

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ

Специальность 32.08.15 Медицинская микробиология
код, наименование

Кафедра: общей и клинической психологии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2024

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Коммуникативные навыки» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Коммуникативные навыки». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Коммуникативные навыки» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-заданий
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений
	Творческое задание	Частично регламентированное задание, имеющее нестандартное решение и позволяющее диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения. Может выполняться в индивидуальном порядке или группой обучающихся.	Темы групповых и/или индивидуальных творческих заданий

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства

УК-4 ОПК-2 ПК-5	Текущий	Раздел 1. Общение в современной парадигме профессиональной деятельности врача	
		Тема 1.1. Общение в структуре профессиональной деятельности врача Роль и специфика общения в медицинской практике	Ситуационные задачи
		Тема 1.2. Этапы клинической беседы врача и пациента в Калгари-Кембриджской модели. Цели и задачи коммуникации на каждом этапе	Ситуационные задачи
		Тема 1.3. Коммуникативная компетентность врача-медицинского микробиолога и ее составляющие	Кейс-задание
УК-3 УК-4 ОПК-2		Раздел 2. Деловое общение врача-медицинского микробиолога	
		Тема 2.1. Стиль как индивидуально-личностная характеристика врача и как отражение запроса коммуникативной ситуации в медицинской практике	Кейс-задание
		Тема 2.2. Профессиональный и персональный имидж и его составляющие	Кейс-задание
УК-4 ОПК-2 ПК-5		Раздел 3. Общение врача в сложных коммуникативных ситуациях	
		Тема 3.1. Барьеры в медицинской коммуникации и способы их преодоления	Ситуационные задачи
		Тема 3.2. Общение с особыми категориями пациентов (дети и их родители, пожилые люди, пациенты с острой и хронической болью, инкурабельные пациенты, пациенты с ВИЧ, больные туберкулезом и т.д.), возможные трудности в коммуникации и способы их преодоления	Творческое задание, Доклад
УК-3 УК-4 ОПК-2 ПК-5	Промежуточный	Раздел 1. Общение в современной парадигме профессиональной деятельности врача Раздел 2. Деловое общение врача-медицинского микробиолога Раздел 3. Общение врача в сложных коммуникативных ситуациях	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания, ситуационных задач, доклада, творческого задания.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций _УК-4, ОПК-2, ПК-5

1. Подумайте о том содержании, которое передают приведенные ниже примеры.

Говорят ли слова о другом, чем действия? Каково, по вашему мнению, возможное настроение каждого из говорящих?

Пример А: Человек: "Нет, сестра, никакой проблемы. Со мной все в порядке".

Пациент сидит прямо, руки сжаты, не смотрит в глаза.

Пример Б: Сестра: "Вовсе не я создаю сложную атмосферу". Сестра стоит, скрестив руки на груди, с агрессивным и вызывающим выражением лица.

Как вы интерпретируете то, что говорят пациент в примере А и сестра в примере Б.

2. Известный психоаналитик К. Юнг разделил людей на экстравертов, интровертов и амбивертов. В чем специфика построения лечебной беседы с пациентом-интровертом и с пациентом-экстравертом на каждом ее этапе? Ответ оформите в виде таблицы.

3. Смысловые барьеры в медицинской практике является нередко причиной психического напряжения и ятрогений. Одним из таких барьеров является использование врачом медицинской терминологии, в том числе, на латинском языке. В каких ситуациях в системе «врач-пациент» может возникнуть данный барьер? К чему он может привести?

4. Определите, какую задачу взаимодействия с врачом поставил перед собой пациент:

1) «Доктор, у меня уже вторую неделю горло не проходит, и голова все еще болит. Может мне еще дома посидеть, а то погода вон какая ужасная! На работу пойду, только хуже будет...».

2) «Я боюсь, что не смогу принимать ваши назначения. Вот моя соседка тоже считает, что это слабый препарат»

3) «Почему вы меня уже выписываете? Я уже разве здоров?»

4) «Вот опять, дочка, пришла... Ведь дома-то одной знаешь, как трудно, а тут хотя бы таблетки какие назначат...»

5) «Что же мне теперь пол жизни ваши таблетки пить!»

6) «Доктор, а вдруг опять приступ будет!»

5. Прокомментируйте приведенный фрагмент. Какие проблемы общения он иллюстрирует? Что вы можете сказать об участниках общения?

