполнения любых медицинских манипуляций; − Скрытия факта неуверенности от пациентов и коллег; − Делегирования всех обязанностей среднему медицинскому персоналу.	

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации зачету.

Тестовые задания

1. Первым этапом алгоритма установления контакта по Калгари-Кембриджскому руководству является:

– согласование повестки консультации;

– приветствие, представление и уточнение имени и отчества пациента;

– выяснение основной жалобы;

– проведение физикального осмотра;

– проверка медицинской документации.

2. Основным отличием концепции «Illness» от «Disease» в современной практике общения с пациентом является:

– фокус на объективных патоморфологических изменениях;

– ориентация на субъективное восприятие, переживание и социальные последствия болезни для пациента;

– использование исключительно нозологических критериев МКБ;

– применение функциональных методов диагностики;

– оценка фармакодинамики назначаемых препаратов.

3. Техника «скрининг повестки» (Agenda Setting) в начале амбулаторного приема позволяет:

– сократить время приема до минимально допустимого;

– выявить полный спектр проблем и ожиданий пациента до переключения на подробный расспрос;

– избежать необходимости оформления информированного добровольного согласия;

– переложить ответственность за выбор лечения на пациента;

– ограничить пациента обсуждением только одной жалобы.

4. При сборе анамнеза использование закрытых вопросов наиболее оправдано в ситуации:

– выявления эмоционального отношения пациента к болезни;

– уточнения конкретных детерминант (точная дозировка, дата операции, наличие аллергии);

– исследования внутренних опасений пациента;

– первичного знакомства с историей заболевания;

– определения социальных условий жизни пациента.

5. Метод «Chunk & Check» («Дозируй и проверяй») в структуре сбора и выдачи информации предназначен для:

– выдачи всего объема информации в конце консультации во избежание вопросов;
– порционной подачи информации с паузами для контроля степени ее усвоения пациентом;
– проверки уровня интеллекта пациента перед началом приема;
– сокращения диалога с родственниками пациента;
– заполнения электронной медицинской карты непосредственно во время беседы.

6. Внутренняя картина болезни (ВКБ) — это:
– патологоанатомическое описание органа во время секции;
– целостный индивидуальный образ заболевания в сознании пациента, включающий интеллектуальный и эмоциональный компоненты;
– список назначений в амбулаторной карте;
– прогноз заболевания, составленный консилиумом врачей;
– сумма объективных симптомов, выявленных при осмотре.

7. К невербальным средствам установления контакта при первичном приеме относится:
– выбор академических терминов в речи;
– сохранение открытой позы, зрительного контакта и доброжелательной интонации;
– быстрое заполнение медицинской карты на компьютере без отвлечения на пациента;
– использование директивного тона при отдаче команд;
– кивание головой каждые три секунды.

8. Вопрос врача «Что именно вас больше всего беспокоит в этих симптомах?» относится к типу:
– закрытых вопросов;
– открытых вопросов, выявляющих субъективные опасения пациента;
– наводящих вопросов;
– провокационных вопросов;
– заменяющих вопросов.

9. Опасность использования наводящих вопросов при сборе анамнеза заключается в:
– затягивании времени приема;
– навязывании пациенту симптомов, которых у него на самом деле нет;
– вызове агрессивной реакции со стороны пациента;
– нарушении врачебной тайны;
– снижении уровня доверия к лаборатории.

10. Психофизиологический эффект «первого впечатления» в диалоге с пациентом формируется в течение:
– первых 10–30 секунд взаимодействия;
– первых 15 минут беседы;
– только после проведения полного физикального осмотра;
– после выписки первого рецепта;
– к концу повторного приема.

11. Техника «эхо-слушания» (повторение последнего слова или фразы пациента) применяется для:
– демонстрации превосходства врача;
– поощрения пациента к продолжению рассказа без прямого перебивания;

– проверки слуха пациента;
– заполнения возникающих паузах в разговоре;
– ускорения проведения приема.

12. При работе с пожилым пациентом со сниженным слухом врач в первую очередь должен:
– кричать как можно громче прямо в ухо пациенту;
– говорить членораздельно, немного медленнее, находясь в поле зрения пациента;
– передать всю коммуникацию сопровождающим родственникам;
– отказаться от устного общения и общаться только письменно;
– сократить время приема до двух минут.

13. Под концепцией «калибровки» в невербальной коммуникации понимается:
– измерение артериального давления перед началом беседы;
– отслеживание изменений в мимике, позе и дыхании пациента для оценки его эмоционального состояния;
– подбор правильной дозировки лекарственного средства;
– настройка медицинского оборудования;
– оценка массы тела пациента.

14. Для выявления скрытых причин обращения («скрытая повестка») наиболее эффективен вопрос:
– «Вы ведь понимаете, что вам нужно лечь в стационар?»;
– «Есть ли что-то еще, о чем вы волнуетесь, но мы сегодня не обсудили?»;
– «Почему вы не пришли на прием неделю назад?»;
– «Вас устраивает цена этого препарата?»;
– «Вы принимали лекарства по схеме?».

15. Дистанция общения между врачом и пациентом на этапе сбора анамнеза должна соответствовать:
– интимной зоне (до 45 см);
– личной/социальной зоне (приблизительно от 1 до 1,5 метров);
– публичной зоне (более 3,5 метров);
– расстоянию в 5 метров;
– расстоянию не менее 10 см.