Коренастая молодая медсестра, на нагрудной нашивке которой было написано «Джепин Куртас», окликнула их.

- Простите. Чем могу вам помочь?

- Ничем, — рявкнул через плечо Грейсон. — Мы идем в палату пятьсот пятнадцать.

- Прошу остановиться, — потребовала сестра.

Грейсон застыл на месте. Он остановился, когда ему приказали, но руки, висевшие по бокам, нервно сжимались в кулаки и разжимались. Догонявший его доктор Бен Харрис громко и облегченно вздохнул.

- Настоящее имя Лизы Саммер - Лиза Грейсон, - заявил Грейсон с преувеличенной терпеливостью. - Я - ее отец, Уиллис Грейсон, а это ее личный врач, доктор Бенджамин Харрис. Теперь мы можем войти?

Лицо медсестры отразило смятение, но лишь на мгновение.

- Время посещения больных начинается у нас в два часа дня, — объяснила она. — Но если Лиза согласится, то я сделаю для вас исключение.

Кулаки Грейсона опять сжались, но на этот раз так и не разжались.

- Вы знаете, кто я такой? — заносчиво спросил он.

- Знаю, кто вы такой, с ваших слов. Послушайте, мистер Грейсон, не хочу быть...

- Бен, у меня просто нет времени на все эти пререкательства, - выпалил Грейсон. - Оставайтесь здесь и объясните этой женщине, кто я такой и зачем приехал сюда. Если она будет продолжать путаться под ногами, позвоните проклятому директору этой так называемой больницы, пусть он поднимется сюда. А я пошел к Лизе.

Даже не дожидаясь ответа, он важно двинулся вперед. (М. Палмер).

4.2. Кейс-задания для оценки компетенций: УК-3, УК-4, ОПК-2, ПК-5

Кейс 1. Пациент К госпитализирован в кардиологическое отделение по поводу загрудинных болей. При дообследовании обнаружено двухсосудистое поражение, которое требует стентирования коронарных сосудов. Лечащий врач сообщает: «В сосудах бляшки

– надо ставить стенты». Пациент говорит: «Я ничего не понял!» Врач продолжает объяснять: «Вам поставят трубочки в сосуде, чтобы легче было дышать и не было боли». Пациент продолжает настаивать: «Я все равно не понял, можно, в конце концов, подробнее!». Вы лечащий врач. Объясните пациенту необходимость и смысл операции, чтобы он понял.

Кейс 2. Пациент вызывает скорую помощь. У него выраженные загрудинные боли и одышка. Врач скорой помощи снимает кардиограмму и сообщает пациенту: «У вас инфаркт! Необходимо стентирование». Он делает пациенту обезболивание (морфий) и привозит его в Сосудистый Центр. Ангиохирург, принимающий пациента, делает распоряжение о необходимости срочно вести его в операционную. Пациент отказывается, т.к. у него ничего не болит. Вы врач-ангиохирург. Ваша задача быстро и четко убедить пациента в необходимости операции.

Кейс 3. В РСЦ практически одновременно поступают два пациента с ОИМ. У первого пациента умеренный болевой синдром. Уровень АД 120/90 мм рт.ст. У второго пациента начало кардиогенного шока. Дежурный врач вначале осмотрел первого пациента и дал назначения медсестре. Она их начала выполнять. При осмотре второго пациента врач понимает, что он угрожаем по поводу внезапной коронарной смерти и требует от медсестры немедленно переключиться на второго пациента. На что она грубо реагирует: «У вас тут все умирают, а я одна! Загоняли совсем!». Вы дежурный врач. Как вы будете выстраивать диалог с медицинской сестрой?

Кейс 4. Пациент поступает в приемный покой. Его осматривают два специалиста: кардиолог и кардиохирург. При изучении результатов кардиограммы возник спор по поводу локализации инфаркта миокарда в присутствии пациента. Пациент жалуется на боли. Один из врачей бросает реплику: «Сейчас мы Вам поможем!» и продолжает дискуссию с коллегой. Пациент возмущен. Вы один из этих врачей. Разрешите коммуникативную ситуацию.

Кейс 5. Пациент поступает в стационар по поводу острой декомпенсации сердечной деятельности (отек легких на уровне АД 160/110). На ЭКГ зафиксированы инфаркт-подобные изменения. Уровень тропонина в 3,5 раза выше верхней границы нормы. Предположительное начало клиники – 1,5 часа. Кардиолог требует срочно вести пациента в операционную. Ангиохирург говорит: «Сначала снимите отеки, а затем уже будем оперировать!». Врач-кардиолог настаивает: «Мы теряем время!». Тогда врач-ангиохирург отвечает: «Тогда иди сам оперируй!» Предположите, как разрешить данную конфликтную ситуацию?

Кейс 6. Молодому И.И. Мечникову сказали, что у него туберкулез легких и жить ему осталось дней 20. Мечников обратился к Н.И. Пирогову. Пирогов осмотрел его и заявил, что он переживет того врача, который предрек ему гибель. Так и случилось. Мечников дожил до глубокой старости. Вопрос: какое деонтологическое правило информирования нарушил первый врач? Как нужно сообщить пациенту о неизлечимом диагнозе?

Кейс 7. Вам предстоит оформить собственную страницу на базе Интернет-ресурсов. Составьте резюме о себе как профессионале выбранного профиля деятельности. Продумайте, какие разделы будет включать Ваше резюме, чтобы в них четко и кратко были видны Ваши профессиональные характеристики и индивидуальные особенности Вашей личности.

Кейс 8. Вас приняли на работу в известную клинику. Наймом сотрудников занимается специально обученный человек, но главный врач знакомится со всеми новичками лично. Завтра у Вас первая встреча с главным врачом. Как вы оденетесь? Опишите подробно свой внешний вид. Подумайте, о чем Вы будете говорить. Продумайте цели Вашей самопрезентации. Какие аспекты самопрезентации вы выделите особо? Какое впечатление Вы хотите произвести на этого главного врача? Составьте план-конспект разговора

Кейс 9. Вас назначили заведующим отделением на полгода на время уехавшего на стажировку заведующего. Вам стали регулярно поступать жалобы от пациентов о том, что доктор М. грубит пациентам, отказывает в назначении необходимых процедур, намекает о необходимости «подарка» для врача. Как вы поступите в данной ситуации? Опишите данную коммуникативную ситуацию. Тезисно представьте Ваш разговор с этим врачом

Кейс 10. Вас приняли на работу в известную клинику. Наймом сотрудников занимается специально обученный человек, но главный врач знакомится со всеми новичками лично. Завтра у Вас первая встреча с главным врачом. Как вы оденетесь? Опишите подробно свой внешний вид. Подумайте, о чем Вы будете говорить. Продумайте цели Вашей самопрезентации. Какие аспекты самопрезентации вы выделите особо? Какое впечатление Вы хотите произвести на этого главного врача? Составьте план-конспект разговора

Кейс 11. Вам предстоит оформить собственную страницу на базе Интернет-ресурсов. Составьте резюме о себе как профессионале выбранного профиля деятельности. Продумайте, какие разделы будет включать Ваше резюме, чтобы в них четко и кратко были видны Ваши профессиональные характеристики и индивидуальные особенности Вашей личности.

Кейс 12. Прочтите отрывок, герои которого — врачи, спасшие безнадежную пациентку, — собираются на телевизионную пресс-конференцию. Как вы считаете, удачно ли они одеты? Представьте, что вы отправляетесь на важную для вас первую деловую встречу с незнакомой женщиной -(мужчиной). Как и в какие цвета вы оденетесь, какие аксессуары подберете, какой макияж, запах духов выберете? Почему? Ответ аргументируйте примерами. Предложите свои варианты.

... Выбор [Сары] остановился на широкой мадрасской юбке, бежевой хлопчатобумажной блузке и бирюзовом блейзере свободного покроя. Наряд дополняли пояс из Бирмы ручной выделки и кожаные туфли без каблуков. Единственное, в чем она уступила, учитывая официальность события, — это надела колготки, которые так неудобны в июльскую жару.

...Она схватила богато украшенные бронзовые сережки, сделанные по заказу мастером из Акхы, и вдела их в уши, пока спускалась вниз.

... Гленн Пэрис встретил ее в приемной своего кабинета... Как всегда, он был подчеркнута хорошо одет. Сегодня его коричневый костюм, небесно-голубая сорочка и красный галстук, казалось, были специально подобраны для телевидения. (М. Палмер)

Кейс 13. Прокомментируйте приведенную ситуацию. Какие проблемы общения она иллюстрирует? Что вы можете сказать об участниках общения? Является ли данное общение дискриминационным? Как стоило бы поступить врачу в данной ситуации?