16. Если пациент на открытый вопрос начинает давать чрезмерно детализированный, уводящий в сторону ответ, врачу следует:
– резко прервать пациента и повысить голос;
– использовать мягкую резюмирующую технику с последующим закрытым или фокусированным вопросом;
– встать и выйти из кабинета;
– игнорировать слова и писать в карте;
– передать пациента другому специалисту.

17. Калгари-Кембриджская модель коммуникации выделяет в структуре приема следующих два непрерывных процесса:
– осмотр и выписка рецепта;

– выстраивание отношений и структурирование беседы;
– сбор денег и оформление документов;
– забор анализов и постановка диагноза;
– чтение лекции и проверка знаний.

18. Техника «обобщение/резюмирование» в середине сбора анамнеза позволяет:
– проверить, правильно ли врач понял сказанное пациентом, и структурировать диалог;
– сократить консультацию;
– продемонстрировать пациенту память врача;
– заполнить паузу при поиске амбулаторной карты;
– перейти к обсуждению сторонних тем.

19. При сборе информации о деликатных/интимных аспектах жизни пациенту в первую очередь необходимо:
– объяснить клиническую целесообразность этих вопросов и гарантировать конфиденциальность;
– задать эти вопросы при родственниках для подтверждения фактов;
– настаивать на немедленном ответе под угрозой отказа в помощи;
– передать опросник через регистратуру;
– спросить об этом в коридоре.

20. Понятие «эмпатия» в клиническом общении означает:
– полное эмоциональное слияние и переживание боли пациента как собственной;
– способность распознать и осознанно отразить эмоциональное состояние пациента без потери профессиональной позиции;
– проявление жалости и попустительства;
– холодное и безразличное отношение к больному;
– выполнение всех капризов пациента.

21. Феномен «дверной ручки» (Doorbell phenomenon) проявляется в том, что пациент:
– ломает дверную ручку при выходе из кабинета;
– озвучивает самую главную или тревожащую его проблему перед самым выходом из кабинета;
– отказывается входить в кабинет врача;
– стучит в дверь во время приема другого пациента;
– требует открытых дверей в палате.

22. Основная цель этапа «Согласование плана осмотра/консультации» заключается в:
– получении предоплаты за услуги;
– выравнивании ожиданий врача и пациента относительно результатов текущего визита;
– проведении жеребьевки среди пациентов;
– утверждении графика отпусков персонала;
– демонстрации административного регламента.

23. Какое поведение врача нарушает эмоциональный контакт на этапе знакомства?
– Приветствие пациента по имени и отчеству;
– Отсутствие зрительного контакта и обращение к пациенту спиной;
– Предложение сесть на стул;

– Уточнение цели визита;

– Короткая пауза для того, чтобы пациент сел.

24. Термин «патерналистская модель» в коммуникации характеризуется:

– равноправным партнерством;

– позицией врача как «авторитарного отца», принимающего все решения за пассивного пациента;

– доминированием пациента над врачом;

– полным отсутствием руководящей роли врача;

– коллегиальным обсуждением на консилиуме.

25. При сборе анамнеза у пациента с высокой степенью тревожности наиболее эффективной коммуникативной позицией врача будет:

– демонстрация спешки и раздражения;

– спокойный, ровный темп речи, валидация чувств и четкое структурирование информации;

– использование иронии;

– полное молчание на протяжении всего приема;

– назначение успокоительных средств до начала опроса.

26. Главной целью применения метода «Teach-Back» при завершении клинической консультации является:

– проверка профессиональной эрудиции врача;

– оценка того, как пациент понял ключевые элементы плана лечения своими словами;

– обучение пациента медицинской терминологии;

– подготовка пациента к сдаче квалификационного экзамена;

– экономия времени на оформление письменных рекомендаций.

27. Модель совместного принятия решений (Shared Decision Making) наиболее применима в ситуации:

– оказания экстренной медицинской помощи при бессознательном состоянии пациента;

– наличия нескольких лечебно-диагностических опций с разным соотношением пользы и рисков;

– категорического требования пациента назначить заведомо вредный препарат;

– выполнения рутинных процедур, не имеющих альтернатив;

– проведения плановой санитарной обработки помещения.

28. Основным правилом лингвоадаптации врачебной речи является:

– активное использование латинских терминов для повышения авторитета врача;

– замена узкоспециализированных медицинских терминов понятными метафорами и бытовыми аналогами;

– сокращение объяснений до односложных команд;

– использование только письменных инструкций без устных пояснений;

– проведение беседы исключительно на языке медицинской номенклатуры.

29. Главным фактором формирования высокого уровня приверженности лечению (комплаенса) со стороны коммуникации является:

– диктаторский стиль общения и угроза выписки за нарушение режима;

– совместное обсуждение с пациентом схемы приема и возможных барьеров к выполнению назначений;

– назначение максимального количества лекарственных средств;

– передача всей ответственности за схему приема родственникам;

– отсутствие повторных визитов и контроля состояния.

30. Информированное добровольное согласие (ИДС) в парадигме биоэтики и профессиональной коммуникации следует рассматривать как:

– разовый юридический документ, защищающий клинику от любых исков;

– непрерывный коммуникативный процесс информирования, диалога и согласования действий;

– формальность, которую пациент должен подписать в регистратуре;

– способом полностью снять с врача ответственность за исход лечения;

– процедуру, необходимую только при проведении хирургических вмешательств.