Ко врачу-инфекционисту обратился пациент с жалобами на боли в кишечнике и желудке, жидкий стул, рвоту, головокружение. Температура 39.3. По его словам, он съел на рынке персики, не помыв их предварительно. Врач предлагает госпитализацию, но пациент отказывается. Врач в возмущении говорит: «Ну и идите домой! Умирайте там, чтобы нам отчетность не портить!»

Кейс 14. Вас назначили заведующим отделением на полгода на время уехавшего на стажировку заведующего. Вам стали регулярно поступать жалобы от пациентов о том, что доктор М. грубит пациентам, отказывает в назначении необходимых процедур, намекает о необходимости «подарка» для врача. Как вы поступите в данной ситуации? Опишите данную коммуникативную ситуацию. Тезисно представьте Ваш разговор с этим врачом

Кейс 15. Ко врачу сельской амбулатории женщина привела девочку 13 лет с жалобами на боли в животе, понос и рвоту. На вопрос доктора, что она ела сегодня, девочка не ответила, а мать сообщила, что девочка всю ночь провела с местными ребятами в лесу, «уходили жечь костер и рассвет встречать». Доктор возмущен. Он грозно заявил матери: «Вас, мамаша, родительских прав лишить надо! Совсем за ребенка не отвечаете! Сами и

лечите своего ребенка, если не следите» Вы тот доктор сельской амбулатории. Проведите разговор с матерью ребенка конструктивно.

4.3. Творческое задание для оценки компетенций УК-4, ОПК-2, ПК-5:

Подберите в Интернете ролики (ссылку представить обязательно), в которых рассматривается общение врача с разными субъектами медицинского дискурса (пациенты, родственники пациентов, коллеги, медицинские сестры, руководство).

1) ролики, в которых врач (медицинская сестра) общается с пациентом или его родственниками

2) ролики, в которых врач общается с коллегами, медицинскими сестрами, руководством.

Проанализируйте характер и качество общения в данных роликах со следующих позиций:

1) как развивается ситуация с точки зрения соблюдения биоэтических и деонтологических норм и правил;

2) насколько эффективно общается врач (медицинская сестра), как выражена его коммуникативная компетентность;

3) какая модель взаимодействия используется и насколько она продуктивна в данной ситуации;

3) что бы вы могли порекомендовать для улучшения общения.

Круг проблем для освещения (он может быть расширен вами).

Вариант 1. Проблемы, которые могут содержать ролики, в которых врач общается с пациентом

(в представлении обсуждения проблему обозначить, как вы ее видите)

1) отношения доверия, их развитие или нарушение;

2) развитие комплаентных отношений на приеме;

3) умение слушать пациента;

4) расспрос пациента на приеме;

5) нарушения общения, конфликты;

6) умение врача снять эмоциональное напряжение пациента (или родственников пациента);

7) сообщение плохих новостей

Вариант 2. Проблемы, которые могут содержать ролики, с которых врач общается с коллегами, младшим медицинским персоналом

(в представлении обсуждения проблему обозначить, как вы ее видите)

1) коллегиальные отношения и их нарушения

2) проблемы в общении с медицинскими сестрами

3) проблемы взаимоотношений с руководством клиники, отделения и т.п.

Порядок оформления работы

1) Представление ролика в каждом разделе (ссылка) и краткое в общих чертах описание ситуации;

2) Обозначение проблемы общения врача (медицинской сестры)

3) Дискуссия, анализ и рекомендации в плане улучшения общения.

4.4. Темы докладов для оценки компетенций: УК-3, УК-4, ОПК-2.

Коммуникативная компетентность в структуре профессиональной деятельности врача.

1. Подходы к построению взаимоотношений между врачом и пациентом в зависимости от индивидуальных особенностей его личности.

2. Специфика общения с больными разного профиля заболевания

3. Пациент-ориентированность как основа профессиональной коммуникации врача.

4. Лидерские качества врача и их значение в профессиональной деятельности.
 5. Особенности построения врачом перцептивного образа пациента в коммуникации на приеме.
 6. Роль и ответственность врача в повышении приверженности больного к лечению.
 7. Психологические трудности обеспечения медицинского комплайенса и пути решения проблемы.
 8. Методы предоставления информации пациенту для повышения эффективности лечения.
 9. Речевое общение врача в профессиональной деятельности.
 10. Эмоциональный интеллект как ресурс в коммуникации врача.
 11. Роль невербальных средств в общении врача и пациента.
 12. Доверительные отношения врача и пациента и стратегии их выстраивания.
 13. ВКБ как концепция пациента в общении.
 14. Психологические защиты в общении врача и пациента.
 15. Принципы успешной самопрезентации
 16. Коммуникационное обеспечение терапевтических функций врача.
 17. Коммуникационное обеспечение образовательных функций врача.
 18. Основные коммуникационные риски врачебной деятельности.
- Коммуникационная безопасность врача.
19. Общение с особыми категориями пациентов (пожилые люди, пациенты с острой и хронической болью, врачи как пациенты и т.д.).

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам дисциплины: тестовые задания.

5.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту по дисциплине «Коммуникативные навыки».

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
<p>1. Коммуникативная компетентность врача проявляется:</p> <p>А) в положительной направленности интеракций на пациента и отсутствии реакций игнорирования;</p> <p>Б) в высоком уровне эмпатии и самооценки;</p> <p>В) в отношении к пациенту как к ценности, как к активному соучастнику взаимодействия.</p> <p>Г) все ответы верны</p>	УК-3, УК-4, ОПК-2, ПК-5
<p>2. Коммуникация - это</p> <p>А) процесс передачи информации от одного субъекта к другому на основе определенных принципов и закономерностей</p> <p>Б) процесс управления поведением сотрудников</p> <p>В) способ реализации установленных норм (правила, инструкции, положения), регламентирующих взаимодействие субъектов в рамках организации</p> <p>Г) все ответы верны;</p> <p>Д) все ответы неверны</p>	

<p>3. Автором биопсихосоциальной концепции общения врача и пациента является</p> <p>а) Г. Селье; б) Д. Эйнджел; в) В.Н. Мясищев г) П.К. Анохин д) Ф. Александер</p>	
<p>4. Патернализм как стиль общения врача и пациента предполагает:</p> <p>А) ведущую позицию врача в общении с пациентом Б) активное включение пациента во взаимодействие с врачом В) отстраненную позицию врача в общении с пациентом Г) строгое соблюдение регламента медицинской беседы</p>	
<p>5. К этическим принципам общения медработника с больным не относятся:</p> <p>А) Уважение к личности пациента Б) Принимать пациента и его проблемы такими, какие они есть В) Терпимость и отсутствие проявлений неприятия пациента Г) Проявлять авторитарность в отношении к диагностике и терапевтическим мероприятиям</p>	
<p>6. Взаимоотношение между врачом и пациентом – это:</p> <p>а) разрешение противоречий интересов врача и пациента б) общение на тему здоровья в) система взаимодействия моральных, финансовых, правовых, культурных, нозологических, характерологических отношений г) связь интересов врачей и пациентов</p>	
<p>7. С позиций пациент-ориентированного подхода необходимым стилем общения врача и пациента является:</p> <p>А) патерналистский Б) технократический В) контрактный Г) коллегиальный</p>	
<p>8. В патерналистских отношениях с пациентом в беседе врач предпочитает:</p> <p>А) чтобы пациент активно участвовал в беседе Б) чтобы пациент строго выполнял все рекомендации врача и активно участвовал в беседе В) чтобы пациент не задавал «лишних» с точки зрения врача вопросов и выполнял все его рекомендации Г) врачу все равно, что понимает пациент, лишь бы он выполнял его рекомендации</p>	
<p>9. К какой модели отношений врача и пациента относится характеристика: взаимоотношения между врачом и пациентом рассматриваются с точки зрения поставщика медицинских услуг и клиентом,купающим эти услуги:</p> <p>А) технической</p>	