31. Метод «взвешивания рисков и пользы» при обсуждении операции с пациентом требует от врача:

– сокрытия информации обо всех возможных осложнениях во избежание паники;

– предоставления объективных данных о вероятности успеха и рисков доступным языком в сравнении с отказом от вмешательства;

– категоричного приказа подписать документы без чтений;

– запугивания пациента летальным исходом;

– перекладывания обязанности по объяснению на медсестру.

32. Низкий уровень медицинской грамотности (Health Literacy) пациента требует от врача:

– увеличения скорости речи;

– использования простых наглядных пособий, рисунков и избегания сложных процентов и терминов;

– отказа от проведения лечения;

– выдачи инструкции на латыни;

– общения только через юрисконсульта.

33. Термин «адгерентность» (Adherence) отличается от «комплаенса» тем, что подразумевает:

– слепое и пассивное подчинение пациента приказам врача;

– осознанное согласие и активное участие пациента в соблюдении согласованных рекомендаций;

– полный отказ от приема лекарственных препаратов;

– прием препаратов исключительно во время нахождения в стационаре;

– замену лекарств на народные средства.

34. При подаче информации о вероятности побочных эффектов фраза «у 95 из 100 человек побочных эффектов нет» воспринимается пациентом лучше, чем «риск побочных эффектов 5%». Это иллюстрирует коммуникативный эффект:

– фрейминга (рамки восприятия);

– плацебо;

– гало-эффекта (ореола);

– эффекта края;
– первичного отторжения.

35. Что из перечисленного НЕ входит в основные этапы модели совместного принятия решений?
– Объяснение того, что существует выбор;
– Обсуждение вариантов и их особенностей;
– Выяснение предпочтений и ценностей пациента;
– Принуждение пациента к выбору самого дорогого метода;
– Совместное согласование итогового шага.

36. Если пациент отказывается от необходимого лечения, первейшей коммуникативной задачей врача является:
– выгнать пациента из кабинета;
– выяснить причины и опасения, стоящие за отказом, и проверить правильность понимания последствий;
– немедленно вызвать полицию;
– подписать отказ за пациента своей рукой;
– проигнорировать отказ и провести манипуляцию насильно.

37. Для закрепления сложной схемы приема нескольких препаратов врачу рекомендуется:
– продиктовать схему один раз на высокой скорости;
– структурировать памятку письменно, привязав прием лекарств к привычным бытовым ритуалам пациента (завтрак, сон);
– попросить пациента запомнить все наизусть;
– написать названия на латыни без указания времени;
– отправить пациента читать инструкцию в интернете.

38. Ошибка информирования, называемая «иллюзией прозрачности», заключается в том, что врач:
– думает, что пациент понял его идеально, хотя тот стесняется переспросить;
– предоставляет карту для ознакомления;
– показывает рентгеновский снимок на просвет;
– говорит слишком тихо;
– использует слишком прозрачные намеки.

39. Понятие «ноцебо-эффект» в клинической коммуникации проявляется в:
– улучшении состояния от доброго слова врача;
– возникновении реальных побочных эффектов или ухудшения самочувствия из-за неосторожных слова врача или запугивания;
– отсутствии реакции на медикаменты;
– быстром заживлении ран;
– потере памяти у пациента.

40. Какая форма вопроса лучше всего подходит для применения техники Teach-Back?
– «Вы ведь все поняли?»;
– «У вас нет вопросов?»;

– «Чтобы я был уверен, что ничего не упустил: повторите, пожалуйста, как вы будете принимать этот препарат?»;

– «Я понятно объясняю?»;

– «Запомнили?».

41. При согласовании плана лечения с родственниками дееспособного пациента врач обязан:

– ставить мнение родственников выше мнения пациента;

– получить предварительное согласие самого пациента на обсуждение его лечения с родственниками;

– игнорировать присутствие пациента;

– требовать оплаты за консультацию родственников;

– общаться с родственниками только в тайне от пациента.

42. Основным недостатком письменных памятках без устного разъяснения является:

– высокая стоимость бумаги;

– отсутствие возможности проверить понимание текста пациентом и ответить на его индивидуальные вопросы;

– юридическая недействительность;

– сложность хранения в архиве;

– запрет Минздрава на их использование.

43. Выражение «Препарат нужно пить каждые 8 часов» эффективнее формулировки «Пейте 3 раза в день», потому что:

– содержит меньше букв;

– обеспечивает равномерную концентрацию вещества в крови и исключает путаницу со временем;

– звучит более строго;

– упрощает работу медсестры;

– позволяет экомить лекарство.

44. При предоставлении пациенту выбора между хирургическим и консервативным лечением врач должен:

– скрыть один из методов;

– нейтрально и сбалансированно описать плюсы, минусы и последствия обоих методов;

– настоять на хирургическом методе, так как он дороже;

– попросить пациента бросить жребий;

– отказаться от высказывания своего мнения.

45. Оптимальным способом подачи статистической информации пациенту является использование:

– абсолютных чисел и наглядных естественных частот (например, «5 из 100 человек»);

– сложных формул вероятностей;

– относительных процентов без пояснений («риск ниже на 50%»);

– p-value и доверительных интервалов;

– абстрактных терминов («иногда», «изредка»).

46. В процессе информирования пациента с высокой степенью тревоги полезно использовать технику «заземления», которая заключается в:

– предложении лечь на пол;

– структурировании беседы, уменьшении объема выдаваемой за раз информации и фокусировке на ближайшем шаге;

– повышении тона голоса;

– уходе врача из кабинета;

– включении громкой музыки.