<p>Б) коллегиальной В) контрактной Г) инженерно-технической</p>	
<p>10. Психологическую атмосферу медколлектива определяет: а) социальная цель деятельности, взаимозависимость, ответственность; б) сходство социального положения, близость и частота контактов; в) субординация, общая цель деятельности; г) все ответы верны</p>	
<p>11. Нозологический тип отношений врача с пациентом определяется: а) правами пациента б) экспериментальными намерениями врача в) сущностью и характером отдельных заболеваний пациентов г) мировоззрением пациента</p>	
<p>12. Следуя модели отношений «врач-пациент» коллегиального типа, врач видит в пациенте: а) партнера б) клиента в) подопечного г) соперника</p>	
<p>13. Индивидуальный подход в общении врача с пациентом – это: А) коррекция своего поведения в зависимости отличных особенностей; Б) коррекция своего поведения в зависимости от индивидуальных особенностей пациента; В) коррекция неадекватного поведения пациента; Г) применение психотерапевтических методик.</p>	
<p>14. С позиций пациент-ориентированного подхода неприемлемым стилем общения врача с пациентом является: А) поддерживающий; Б) авторитарный; В) манипулятивный; Г) коллегиальный</p>	
<p>15. К типологии ролевого поведения медицинского работника Харди не относит тип А) материнский Б) нервный В) меланхолический Г) артистический</p>	
<p>16. В этико-деонтологической тактике общения с больными детьми используют (укажите неверный ответ): А) Эмоционально теплое отношение Б) Объяснение сути и прогноза болезни</p>	

<p>В) Отвлечение от болезни Г) Организация мер по отвлечению от болезни Д) Проведение процедур с уговорами</p>	
<p>17. К причинам ятрогенных расстройств не относятся: А) Неосторожное словесное воздействие на пациента Б) Стрессовый социальный фактор В) Поспешная и необоснованная информация о диагнозе и прогнозе заболевания Г) Неверное толкование пациентом лечебных и диагностических процедур Д) Неправильное хранение медицинской документации</p>	
<p>18. Психологическую атмосферу медколлектива определяет: а) социальная цель деятельности, взаимозависимость, ответственность; б) сходство социального положения, близость и частота контактов; в) субординация, общая цель деятельности; г) все ответы верны</p>	
<p>19. Технологии эффективного общения – это: а) враждебные действия к партнеру по общению; б) способы, приемы и средства общения, затрудняющие взаимное понимание и эмпатию; в) способы общения, включающие конфликтоген; г) способы, приемы и средства общения, которые в полной мере обеспечивают взаимное понимание и взаимную эмпатию партнеров по общению.</p>	
<p>20. Индивидуальный стиль в работе врача нужен для: в) роста карьеры; а) предотвращения утомления; б) освоения профессии; г) компенсации слабых сторон и использования природных преимуществ.</p>	
<p>21. Функция общения, состоящая в обмене информацией (передача, получение) между общающимися, называется: а) коммуникативной; б) перцептивной; в) интерактивной; г) когнитивной</p>	
<p>22. Невербальные компоненты общения – это: а) интонация, мимика, пантомимика, дистанция, визуальный контакт; б) дыхание, потоотделение, пульс; в) вегетативные и соматические реакции; г) цвет кожных покровов, ширина зрачков.</p>	
<p>23. Понятие «эмпатия» в профессиональной деятельности врача включает (укажите неверный ответ):</p>	

<p>А) Способность чувствовать эмоциональное состояние пациента Б) Точное восприятие смысловых оттенков внутреннего мира пациента В) Восприятие объективной симптоматики пациента Г) Чувство сопереживания к пациенту Д) Этические отношения с пациентами</p>	
<p>24. Обобщенный образ другого человека, включающий в себя лишь некоторые, а иногда и реально не существующие характеристики, называется: а) идентификацией; б) стереотипизацией; в) социальной установкой. г) аттракцией</p>	
<p>25. Предварительная готовность врача воспринимать пациента тем или иным образом называется: а) эффектом ореола; б) стереотипизацией; в) социальной установкой. г) аттракцией</p>	
<p>26. Общение врача и пациента адекватно развивается на уровне: А) примитивного общения; Б) стандартизированного общения; В) интимно-личностного общения; Г) делового общения</p>	
<p>27. Средством вербальной коммуникации является: А) информационные технологии; Б) определенный тембр голоса; В) устная речь; Г) интонация</p>	
<p>28. Вид слушания, предполагающий анализ получаемой в процессе слушания информации и последующий отклик на нее при помощи вопросов или отражения информации называется: А) критическим; Б) эмпатическим; В) нерелексивным (пассивным); Г) активным релексивным.</p>	
<p>29. Приписывание сходных характеристик всем пациентам, без учета их индивидуальности – это: А) каузальная атрибуция Б) стереотипизация В) идентификация Г) обобщение</p>	

<p>30. Все перечисленные характеристики медицинского работника предрасполагают успешность общения с больными, кроме</p> <p>А) эмпатии; Б) конформность; В) акцептации; Г) аутентичности</p>	
<p>31. В качестве средства психологической поддержки на приеме неправильной является реплика:</p> <p>А) «Действительно, непростая ситуация...»; Б) «Это все пустяки, ерунда, пройдет... не берите в голову!»; В) «Не стоит переживать, думаю это можно поправить»; Г) «Нет ничего удивительного в том, что Вы перенервничали, узнав о...»</p>	
<p>32. Прямой взгляд врача на пациента демонстрирует:</p> <p>а) конфронтацию; б) уважение; в) уверенность; г) гендерную принадлежность; д) искренность</p>	
<p>33. Характерологическая особенность человека, заключающаяся в повышенной чувствительности, называется:</p> <p>А) мнительностью; Б) эмпатией; В) сензитивностью; Г) тревожностью</p>	
<p>34. Техники активного слушания в Калгари-Кембриджской модели беседы врача с пациентом более всего необходимы:</p> <p>А) в начале беседы; Б) на втором этапе; В) на третьем этапе; Г) на четвертом этапе</p>	
<p>35. Этапы беседы врача в Калгари-Кембриджской модели включают в себя все, за исключением:</p> <p>А) этап установления контакта; Б) расспрос пациента; в) диагностика патологического состояния личности пациента; Г) объяснение пациенту</p>	
<p>36. Хорошей фразой врача для начала разговора на приеме является:</p> <p>А) на что жалуетесь? Б) что привело Вас ко мне? В) раздевайтесь и рассказывайте! Г) ну, с чего начнем?</p>	

<p>37. Чтобы лучше показать пациенту свою включенность в разговор врач не должен:</p> <p>А) быть внутренне напряженным и собранным; Б) находиться с пациентом с глазу на глаз; В) поддерживать контакт глаз Г) сохранять открытую позу</p>	
<p>38. Техника прямого описания переживаний, которые врач заметил в поведении пациента, называется:</p> <p>А) перефразирование; Б) уточнение; В) отражение чувств; Г) выпрашивание</p>	
<p>39. Модель активного слушания не предполагает</p> <p>А) концентрацию врача на пациенте; Б) принятия чувств и мыслей собеседника; В) построение собственной концепции рассказанного; Г) психической настройки врача на пациента</p>	
<p>40. Профессиональное общение – это:</p> <p>а) система отношений между членами медколлектива; б) правила отношений между пациентами, медработниками и родственниками; в) система взаимодействия медработника и пациента; г) все ответы верны</p>	
<p>41. Безосновательная претензия пациента к качеству медицинской услуги с использованием репутационного шантажа называется:</p> <p>А) неудовлетворенность пациента б) пациентская жалоба; в) пациентский шантаж; г) пациентский экстремизм; д) пациентский оговор</p>	
<p>42. Опасность «приклеивания ярлыка» в медицинском общении состоит в том, что</p> <p>а) в значительной мере игнорируется анализ динамики поведения; б) поведение больного интерпретируется в зависимости от «ярлыка»; в) личностная проблема превращается в медицинскую; г) все ответы верны</p>	
<p>43. Способность специалиста не оспаривать взгляд пациента на ситуацию демонстрирует его позицию:</p> <p>А) я все равно умнее его; Б) терпимость; В) «промолчать – не значит согласиться»; Г) не я причина негативных эмоций пациента; Д) «это урок для меня»</p>	

<p>44. Нуждается ли медицинский персонал, работающий с умирающими больными в психологической помощи? А) да; Б) нет</p>	
<p>45. Врач в течение длительного периода времени лечит пациента, но улучшение не наступает. Тогда он начинает обвинять пациента в том, что тот не выполняет медицинских рекомендаций. Какой защитный механизм в общении врача с пациентом задействован в данной ситуации: А) проекция; Б) замещение; В) рационализация; Г) соматизации</p>	
<p>46. В семье, где находится неизлечимый больной, избегают говорить о болезни и смерти. Какой защитный механизм задействован? а) проекция; б) вытеснение; в) сублимация; г) рационализация</p>	
<p>47. Какой тип конфронтации неприемлем для диалога врача с пациентом: А) конфронтация с целью запугать пациента; Б) конфронтация с целью обратить внимание пациента на противоречия в его поведении, мыслях, переживаниях, оценках и т.п. В) конфронтация с целью помочь увидеть ситуацию такой, какова она есть в действительности, вопреки представлением о ней пациента; Г) конфронтация с целью обратить внимание пациента на его уклонения от назначений врача.</p>	
<p>48. Конгруэнтность врача - это: а) соответствие вербальных проявлений невербальным; Б) соответствие проявлений врача проявлениям пациента; В) соответствие внутренних переживаний и их внешних проявлений; Г) отзеркаливание позы пациента</p>	
<p>49. К приемам понимающего слушания НЕ относится: А) отражение чувств; Б) оценка собеседника; В) перефразирование смысла высказывания; Г) прояснение.</p>	
<p>50. К адекватным критериям вербальной передачи информации от врача пациенту не относятся: А) критерий простоты; Б) критерий ясности;</p>	