47. При информировании пациента о предстоящей болезненной манипуляции наиболее корректно сказать:

– «Больно не будет вообще, вы ничего не почувствуете» (даже если это не так);

– «Сейчас будет небольшое уколывание или давление, которое продлится около 10 секунд»;

– «Терпите, это адская боль, но надо»;

– Молча провести манипуляцию без предупреждения;

– «Не будьте ребенком».

48. Право пациента на «незнание» (отказ от получения подробной медицинской информации):

– не существует в законодательстве;

– существует и должно уважаться врачом с зафиксированным отказом в документации и назначением доверенного лица;

– является основанием для выписки;

– преследуется по закону;

– аннулирует право на получение помощи.

49. Главный коммуникативный инструмент создания партнёрства в лечении — это:

– использование вопросов типа «Что вы думаете по поводу этого варианта?»;

– выдача приказов в письменном виде;

– демонстрация дипломов на стене;

– обращение к пациенту на «ты»;

– сокращение времени приема.

50. Какое из следующих утверждений о совместном принятии решений является верным?

– Оно снимает с врача всякую ответственность за медицинские ошибки;

– Оно увеличивает удовлетворенность пациента и приверженность выбранной терапии;

– Оно применяется исключительно в психотерапии;

– Оно запрещено клиническими рекомендациями;

– Оно удлиняет прием на 3 часа.

51. В протоколе SPIKES букве «P» (Perception) соответствует коммуникативный шаг, направленный на:

– составление окончательного плана терапии;

– выяснение того, что пациент уже знает или предполагает о своем состоянии;

– предоставление исчерпывающей гистологической картины;

– выражение соболезнования родственникам;

– оформление протокола врачебного консилиума.

52. На этапе реагирования на аффективную реакцию пациента при получении тяжелых известий наиболее эффективной является техника:

– логического опровержения страхов и призыва к спокойствию;

– эмпатического присоединения и валидации эмоций (NURS);

– немедленного перевода разговора на организационные детали;

– прекращения консультации и вызова бригады психиатрической помощи;

– перекладывания ответственности за диагноз на лабораторию.

53. Поведение врача при столкновении с реакцией отрицания (по Кюблер-Росс) у пациента с впервые выявленным тяжелым диагнозом должно строиться на:

– агрессивном разрушении защитных механизмов и демонстрации снимков;

– принятии реакции, предоставлении времени на адаптацию и мягком повторении ключевых фактов;

– полном согласии с пациентом, что диагноз ошибочен;

– отказе от дальнейшего наблюдения пациента;

– передаче полномочий по лечению среднему медицинскому персоналу.

54. Главным коммуникативным риском при использовании алгоритма BREAKS является:

– предоставление слишком большого объема медицинской информации без учета эмоционального состояния;

– проведение беседы в присутствии посторонних лиц;

– отсутствие письменного подтверждения беседы;

– задержка начала лечения на несколько дней;

– использование открытых вопросов на этапе подготовки.

55. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, родственникам совершеннолетнего дееспособного пациента допустимо:

– по любому устному запросу близких родственников;

– только при наличии письменного разрешения или указания самого пациента;

– по решению дежурного врача без уведомления пациента;

– только после выписки пациента из стационара;

– в случае, если родственники оплачивают лечение.

56. В протоколе SPIKES буква «S» (Setting up) на первом этапе означает:

– подготовку подходящего пространства, выделение времени и обеспечение приватности беседы;

– сбор первичных анализов;

– вызов узких специалистов;

– подписание договора на оказание услуг;

– проведение стерилизации инструментария.

57. Буква «I» (Invitation) в протоколе SPIKES обозначает:

– информирование родственников;

– выяснение желания пациента узнать подробности диагноза и прогноза;

– инъекцию успокоительного средства;

– интенсивную терапию;

– измерение пульса.

58. Выражение «предупредительного выстрела» (Warning shot) перед сообщением тяжелого диагноза служит для:

– запугивания пациента;

– психологической подготовки пациента к тому, что сейчас прозвучит неприятная информация;

– проверки реакции на громкие звуки;

– демонстрации строгости врача;

– сокращения диалога.

59. Какая из следующих фраз является примером «предупредительного выстрела»?

– «У меня для вас плохие новости: у вас рак»;

– «К сожалению, результаты обследования оказались сложнее, чем мы надеялись, и нам нужно их обсудить»;

– «Подпишите здесь»;

– «Все отлично, идите домой»;

– «Зачем вы пришли без анализов?».

60. Аббревиатура NURS для работы с эмоциями расшифровывается как:

– Name, Understand, Respect, Support (Назови, Пойми, Уважай, Поддержи);

– New, Urgent, Rapid, Safe;

– Nurse, User, Doctor, Staff;

– No, Under, Red, Stop;

– Note, Use, Read, System.

61. При сообщении плохого прогноза не рекомендуется использовать формулировку:

– «Вам осталось жить ровно 3 месяца и 2 дня»;

– «Мы сделаем все возможное для контроля симптомов и поддержания качества жизни»;

– «Прогноз серьезный, но мы разработали шаг за шагом план помощи»;

– «Состояние тяжелое, и нам важно обсудить дальнейшие шаги»;

– «Мы будем рядом на каждом этапе лечения».

62. Если пациент после сообщения плохой новости начинает плакать, врачу следует:

– приказать прекратить плакать;

– выбежать из кабинета за санитарами;

– выдержать паузу, проявить эмпатию, предложить салфетку и дать время отреагировать эмоцию;

– продолжать громко читать диагноз по бумаге;

– сделать вид, что ничего не происходит, и смотреть в окно.

63. Вторая стадия горевания по модели Кюблер-Росс — это:

– депрессия;

– гнев (агрессия);

– торг;

– принятие;

– отрицание.

64. Сообщение неблагоприятных новостей по телефону является:

– лучшим стандартом практики;

– нежелательной мерой, допустимой только в исключительных случаях при невозможности личной встречи;

– строго обязательной процедурой;

– единственным законным способом;

– запрещенным действием под страхом уголовного наказания.

65. При сообщении тяжелого диагноза присутствие близкого человека рядом с пациентом:

– категорически запрещено;

– желательно, если сам пациент выразил согласие на его присутствие;

– обязательно даже против воли пациента;

– решается исключительно санитаркой;

– допустимо только в коридоре.

66. Сообщение плохих новостей в ординаторской в присутствии посторонних людей является:

– грубым нарушением конфиденциальности и этики;

– нормальной клинической практикой;

– требованием санитарных норм;

– экономией рабочего времени;

– методом обучения других больных.

67. На этапе «Knowledge» (Знание) протокола SPIKES медицинская информация должна подаваться:

– на научном языке с цитированием монографий;

– небольшими порциями, без использования тяжелого медицинского жаргона, с проверкой восприятия;

– на латинском языке;

– в виде распечатки из интернета на 20 страниц;

– за один непрерывный монолог длительностью 15 минут.

68. Какое из следующих действий врача при реакциях гнева у пациента на плохую новость является ошибочным?

– Принятие гнева как естественной защитной реакции на стресс;

– Восприятие гнева пациента как личного оскорбления и ответная агрессия;

– Сохранение спокойного тона речи;

– Валидация эмоции («Я понимаю, что эта новость вызывает у вас злость»);

– Обеспечение собственной безопасности при угрозе физического насилия.

69. Сокрытие от пациента диагноза «по просьбе родственников» («святая ложь») в современной медицинской этике:

– является обязательным стандартом;

– признано неэтичным и нарушающим право дееспособного пациента на информацию о своем здоровье;

– запрещено под страхом лишения свободы;

– применяется ко всем пациентам старше 60 лет;

– рекомендуется во всех случаях.

70. При сообщении о смерти пациента его родственникам врачу следует:

– сообщить об этом вскользь в коридоре;

– пригласить в отдельное помещение, сказать прямо, сочувственно, без эвфемизмов («умер», а не «покинул нас»);

– отправить СМС-сообщение;

– передать информацию через гардеробщика;

– заставить родственников самих догадываться.

71. Какая стратегия является ключевой для профилактики профессионального выгорания у врачей, регулярно сообщающих плохие новости?

– Полный отказ от общения с пациентами;

– Использование супервизий, балинтовских групп, дебрифинга с коллегами и техник эмоциональной саморегуляции;

– Употребление алкоголя после смены;

– Перенос эмоций на свою семью;

– Замена общения письменными отписками.

72. Пятая стадия горевания по Кюблер-Росс характеризуется:

– активным поиском виноватых;

– принятием реальности диагноза/утраты и эмоциональной стабилизацией;

– попытками заключить сделку с судьбой или врачами;

– глубоким отрицанием болезни;

– паническими атаками.

73. В алгоритме ABCDE буква «A» означает:

– Advance preparation (Предварительная подготовка к беседе);

– Action Plan;

– Always call relatives;

– Anatomy review;

– Ask money.

74. Главная цель этапа «Strategy and Summary» в SPIKES — это:

– быстрое завершение приема;

– составление понятного пациенту плана ближайших шагов, снижающего чувство беспомощности;

– сбор подписей под протоколом;

– перевод пациента в другое отделение;

– вызов заведующего.

75. Сообщение ребенку/подростку о тяжелом заболевании должно проводиться:

– без учета его возраста;

– с учетом его когнитивного развития, в сотрудничестве с родителями и детским психологом;

– исключительно в виде сказки;

– без присутствия родителей;

– путем полного скрытия информации до 18 лет.

76. Ведущим речевым конфликтогеном в диалоге «врач — пациент» является:

– пауза для обдумывания ответа;

– категоричность суждений, демонстрация превосходства и использование директивных приказов;

– уточнение имеющихся жалоб с помощью перефразирования;

– выражение сожаления по поводу длительного ожидания приема;

– предложение нескольких вариантов времени следующего визита.

77. Первоочередным действием врача при столкновении с вербальной агрессией пациента на приеме является:

– симметричный ответный эмоциональный выпад для защиты достоинства;

– предоставление пациенту возможности выговориться без перебивания (техника амортизации);

– немедленное выдворение пациента из кабинета;

– угроза вызовом правоохранительных органов;

– игнорирование присутствия пациента и продолжение работы с документами.

78. Применение техники «вербализации чувств» в конфликтной ситуации позволяет:

– переключить конфликт на обсуждение личности врача;

– снизить интенсивность аффекта за счет перевода эмоции в знаковую (речевую) форму;

– доказать юридическую неправоту претензий пациента;

– зафиксировать факт оскорбления в медицинской карте;

– сократить время приема до минимума.

79. Конструктивное ассертивное поведение врача в условиях деструктивного давления со стороны пациента характеризуется:

– пассивным уступкам любым противоправным требованиям;

– уверенным отстаиванием профессиональных и этических границ без агрессии и панибратства;

– доминированием и использованием скрытых манипуляций;

– уходом от ответа и перекладыванием решения на руководство;

– использованием сарказма и иронии.

80. При фиксации конфликтного взаимодействия в медицинской карте лечащему врачу необходимо:

– подробно описать свои личные впечатления о моральном облике пациента;

– привести объективное хронологическое описание фактов, действий и произнесенных требований;

– избегать фиксации факта конфликта во избежание проверок;

– использовать эмоционально окрашенные оценочные прилагательные;

– записать показания других пациентов из очереди.

81. Первым шагом работы с обоснованной претензией пациента на качество обслуживания является:

– попытка переложить вину на регистратуру или медсестру;

– выражение сожаления по поводу возникшей проблемы и признание чувств пациента;

– отказ от диалога до подачи письменной жалобы;

– вызов юриста клиники;

– начисление штрафа пациенту.

82. Техника «выпускания пара» при деэскалации агрессии требует от врача:

– перебивания пациента на полуслове;

– сохранения молчаливого, спокойного внимания и отсутствия контратаки, пока пик эмоций не спадет;

– повышения голоса для перекрикивания пациента;

– вызова скорой психиатрической помощи;

– смеха в ответ на претензии.

83. Какая из следующих фраз является конфликтогеном?

– «Я понимаю вашу озабоченность временем ожидания»;

– «Вы сами виноваты, что не читаете правила на двери»;

– «Давайте вместе посмотрим на график приема»;

– «Чем я могу вам помочь в этой ситуации?»;

– «Присядьте, пожалуйста».

84. Перевод конфликта из эмоциональной плоскости в конструктивную достигается с помощью:

– вопросов, направленных на выяснение конкретных фактов и вариантов решения («Что мы можем сделать прямо сейчас?»);

– обвинения пациента в невоспитанности;

– демонстрации собственного высокого социального статуса;

– закрытия кабинета изнутри;

– угроз выписки.

85. Если пациент ведет себя крайне агрессивно и создает прямую угрозу физического насилия для врача, врач должен:

– вступить в рукопашный бой;

– обеспечить собственную безопасность (покинуть помещение, вызвать охрану/полицию);

– продолжать осмотр, несмотря на удары;

– закрыться в шкафу вместе с пациентом;

– начать читать медицинскую этику.

86. Правило «Не брать на свой счет» при общении с конфликтным пациентом помогает врачу:

– относиться к агрессии как к симптому стресса/болезни пациента, сохраняя профессиональную отстраненность;

– считать себя виноватым во всех бедах мира;

– игнорировать медицинские жалобы;

– забывать выписывать рецепты;

– отказываться от работы с больными.

87. Техника «психологического сэндвича» при отказе пациенту в необоснованном требовании (например, выдаче справки без показаний) включает:

– грубый отказ → крик → дверь;

– доброжелательное присоединение → четкий аргументированный отказ со ссылкой на закон/стандарт → предложение альтернативного законного решения;

– согласие → нарушение закона → взятие взятки;

– игнорирование → молчание → вызов заведующего;

– составление жалобы на пациента.

88. Что такое «вторичная выгода» конфликта для некоторых типов пациентов?

– Получение бесплатного лекарства;

– Возможность разрядить накопленное напряжение, привлечь к себе внимание или получить особые условия;

– Быстрое выздоровление;

– Снижение артериального давления;

– Получение медицинского диплома.

89. При обработке письменной претензии пациента в ответе категорически НЕ допускается:

– ссылка на действующее законодательство;

– использование оскорбительных суждений, иронии и перехода на личности;

– указание сроков ответа;

– описание проведенного внутреннего расследования;

– указание контактов администрации.

90. Ошибка врачебного поведения «попадание в воронку конфликта» происходит, когда врач:

– начинает эмоционально заводиться и отвечать агрессией на агрессию пациента;

– использует алгоритм SBAR;

– проводит физикальный осмотр;

– привлекает заведующего отделением;

– фиксирует данные в ЭМК.

91. Под «деэскалацией» в клинической коммуникации понимается:

– постепенное снижение уровня эмоционального напряжения и агрессии в диалоге;

– нарастание конфликта до драки;

– перевод пациента в другое отделение;

– увеличение дозы препарата;

– сокращение штата сотрудников.

92. Поза врача при деэскалации конфликта должна быть:

– сидячей или стоячей, но открытой, без скрещивания рук на груди и сцепления кулаков;

– нависающей над пациентом;

– спиной к пациенту;

– в форме сжатого кулака;

– лежачей на кушетке.

93. Фраза «Я вижу, как вы расстроены из-за этой задержки» является примером:

– валидации эмоций пациента;

– скрытой угрозы;

– конфликтогена;

– юридического признания вины;

– диагностической ошибки.

94. При работе с пассивно-агрессивным пациентом (саботаж рекомендаций, скрытая ирония) наиболее эффективным является:

– прояснение истинного отношения к лечению через прямые, но доброжелательные вопросы;

– использование ответной саркастической иронии;

– игнорирование саботажа;

– немедленное прекращение приема;

– наказание пациента.

95. В ситуации жалобы пациента на другого врача той же клиники лечащему врачу следует:

– поддержать ругань и добавить своих жалоб на коллегу;

– сохранить профессиональную солидарность, выслушать претензию нейтрально и предложить направить ее в администрацию;

– заявить, что тот врач — самозванец;

– немедленно аннулировать все предыдущие записи;

– выгнать пациента.

96. Алгоритм LAST при работе с претензиями расшифровывается как:

– Listen, Apologize, Solve, Thank (Выслушай, Принеси извинения/сожаление, Реши, Поблагодари);

– Late, Act, Stop, Time;

– Long, Active, System, Treatment;

– Lost, Anger, Send, Talk;

– Look, Ask, See, Touch.

97. Использование закрытой, «глухой» стены аргументов («У нас такие правила и меня ничего не волнует») приводит к:

– успокоению пациента;

– эскалации агрессии и формированию ощущения безысходности и черствости персонала;

– быстрому завершению конфликта;

– повышению авторитета клиники;

– увеличению комплаенса.

98. При разговоре с жалобщиком выражение лица врача должно отражать:

– глубокое презрение;

– спокойную озабоченность, внимательность и готовность к диалогу;

– широкую неуместную улыбку;

– полное равнодушие;

– гримасу ужаса.

99. Какова основная функция медиации в здравоохранении?

– Судебное наказание врача;

– Конструктивное урегулирование спора между пациентом и медорганизацией с участием третьей нейтральной стороны;

– Выписка штрафов клинике;

– Лишение лицензии;

– Проведение патологоанатомических вскрытий.

100. Главным профилактическим средством против жалоб и претензий пациентов является:

– проведение бесплатных акций;

– качественная, прозрачная, уважительная устная коммуникация на всех этапах приема;

– установка камер видеонаблюдения без предупреждения;

– запрет на вход родственников;

– отказ от приема сложных больных.

101. Основным назначением коммуникативного протокола SBAR в лечебном учреждении является:

– проведение психотерапевтических сессий для персонала;

– стандартизированная, точная и быстрая передача информации о пациенте между специалистами;

– сбор анамнеза у пациентов с когнитивными нарушениями;

– оформление финансовой отчетности отделения;

– проведение аттестации врачебных кадров.

102. В структуре протокола SBAR элемент «B» (Background) предполагает предоставление:

– субъективных предположений дежурного врача;

– краткого клинического контекста, анамнеза и предшествующего хода лечения;

– окончательного патологоанатомического диагноза;

– списка личных данных родственников пациента;

– рекомендаций по изменению штатного расписания.

103. Деонтологический принцип ведения клинических дискуссий категорически запрещает:

– выражение сомнений в правильности диагноза на междисциплинарном консилиуме;

– критику действий и назначений коллег в присутствии пациента или его родственников;

– привлечение смежных специалистов для консультации;

– направление пациента на повторное обследование;

– ведение протокола врачебной комиссии.

104. Эффективная профессиональная обратная связь (Feedback) в формате «сэндвича» строится по схеме:

– перечисление ошибок → указание на наказание → выговор;

– положительный аспект/успех → конструктивная критика и зоны роста → поддержка и резюме;

– игнорирование ошибок → похвала → завершение беседы;

– критика личности → анализ причин → штрафные санкции;

– сравнение с другими сотрудниками → выявление лучшего → порицание худшего.

105. Выход врача-ординатора за границы собственной профессиональной компетенции без привлечения куратора или заведующего отделением влечет за собой:

– повышение авторитета в глазах пациента;

– высокие риски совершения ятрогенных ошибок и юридической незащищенности;

– автоматическое получение квалификационной категории;

– сокращение срока обучения в ординатуре;

– освобождение от ведения медицинской документации.

106. Буква «S» в протоколе SBAR обозначает:
– Situation (Текущая ситуация, требующая вмешательства);
– System (Система);
– Safety (Безопасность);
– Standard (Стандарт);
– Specialist (Специалист).

107. Буква «A» в протоколе SBAR обозначает:
– Action (Действие);
– Assessment (Оценка состояния пациента лечащим/дежурным врачом);
– Anatomy (Анатомия);
– Anamnesis (Анамнез);
– Agreement (Согласие/соглашение).

108. Буква «R» в протоколе SBAR обозначает:
– Recommendation (Конкретная рекомендация или запрос на действие);
– Review (Обзор/Рассмотрение);
– Result (Результат);
– Reaction (Реакция);
– Report (Отчет / Доклад).

109. Передача дежурства между врачами (Handover/Handoff) при отсутствии стандартизированного протокола повышает риск:
– повышения заработной платы;
– потери критически важной информации о состоянии тяжелых больных и совершения медицинских ошибок;
– ускорения выписки пациентов;
– улучшения командного духа;
– экономии времени.

110. Понятие «горизонтальная коммуникация» в медицинской организации описывает взаимодействие:
– между главным врачом и ординатором;
– между специалистами равного уровня и статуса (например, между врачами одного или разных отделений);
– между врачом и пациентом;
– между Минздравом и больницей;
– между врачом и медсестрой.

111. При взаимодействии со средним медицинским персоналом (медицинскими сестрами) врачу следует придерживаться принципа:
– директивного высокомерия и игнорирования их наблюдений;
– взаимного уважения, четкого формулирования назначений и учета сигналов сестринского персонала о состоянии больного;
– полной передачи врачебных функций медсестрам;
– фамильярности и попустительства;

– общения только через письменные жалобы.

112. Конструктивная критика в адрес коллеги на врачебном консилиуме должна быть направлена на:

– личностные качества и интеллект коллеги;

– объективные клинические данные, логику диагноза и соблюдение клинических рекомендаций;

– возраст и стаж работы коллеги;

– внешний вид коллеги;

– материальное положение коллеги.

113. Синдром «академического инбридинга» или закрытости группы в клинике приводит к:

– быстрому внедрению международных стандартов;

– некритичному воспроизводству устаревших методов лечения и сопротивлению обоснованным новшествам;

– росту научных публикаций;

– снижению смертности;

– повышению прозрачности работы.

114. Проведение утреннего врачебного рапорта (раздачи) предназначено для:

– публичного наказания провинившихся сотрудников;

– краткой, оперативной передачи сведений о поступивших и тяжелых больных, координации планов на смену;

– чтения художественной литературы;

– проведения профсоюзных выборов;

– быстрого чайного перерыва.

115. Какое поведение врача-консультанта является профессионально корректным при вызове в другое отделение?

– Прийти через 12 часов без объяснения причин;

– Изучить карту, осмотреть пациента, оставить четкие и аргументированные письменные рекомендации, устно обсудить их с лечащим врачом;

– Написать «патологии не выявлено», не осматривая пациента;

– Отругать лечащего врача при пациенте за бесполезный вызов;

– Передать консультацию студенту.

116. Феномен «командного молчания» (Team Silence) из-за страха перед авторитарным заведующим приводит к тому, что:

– отделение работает идеально;

– подчиненные скрывают допущенные ошибки и не сообщают о грозящих пациенту рисках;

– все сотрудники вовремя уходят домой;

– растет комплаенс пациентов;

– улучшается качество медицинской документации.

117. Взаимодействие врача с представителями фармацевтических компаний в стенах клиники:

– не регламентируется никакими нормами;

– строго регламентировано законодательством и этическими кодексами во избежание конфликта интересов;

– является главной обязанностью врача;

– должно проходить во время проведения хирургических операций;

– запрещено под угрозой уголовной ответственности во всех формах.

118. Какова главная цель междисциплинарного консилиума?

– Переложить ответственность с одного врача на группу лиц;

– Выработать оптимальную тактику ведения сложного пациента на основе объединения экспертизы разных специалистов;

– Увеличить стоимость лечения;

– Заполнить свободное время сотрудников;

– Провести экзамен для ординаторов.

119. Если ординатор заметил очевидную ошибку в дозировке препарата, назначенного опытным врачом, ему следует:

– промолчать из уважения к возрасту;

– вежливо и аргументированно уточнить у врача назначение наедине, ссылаясь на инструкцию/стандарт;

– публично высмеять врача перед пациентом;

– исправить запись в карте тайком;

– написать анонимку в прокуратуру.

120. Какая модель взаимодействия в команде считается наиболее безопасной для пациента (Patient Safety Culture)?

– Авторитарная (решает только лидер);

– Иерархическая с жестким подчинением;

– Психологически безопасная модель, где любой член команды может озвучить опасение по поводу безопасности пациента;

– Анархическая (каждый делает, что хочет);

– Бюрократическая.

121. Предоставление обратной связи коллеге НЕ должно содержать:

– конкретных примеров из практики;

– оценки его личностных качеств («ты ленивый и глупый»);

– предложений по улучшению работы;

– обсуждения клинических рекомендаций;

– позитивных наблюдений.

122. Термин «интерпрофессиональное образование» (Interprofessional Education) означает:

– обучение студентов только своей специальности;

– совместное обучение представителей разных медицинских профессий (врачи, медсестры, фармакологи) для развития навыков командной работы;

– получение второго высшего образования;

– заочное обучение через интернет;

– прохождение курсов иностранных языков.

123. При возникновении разногласий между лечащим врачом и консультантом относительно диагноза окончательное решение в рамках стационара принимает:

– пациент путем голосования;

– заведующий отделением или врачебная комиссия (ВК);

– старшая медицинская сестра;

– дежурный администратор;

– приемное отделение.

124. Главным деонтологическим требованием к ведению научных дискуссий на клинических конференциях является:

– принцип авторитаризма;

– принцип доказательности, уважения к оппоненту и фокусировки на интересах науки и больного;

– использование эмоциональных оскорблений;

– запрет на критику профессоров;

– запрет на демонстрацию результатов исследований.

125. Эффективная медицинская команда отличается от просто группы медицинских работников:

– наличием одинаковых дипломов;

– разделяемой общей целью (благо пациента), четким распределением ролей, взаимным доверием и отлаженной коммуникацией;

– работой в одном кабинете;

– одинаковым возрастом сотрудников;

– ношением формы одного цвета.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

−введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

−содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

−заключение (краткая формулировка основных выводов);

−список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название

издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);

2. Цели и задачи работы;

3. Общая часть;

4. Защищаемые положения;

5. Основная часть;

6. Выводы;

7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста – 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки -зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовок.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

–задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);
–задания с выбором нескольких правильных ответов.
Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

–задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
–задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
–задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

−Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.

−Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

−Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

−Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

−ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

−для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

−ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

−ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

−проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

−решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

−решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

−предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

−предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

−предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

−предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период промежуточной аттестации, установленной календарным учебным графиком.