<p>В) критерий уместности; Г) критерий специальной терминологии</p>	
<p>51. Одной из главных задач четвертого этапа коммуникации врача и пациента на приеме, согласно Калгари-Кембриджской модели является:</p> <p>А) назначение лекарственных препаратов; Б) постановка врачом диагноза на основе физикального осмотра; В) обучение пациента способам приема препаратов и всего хода лечения; Г) ответы на вопросы пациента</p>	
<p>52. Если врач в ответ на возражение пациента: «Не буду принимать это лекарство! Мне оно не нравится!» тут же реагирует: «Сейчас я Вам тогда подберу другое», - это проявление:</p> <p>А) компетентности врача; Б) партнерских отношений; В) позиции «Ребенок» по Э. Берну; Г) позиции компромисса</p>	
<p>53. «Трудным» пациентом в медицинской практике принято считать:</p> <p>А) кто знает, с какой проблемой пришел ко врачу и адекватно о ней рассказывает; Б) кто много говорит о своей болезни; В) пожилых людей; Г) пациентов, которые не хотят лечиться и не принимают рекомендации врача</p>	
<p>54. Психологическое препятствие на пути адекватной передачи информации между партнерами по общению называется:</p> <p>а) обратной связью; б) конфликтом; в) спором; г) коммуникативным барьером</p>	
<p>55. Слово, действие (или бездействие), которое может привести к конфликту, это</p> <p>А) конфликтоген; Б) инцидент; В) конфликтная ситуация; Г) эскалации</p>	
<p>56. Использование прямого взгляда на агрессивного пациента влечет за собой:</p> <p>А) снижение его агрессии; Б) повышение его агрессии; В) развитие чувства вины у пациента; Г) возникновение чувства справедливости по отношению к врачу; Д) уважение врача</p>	

<p>57. Определите тип конфликтной личности по следующим поведенческим характеристикам: хочет быть в центре внимания; хорошо приспосабливается к различным ситуациям; планирование своей деятельности осуществляет ситуативно; кропотливой, систематической работы избегает.</p> <p>а) ригидный тип; б) неуправляемый тип; в) демонстративный тип; г) сверхточный тип; д) «бесконфликтный тип».</p>	
<p>58. Какое сочетание поведенческих характеристик присуще конфликтной личности «неуправляемого типа»:</p> <p>а) хочет быть в центре внимания, избегает кропотливой работы, налицо эмоциональное поведение; б) подозрителен, обладает завышенной самооценкой, прямолинеен, обидчив; в) импульсивен, непредсказуем, агрессивен, несамокритичен; г) предъявляет повышенные требования к себе и окружающим, обладает повышенной тревожностью;</p>	
<p>59. Контроль специалиста за своим дыханием обеспечивает ему</p> <p>А) состояние покоя; Б) спокойное реагирование; В) контроль эмоций; Г) состояние радости; Д) чувство вины</p>	
<p>60. Управление общением в системе «медработник-пациент» осуществляется посредством:</p> <p>а) обратной связи и механизмов убеждения, внушения, заражения; б) преодоление барьеров в общении; в) механизмов убеждения, внушения, заражения; г) эмпатического слушания</p>	

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	г	21	а	41	г
2	а	22	а	42	г
3	б	23	в	43	в
4	а	24	б	44	а
5	г	25	в	45	а
6	г	26	г	46	б
7	г	27	г	47	а
8	в	28	г	48	в
9	в	29	б	49	в
10	г	30	б	50	г
11	в	31	б	51	в
12	а	32	в	52	в
13	б	33	в	53	г
14	в	34	б	54	г

15	в	35	в	55	а
16	б	36	б	56	б
17	б	37	а	57	в
18	г	38	в	58	в
19	г	39	в	59	в
20	г	40	а	60	а

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Фомина Наталья Вячеславовна, канд. психолог. н., доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии