

ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Учебное пособие

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО НГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Учебное пособие

Новосибирск
2021

УДК 378.661:371.39(075)
ББК 74.58я73
Б39

Рекомендовано ЦМК по гуманитарным и лингвистическим дисциплинам
в качестве учебного пособия

Р е ц е н з е н т ы

А. С. Молчанов — канд. психол. наук, профессор, зав. кафедрой психологии и технологий педагогической деятельности Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова
В. П. Борисенко — канд. экон. наук, профессор кафедры менеджмента Московского гуманитарного университета

А в т о р ы

Г. В. Безродная — канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава РФ
С. Н. Колпаков — магистр педагогики (профессиональное обучение по отраслям) кафедры математики ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава РФ

Безродная, Г. В.
Б39 Деловые игры в образовательном процессе медицинского вуза : учеб. пособие / Г. В. Безродная, С. Н. Колпаков ; Новосибирский государственный медицинский университет. — Новосибирск : ИПЦ НГМУ, 2021. — 141 с.

Учебное пособие «Деловые игры в образовательном процессе медицинского вуза» предназначено для преподавателей и аспирантов медицинских вузов, изучающих педагогику и психологию высшей школы. Данное пособие можно использовать преподавателям высших и средних учебных заведений других специальностей для понимания специфики активизации познавательной активности обучающихся с помощью деловых игр, развития профессиональных компетенций и нравственно-психологических качеств личности студентов, в том числе для развития коммуникативных умений обучающихся.

УДК 378.661:371.39(075)
ББК 74.58я73

© Безродная Г. В., Колпаков С. Н., 2021
© НГМУ, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений 5
Предисловие 6
Введение 8

Глава 1. ИССЛЕДОВАНИЯ ПОНЯТИЯ «ИГРА» В РАБОТАХ ФИЛОСОФОВ, ПСИХОЛОГОВ И ПИСАТЕЛЕЙ 10

Глава 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ «ДЕЛОВАЯ ИГРА» 15
2.1. Из истории деловых игр 15
2.2. Идеи активизации обучения в концепциях педагогов и психологов. Определение понятия «деловая игра» 16
2.3. Деловая игра как педагогическая технология 18
2.4. Применение деловых игр сегодня 21

Глава 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЛОВОЙ (УЧЕБНОЙ) ИГРЫ 23
3.1. Игра как инструмент диагностики психологических качеств личности 23
3.2. Игра как инструмент диагностики нравственных качеств личности 24
3.3. Психологические механизмы защиты в деловой игре 26
3.4. Эмоции в деловых играх 27
3.5. Игра в развитии внутрикомандного взаимодействия и коллективного мышления 29
3.6. Игра в развитии Я-концепции личности 30

Глава 4. ВИДЫ ДЕЛОВЫХ ИГР. КОНСТРУИРОВАНИЕ ДЕЛОВЫХ ИГР 34
4.1. Виды деловых игр 34
4.2. Конструирование деловой игры 37
4.2.1. Основные подходы к конструированию деловых игр 37
4.2.2. Этапы технологии конструирования деловой игры 39
4.3. Методические подходы к подведению итогов деловых игр 40

Глава 5. ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ 42
5.1. Использование деловых игр в медицинском образовании 42
5.2. Виды деловых (учебных) игр в медицинском вузе для клинических кафедр 45
5.3. Место деловых игр в структуре практического занятия 47
5.4. Симуляции в медицинском образовании за рубежом 49

Заключение 57
Глоссарий 58
Список литературы 66

ПРИЛОЖЕНИЯ 73
Приложение 1. Деловая игра «Больной с жалобами на боль в груди» 73
Приложение 2. Деловая игра «Неотложная помощь при внезапной смерти» 83
Приложение 3. Деловая игра «Организация фармацевтического производства» 103

Приложение 4. Деловая игра «Мастопатия. Рак молочной железы»....111
Приложение 5. Деловая игра «У озера»....114
Приложение 6. Деловая игра «Проект»....116
Приложение 7. Деловая игра «Поручение задания»....119
Приложение 8. Деловая игра «Технология управления конфликтом»....121
Приложение 9. Деловая игра «Конфликт»....125
Приложение 10. Деловая (учебная) игра «Врач — больной»....131
Приложение 11. Деловая (учебная) игра «Переговоры»....135
Приложение 12. Тестовые задания для самопроверки....138

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Сокращения	Полная расшифровка сокращений
МВА	— Master of business administration (магистр делового администрирования)
ВВС	— Военно-воздушные силы
ДИ	— деловые игры
ДППП	— дополнительная программа профессиональной переподготовки
Зн.	— знания
МД	— мыслительная деятельность
НГМИ	— Новосибирский государственный медицинский институт
НГМУ	— Новосибирский государственный медицинский университет
ОДИ	— организационно-деятельностная игра
ППС	— профессорско-преподавательский состав
ТГРП	— технология группового решения проблем
ТД	— трудовые действия
Ум.	— умения
ФГОС	— Федеральный государственный образовательный стандарт
ФПК и ППВ	— факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей

ПРЕДИСЛОВИЕ

Владение современными педагогическими технологиями представляет собой основу профессионального мастерства преподавателя высшей школы. Дисциплина «Технологии профессионально-ориентированного обучения» играет важную роль в комплексной подготовке преподавателей вузов по образовательной программе «Преподаватель высшей школы». Рабочая программа данной дисциплины рассчитана на (2/72 у.е./час) и является частью комплекса рабочих программ кафедры педагогики и психологии НГМУ по переподготовке и повышению квалификации ППС. Учебное пособие обеспечивает один из модулей данной дисциплины — «Деловые игры в медицинском образовании». Цели и задачи учебной дисциплины определены рабочей программой и иными нормативными документами, в которых отражены требования к конечным результатам освоения дисциплины.

К настоящему времени в российских вузах сложился некоторый общепринятый перечень квалификационных требований, предъявляемых к ППС при избрании на должность. Так, преподаватель должен знать, как использовать педагогически обоснованные формы, методы и приемы организации деятельности обучающихся, применять современные технические средства обучения и образовательные технологии.

Например, преподавание по программам аспирантуры/адъюнктуры, ординатуры, ассистентуры-стажировки и ДППП требует наличия у ППС следующих знаний и умений:

• знать современные образовательные технологии профессионального образования (обучения предмету), включая технологии электронного и дистанционного обучения;

• уметь создавать на занятиях проблемно-ориентированную образовательную среду, обеспечивающую формирование у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС и/или образовательными стандартами, установленными образовательной организацией, и/или образовательной программой; выполнять деятельность и/или демонстрировать элементы деятельности, осваиваемой обучающимися, и/или выполнять задания, предусмотренные программой учебного курса, дисциплины (модуля).

Для преподавателей одним из инструментов, обеспечивающих достижение поставленных целей и задач в рамках дисциплины, могут служить деловые (обучающие) игры. ДИ являются одним из наиболее трудоемких в разработке, сложных в использовании, но и наиболее эффективных методов обучения с точки зрения активизации познавательной деятельности развития и профессиональных умений обучающихся.

Учебное пособие содержит информацию об истории развития деловых игр, основные подходы к определению понятия «деловой игры»; приводятся виды и классификации деловых игр; описывается специфика применения деловых игр в системе подготовки специалистов в сфере медицинского образования.

Авторы выражают благодарность рецензентам: канд. психол. наук, профессору А. С. Молчанову, зав. кафедрой психологии и технологий педагогической деятельности Московского государственного медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова и профессору кафедры менеджмента Московского гуманитарного университета В. П. Борисенко, взявшим на себя труд рецензирования учебного пособия; преподавателям НГМУ: зав. кафедрой фармацевтической технологии и биотехнологии НГМУ, д-ру фарм. наук, профессору Н. О. Карабинцевой, канд. мед. наук, доценту кафедры онкологии НГМУ В. А. Лебедевой, предоставившим собственные разработки деловых игр для опубликования их в данном учебном пособии. Особая благодарность авторов — д-ру мед. наук, профессору, зав. кафедрой факультетской терапии лечебного факультета НГМУ А. Д. Куимову; д-ру мед. наук, профес-

сору кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФПК и ППВ НГМУ Е. Л. Федоровой; канд. мед. наук, доценту кафедры анестезиологии и реаниматологии В. А. Валеевой; ассистенту кафедры факультетской терапии лечебного факультета В. А. Козик, которые смогли корректно, бережно сохраняя текст и структуру игр, внести некоторые изменения в названия медицинских препаратов в учебные игры С. А. Иорданиди, В. В. Меркушева «Больной с жалобами на боль в груди» и В. В. Соседовой, Л. Б. Наумова «Неотложная помощь при внезапной смерти». Авторы благодарят руководителя информационного отдела Ю. Х. Сидорову и старшего преподавателя кафедры педагогики и психологии Н. Б. Старухину, создавших электронную версию этих игр.

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые коллеги! Вам предстоит еще раз встретиться с понятием такой педагогической технологии, как «деловая игра», для того чтобы активнее использовать имеющийся банк деловых (учебных, имитационных) игр в своей педагогической практике и при желании конструировать собственные деловые игры.

Основоположником деловых игр в медицине стал первый заведующий кафедрой педагогики и оптимизации высшего медицинского образования НГМИ, профессор Леонид Борисович Наумов [119; 120].

В 1968 г. в НГМИ был создан факультет повышения квалификации для преподавателей медицинских вузов страны, а в 1970 г. открыта кафедра педагогики и оптимизации высшего медицинского образования, которую Л. Б. Наумов возглавлял в течение 15 лет. При обучении профессоров, доцентов, ассистентов и практических врачей на циклах повышения квалификации Л. Б. Наумов использовал деловые игры как метод диагностики уровня профессиональных умений. Получаемые результаты не всегда совпадали с самооценкой слушателей, что зачастую вызывало яростные нападки как на сам метод обучения, так и на его создателя. Однако большая часть коллег понимала конструктивность нового метода и смело внедряла оригинальный способ обучения будущих врачей.

В 1986 г. вышла в свет книга Л. Б. Наумова «Учебные игры в медицине», которая сразу стала бестселлером как в научно-педагогических кругах, так и у широкого круга читателей, интересующихся проблемой подготовки врачей. Как и в других работах этого автора, в этой книге проявился блестящий дар ученого-исследователя, педагога-врача и публициста. Она сразу привлекла внимание специалистов в области педагогики высшей медицинской школы, методологов деловых игр глубиной содержания, серьезностью аргументации, логикой представления научных фактов и, конечно, уже готовыми к внедрению деловыми (учебными) играми, которые прошли апробацию на кафедре педагогики НГМИ и клинических кафедрах вуза.

Спустя много лет, став профессором медицинского факультета Университета им. Бен-Гуриона в Израиле, Л. Б. Наумов писал в своем приветственном обращении к коллективу преподавателей НГМУ в связи с 40-летним юбилеем факультета повышения квалификации: «За 15 лет руководства кафедрой с 1970 по 1985 год удалось разработать и испытать в сравнительных педагогических экспериментах 15 новых научно-методических направлений и 70 конкретных методов и средств оптимизации профессионального обучения. Но выделены и зачислены в ряд поистине оптимальных принципов и методов лишь пять: 1. Принципы оптимального синдромного клинического мышления; 2. Основанные на них алгоритмы диагностики и лечения; 3. Программированное обучение; 4. Обучающие игры; 5. Компьютерная диагностика болезней».

Оценивая вклад Л. Б. Наумова в развитие деловых игр, заслуженный изобретатель РСФСР, д-р техн. наук, профессор Р. Ф. Жуков, зав. кафедрой инженерной педагогики и психологии Ленинградского военно-технического института писал: «Профессор Наумов произнес первое и очень весомое слово в проблеме имитационных игр в медицине. Этим он обогатил теорию и практику активного обучения в высшей школе» [120, с. 8].

В данном учебном пособии значительная часть информации связана с именем Л. Б. Наумова, приведены разработанные им и его последователями ДИ, рассматриваются его подходы к разработке и внедрению игр в учебный процесс медицинского вуза.

Учебное пособие состоит из предисловия, введения, пяти глав, заключения и приложений.

В первой главе содержатся сведения о философско-психологическом анализе понятия «игра», поскольку данная информация готовит читателя к восприятию понятия «деловая игра», так как многие особенности, свойственные играм, характерны и для деловых игр.

Во второй главе рассматривается история развития деловых игр, приводятся сведения о том, какой непростой путь прошли деловые игры в нашей стране от момента возникновения в 1932 г. и до сегодняшнего дня, каким драматичным было внедрение учебных деловых имитационных игр в образовательную практику медицинских вузов. В этой главе анализируются идеи активизации обучения в концепциях известных педагогов и психологов, приводятся различные взгляды отечественных и зарубежных авторов на определение понятия «деловая игра».

В третьей главе «Психологические аспекты деловой игры» освещаются возможности деловой игры в диагностике акцентуаций характера и нравственно-психологических качеств личности; психологические механизмы защиты; особенности проявления эмоций в деловых играх; значение деловой игры в развитии внутрикомандного взаимодействия и развитии Я-концепции личности. Этот материал может быть особенно полезен преподавателем, так как они могут увидеть сильные и слабые стороны личности студентов, которые сложно заметить при традиционных методах обучения.

Четвертая глава «Виды деловых игр. Конструирование деловых игр» посвящена вопросам классификации деловых игр, основным принципам имитационного моделирования, которые заложены в концепции методологов деловых игр А. А. Вербицкого, Г. П. Щедровицкого, В. Ф. Комарова, В. С. Дудченко, Ю. Д. Красовского. Рассматриваются методологические и методические вопросы разработки деловых игр, анализируется роль деловых игр в развитии профессиональных компетенций и нравственно-психологических качеств будущих врачей.

В пятой главе рассматриваются вопросы использования деловых игр в медицинском вузе, виды диагностических и проблемных задач как основы ДИ, виды деловых (учебных) игр в медицинском образовании, алгоритм конструирования клинической деловой игры, симуляции в медицинском образовании за рубежом.

В приложении приводятся сценарии деловых игр, которые в течение многих лет с успехом используются в образовательном процессе НГМУ и других вузов. Например, деловая игра «Больной с жалобами на боль в груди», направленная на диагностику и формирование профессиональных компетенций врача-терапевта (С. А. Иорданиди, В. В. Меркушев)[1]; деловая игра «Неотложная помощь при внезапной смерти» (В. В. Соседова, Л. Б. Наумов)[2], которая дает возможность определить у обучающихся умение проводить дифференциальную диагностику клинической и биологической смерти, правильно ставить диагноз клинической смерти, а также выполнять реанимационные действия, необходимые для спасения жизни больного.

Деловые учебные игры «Проект»[3], «Поручение задания»[4], «Врач — больной»[5] выявляют уровень развития коммуникативных умений обучающихся. Деловые игры «Конфликт»[6], «Технология управления конфликтом»[7], «Переговоры»[8] направлены на анализ конфликтных ситуаций, определяют умение анализировать конкретные конфликтные ситуации, возникающие в системе взаимодействия «врач — пациент», «врач — медицинская сестра», «врач — родственники больного», умение осуществлять коммуникации в системе «руководитель — подчиненный», принимать управленческие решения по конкретным действиям по предупреждению возникновения ситуаций подобного типа.

---

[1] См.: Приложение 1. Деловая игра «Больной с жалобами на боль в груди».

[2] См.: Приложение 2. Деловая игра «Неотложная помощь при внезапной смерти».

[3] См.: Приложение 6. Деловая игра «Проект».

[4] См.: Приложение 7. «Поручение задания».

[5] См.: Приложение 10. Деловая (учебная) игра «Врач — больной».

[6] См.: Приложение 9. Деловая игра «Конфликт».

[7] См.: Приложение 8. Деловая игра «Технология управления конфликтом».

[8] См.: Приложение 11. Деловая (учебная) игра «Переговоры».

ГЛАВА 1. ИССЛЕДОВАНИЯ ПОНЯТИЯ «ИГРА» В РАБОТАХ ФИЛОСОФОВ, ПСИХОЛОГОВ И ПИСАТЕЛЕЙ

Цель: после изучения материала данной главы обучающиеся будут знать основные подходы к определению понятия «игра» в концепциях известных философов, психологов, психотерапевтов, писателей.

Начало исследования игры было сделано в трудах корифеев XIX в. Ф. Шиллера, Г. Спенсера. Разрабатывая философские и эстетические подходы к понятию «игра», они связывали ее происхождение с происхождением искусства и рассматривали игру как одно из самых распространенных явлений жизни, свойственных не только человеку, но и животному. Ф. Шиллер писал: «Правда, природа одарила и неразумные существа превыше их потребностей и посеяла в темной животной жизни проблеск свободы… Животное работает, когда недостаток чего-либо является побудительной причиной его деятельности, и оно играет, когда избыток силы является этой причиной, когда излишек силы сам побуждает к деятельности»[9].

Игра как феномен культуры исследована в труде известного нидерландского историка и культуролога Й. Хейзинги «Homo Ludens» — «Человек играющий» (в переводе с лат. ludo — играть, забавляться). Анализируя игровой характер культуры, он утверждал универсальность феномена игры и ее огромное значение в развитии человеческой цивилизации. Автор считал, что «игра необходима, что она служит культуре и, лучше сказать, сама становится культурой». Игра старше культуры, так как понятие культуры предполагает человеческое сообщество, тогда как «животные вовсе не дожидались появления человека, чтобы он научил их играть. Животные играют точно так же как люди». Игра рассматривается как форма бытия: «мы можем назвать теперь игру свободной деятельностью, которая осознается как “внезаправду” и вне повседневной жизни выполняемое занятие. Однако оно может целиком овладеть играющим» [139, с. 23].

Й. Хейзинга выделяет основные признаки игры:

1. Игра имеет свой определенный жизненный цикл, «в ней есть движение вперед и назад, чередование, очередность, завязка, развязка». Она начинается, развивается и заканчивается.

2. Каждая игра протекает в некотором игровом пространстве, материальном или воображаемом. «Арена, игральный стол, магический круг, храм, сцена — все они суть игровые пространства, то есть отчужденная земля, обособленные, выгороженные, освященные территории, где имеют силу свои особые правила».

3. Игра всегда обладает определенным порядком, она воплощает временное совершенство вследствие установленного в ней порядка, малейшее отклонение от которого мешает игре, лишает ее ценности.

4. Каждая игра имеет правила, которые определяют действия играющих.

5. Игровое сообщество стремится к сохранению своего постоянного состава и после того, как игра завершена (об этом свидетельствуют различные клубы, команды и т. п.).

6. Игры имеют некую обособленность и таинственность, которой окружают себя игроки. Дети усиливают привлекательность своих игр, делая из них секрет, обосабливаясь от других.

7. Игра — это свободная деятельность, которая воспринимается как ненастоящая, не связанная с реальной жизнью, но способная полностью захватить играющего.

[9] См.: Ф. Шиллер. Письма об эстетическом воспитании человека / Письмо 27. — URL: http://yanko.lib.ru›books/cultur/shiller=letters.htm

8. Игра — это борьба за что-то или показ, представление, состязание в том, кто именно сможет показать что-то лучше других.

9. В игре есть напряжение и одновременно стремление к разрядке, расслаблению. Играющий ребенок стремится поймать ускользающий мяч, в чем проявляется элемент напряжения, но и наличие шанса в достижении цели, как и в любой игре.

10 Участник игры, который ломает игру, нарушает ее, называется шпильбрехером. Плут в игре, делающий вид, что следует правилам, но обманным образом обходит их, прощается сообществом играющих легче, чем шпильбрехер, разрушающий игру.

Психологи, исследуя феномен игры, отмечали ее роль в трудовой деятельности, игра настраивает на охоту, войну, на поддержание домашнего очага. В. Вундт обращал внимание на ее воспитывающую функцию: «Игра — дитя труда. Нет ни одной игры, которая не имела бы прототипа в одной из форм серьезного труда, всегда предшествующего ей по времени и по самому существу»[10].

Большой вклад в исследования понятия «игра» внесли отечественные ученые. В. М. Бехтерев в работе «Мозг и его деятельность» подчеркивал роль игры в развитии психики ребенка, считая неправомерным мнение некоторых ученых о том, что в основе игры лежит лишь избыток энергии. На самом деле это свойственно молодому возрасту, когда накапливается избыток энергии. Однако «есть целый ряд игр, где не только нет избытка движений, но и преобладает неподвижное состояние, например игра в кости, в домино, в карты, в шахматы. Сущность игры состоит не обязательно в движении, а в том оживляющем или ободряющем мимико-соматическом состоянии, которое вызывается путем создания себе развлечения, т. е. возбуждения тем или иным путем благоприятной мимико-соматической реакции».

По мнению великого психиатра, в каждой игре есть то, что обыкновенно обозначают «интересом» или занимательностью и что связано с получением удовольствия, «самоудовлетворения». Наивысшее напряжение интереса связано с достижением успеха в игре, с победой — и это представляет собой «настоящее торжество для выигравшего. … Проигравший, конечно, не испытывает торжества, но и он надеется быть победителем, и это поддерживает в нем интерес к игре». В. М. Бехтерев отмечал, что игра может быть как коллективной, так и индивидуальной, и «может выявляться в одиночестве, например, котенок играет с шариком или со своим хвостом, мальчик играет с мячом, а девочка в куклы. Однако сложность игры определяется и возрастом. Чем меньше возраст, тем менее сложной может быть игра. <…> С возрастом подвижные игры, вследствие меньшего преобладания избыточной энергии, <…> постепенно вытесняются или замещаются играми без больших движений — бильярд, карты, домино, шахматы и т. п.».

В. М. Бехтерев считал, что в игре развивается способность к взаимодействию, сплоченности «подвижная игра приводит к развитию ориентировочных, защитных, наступательных и социальных рефлексов (товарищество в игре), развивая в то же время соответствующие тормозные реакции. … В играх происходит в настоящем смысле слова подготовка к будущим жизненным условиям. Отсюда огромное социальное значение игр вообще, которые приобретали даже государственное значение. Таковы Олимпийские игры у древних греков» [61, с. 682–685].

Игра как метод обучения и воспитания рассматривалась в трудах классиков отечественной психологии.

Л. С. Выготский считал, что традиционный взгляд на игру как на бессмысленное провождение времени у ребенка является необоснованным. Психологическое значение игры состоит не только в том, чтобы дать разрядку накопившейся в юном существе энергии, но и в том, чтобы развивать соответствующие его возрасту умения. Игра не является случайным

[10] Вундт В. Этика. Издание журнала «Русское богатство» / пер. с нем. — СПб.: Тип. Комарова, 1887. —С. 181. Цит. по Шароновой [141].

явлением, она возникает на всех стадиях культурной жизни у самых разных народов и представляет собой естественную особенность человеческой природы.

В зависимости от стадии развития личности, Л. С. Выготский выделяет определенные периоды игр. Первый период игр — это игры с отдельными предметами, погремушками, бросание, хватание, отыскивание взглядом. При этом у ребенка развиваются психические процессы восприятия, внимания, он учится слышать, видеть, концентрировать взгляд, координировать движения. Второй период игр — убегание, прятание — связан с выработкой навыков передвижения в пространстве и ориентации в нем. На этом этапе развития ребенок учится воспроизводить увиденное им в жизни своей семьи, «играя в куклы, девочка учится не как обращаться с ребенком, а как чувствовать себя матерью». Другие игры, «строительные», связаны с работой над материалом и учат ребенка ставить цель, организовывать действия, которые приводят к цели. Третья группа игр «условных», построенных на придуманных правилах и видах поведения в соответствии с установленными правилами, способствуют развитию высших формам поведения, целесообразности, координирования совместной деятельности, сметливости, находчивости.

Давая определение игре, Л. С. Выготский писал: «Игра есть разумная, целесообразная, планомерная, социально-координированная, подчиненная известным правилам система поведения или затрата энергии. Этим она обнаруживает полную аналогию с трудовой затратой энергии взрослым человеком, признаки которой всецело совпадают с признаками игры, за исключением только результатов» [75, с. 124–128].

При всей объективной разнице между игрой и трудом психологическая природа их совпадает. Это указывает на то, что «игра является естественной формой труда для ребенка, присущей ему формой деятельности, приготовлением к будущей жизни. Роль игры в развитии ребенка трудно переоценить, «она обращена к будущему, из нее вырастает подчинение правилам «школа воли» — труд у школьника; мнимая ситуация — путь к абстракции, развитие мышления, воображения; правила подражания, которое мне кажется столь же центральным и связанным с мнимой ситуацией»[11].

Развивая идеи Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконин определяет человеческую игру как «деятельность, в которой воссоздаются социальные отношения между людьми вне условий непосредственно утилитарной деятельности». Он писал, что «игра, становится основной формой жизни ребенка. Замкнутый в круг семьи и семейных отношений, живущий в пределах своей детской, ребенок естественно отражает в играх главным образом эти отношения и те функции, которые осуществляют отдельные члены семьи по отношению к нему и друг к другу». Основным содержание игры детей дошкольного возраста являются «человек и его деятельность, а также система межличностных отношений взрослых людей друг к другу и к детям» [148, с. 8, 34, 344].

Исследуя феномен игры, С. Л. Рубинштейн считал, что если «игра — это деятельность, то она является выражением определенного отношения личности к окружающей действительности и …суть человеческой игры — в способности, отображая, преображать действительность». По мнению С. Л. Рубинштейна, игра выходит за рамки одной ситуации, «отвлекается от одних сторон действительности с тем, чтобы еще глубже в действенном плане выявить другие. В игре нереально только то, что для нее несущественно; в ней нет реального воздействия на предметы, и на этот счет играющий не питает обычно никаких иллюзий; но все в ней существенно, — в ней подлинно реально: реальны подлинные чувства желания, замыслы, которые в ней разыгрываются, реальны вопросы, которые решаются» [128, с. 486–489].

А. Н. Леонтьев [107] выделял три основных вида человеческой деятельности: игра, учение, труд, которые сменяют друг друга в онтогенезе. Однако исследователи отмечали относительность разделения этих видов деятельности. Так, например, труд спортивного тренера

[11] Там же.

направлен на игру; в процессе трудовой деятельности необходимо учение; а игра является основным видом трудовой деятельности актеров, обучение может проходить с включением игрового компонента. Таким образом, одну и ту же деятельность можно относить и к трудовой, и к учебной, и к игровой, в зависимости от того, какие аспекты рассматриваются.

Э. Берн, анализируя игры, первым заговорил о выделении игр как сознательных, так и бессознательных. Такой подход был необходим для разработки новых концепций в понимании механизмов поведения личности в межличностном и групповом взаимодействии, а также в психотерапии личности. Осознанные игры (процедуры) имеют четкую цель, план достижения цели, технологию действия. Это тип социального взаимодействия, относящегося к понятию «операция». Под операцией Берн подразумевает «ряд простых дополнительных действий взрослой части личности с целью получения результата». В профессиональной деятельности это рациональное выполнение своих обязанностей, исключающее оценочный или критикующий компонент.

«Бессознательные игры», по Э. Берну, — это такие игры, которые построены на двойных трансакциях. «Именно такие игры во всем мире образуют важнейший аспект человеческих взаимоотношений». В концепции Берна бессознательные игры происходят в результате неосознанного взаимодействия во внутреннем мире личности трех компонентов: родителя, взрослого и ребенка. Их природа — это сфера интересов психологов, которые ищут ответа на вопрос «насколько данные игры отвечают душевному здоровью личности» [60, с. 36–39]. Под игрой подразумеваются виды взаимодействия людей, в ходе которых можно отреагировать запретные, т. е. социально неодобряемые чувства: злость, ненависть, зависть.

Известный психотерапевт Г. Л. Лэндрет, основатель и директор Центра игровой терапии в Университете Северного Техаса, считал, что игра — это способ самовыражения личности, как ребенка, так и взрослого, «конкретное самовыражение ребенка и способ его приспособления к собственному миру». Для играющих взрослых она также является «способом самовыражения и приспособления в межличностной среде общения. Взрослый погружается в игру с такой же степенью самоотдачи, что и ребенок, его силы и экспрессия чувств соответствуют тем, которые бы он испытывал в реальной ситуации» [110, с. 23]. Эти слова свидетельствует о том, что в игре человек полностью раскрывает себя, поэтому деловые игры, в которых проигрываются близкие к реальности и вымышленные ситуации, могут с успехом использоваться в психодиагностических целях.

Тема игры в творчестве русских писателей

В восприятии классиков русской литературы, игра — это всепоглощающая губительная страсть, противостоять которой человек практически не может. Русских писателей волновала проблема личности игрока, психология игры, азарта, перед которым исчезал здравый смысл. По З. Фрейду, азарт — это следствие нарушения человеческой психики в раннем детском или юношеском возрасте, которое влечет за собой деформацию личности. Игровой азарт — компенсаторное восполнение дефицита любви, попытка поиска средств самоутверждения собственной значимости, появление невообразимой страсти, которая захватывает человека, подчиняя все его чувства и парализуя волю. Эта страсть компенсирует человеку отсутствие истинных чувств, ценностей. В игре происходит замена истинных привязанностей мнимыми, игра помогает вытеснить хотя бы временно психотравмирующие ситуации, унижения, обиды[12].

Тема губительной страсти карточной игры раскрыта в драме А. С. Пушкина «Пиковая дама», в произведениях М. Ю. Лермонтова «Маскарад», Ф. М. Достоевского «Игрок», в романе-эпопее Л. Н. Толстого «Война и мира», в повести Л. Андреева «Большой шлем», в пьесе М. Булгакова «Бег» и др.

[12] См.: Фрейд З. Достоевский и отцеубийство (1928) / Ист.: Фрейд З. Художник и фантазирование: сб. работ. — М.: Республика, 1995. — С. 285–294.

А. С. Пушкин в повести «Пиковая дама» психологически точно подмечает, что для одних игра — бегство от скуки, тоски, безделья, это своего рода способ времяпровождения: «А в ненастные дни собирались они часто. Гнули — Бог их прости! — от пятидесяти на сто, и выигрывали, и отписывали мелом. Так в ненастные дни занимались они делом». Для других, например, скромного инженера Германна, игра — это азарт, безумная страсть, надежда на везение, шанс поймать удачу и одновременно крах его жизни. Игра захватила все его существо. «Увидев молодую девушку, он говорил: "Как она стройна! ... Настоящая тройка червонная". У него спрашивали: который час, он отвечал: "Без пяти минут семерка". Всякий пузатый мужчина напоминал ему туза. … Все мысли его слились в одну, — воспользоваться тайной, которая дорого ему стоила. Герман сошел с ума, не отвечает ни на какие вопросы и бормочет необыкновенно скоро: Тройка, семерка, туз! Тройка, семерка, дама! …» [127, с. 319, 335].

У М. Ю. Лермонтова, тонкого знатока человеческой души, игра доводит героя до отчаяния, ставит на грань самоубийства: «В одной руке держал я лимонаду стакан — в другой четверку пик. Последний рубль в кармане дожидался с заветным порошком — риск, право, был велик. … Но счастье вынесло, — и в час я отыгрался!»[13]

Л. Н. Толстой в романе «Война и мир» описывает психологическое состояние молодого графа Николая Ростова, который, проигравшись, видит единственный выход из ситуации — покончить жизнь самоубийством, и только глубокое чувство любви к близким останавливает его от трагического поступка.

Ф. М. Достоевский в произведении «Игрок» отражает те глубинные внутриличностные конфликты, которые были связаны с собственной жизнью великого русского писателя.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что нет единого определения понятия «игра». С одной стороны, игра обнаруживает полную аналогию с трудовой затратой энергии взрослым человеком, признаки которой всецело совпадают с признаками игры, кроме результатов, считает Выгодский [75]; с другой стороны, игра — конкретное самовыражение ребенка и способ его приспособления к собственному миру, полагает Лэндрет [110]. Игра — это деятельность, в которой воссоздаются социальные отношения между людьми вне условий непосредственно утилитарной деятельности, считает Эльконин [148].

Теоретические исследования понятия «игра» позволяют лучше осознать феномен деловой игры как педагогической технологии, потому что в ней проявляются многие признаки игры, перечисленные выше, и в то же время через контекст учебной деловой игры активизируется познавательная деятельность обучающихся, усваивается содержание учебного материала, развиваются нравственно-психологические качества личности.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные признаки игры выделил Й. Хейзинга?
2. Кому из психологов принадлежит высказывание «Игра — дитя труда. Нет ни одной игры, которая не имела бы прототипа в одной из форм серьезного труда, всегда предшествующего ей по времени и по самому существу».
3. Какие умения, соответствующие возрасту ребенка, развиваются в игре?
4. Кто из психологов использует игру как метод психодиагностики психокоррекции детей?
5. В каких произведениях русской литературы карточная игра описывается как страсть, разрушающая личность?
6. Почему «бессознательные игры» по Э. Берну «образуют важнейший аспект человеческих взаимоотношений»?

[13] См.: Лермонтов М. Ю. Маскарад / Т. 3. — С. 82. — URL: https://dom-knig.com/read_239521-82

Глава 2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ «ДЕЛОВАЯ ИГРА»

Цель: после изучения материала второй главы обучающиеся будут знать историю развития деловых игр, концептуальную основу активных методов обучения, классификацию активных методов обучения, понятие «деловая игра» в определении отечественных и зарубежных ученых, опыт разработки внедрения деловых игр в нашей стране и за рубежом.

2.1. Из истории деловых игр

Первые деловые игры назывались «военные шахматы», «маневры на карте» и были направлены на прогнозирование действий противников в боевых сражениях. В XIX в. «военные игры» использовались для того, чтобы молодые военнослужащие могли заранее ознакомиться с трудностями разных поворотов в сражениях и быть готовыми к самым неожиданным ситуациям на поле боя.

В истории изучения деловых игр в нашей стране принято считать, что первая деловая игра под названием «Перестройка производства в связи с резким изменением производственной программы» была разработана М. М. Бирштейн в 1932 г. в Ленинграде [62]. Автор исходила из общих закономерностей психологии игры и задач военных игр, учитывала необходимость визуализации пространственных перемещений, наглядного изображения происходящих событий.

В свою очередь организационно-производственные испытания представляли собой военные мобилизационные игры. На них отрабатывалась программа реструктуризации военных предприятий в условиях мобилизации на военный ассортимент, увеличение продолжительности трудового дня. Такие деловые игры создавались по заказу и при поддержке штаба Ленинградского военного округа. Эксперты отмечают, что с 1938 г. деловые игры были запрещены, как и многие направления развития науки и образования, «вследствие свободных высказываний участников по поводу рационализации производственных процессов, что было несовместимо с режимом тотальной регламентации» [76]. Другой причиной приостановки практики применения деловых игр называют военное время, нехватку ресурсов.

В 1950–1960-е гг. в США разработки таких ученых, как Ч. Абт, К. Гринблат, Ф. Грей, Г. Грэм, Г. Дюпюи, Р. Дьюк, Р. Прюдом и других, вызвали новую волну интереса к деловым играм как к методу решения управленческих проблем.

В 1955 г. в США была создана первая машинная игра, которая имитировала снабжение баз ВВС. Американская ассоциация управления разработала игру «Имитация решений в высшем управленческом звене» и испытала ее в 1957 г. на ежегодном семинаре в Саранак Лейк (штат Нью-Йорк). Именно тогда впервые появился термин «деловая игра», который через несколько лет стал применяться почти во всех школах бизнеса [141].

В 1970–1980-е гг. в стране возник новый виток интереса к деловым играм, их разработке и внедрению. Лидерами в разработке и проведении деловых игр стали М. М. Бирштейн, Р. Ф. Жуков, В. И. Рыбальский, Г. П. Щедровицкий и другие специалисты [63, с. 3–14]. В этот же период появляются школы обучающих игр: школа В. К. Тарасова (Таллинн), эмоционально-игровая методика Е. В. Гильбо (Ленинград), деловые игры в экономике и управлении

В. Ф. Комаров (Новосибирск), учебные (деловые) игры в медицине Л. Б. Наумов (Новосибирск).

В этот период в стране было разработано несколько сотен деловых игр, однако в реальности применялось небольшое количество. Это связано с тем, что некоторые игры морально быстро устаревали, некоторые не соответствовали требованиям, которые предъявлялись к деловым играм, так как разрабатывались без учета психологических, социальных, педагогических факторов, играющих важную роль в получении результата.

Особо следует отметить работы Г. П. Щедровицкого [145; 146], создавшего новое направление организационно-деятельностных игр (ОДИ). В отличие от своих друзей-единомышленников, он уже тогда мало считался с традиционными предметно-дисциплинарными рамками и тесно сотрудничал с психологами (представителями педагогической психологии). Речь шла, по сути дела, о новой технологии мышления, связанной с выработкой, рефлексией и трансляцией средств преодоления самых разнообразных противоречий (разрывов) научно-познавательной и учебной деятельности, т. е. о методологии как таковой. Разработанные под его руководством игры[14] были предназначены для решения сложных управленческих проблем с высокой степенью неопределенности[15]. Особенность этих игр состояла в активизации коллективной мыследеятельности, выходе сознания игроков за рамки регламентированных отраслевых знаний и нормативов, сочетании жестко структурированной временной регламентации с сильным психологическим давлением на личность каждого участника игры.

2.2. Идеи активизации обучения в концепциях педагогов и психологов. Определение понятия «деловая игра»

Идеи активизации обучения учащихся путем включения их в самостоятельную исследовательскую деятельность нашли отражение в трудах таких известных педагогов, как Ж.-Ж. Руссо, И. Г. Песталоцци, Ф. А. Дистервега. Они смогли противопоставить схоластическому подходу к обучению методы активного включения учеников в получение новых знаний, что способствовало интеллектуальному и нравственному развитию личности.

В начале XX в. концепцию активного включения учащихся в процесс обучения развивал американский психолог, философ Дж. Дьюи [84]. Его основная идея состояла в том, чтобы заменить традиционное обучения учебно-практическим обучением, направленным на активный самостоятельный поиск знаний, на решение проблем, в ходе которых будет развиваться мышление, являющееся основным инструментом обучения. Именно активная познавательная деятельность учащихся, использование методов, ориентированных на жизненные потребности личности, дают существенно лучшие результаты, по сравнению с репродуктивными методами обучения.

Активизация мыслительной деятельности обучающихся основывается на ряде концепций, одна из которых — идея децентрации мышления, разработанная Ж. Пиаже. Понятие децентрации обычно используется для анализа процессов социализации, когнитивного и морального развития личности.

---

[14] Всего за весь период трудовой деятельности Г. П. Щедровицкого было разработано и проведено более 90 ОДИ (с количеством участников от десятка до нескольких сот человек) в самых разных регионах страны. См.: *Щедровицкий Г. П.* Избранные труды / ОДИ как новая форма организации и метод развития коллективной мыследеятельности.— М.: Школа культ. политики, 1995. — С. 115–142.

[15] Одна из наиболее известных — ОДИ-11 «Вывод из эксплуатации и определение перспектив дальнейшего использования энергоблока Белоярской АЭС». Проводилась в 1981 г. в течение 21 дня.

Децентрация — это такое свойство мышления, которое проявляется в способности личности видеть и понимать альтернативные точки зрения на объекты, что является особенно важным в развитии профессионального мышления будущего специалиста. «Формирование навыков децентрации лежит в основе способности субъекта к принятию роли другого человека, оно связано с уровнями развития когнитивной эмпатии, определяет эффективность коммуникативного взаимодействия» [123, с. 99]. Психологи косвенно показали, что децентрация лежит в основе методов активного обучения, хотя этот принцип мышления напрямую не связан с активными методами обучения.

Поиск способов активизации мыслительной деятельности начал разрабатываться в нашей стране в 1960-е гг. Традиционные методы обучения были направлены на репродуктивный способ воспроизведения информации. Задача развить мышление учащихся педагогами не ставилась, поскольку в центре внимания стояло накопление информационной базы.

Большое значение в развитии методов активизации познавательной деятельности имели работы отечественных психологов: Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, Д. Б. Эльконина, В. В. Давыдова, Л. В. Занкова, Н. А. Менчинской, Т. В. Кудрявцевой. Они считали, что умственное развитие личности характеризуется структурой мыслительных процессов, системой логических операций и умственных действий, а не только совокупностью усвоенных знаний. Обучить логике мышления можно только с помощью методов, активизирующих когнитивную сферу личности.

Одной из концептуальных основ активных методов обучения стала теория поэтапного формирования умственных действий П. Я. Гальперина, которая показывала закономерность переноса знаний и умений, полученных в игре, в реальную действительность.

Появляется термин «активные методы обучения», обозначающий «способы и приемы преподавания, при использовании которых учащийся вынужден активно добывать, перерабатывать и реализовывать учебную информацию, представленную в такой дидактической форме, что это обеспечивает объективно существенно лучшие результаты, по сравнению с традиционными способами, результатами практической деятельности» [120, с. 22].

И. Я. Лернер отмечает, что «активизация мыслительной деятельности происходит через решение учащимися новых для них познавательных задач, проблемных ситуаций в системе, соответствующей образовательно-воспитательным целям школы или высшей школы» [108].

В педагогике высшей школы принято считать, что активные методы обучения — это такие методы, которые реализуют установку на большую активность субъекта в учебном процессе, в противоположность традиционным подходам. Г. П. Щедровицкий называет активными методами обучения и воспитания те, которые позволяют «учащимся в более короткие сроки и с меньшими усилиями овладеть необходимыми знаниями и умениями за счет сознательного воспитания способностей учащегося и сознательного формирования у них деятельностей» [144].

Активные методы обучения, в соответствии с классификацией А. М. Смолкина [134], подразделяются на имитационные и неимитационные.

Неимитационные методы — это проблемная лекция, лекция вдвоем, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция пресс-конференция; эвристическая беседа; поисковая лабораторная работа студента; учебная дискуссия; самостоятельная работа с литературой, семинары.

К *имитационным (игровым) методам* он относит деловые игры, педагогические ситуации и задачи, ситуации инсценирования различной деятельности.

Сложность понятия «деловая игра» как имитационного метода обусловила неоднозначность определения. Деловую игру рассматривают и как область деятельности, и как область научно-технического знания, и как имитационный эксперимент, и как метод решения практических задач, и как метод активного группового обучения. Анализ определений приводится в статье Д. Вульфа (США). «Деловая игра — это анализ ситуации, в которую включены обрат-

ная связь и фактор времени»; «Деловая игра — механизм для воспроизведения процессов согласования хозяйственных интересов»; «Деловая игра — это групповое упражнение по выработке последовательности решений в искусственно созданных условиях, имитирующих реальную производственную обстановку» [74, с. 22–26].

М. М. Бирштейн определила деловую игру как «имитационное моделирование в условной обстановке деятельности участников игры, объединенных целью учебного, хозяйственного, творческого, спортивного направления при наличии конфликтных ситуаций и информационной неопределенности» [63].

Ю. С. Арутюнов рассматривает деловую игру «как «область деятельности, как имитационный эксперимент, как форму ролевого общения, как метод обучения, исследования и решения производственных задач» [53].

А. А. Вербицкий определяет деловую игру как форму «воссоздания предметного и социального содержания будущей профессиональной деятельности специалиста, моделирование тех систем отношений, которые характерны для этой деятельности как целого». Воссоздание достигается за счет знаковых средств, моделей и ролей, исполняемых другими людьми. «При правильной организации игры обучающийся выполняет профессиональную деятельность, т. е. деятельность профессиональную по форме, но учебную по своим результатам и основному содержанию. Нельзя забывать, что имитационная учебная модель всегда упрощает реальную ситуацию и особенно часто за счет лишения ее динамичности, элементов развития» [68; 71].

К. А. Багриновский считает, что для понимания сущности метода деловых игр необходимо определить понятия «модель», «моделирование» и «имитация». Термин «модель» есть представление реального процесса в некоторой схематической форме. «Моделирование» можно определить как процесс проведения эксперимента с моделью при заданных значениях». Термин «имитация» (imitatio — подражание) означает воспроизведение реального процесса в условной ситуации. Игровые имитационные модели или имитационные игры предполагают «организацию взаимодействия людей, столкновения их интересов в условиях имитации реальных событий. При этом в каждом фрагменте игры можно организовать имитационные эксперименты с целью выбора своей стратегии в игре» [56].

Большое количество определений понятия «деловая игра» связано с широкой областью их использования: в образовательном процессе при подготовке специалистов, при проведении научных исследований, для решения производственных задач. По мнению Л. Б. Наумова, «дидактическая (деловая, имитационная, учебная) игра — метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям, с обязательным разветвленным динамическим развитием реальной ситуации, задачи или проблемы в строгом соответствии последующих событий, с характером решений и действий, принятых играющими на предыдущих этапах» [119].

2.3. Деловая игра как педагогическая технология

Педагогические технологии появились в 50-х гг. прошлого столетия как противовес неопределенности традиционного подхода обучению. Это те технологии, цель и результат которых жестко взаимосвязаны, а результативность диагностируема.

Педагогическая технология — это системный метод создания, применения и определения всего процесса преподавания и усвоения знаний с учетом технических и человеческих ресурсов и их взаимодействие, ставящий своей задачей оптимизацию форм образования (ЮНЕСКО).

Образовательная технология — это процессная система совместной деятельности обучающихся и преподавателя по проектированию (планированию), выполнению, контролю, ана-

лизу (корректированию) образовательного процесса с целью достижения конкретного результата при обеспечении комфортных условий участникам.

Признаки педагогической технологии:

• *диагностичность* цели (цели занятия должны быть описаны так, чтобы они определялись по четко выделенным критериям);

• *воспроизводимость* педагогического процесса (в том числе предписание этапов, соответствующих им целей обучения и характера деятельности обучающего и обучаемого);

• *воспроизводимость* педагогических результатов.

Важнейшей особенностью педагогической технологии является «заранее спроектированный учебный процесс, гарантирующий достижение четко поставленных целей, построение учебной деятельности, выбранной в соответствии с целями и методы контроля, проверяющие степень достижения заявленных целей, а также анализ полученных результатов» [126, с. 36].

Цель можно определить как «конкретизированный образ ожидаемого (желаемого) результата, описанного набором качественных и/или количественных показателей, которые можно измерить известными методами и который может быть достигнут в заданный временной интервал за счет выполнения заданного набора действий при заданном объеме обеспечивающих ресурсов» [58, с. 108].

Технология обучения — системная категория, структурными элементами которой являются цели обучения (планирование с заранее определенными показателями), методы достижения цели, выбранные в соответствии с целями и содержанием обучения, контроль степени достижения целей в соответствии с запланированными параметрами (проверка), анализ полученных результатов деятельности.

В современном высшем профессиональном образовании достичь цели традиционными описательно-репродуктивными методами обучения в новых условиях не представляется возможным. Применяемые педагогические технологии в образовательном процессе: деловые игры, проблемное обучение, метод «Case study» (разбор конкретных ситуаций), метод «проектов», «портфолио», «учебная фирма» направлены на активизацию и интенсификацию деятельности обучающихся и развитие как профессиональных, так и общекультурных компетенций, формирование заданного набора целей.

Деловая игра как современная педагогическая технология построена на принципе проблемного обучения:

• *проблемность* является основной характеристикой деловых игр. Проблемная ситуация представляет собой интеллектуальное затруднение человека, возникающее в случае, когда он не знает, как объяснить возникшее явление, не может достичь цели известным ему путем, что побуждает искать новый способ объяснения действия [103]. Преподаватель должен представить учебный материал в виде учебной (или реальной) проблемы, для решения которой студенту не хватает имеющихся знаний. В этой ситуации обучающиеся вынуждены активно востребовать информацию от преподавателя, осуществлять активный самостоятельный поиск, воссоздавать самостоятельно, основываясь на логическом мышлении, здравом смысле, интуиции, известном им профессиональном и/или жизненном опыте, включая в поиск коллег, других обучающихся;

• *адекватность* учебно-познавательной деятельности в ходе деловой игры контексту будущей профессиональной деятельности, характеру профессиональных практических навыков, качествам личности специалистов данной области;

• *диалогическое (полилогическое) взаимодействие* преподавателя и обучающихся, студентов между собой, взаимодействие в группе;

• *самостоятельность* решения проблемных профессиональных задач с использованием современных компьютерных технологий [143, с. 57–61].

Деловые игры вносят в общую систему учебно-воспитательного процесса следующие аспекты:

1) дают возможность проводить обучение (профессиональный тренинг) с моделью, а не с реальным объектом, манипуляции с которым в большинстве случаев просто невозможны этически или даже опасны;

2) отражают системное содержание материала, представленное в имитационной модели деятельности специалиста;

3) воспроизводят структуру и функции профессиональной деятельности в игровой модели;

4) позволяют прогнозировать процесс знания, умения, необходимые для решения профессиональной проблемы, обозначенной в игре, т. е. выполняют прогностические функции;

5) позволяют реализовать деятельностный подход, который включает обучающихся в активное воспроизведение знаний в специально организованной ситуации, имитирующей будущую профессиональную деятельность;

6) обеспечивают переход от организации и регуляции познавательной деятельности преподавателем к самоорганизации и саморегуляции этой деятельности студентами [68];

7) развивают коммуникативные способности к внутригрупповому взаимодействию;

8) развивают техники управления конфликтами, возникающими во время игры или актуализированными игрой [141, с. 36];

9) развивают эмоционально-волевую сферу личности, поскольку в ходе игры проявляются сильные эмоциональные состояния: аффект, стресс, фрустрация и необходимость управления этими эмоциональными состояниями во имя достижения цели;

10) создают условия для развития нравственно-психологических качеств личности, поскольку коллективный характер деловых игр предполагает усвоение обучающимися не только знаний и способов практических действий, но и нравственных принципов поведения, взаимодействия в команде будущего профессионального коллектива. «Игра — это школа морали, но не мораль в представлении, а морали в действии» [148];

11) развивают способность к рефлексии как средству развития профессиональных и личностных качеств.

Деловая игра является педагогической технологией, которая имеет свою специфику, требует высокой квалификации преподавателя и тщательной подготовки к проведению занятия в данной форме. Специфика обучающих возможностей деловой игры как метода активного обучения состоит в следующем:

• «обучение участников происходит в процессе совместной деятельности. При этом каждый решает свою отдельную задачу в соответствии со своей ролью и функцией. Общение в деловой игре — это не просто общение в процессе совместного усвоения знаний, но первым делом общение, имитирующее, воспроизводящее общение людей в процессе реальной изучаемой деятельности» [85];

• в игре воссоздаются основные закономерности профессионального мышления на материале проблемных ситуаций, разрешаемых совместными усилиями участников группы;

• «метод деловых игр представляет собой не что иное, как специально организованную деятельность по операционализации теоретических знаний, переводу их в деятельностный контекст. То, что в традиционных методах обучения “отдается на откуп” каждому учащемуся без учета его готовности и способности осуществить требуемое преобразование, в деловой игре приобретает статус метода… Происходит не механическое накопление информации, а деятельностное распредмечивание какой-то сферы человеческой реальности» [76, с. 61–67].

Указанные выше особенности деловых игр обусловливают их преимущества по сравнению с традиционными методами обучения, которые состоят в следующем [71]:

• образовательная функция деловой игры очень значима, поскольку «деловая игра позволяет задать в обучении предметный и социально-психологический контексты будущей профессиональной деятельности и тем самым смоделировать более адекватное по сравнению с традиционным обучением условия формирования личности специалиста»;

• в деловой игре «знания усваиваются не про запас, не для будущего применения, не абстрактно, а в реальном для участника процессе информационного обеспечения его игровых действий, в динамике развития сюжета деловой игры, в формировании целостного образа профессиональной ситуации»;

• деловая игра позволяет радикально сократить время накопления профессионального опыта;

• деловая игра дает возможность пробовать разные стратегии решения поставленных проблем;

• деловая игра позволяет приобрести социальный опыт коммуникаций при принятии коллективных решений.

2.4. Применение деловых игр сегодня

В настоящее время насчитывается уже несколько тысяч различных видов обучающих игр. Издаются пособия, каталоги и справочники по деловым играм, проводятся регулярные школы и семинары. Создана Международная ассоциация по имитационному моделированию и играм. Создана теория игр как область специального научного знания. Основные концепции этой теории используются в образовании, бизнесе, политике, спорте и повседневном социальном взаимодействии. Теория игр относится к числу самых популярных факультативных курсов в Принстонском, Йельском университетах, а также во многих учебных заведениях России. Теория игр — одна из важнейших составляющих курсов по изучению стратегии в рамках программ MBA. По результатам поиска в Google по ключевым словам «теория игр» можно увидеть ссылки на тысячи страниц. Огромную роль в развитии теории игр сыграл Нобелевский комитет по экономике, который присудил две Нобелевские премии по теории игр: в 1994 г. — Джону Харсаньи, Джону Нэшу и Райнхарду Зелтену и в 2005 г.— Роберту Ауману и Томасу Шеллингу [10].

Деловые игры стали использоваться не только в практике высшего, но и среднего образования, что является особенно важным для развития интеллектуальных и личностных качеств молодых людей.

Деловые игры применяются в среднем образовании в России и США для успешной экономической и социально-психологической адаптации школьников к взрослой жизни [78]. Волна интереса к деловым играм в России конце прошлого века связана с тем, что в новых экономических условиях возникла необходимость реальной подготовки молодых людей к пониманию экономических законов и умению использовать их в практике реальной жизни.

Появилось большое количество онлайн-игр, например «Учись зарабатывать», которая направлена на разработку и внедрения собственных бизнес-проектов, дающих экономическую выгоду, или игра «Команда», в которой предлагалась возможность виртуальной организации собственного бизнеса в торговых центрах и рынках.

Во многих российских школах используется деловая игра «Рынок», в которой все участники разделены на две конкурирующие группы. Игра начинается с презентации фирмы, разработки рекламной продукции. Школьники проходили все стадии формирования бизнеса: готовили учредительные документы, выпускали акции, занимались управлением производства, сбытом продукции и другими видами деятельности [98].

Деловые игры способствовали профессиональному самоопределению молодых людей и развивали в них умение осуществлять стратегическое планирование, распределять финансы, выбирать партнеров по бизнесу, анализировать результаты своей деятельности. В ходе игр развивались психологические качества личности, необходимые в реальной жизни: воля, целеустремленность, эмпатийность [81].

В США получили распространение деловые симуляционные игры [27]. Наиболее известной стала симуляционная игра «Лимонадный киоск», созданная компанией Apple на основании реального практического опыта детского бизнеса. У школьников в игре развивается способность выстраивать бизнес, брать на себя инициативу, оценивать риски [15].



Вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные идеи активизации обучения в трудах отечественных и зарубежных педагогов и психологов.
2. Приведите классификацию активных методов обучения по А. М. Смолкину.
3. Вспомните базовые определения понятия «деловая игра», приводимые отечественными и зарубежными учеными.
4. Что такое деловая игра как педагогическая технология?
5. Приведите примеры из опыта разработки и внедрения деловых игр в нашей стране.

Глава 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЛОВОЙ (УЧЕБНОЙ) ИГРЫ

Цель: после изучения материала третьей главы обучающиеся будут знать роль деловой игры в диагностике акцентуаций характера и нравственно-психологических качеств личности, психологические механизмы защиты в деловой игре, проявление эмоций в деловых играх, значение деловой игры в развитии внутрикомандного взаимодействия и развитии Я-концепции личности.

3.1. Игра как инструмент диагностики психологических качеств личности

Учебная деловая игра может быть использована как инструмент диагностики индивидуально-психологических качеств личности.

Различают следующие поведенческие типы в ДИ:

• *демонстративный тип* в групповых играх стремится привлечь к себе внимание, стать лидером. Его действия бывают поспешными, импульсивными, не всегда рациональными, иногда приводящими к конфликту с другими членами группы. Аргументация часто исходит из субъективных, мало обоснованных решений, апеллирующих к собственному опыту, таких как, например, «у меня был случай …». Его отличает конфронтация как способ взаимодействия с группой. Сильное давление на членов группы зачастую приводит к возникновению психологических барьеров, вызывает снижение креативности и продуктивной направленности игры на достижение результата. В итоге может оказаться, что игровые цели участниками не достигаются;

• *эпилептоидный (возбудимый) тип* проявляет себя в деловой игре неожиданными вспышками агрессии, резкими колебаниями настроения, от ласково-нежного обращения с членами группы до грубого, откровенно бестактного поведения. Наблюдается резкая смена установки на игру, чередование поведения включения в игру, генерирования идей и резкие уходы, отказ от участия в игре, неожиданные агрессивные реакции на членов группы. В его лексике могут преобладать негативные оценки личности играющих, их действий, в том числе социально неодобряемые. На спонтанную агрессивность часто влияет затягивание игры, ограниченное игровое пространство;

• *педантичный тип,* как правило, внимательно изучает условия игры, задает уточняющие вопросы, стремится к получению максимально большей информации, не претендует на роль лидера. В конфликтной ситуации выбирает стратегию приспособления или ухода, хотя его индивидуальные ответы зачастую более правильны, чем групповые;

• *ригидный (застревающий) тип,* предлагая свой вариант решения, упорно настаивает на нем, проявляет категоричность, нетерпимость к мнению других людей. Зачастую проявляется мнительность, подозрительность: «А почему именно нашей группе дали такое задание, чтобы мы не справились? Вы потом будете сообщать в деканат (на работу)?» Ему, как правило, присуще раздутое до фанатизма чувство собственного достоинства, фиксация на мелочах, отсутствие чувства юмора.

В деловых (учебных) играх наиболее полно проявляются особенности *локус-контроля* (от лат. locus — место, и controle — проверка) — это психологический фактор, характеризую-

щий разные типы личности: *экстернальный и интернальный.* В соответствии с теорией социального научения американского психолога Дж. Роттера, которая появилась в середине 1950-х гг., изучать личность необходимо в контексте значимого для нее окружающего мира[16]. Деловые (учебные) игры и являются таким контекстом. Дж. Роттер показал, что в зависимости от того, на кого или на что человек возлагает ответственность за события в жизни и результаты собственной деятельности, он может быть либо *экстерналом* — признающим, что сила обстоятельств (внешних условий и факторов) сильнее его самого, у него доминирует внешний локус-контроль, либо *интерналом* — с приоритетом собственной позиции (все зависит от меня), соответственно у него доминирует внутренний локус-контроль. Из этого следует, что:

• *экстернальный тип* в игре проявляет себя тем, что обвиняет других за неудачные действия — членов группы, модератора игры (преподавателя), метод обучения;

• *интернальный тип* склонен считать, что именно он несет ответственность за результаты игры, т. е. проявляет «внутренний локус контроля» (интернальность) — «я не учел эту информацию», «у меня не было такого опыта», «я все знал, но не был уверен», «не сумел убедить других, и команда проиграла». Внутренними факторами здесь являются свойства личности индивида: способность к анализу собственных положительных и отрицательных качеств, наличие или отсутствие необходимых знаний, умений и навыков и т. п. Такой подход в большей степени соответствует профессиональному росту личности.

3.2. Игра как инструмент диагностики нравственных качеств личности

Современное высшее образование, ориентированное на выполнение профессиональных стандартов, опускает важнейшую составляющую врачебной практики — ценностное отношение будущих специалистов к жизни во всех ее проявлениях, к здоровью человека как высшей ценности, отношение к труду, к обществу, к природе. Все то, что составляет духовную основу личности, практически формируется стихийно и носит малоуправляемый характер.

Развитие нравственных качеств личности специалистов здравоохранения представляет важную задачу, поскольку в условиях технократизации медицины происходит реальное обесценивание жизни человека и его здоровья, он часто выступает лишь в качестве объекта приложения профессиональных усилий врачей. Эти вопросы, связанные со снижением уровня профессиональной и личностной ответственности за результаты своего труда, зачастую вызывают в среде будущих врачей откровенное непонимание.

В ряде исследований духовно-нравственных ценностей студенческой молодежи установлено, что для молодых людей наиболее значимыми являются современные ценности (свобода, независимость, предприимчивость, самостоятельность, достижения, гедонистические установки), чем традиционные, такие как уважение традиций, ответственность, надежность, защита жизни и благополучия людей, ненанесение вреда окружающим, природе и др. [96, с. 113–122].

Большое влияние на развитие нравственных качеств личности может оказывать правильным образом организованный учебный процесс, когда с помощью инструмента ДИ у обучающихся происходит переосмысление соответствия сформированных у них стереотипов поведения тем нравственным качествам, которые задаются контекстом содержания игры. Причинами возможных несоответствий в значительной степени служит подмена понятий при традиционной организации учебного процесса на предыдущих этапах, когда получение знаний

[16] См.: Rotter J. B. Social learning and clinical psychology. — NY: Prentice-Hall, 1954. — URL: htpp//vocabulary.ru›…socialno-nauchenija-rottera.html

провозглашается целью обучения, а уровень их усвоения (владения, навыков использования) выступает показателем нравственного развития личности. Таким образом, традиционный объяснительно-репродуктивный метод обучения практически не включает обучающихся в рефлексию собственных нравственных качеств личности. Этому могут способствовать только современные педагогические технологии, побуждающие студентов к ситуации нравственного выбора, оценке последствий принятых ими самостоятельных решений.

Деловые (учебные) игры с этих позиций имеют неоспоримые преимущества перед другими методами обучения. С помощью деловых игр можно моделировать реальные проблемные нравственно-психологические ситуации, создавать психологическую готовность обучающихся к решению задач. Распределение ролей среди участников игры готовит их к персональной ответственности за свои действия в реальной профессиональной деятельности, способствует развитию системы ценностных ориентаций личности.

Деловые игры предоставляют преподавателю богатый материал для анализа не только уровня профессиональной подготовленности студентов, но и оценки нравственно-психологических качеств их личности. Перед студентами во всей полноте встает вопрос о собственной (общечеловеческой) и юридической ответственности за жизнь больного.

Появляется осознание того, что поверхностные знания и недостаток нравственных качеств сегодня завтра могут обернуться непоправимыми последствиями. Так, в учебной игре «Больной с жалобами на боль в груди»[17] предусмотрены не только профессиональные ошибки, но и ошибки, обусловленные дефицитом нравственных качеств личности врача: отсутствие чувства долга, ответственности, сочувствия к больному. Например, врач уезжает от больного с острой болью в груди, не записав кардиограмму, в результате больной умирает от инфаркта через полчаса после отъезда врача. Или врач просит подробнее рассказать о конфликтной ситуации на работе, спровоцировавшей приступ, вследствие чего у больного наступает кардиогенный шок. В другом варианте ошибочных действий врача — решение транспортировать больного с инфарктом миокарда самостоятельно, без специализированной машины скорой помощи, которое свидетельствует об излишней самоуверенности, безответственности. Все эти аспекты нравственной позиции врача заставляют студентов задуматься о степени их ответственности за жизнь и здоровье пациентов.

В деловой учебной игре «Неотложная помощь при внезапной смерти»[18] диагностируется не только уровень профессиональных компетенций будущих врачей: знания и четкость выполнения практических навыков оказания первой медицинской помощи при внезапной смерти, умение организовать первую медицинскую помощь на догоспитальном этапе и при транспортировке. Кроме этого, игра выявляет уровень нравственных качеств студентов, их ценностных ориентаций как системы фиксированных установок, характеризующихся избирательным отношением личности к ценностям [90].

По первой реакции на исходную игровую ситуацию, когда студент становится свидетелем внезапной смерти человека, можно определить его человеческие качества. Экстремальная ситуация, обозначенная в деловой игре, иногда выявляет дефицит нравственных качеств личности: равнодушие, черствость, безответственность и даже цинизм. В речи студентов, играющих роль врачей, проскакивают фразы, в которых отражается обесценивание жизни человека: «Хватит с геронтом возиться». В вариантах ответов предусмотрены типичные ошибки на данном этапе игры:

- неоказание помощи, полный уход от ситуации;
- уход, оттягивание времени, возвращение через минуту;
- сбор людей на место происшествия.

[17] См.: Приложение 1.

[18] См.: Приложение 2.

Таким образом, в игре можно наблюдать уровень развития нравственно-психологических качеств личности: отношение к жизни человека как к высшей ценности или ее обесценивание. Известно, что нравственные качества личности формируются у человека от четырех до шести лет, поэтому говорить о переформировании ценностных установок в ходе одной деловой игры было бы неправильно. Использование деловых игр выявляет серьезную проблему дефицита профессионально-нравственной культуры личности будущих врачей и ставит задачу ее развития в образовательном процессе. При анализе игры исследование ошибок, допущенных во время выполнения профессиональных действий, также подлежит рассмотрению.

3.3. Психологические механизмы защиты в деловой игре

В ходе деловых игр можно наблюдать следующие особенности психологических механизмов защиты:

• *вытеснение* — помещение в область бессознательного травмирующей реальности. Личность стремится убрать из сознания информацию, вносящую состояние тревоги. Вытеснение проявляется в виде ослышек, описок, оговорок, забывания. Пример вытеснения как механизма защиты в деловой игре — игнорирование нежелательной для участников игры информации;

• *отрицание* — стремление избежать травмирующей реальности. Человек блокирует факты реальности, не воспринимает того, что произошло, продолжая действовать так, как если бы событие не наступило. Например, в ДИ «Боль в груди» студент, получивший карту М6 — «Больной умер», продолжает активные реанимационные мероприятия, несмотря на полученную информацию. Он объясняет себе и другим, что этого не могло произойти, потому он все выполнил абсолютно правильно;

• *рационализация* — объяснение псевдоразумными причинами того, что на самом деле имеет другое обоснование, самообман, попытка рационально обосновать деструктивные формы собственного поведения. В целях сохранения «Я-образа» негативные, социально неодобряемые действия человек объясняет себе тем, что они вызваны обстоятельствами. Примером рационализации может служить использование в деловой игре объяснения человеком своего нечестного поведения стремлением помочь команде; свою грубость и агрессивность человек объясняет случайным срывом, обстоятельствами, ссылкой на условия игры, на то, что в реальной жизни он никогда не позволил бы себе подобное поведение. Рационализация может быть негативно и позитивно направленной. При позитивной мотивации негативные поступки идеализированной личности интерпретируются как положительные;

• *проекция* — приписывание другому лицу действий и намерений, которые на самом деле ему не свойственны, а характерны для самого приписывающего. Это бессознательный перенос собственных чувств, влечений, качеств на другое лицо. Человек, склонный к обману, будет ожидать нечестного поведения от других. В деловых играх это проявляется в том, что альтруистическое действие членов группы воспринимается как «поза», выставление напоказ своих добрых намерений;

• *конверсия* — замена значения или содержания явления более приемлемым. Человек обозначает то или иное негативное действие более мягким термином, тем самым уменьшая остроту переживаний. Не украл, а взял, не сбежал, а ушел, не стащил, а унес, и т. п. Конверсия часто используется и для изменения мнения членов группы. Так, например, в ДИ «У озера» игроки утверждали, что не нарушали общую договоренность, а просто «изменили установки, решили поэкспериментировать».

3.4. Эмоции в деловых играх

Эмоции (*emovere* — возбуждать, потрясать, волновать) — это психические состояния, отражающие отношение человека к значимым объектам и собственной личности. Эмоции выражают степень удовлетворения потребностей и являются регуляторами поведения. Эмоциональная включенность студентов в деловую игру обычно бывает высокой, эмоции участников игры проявляется в стремлении к быстрому поиску оптимальных решений. Можно дать следующие характеристики эмоций в ДИ:

• *эмоция радости* — одна из ярких эмоций, часто проявляющихся в деловой игре. Радость развивает у участников деловой игры чувство уверенности в себе, защищает от страха быть неуспешным, повышает толерантность человека к фрустрации. В игре участники испытывают радость победы, которая особенно ощущается после решения сложных задач. Радость в игре связана с преодолением препятствия, достижением цели. Получение результата или даже сам процесс продвижения к результату могут принести человеку радость. Эмоция радости способствует повышению мотивации, активизирует мыслительную деятельность, творческую поисковую активность. Американские психологи доказали, что эмоция радости, с одной стороны, может повышать эффективность когнитивных процессов, памяти, мышления, но, с другой стороны, в некоторых случаях оказывает парадоксальное тормозящее влияние на когнитивные процессы. Однако если интерес и возбуждение вызывают «форсирование интеллектуальной активности, то эффект замедления, вызванный эмоцией радости, может повысить продуктивность деятельности» [88, с. 176];

• *интерес* — другая очень важная эмоция, проявляющаяся в деловых играх. «Интерес является основным направляющим вектором восприятия, мышления, внимания. Интерес — это ключевое состояние, которое побуждает человека ко всем видам деятельности, в том числе к обучению, исследовательской деятельности. Эмоция интереса рассматривается как одна из врожденных эмоций и как доминирующее состояние в повседневной деятельности любого здорового человека»[19]. В деловых играх она проявляется в воодушевлении человека, вызывает повышение у него концентрации внимания, направление взгляда и слуха на объект изучения. Возникает субъективно воспринимаемое человеком при интересе чувство поглощенности, захваченности;

• *удивление* — эмоция, нередко возникающая в деловых играх. Основная функция удивления состоит в том, чтобы подготовить человека к эффективному взаимодействию с новым внезапным событием и его последствиями. Готовность к встрече с новым чрезвычайно важна для человека. Эмоция удивления вызывается новизной, необычностью чего-то. Чувство удивления — результат восприятия, познания, понимания интересного явления, предмета, неожиданного открытия в них ранее неизвестного для себя;

• *страх* — отрицательная эмоция, возникающая в ситуации угрозы, направленная на источник действительной или воображаемой опасности. В зависимости от характера угрозы интенсивность страха имеет оттенки: опасение, боязнь, испуг, ужас. Основная функция страха — избегание опасности, обретение чувства уверенности. Страх может возникать во время игры, если ситуация для играющих складывается неблагоприятно. Например, в игре «Боль в груди» в ответ на свои действия студент получает одну из карт: «Больному стало хуже», «Больной потерял сознание», «Больной умер». Многие студенты при анализе своих действий после игры вспоминали свои эмоции страха, который впоследствии стал сильным мотивирующим фактором к более серьезной подготовке к экзаменам;

[19] Там же. — С. 121.

• *гнев* — это эмоция неудовлетворенности каким-либо явлением, выражение резко отрицательного отношения к нему. В деловых играх может иметь разные степени, вплоть до аффективной вспышки. Причинами гнева во время деловых игр выступают разные факторы: непонимание ситуации, конфликт с членами группы во время принятия решения, преграды на пути реализации собственных устремлений. Гнев мобилизует энергию, необходимую для самозащиты, придает личности ощущение силы и храбрости. Уверенность в себе и ощущение собственной силы стимулируют человека отстаивать свою позицию, т. е. защищать себя как личность. Таким образом, эмоция гнева выполняет полезную функцию и жизни современного человека. Умеренный контролируемый гнев может использоваться в терапевтических целях для подавления страха;

• *стыд* — эмоциональное осуждение своего поведения, переживание о совершенном поступке. Эмоция стыда как рефлексирующая эмоция выполняет важную для человека функцию регуляции собственного поведения на основания знания норм нравственного поведения. Стыд способствует большему взаимопониманию между человеком и окружающими его людьми и большей ответственности перед окружающими. Для подавления стыда люди используют защитные механизмы отрицания, подавления, рационализации[20]. При анализе деловых игр можно наблюдать эмоцию стыда тех участников игры, у которых развита способность к рефлексии. Адекватной реакцией на переживание стыда можно считать готовность личности к саморазвитию. Позитивная функция стыда состоит в том, что у человека проявляется интенсивное внимание к самому себе, происходит анализ своих действий, осмысление ситуации, вызвавшей стыд. Все это способствует развитию нравственно-психологических и профессиональных качеств личности;

• *вина* — это эмоция, при которой осознаются нравственные или правовые последствия проступка или преступления. Переживание вины ощущается как гнев, направленный на себя. Вина сопровождается гложущим ощущением собственной неправоты по отношению к другому человеку или действию. Переживание вины в деловой игре возникает, когда вследствие неправильных действий в игре погибает больной или команда не достигает цели. Появляется высокая степень напряжения, снижение уверенности в себе. Происходящая в игре полная идентификация играющего с лечащим врачом, по вине которого пациент погибает или становится инвалидом, заставляет студента качественно по-новому относиться к учебной информации. Он начинает воспринимать свою несостоятельность на другом эмоционально-ценностном уровне во время клинической игры, чем на обычном практическом занятии.

В ходе деловых игр у обучающихся развивается эмоциональный интеллект, формируется умение понимать эмоциональное состояние партнеров по общению: коллег, пациентов, руководителей, развиваются такие важные в профессиональной деятельности качества, как толерантность, умение принимать индивидуально психологические характеристики коллег и больных, их возрастные, гендерные, этнопсихологические особенности. Деловая учебная игра развивает способность к кооперации для достижения совместно поставленной цели, сотрудничество в противовес эгоистической конфронтации, соблюдение принятых договоренностей, нравственные установки при взаимодействии с другими людьми.

Приобретенные в процессе игры навыки коммуникативной толерантности «способствуют созданию благоприятного социально-психологического климата в коллективах, уменьшая скрытые деструктивные тенденции, конфликты, агрессивное поведение. Это способствует сплоченности группы, позитивным межличностным отношениям, опосредованным совместной деятельностью» [96, с. 113–122].

[20] См.: выше.

3.5. Игра в развитии внутрикомандного взаимодействия и коллективного мышления

Исследования К. Левина выявили высокую эффективность групповой работы в процессе принятия консолидированного группового решения, развития социальных установок личности, в повышении мотивации к обучению и эго-вовлеченности.

В деловых играх группа отражает общество в миниатюре, где проявляются такие характерные формы взаимодействия, как давление партнеров, социальное влияние, конформизм, конфронтация и др. В групповом общении ярко моделируется система взаимоотношений и взаимосвязей, характерная для реальной жизни участников. Это дает возможность обучающимся увидеть и проанализировать в условиях психологической безопасности особенности собственных сильных и слабых сторон, психологические закономерности общения и поведения других людей, незаметные в реальной жизни.

Деловые игры могут быть использованы для выявления уровня согласованности действий всех участников команды, в том числе руководителей и подчиненных. Цель таких игр — создать ситуацию, в ходе которой участники понимают, что достичь результата можно только договорившись. Это такие игры, как «Каркасон. Средневековье» (К. Ю. Вреде), «У Озера» (В. Ф. Комаров), «Красное и черное» (Г. Кузнецова) и многие другие, в которых одна из целей — показать, что в обществе мы все находимся в ситуации ответственной зависимости. В связи с этим проблема объединения усилий является выгодной для всех участников. Поэтому в этих играх основная цель — выйти за рамки своего интереса и организовать такое взаимодействие с партнерами, коллегами, конкурентами, при котором учитываются интересы всех сторон. Однако участники чаше всего обнаруживали неспособность к построению единой стратегии для достижения цели, предпочитая индивидуализм корпоративному решению проблем. Отсутствие внутрикомандного взаимодействия и техник преобразующего лидерства делало невозможным решение общей задачи достижения цели, в том числе не позволяло противостоять условному давлению времени и обстоятельств, выработать оптимальную стратегию поведения в ситуации конфликта и в достижении цели.

На заключительном этапе игры участники отмечали, что достижению цели мешали привычные установки: «Если я хочу выиграть, то другой должен проиграть», «Для достижения цели все средства хороши», «Каждый за себя».

В процессе наблюдения за действиями играющих в деловой игре можно использовать метод регистрации взаимодействия Р. Бейлса[21], который выделил основные параметры наблюдения. По данным параметрам можно понять, как люди ведут себя в четырех важнейших сферах взаимодействия: постановки и решения проблем, позитивных эмоций, негативных эмоций. Каждая сфера раскрывается через несколько основных видов взаимодействия (табл. 1).

В играх чаще всего присутствовала область таких негативных эмоций, как несогласие, создание напряженности, демонстрация антагонизма. Особенности взаимодействия в деловых играх состоят в том, что субъекты могут идентифицировать себя с другими, «играя» роль другого человека для того, чтобы лучше понять его и себя, использовать новые приемы коммуникации для установления эмоционального контакта [129]. Так, например, в деловой игре «Конфликт» молодые врачи, находясь в роли пациента, делают для себя открытие, что недоверие к ним связано со страхом больного за свою жизнь, и тогда установление психологического контакта с больным происходит на качественно ином уровне.

---

[21] См. источник: Методы социально-психологического исследования: учебно-метод. пособие / сост. В. А. Штроо. — Воронеж: Воронежский государственный университет, 2003. — URL: http://all4spd.blogspot.com/2015/01/blog-post_3.html

Таблица 1

Сферы взаимодействия и их поведенческие проявления

Сферы взаимодействия	Важнейшие поведенческие проявления
Область позитивных эмоций	— солидарность; — снятие напряжения; — согласие
Область решения проблем	— предложение, указание; — мнение; — ориентация других
Область постановки проблем	— просьба об информации; — просьба высказать мнение; — просьба об указании
Область негативных эмоций	— несогласие; — создание напряженности; — демонстрация антагонизма

Особенности использования игрового метода *способствуют развитию навыков коллективного думания (мыследеятельности), в* которое каждый человек вносит свой индивидуальный вклад. Групповой способ поиска и принятия решений особенно эффективен в тех случаях, когда обсуждаемая проблема носит творческий характер и имеет несколько вариантов решения. Преимущество групповых решений над индивидуальными обусловлено в таком случае:

• большим объемом и разнообразием учитываемой информации;

• большим творческим потенциалом (в процессе принятия решений группа в целом выдвигает большее число гипотез и более тщательно их контролирует, чем отдельный индивид);

• применением более эффективной фокусирующей тактики в выдвижении и рассмотрении гипотез;

• внутренней свободой, порождающей интеллектуальную активность каждого участника дискуссии.

Следует, однако, отметить, что в групповой деятельности наблюдается так называемый сдвиг к риску, когда группа принимает более рискованные решения, которые бы побоялся принять индивид.

3.6. Игра в развитии Я-концепции личности

Я-концепция личности определяется как совокупность представлений индивида о самом себе и эмоционально-аффективное отношение к этим представлениям. Она включает знание индивида о собственных способностях, о возможностях взаимодействия с другими людьми, представление о ценностных ориентациях, нравственных установках, мотивах поведения, которые могут иметь как позитивную, так и негативную направленность и играть важную роль в профессиональной деятельности [57, с. 275].

Ч. Кули и Дж. Мид, в соответствии с их теорией отраженного (зеркального) я, считают, что Я-концепция субъекта в значительной степени зависит от того, как воспринимают и оценивают его окружающие люди, особенно если эта оценка исходит от значимых других, от референтной группы [104; 115; 118].

В деловых (учебных) играх создаются условия для развития Я-концепции личности, поскольку проигрывание различных ролей и ситуаций позволяет приобрести тот опыт, который человек не мог бы получить за столь короткий промежуток времени и в такой безопасной для себя ситуации.

Если новый опыт, полученный игроком, согласуется с представлениями о себе, то он легко интегрируется и входит внутрь Я-концепции личности. В том случае когда новый опыт отличается от уже имеющихся представлений индивида о себе настолько существенно, что он не может интегрироваться в структуру Я-концепции, то оболочка уже имеющейся Я-концепции срабатывает как защитный барьер, не допуская диссоциации собственных представлений и самооценок.

Новый опыт, вносящий противоречие в структуру личности (поскольку адаптационные возможности составляющих ее базовых компонентов не позволяют это сделать), может также усваиваться и с помощью защитных механизмов, таких как рационализация или отрицание. Эти механизмы позволяют удерживать Я-концепцию в уравновешенном состоянии, даже если реальные факты ставят ее под угрозу.

В процессе деловых игр можно наблюдать реализацию следующих основных принципов формирования Я-концепции личности: интериоризация (усвоение оценок других людей), социальное сравнение, самоатрибуция, смысловая интеграция жизненных переживаний.

Принцип *интериоризации*, т. е. усвоение мнения других людей, проявляется в деловых играх в том, что под влиянием позитивных оценок членов команды самооценка личности повышается или при отрицательных реакциях и оценках снижается. Известно, что такое изменение самооценки может быть достаточно устойчивым выходящим за пределы учебного процесса. Установлено, что вместе с основными компонентами самооценки изменяются и такие, которых непосредственно оценка окружающих не касалась. Например, у человека, получающего от группы завышенные оценки, с течением времени повышается общий уровень притязаний, выходящий за пределы тех качеств, которые были отмечены как положительные.

Принцип социального сравнения в ходе деловых игр проявляется в том, что личность сравнивает себя с другими участниками, с тем, насколько удачными являются действия коллег в игровой ситуации по сравнению с его собственными действиями, а также свои притязания и уровень реальных достижений.

В соответствии с этими сравнениями изменяется самоуважение как составляющая Я-концепции личности. Формула У. Джеймса — самоуважение равняется успеху, поделенному на притязания [77, с. 19–21]. Люди имеют разный уровень притязаний и разное представление об успехе: один человек может радоваться победе на районных спортивных соревнованиях, а другой чувствует себя несчастным от того, что не стал чемпионом мира по боксу, а занял лишь второе место.

Разная субъективная значимость отдельных аспектов Я-концепции позволяет людям: гармонизировать свои социальные и личные притязания, находить оптимальные для себя направления самореализации, развивать сильные стороны личности, компенсировать свои слабые стороны без негативной оценки собственного «Я», уметь видеть сильные качества других людей.

Деловые игры способствуют развитию дифференцированного подхода к системе личностных ценностей и самооценок, развитию профессиональной составляющей Я-концепции личности обучающихся. Так, нами было обследовано 225 преподавателей медицинских вузов, проходивших обучение в НГМУ на циклах повышения квалификации по педагогике и психологии высшей школы. Цель исследования — выявить возможность изменения Я-концепции преподавателей (Я-профессиональное) в ходе деловых игр: «Врач — пациент», «Проект»», «Конфликт». В начале игры преподавателям предлагалось оценить уровень развития у себя коммуникативных умений, которые являются важной составляющей в структуре педагогической деятельности преподавателя высшей медицинской школы. Для этого использовалась проективная методика «Отрезок прямой». Преподавателям было предложено поставить точку на отрезке прямой от 0 до 10 усл. ед., соответствующую их представлению о степени развития у них коммуникативных умений. В исследовании принимало уча-

стие 167 (74 %) женщин и 58 (26 %) мужчин. Результаты исследования показали, что 87 % (196/225 чел.) обследуемых со стажем работы 10–20 лет ставили отметку на отрезке прямой от 6,2 до 8,3 усл. ед. и, таким образом, считали у себя коммуникативные умения достаточно развитыми.

Однако оказалось, что самооценка обучающихся не совпадала с реальными данными, которые были обнаружены в ходе деловых игр, направленных на диагностику уровня развития коммуникативных умений преподавателей. Правильность использования коммуникативных техник преподавателями оценивалась экспертами с использованием заранее заготовленных бланков. В бланках оценивались следующие виды умений, составляющих важную часть профессиональной коммуникативных умений деятельности педагога-врача:

• умение устанавливать психологический контакт с партнером по общению;

• владение техникой слушания; умение правильно использовать открытые и закрытые вопросы;

• умение использовать вы-подход при аргументации;

• умение правильно использовать риторические техники аргументации и контраргументации;

• умение осуществлять эмоциональный контроль в ситуации конфликта;

• умение выбирать правильную стратегию поведения в конфликтном споре.

Анализ результатов игры проводился с учетом оценок экспертов, анализа и оценки видеозаписи самими участниками ДИ, анализом и оценками преподавателя, ведущего игру. Просмотр видеозаписи игры позволил самим участникам дать интерпретацию собственных сильных и слабых сторон в процессе игровых коммуникаций. Были выявлены негативные установки на партнеров по общению, провоцирующие деструктивные конфликтные ситуации и отрицательно влияющие на результаты совместной деятельности коллег. Многие преподаватели проявляли ригидность установок и суждений, выбирали конфронтацию как преимущественную стратегию поведения в конфликтной ситуации. Некоторые участники игры демонстрировали агрессивные формы поведения, экстрапунитивные защитные реакции (обвинение тренеров в том, что неправильно обозначены условия игры, неправомерности применения деловой игры как метода обучения и др.).

Следует отметить, что анализ игры участниками сопровождался включением механизмов защиты, чаще всего рационализации, отрицания, проекции. Неудачное поведение в игре связывалось с недостаточно понятыми условиями или неправильно сформулированным заданием, плохим самочувствием. Это состояние когнитивного диссонанса, которое вызывается получением нового знания о себе, изменением представления о своем профессиональном Я, является необходимым условием развития Я-концепции преподавателя. Применение деловых (учебных) игр вызывало положительную оценку большей части слушателей, которые отметили, что деловые игры помогли им обнаружить свои проблемы в общении с другими людьми, что техникам коммуникаций нужно учиться. Многие отметили, что «по-новому увидели конфликтные ситуации в общении», «смогли увидеть себя глазами своих коллег», отметили эффективность коммуникативного опыта партнеров по общению и в целом высказали мнение, что такой метод обучения мотивирует к совершенствованию не только профессиональных умений, но и личностных качеств.

Подобный опыт показывает, что:

1) деловые игры могут быть направлены на выявление и изменение деструктивных паттернов поведения. Выясняется, что в игре и в жизни используются одни и те же стереотипы поведения, и игра нужна для того, чтобы отрефлексировать эти стереотипы, особенно если они носят деструктивный характер. Игра — это лучший метод показать, кто есть кто, и увидеть истинное лицо;

2) деловые игры помогают выявить манипулятивное отношение подчиненных к своей организации: использование организации для достижения своих целей — «отсиживание

часов», работа спустя рукава, «отсутствующее присутствие», использование психологических игр в организации для решения своей задачи продвижения в карьере;

3) в ходе деловых игр происходят инсайты:

а) выявляются люди, генерирующие прекрасные идеи. Чаще это интроверты, которым не хватает коммуникативных навыков, лидерских качеств. Для команды интеллектуальные качества коллег — это своего рода открытие. Для самих субъектов это сигнал о том, что надо развивать навыки лидерства, коммуникативное умения;

б) происходит изменение представлений об интеллектуальных качествах коллег. Тот, кто обычно воспринимался как генератор идей, оказался просто транслятором чужих идей, не способным к выдвижению собственных;

в) иногда в игре обнаруживается, что дело не в процессе, а в налаживании коммуникаций;

4) в ходе игры иногда выявляется, что руководитель не обладает необходимыми управленческими качествами. В реальной жизни руководитель может заставить выполнить абсурдные поручения методом грубого давления, крика. В игре беспомощность начальника становится заметной всем участникам игры, включая заказчиков. Тогда ведущий либо заботится о «сохранении лица» руководителя, либо показывает его полную несостоятельность при анализе игры;

5) в ходе игры человеку в упор можно показать проблему, которую он не видит сам. Так, например, в игре «Глухой телефон» выявляется некритичное отношение к полученной информации. В реальной рабочей ситуации такие субъекты внушаемы, подвержены влиянию слухов, руководители принимают управленческие решения на основе манипуляции, используют непроверенную информацию, слухи;

6) игра может показать, что человек перерос свою должность, что у него вполне сформированы профессиональные и личностные качества, позволяющие ему быть руководителем;

7) в ходе игры иногда происходит осознание, что человек занимается не своим делом, игра показала ему, что он не может изменить систему, окружение, в котором он работает, но может кардинально изменить свою жизнь, меняя сферу деятельности или место работы;

8) игры могут восполнить функцию обучения оптимальным формам поведения в профессионально значимых ситуациях, изменить представления о самом себе и обратиться к своему реальному Я.



Вопросы для самоконтроля

1. По каким признакам в деловых играх можно увидеть акцентуации характера игроков?
2. Как в деловых играх проявляются экстернальность и интернальность личности?
3. Какие эмоции чаще всего испытывают играющие в деловых играх?
4. Какова роль механизмов защиты в деловых играх?
5. Как в деловых играх проявляются нравственные качества личности?
6. Могут ли деловые игры способствовать развитию Я-концепции личности?

Глава 4. ВИДЫ ДЕЛОВЫХ ИГР. КОНСТРУИРОВАНИЕ ДЕЛОВЫХ ИГР

Цель: после изучения материала четвертой главы обучающиеся будут знать виды деловых игр, основные принципы имитационного моделирования, этапы конструирования деловой игры, методические подходы к подведению итогов деловых игр.

4.1. Виды деловых игр

В научной литературе виды деловых игр определяются типом деятельности, моделирующейся в игре, и целями игры. Выделяют учебные, управленческие, оценочные, коммуникативные, диагностические (в том числе направленные на поиск решений), исследовательские и другие виды деловых игр. Кроме приведенной типологии, основанной на критериях видов практической деятельности и целей, принято учитывать и такие критерии, как время проведения, результат, методология и т. п.

Л. В. Ежова приводит следующую классификацию деловых игр [85]:

- по времени проведения:
  - а) без ограничения времени;
  - б) с ограничением времени;
  - в) игры, проходящие в реальное время;
  - г) игры, где время сжато;
- по оценке деятельности:
  - а) балльная или иная оценка деятельности игрока или команды;
  - б) оценка того, кто как работал, отсутствует;
- по конечному результату:
  - а) жесткие игры, где заранее известен ответ (например, сетевой график), существуют жесткие правила;
  - б) свободные, открытые игры, когда заранее известного ответа нет, правила изобретаются для каждой игры свои, участники работают над решением неструктурированной задачи;
- по конечной цели:
  - а) обучающие, направленные на появление новых знаний и закрепление навыков участников, конкурсы;
  - б) констатирующие — конкурсы профессионального мастерства;
  - в) поисковые, направленные на выявление проблем и поиск путей их решения;
- по методологии проведения:
  - а) луночные игры — любая салонная игра (шахматы, «монополия»), происходящая на специально организованном поле, с жесткими правилами, результаты заносятся на бланки;
  - б) ролевые игры, в которых каждый участник имеет или определенное задание, или определенную роль, которую он должен исполнить в соответствии с заданием;
  - в) групповые дискуссии, связанные с отработкой проведения совещаний или приобретением навыков групповой работы;

г) имитационные, имеющие цель создать у участников представление, как следовало бы действовать в определенных условиях;

д) организационно-деятельностные игры, не имеющие жестких правил и распределения ролей, направленные на решение междисциплинарных проблем, активизация работы участников в них происходит за счет жесткого давления на личность;

е) инновационные игры, формирующие инновационное мышление участников, выдвигают инновационные идеи в традиционной системе действий, отрабатывают модели реальной, желаемой, идеальной ситуаций, включают тренинги по самоорганизации;

ж) ансамблевые игры, формирующие управленческое мышление участников, направлены на решение конкретных проблем предприятия методом организации делового партнерского сотрудничества команд, состоящих из руководителей служб.

В качестве оснований для классификаций деловых учебных игр используют и такие признаки, как:

• степень формализации процедуры («жесткие» и «свободные» игры);

• наличие или отсутствие в сценарии конфликта (деловые игры в кооперативных ситуациях, конфликтных ситуациях с нестрогим соперничеством, в конфликтных ситуациях со строгим соперничеством);

• уровень проблемности (первый уровень предполагает обнаружение и постановку проблем, второй уровень характеризуется вовлечением играющих в диагностирование проблем, в активный поиск путей и средств решения поставленных вопросов);

• способ передачи и обработки информации (с применением компьютера и т. п.).

Все приведенные классификации хотя и весьма условны, но в то же время позволяют структурировать регламент, правила и методическое сопровождение деловых учебных игр.

Рассмотрим некоторые виды деловых игр.

1. *Организационно-деятельностные игры (ОДИ)* — можно представить как игровую имитацию определенной сферы деятельности, ограниченной во времени и пространстве игры. «Рассматривая ОДИ как метод, следует выделить два наиболее важных момента. Во-первых, организационно-деятельностная игра — это игра (и этим она отличается от других методов коллективной работы: семинаров, конференций, тренингов, методов решения проблем типа мозговых штурмов, консультирования, экспертных методик и т. д.); а во-вторых, организационно-деятельностная игра деятельностно ориентирована и этим выделяется среди прочих игр (деловых, имитационных и др.)» [72, с. 22].

Г. П. Щедровицкий выделял шесть основных признаков ОДИ [145, с. 7]:

1) ОДИ есть форма организации коллективной мыследеятельности;

2) ОДИ есть средство и метод программирования, оргпроектирования и планирования сложных комплексных разработок;

3) ОДИ есть средство и метод комплексной межпрофессиональной и межпредметной проблематизации;

4) ОДИ есть средство, метод и форма перевода проблемных ситуаций в связки и пакеты профессиональных и предметных задач, т. е. метод разрешения проблем;

5) ОДИ есть средство, форма и метод развития. Чего? Мыследеятельности, коллективов, отдельных людей, их эмоциональной сферы — фактически всего в человеческой жизни. Но здесь важно, что метод и средство специально организованного — искусственно, технически организованного — развитие;

6) ОДИ есть средство, метод и форма комплексных исследований…

Г. П. Щедровицкий отмечает: «В ОДИ создаются новые формы организации и соорганизации коллективного мышления и мыслительной деятельности (МД). Это принципиальная установка организаторов ОДИ; это вместе с тем означает, что в ОДИ имитируется не существующая ситуация в обыгрываемой области, а будущая предполагаемая и проектируемая ситуация.

Суть ОДИ в создании проблемных ситуаций и разрешении их за счет организации коллективного мыследеятельного поиска и создания условий для самоорганизации участников игры. <…> Здесь мы вплотную подходим к еще одному моменту распространенного представления об “имитации” и имитационных отношениях. … Если бы мы могли и умели проектировать сложные системы деятельности и имели бы нормативные описания системы высшего образования, то не надо было бы играть в “проектирование вуза нового типа”. Судите сами: зачем нам такой сложный и трудоемкий способ организации коллективной МД, если мы имеем все необходимые нормы и стандарты проектирования “университета” и можем осуществить это проектирование в условиях административной организации? Однако мы не имеем нормативных представлений и прототипов решения подобных задач» [146, с. 32–34].

2. *Инновационные игры* (инновационная методология В. С. Дудченко) зародились на основе его полемики с Г. П. Щедровицким. «В 1980 г. в Ярославле на основе методологии системного анализа была разработана технология группового решения проблем (ТГРП), которая легла в основу первой модели инновационной игры. В. С. Дудченко провел 360 инновационных игр и инновационных семинаров с управленческими командами деловых организаций, органов власти и политических структур. Более сотни провели его ученики. … Позднее на базе этих положений под руководством профессора Н. И. Лапина был осуществлен проект инновационной игры «Нововведения в организациях» [83].

Ключевыми особенностями метода были его «человекоориентированность и направленность на практическое разрешение актуальных проблем, а не просто на развитие мышления. Под инновационным методом им (В. С. Дудченко) понимается самотрансформирующееся средство исследования и практического преобразования социальных систем за счет организации опыта саморазвития в ходе творческого решения проблем. … В инновационном методе органично соединяются исследование затруднений, обучение новым средствам и способам разрешения затруднений, а также практическое действие, направленное на снятие этих затруднений»[22].

Из этого формируется система следующих правил:

«Первое правило предписывает концентрировать внимание на своих затруднениях и проблемах, рассматривая их решение как способ решения любых проблем.

Второе правило инновационного метода основано на положении о том, что позитивные изменения в ситуации, системе и человеке происходят благодаря усилиям социальной группы и в социальном пространстве этой группы.

Третье правило предписывает предельную концентрацию посредством глубокого погружения в содержание затруднения.

Четвертое правило метода фиксирует необходимость рассматривать затруднение или проблему как одну из возможных интерпретаций ситуации (*использование техник интерпретации*).

Пятое правило инновационного метода предписывает изучение, освоение и использование механизмов и способов нового понимания себя, других людей, мира в целом, возможностей порождения и реализации нового, в том числе приобретения нового опыта и создания новых образцов деятельности.

Некоторые проблемы построения инновационной игры:

• специфика моделирования. В инновационной игре создаются ситуации, в которых с необходимостью воспроизводятся существующие в организации нормы и отношения;

• игровые ситуации выступают как фрагменты организационной реальности, несущие в себе «гены» организационного порядка данной организации;

[22] См.: Инновационная методология В. С. Дудченко. — URL: htpp//conflictmanagement.ru/innovacionnaya-metodologiya-v-dudchenko

• объективация неосознаваемых технологий работы — первый этап в организации поиска инновационных решений проблемы;

• контроль малых рабочих групп со стороны большой. Инновационная игра как целостная система строится на принципе примата большой рабочей группы, куда входят все участники и организаторы, над малыми группами;

• создание условий для реализации потенциала участников»[23].

3. *Ансамблевые игры*, в которых «формируют управленческое мышление участников, направленное на решение конкретных проблем предприятия».

Ю. Д. Красовский отмечает, что «в ансамблевой деловой игре может возникнуть подмена ее игровой концепции экономической, которая окажется самодовлеющей. Этого допускать нельзя. … Поэтому разработка игровой концепции включает и определение критериев, … которые могут быть свободно высказаны в игре» [97].

Существуют следующие критерии игровой концепции:

• массовость творческого поиска (инициативы предлагают все);

• сопрягаемость усилий (участвуют все команды);

• комплексность в решении возникающих проблем (инициативы объединяются в узловые проблемы);

• универсальность поиска (инициативный поиск ведется по всем направлениям);

• гласность информации (открытость принятия управленческих решений в различных формах наглядности);

• взаимовыгодность инициатив (отбор наиболее важных для оперативных и перспективных решений, с точки зрения их постигрового эффекта).

Процесс коррекции, начатый в деловой игре, развертывается и в постигровой фазе как преодоление психологических барьеров к нововведениям. Этапы такой коррекции можно представить в системном решении пяти задач[24]:

1) преобразование прямых административных воздействий в кооперационную систему обратных связей по долговременным интересам;

2) перевоплощение сотрудников в различных ролевых персонификациях;

3) переоценивание обязанностей, возможностей, желаний и стремлений личности через модальные установки «надо», «могу», «хочу», «стремлюсь»;

4) переструктурирование управленческих отношений руководителей в новую организацию партнерского делового сотрудничества;

5) переакцентировка, т. е. выбор такой системы ценностных ориентаций, которая формирует новый способ мышления и поведения личности в межпозиционном пространстве и временном ракурсе.

4.2. Конструирование деловой игры

4.2.1. Основные подходы к конструированию деловых игр

Выделяют пять основных психолого-педагогических принципов, лежащих в основе построения метода деловых игр [74]:

1) принцип имитационного моделирования условий и динамики производства и игрового моделирования профессиональной деятельности;

---

[23] Там же.

[24] См.: *Красовский Ю. Д.* Валидизация ансамблиевых деловых игр в социальном политэксперименте. — 1992. — URL: htpp//docviewer.yandex.ru/007.KRASOVSKIY.pdf

2) принцип совместной деятельности участников в условиях разделения и интеграции имитируемых производственных функций;

3) принцип диалогического общения партнеров по игре как необходимое условие принятия согласованных решений;

4) принцип проблемности содержания и процесса развертывания этого содержания в игре;

5) принцип двуплановости игровой учебной деятельности — игровые цели служат средством достижения развития личности.

В. Ф. Комаров считает [94], что важнейшими принципами разработки деловой игры являются:

• наглядность имитационной игровой модели;

• автономность тем или фрагментов игры;

• открытость игровой модели для ее дальнейшего расширения и развития;

• сбалансированность в игровом эксперименте игровой деятельности и деятельности по поводу игры;

• максимально возможное насыщение игровой системы техническими средствами сбора, передачи и обработки информации;

• максимальное использование готовых программ компьютерных программ.

Деловая игра (по А. А. Вербицкому) является модельным (знаковым) замещением двух реальностей. Этим определяется и двойственная задача разработчиков учебной деловой игры: совместить в ней еще на этапе проектирования две модели — имитационную и игровую.

Разработчики игр совмещают две основные цели: разработать имитационную модель содержания обучения и с позиции педагога проектировать способы «развертывания этого содержания в особой игровой форме познавательной деятельности студентов, которая целостным образом отражает структуру и функции будущей профессиональной деятельности.

Поэтому имитационное моделирование предметного содержания профессии и игровое моделирование содержания «живого» профессионального труда — не одно и то же [68].

В первом случае разработчики занимаются профессиональным медицинским, инженерным, менеджерским и другим моделированием, а во втором — психолого-педагогическим. При создании психолого-педагогического контекста конструируется сюжет, игровые цели, мотивы, система ролей и ролевых предписаний, целей, мотивов игровой деятельности, областей принятия решений, критериев и способов действий, строят коммуникативную структуру отношений игроков, оценку их действий.

Большинство исследователей деловых игр фиксируют следующий ряд трудностей в их использовании и проектировании:

• отсутствие общепринятой большинством исследователей и практиков концепции конструирования деловой игры;

• некритическое заимствование технологий при перенесении метода деловых игр в разные учебные дисциплинарные практики;

• трудности воспроизведения и тиражирования деловых игр из-за отсутствия их документированных целостных описаний;

• проблемы, вызванные двуплановым характером игр, когда реальный и условный планы начинают конфликтовать.

Доминирование реального плана над условным планом происходит, если:

• в ролевые игры переносятся личностные отношения;

• на организационный игровой конфликт накладываются реальные деловые отношения;

• кто-либо из участников игры использует игровые ситуации и взаимоотношения в группе для решения своих внутренних, глубоко личностных проблем.

Обозначенные выше трудности позволяют сформулировать следующие практические советы по использованию обучающих деловых игр:

1. Деловой игре как методу обучения должно предшествовать накопление информационной базы по изучаемой проблеме. Это означает, участие обучающихся в игре требует предварительной их подготовки (например, следует предварительно прочитать проблемную лекцию, научить дискуссии, методам анализа проблемной ситуации, методам разыгрывания ролей и т. п.).

2. Преподаватель должен быть наиболее активен на этапах разработки, подготовки и оценки результатов игры и менее активен в процессе самой игры. Это повышает включенность участников в игровую деятельность и обучающую ценность деловой игры.

3. Деловая игра требует изменения отношения к традиционному представлению участников о нормах поведения. Главным для них становится соблюдение правил игры. Дисциплинарные и некоторые социальные нормы поведения с привычной точки зрения, например самовольный выход из аудитории, «перетягивание одеяла на себя», в деловой игре могут утрачивать свое значение.

4. Оптимальная продолжительность деловой учебной игры в зависимости от целей может быть разной — от двух часов до нескольких недель. Временные рамки должны компромиссно вписываться в существующую образовательную систему и согласовываться с рабочей программой дисциплины.

4.2.2. Этапы технологии конструирования деловой игры

1. **Этап подготовки.** Подготовка деловой игры начинается с выбора наиболее значимой в будущей профессиональной деятельности проблемы, имитационная модель которой будет лежать в основе сюжета игры. Профессиональная проблема требует конструирования дидактического содержания материала, который должен быть представлен как цепь проблемных ситуаций. В содержание сценария входят: игровая проблема, цель, задачи и обоснование поставленной задачи, план деловой игры, описание алгоритма игры, характеристик действующих лиц

2. **Ввод в игру.** Инструкция участников игры и экспертов. Формулируется главная цель игры, обосновывается постановка игровой проблемы. Выдаются пакеты вспомогательных методических материалов, инструкций, правил, установок. При необходимости участники игры обращаются к ведущему и экспертам за дополнительной информацией. Допускаются предварительные контакты между участниками игры.

3. **Этап проведения — процесс игры.** В зависимости от вида деловой игры могут быть введены различные роли участников:

• в некоторых играх по отношению к содержанию работы в группе вводятся роли генератора идей, разработчика, имитатора, эрудита, диагноста, аналитика;

• социально-психологические позиции: лидер, предпочитаемый, принимаемый, независимый, непринимаемый, отвергаемый;

• организационные позиции: организатор, координатор, интегратор, контролер, тренер, манипулятор;

• позиции, проявляющиеся по отношению к новизне: инициатор, осторожный критик, консерватор;

• методологические позиции: методолог, критик, методист, проблематизатор, рефлексирующий, программист.

4. **Работа экспертов** происходит как в течение всей игры, так и на этапах подведения итогов и обсуждения результатов. Если экспертов несколько, то между ними могут быть распределены следующие обязанности: по группам игроков, по психологическим типам, по элементам или этапам самой игры, по видам оценок или по другим принципам. Экспертам заранее, до начала игры, выдаются инструкции и бланки с системой критериев и оценок.

5. **Защита результатов.** Этот этап рекомендуется, если игра строится по групповому принципу. Группа выдвигает своего представителя, который в рамках отведенного регламента аргументирует выбранную стратегию работы группы и достигнутые результаты.

6. **Этап анализа игры и обобщения.** Здесь основная роль отводится преподавателю (ведущему, модератору). Он оглашает общие итоги игры, проводит анализ, делает выводы, заключения и рекомендации, опираясь на мнения и оценки экспертов. Желающим игрокам также предоставляется право высказаться, при этом проявляется их рефлексия, оценка и самооценка работы.

7. **SWOT-анализ игры.** Рекомендуется на этапе анализа результатов игры составить таблицу достижения игровых целей. База таблицы может заполняться экспертами по завершению отдельных этапов игры. Во время анализа игры внесенные формулировки могут корректироваться, изменяться и дополняться после обсуждения участниками игры.

4.3. Методические подходы к подведению итогов деловых игр

Численную интегральную оценку результата ДИ возможно получить за счет агрегации отдельных безразмерных количественных показателей, характеризующих отдельные характеристики результатов (элементов игры) с учетом степени их влияния на результирующий показатель.

Стремиться к такому способу оценки следует лишь в том случае, если существуют или могут быть получены оценки коэффициента влияния отдельного показателя на интегральный (агрегированный) показатель. При этом подразумевается гипотеза о линейном характере зависимости интегрального показателя от агрегируемых.

Таким образом, подсчет интегрального показателя результата игры предполагает использование экспертных методик ранжирования отдельных показателей и оценку их весомости (влияния на общий результат). По существу конструируется шкала оценок игры.

Очевидно, что для сопоставимости оценок различных показателей элементов результата игры они должны быть представлены в безразмерном виде и представлять собой относительные величины от нуля до единицы, в зависимости от степени приближения результата к эталону отдельной оценки (эталону оценки элемента игры). При этом оценка, выставляемая ведущим и/или группой оценщиков, всегда будет носить субъективный характер:

$$x_{\text{инт}} = \sum_{i=1}^{n} (k_i \cdot x_{\boldsymbol{j}}),$$

где $x_{\text{инт}}$ — интегральный агрегированный показатель;

i — номер агрегируемого показателя;

n — количество отдельных показателей, учитываемых в общем результате игры;

j — номер наблюдения i-го показателя массиве исходных оценок и/или номер массива исходных оценок для одноименных показателей;

k_i — коэффициент весомости (влияния) i-го показателя в интегрированном показателе;

x_{ij} — отдельный агрегируемый показатель из всего массива проранжированных показателей отдельных элементов игры.

Следует понимать, что при одном и том же коэффициенте весомости отдельно взятого показателя численные значения его оценок могут существенно отличаться от игрока к игроку, от группы к группе, от одной итерации игры к другой и т. д.

В то же время коэффициентам весомости одного и того же элемента игры могут быть приданы различные численные значения на шкале оценок, в зависимости от квалификации играющих. Очевидно, что ошибка, допущенная студентом в каком-то элементе игры, может быть

допустимой. При этом та же ошибка будет совершенно недопустимой или нести значительные риски, если играющим является профессионал: специалист данного профиля, доцент, профессор и т. п.

Таким образом, даже отдельный элемент оценки может служить индикатором степени компетенции играющего и влиять на общую оценку его результата игры. Неслучайно в случае расхождения оценки результата игры с самооценкой играющего часто возникает агрессия в виде отрицания полученного результата, направленная либо на ведущего, либо на разработчиков игры (заложивших неправильный, по мнению игрока, алгоритм получения оценки).

Из вышеизложенного следует, что конструирование оценок игры, особенно в сфере подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, требует привлечения высококвалифицированных экспертов уже на стадии разработки сценария игры.

Следующим этапом должно быть апробирование игры на различных категориях играющих, включающих необходимое количество игр для возможности верификации коэффициентов оценок с привлечением тех же и по возможности дополнительных экспертов аналогичной квалификации.

Очевидно, что процесс этот очень трудоемкий и дорогостоящий. Поэтому разработчики узкоспециализированных игр в случае их успешной реализации, как правило, не заинтересованы в публикации шкал и тиражировании игр.

Однако всегда можно найти компромиссное решение данного вопроса, сократив количество видов оценок до возможного минимума и дифференцировав сценарий таким образом, что на каждой итерации игры будет оцениваться не более чем один или два показателя. Кроме того, желательно создавать группы оценщиков-экспертов из числа обучающихся, которые непосредственно в игре участия не принимают. Меняя группы экспертов на разных итерациях игры, можно минимизировать мнение играющих о необъективности оценок.

Кроме того, до оглашения оценок целесообразно провести круглый стол по обсуждению качественных результатов игры, дав возможность высказаться максимальному количеству желающих. Персонифицированные оценки могут не оглашаться и доводиться до играющих лично. При этом оглашается доля игроков, получивших оценки, близкие к максимальным, доля с оценками выше средних, доля средних оценок и оценок ниже средних.

Вопросы для самоконтроля

1. Назовите виды деловых игр.
2. Вспомните основные принципы организационно-деятельностных игр по Г. И. Щедровицкому.
3. В чем специфика организационно-деятельностных игр?
4. Может ли процесс коррекции внутригрупповых проблем, начатый в деловой игре, развертываться в постигровой фазе?
5. Какие основные цели совмещают разработчики игр?
6. Какие этапы технологии конструирования деловой игры являются обязательными?
7. Назовите методы подведения итогов деловых игр.

Глава 5. ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Цель: после изучения материала пятой главы обучающиеся будут знать особенности использования деловых игр в медицинском вузе, значение диагностических задач в развитии профессиональных умений врача виды деловых (учебных) игр в медицинском вузе для клинических кафедр, алгоритм конструирования клинической деловой игры.

5.1. Использование деловых игр в медицинском образовании

Использование деловых игр в медицинском образовании подразумевает осознание врачами-педагогами их роли:

• в диагностике и формировании профессиональных компетенций будущих врачей;

• в развитии нравственно-психологических качеств личности врачей;

• в структуре практического занятия на клинических дисциплинах деловые (учебные, имитационные игры) строятся на основе алгоритмов дифференциальной диагностики.

Л. Б. Наумовым было отмечено, что учебные игры представляют собой один из важнейших разделов в структуре активных методов обучения в медицинском образовании. «Чтобы овладеть специальностью, будущий врач должен не только иметь хорошо сформированный информационный уровень, но и владеть техниками профессиональной практической работы: уметь собрать анамнез, распознать главные синдромы и симптомы заболевания, направить больного на проведение необходимых методов исследования, поставить диагноз, назначить лечение, уметь оказать помощь больному в ургентных ситуациях. Достичь этой цели на практических занятиях по клиническим дисциплинам можно только благодаря использованию современных педагогических технологий, в том числе имитационных деловых игр, которые обеспечивают включение студентов в активный процесс работы по развитию специальных врачебной умений» [119; 120].

В основе деловой (учебной имитационной игры) должны лежать проблемные ситуации. Выделяют несколько дидактических способов создания проблемных ситуаций [114]:

• активизация мыслительной деятельности учащихся через теоретическое объяснение внешнего несоответствия между явлениями и фактами;

• использование тех проблемных ситуаций, которые возникают на практике;

• поиск новых путей практического применения учащимися того или иного изучаемого явления, факта, элемента знаний, навыка или умения;

• побуждение учащихся к анализу фактов и явлений действительности, порождающих противоречия между житейскими (бытовыми) представлениями и научными понятиями о них;

• выдвижение предположений (гипотез), формулировка выводов и их опытная проверка;

• побуждение учащихся к сравнению, сопоставлению и противопоставлению фактов, явлений, теорий, порождающих проблемные ситуации;

• побуждение студентов к обобщению новых фактов на основе имеющихся знаний;

• знакомство студентов с фактами в истории науки, которые привели к постановке научных проблем;

• междисциплинарные связи с целью расширения диапазона создания возможных проблемных ситуаций.

Л. Б. Наумов отмечал [120, с. 42–43], что в медицинском вузе обучение студентов должно проводиться с использованием проблемных ситуаций для успешной подготовки к предстоящей работе врачей к реальным условиям в практических лечебных учреждениях, поэтому проблемная ситуация в медицине представляет собой документированную модель больного в виде задачи, требующей правильного решения:

• самостоятельных рациональных операций мышления в соответствии с представленными условиями задачи;

• самостоятельного вывода о достаточности или недостаточности имеющихся условий для решения задачи;

• профессионального умения быстро, рационально и правильно добывать недостающие для решения исходные данные;

• профессионального умения быстро, рационально и правильно трактовать добытую информацию;

• профессионального умения быстро, рационально и правильно проводить дифференциальную диагностику, формулировать диагноз, назначать лечение;

• самостоятельного оформления решения задачи в виде квалифицированного профессионального заключения.

Моделирование профессиональной деятельности осуществляется через конструирование диагностической задачи, представляющей собой документированную исходную модель больного с описанием объективных и субъективных симптомов, медицинской документации без расшифровки. Цель задачи — поставить достоверный диагноз.

Лечебная задача — это документированная конечная статическая модель больного, зафиксированный в тексте задачи полный диагноз — основной, сопутствующих заболеваний и осложнений. Цель задачи — назначить оптимальное лечение при данном состоянии больного.

Требования к диагностическим задачам:

1. Диагностическая задача ориентирована на формирование третьего уровня обучения и не должна запускать ситуаций «вопрос — ответ», а только «задача — решение».

2. Решение задачи не может быть взято путем подстановки сведений из учебника

3. Задача не должна быть ориентирована на общие беспредметные рассуждения. Она должна активизировать операции мышления с конкретными критериями для решения конкретных вопросов по принципу: такой-то показатель такого-то критерия.

4. Текст условия диагностической задачи должен содержать минимум решающих признаков, необходимых для ее правильного решения. Желательно включение в задачу второстепенной избыточной информации. Этим достигаются цели:

а) студент сам определяет, что из имеющейся информации является необходимым и достаточным для правильного решения;

б) лаконичность диагностической задачи находится в резком противоречии с избыточным описанием болезней в учебниках, на лекциях.

5. Структура диагностических задач определяется их целью на каждом этапе обучения. Они могут быть:

а) статическими (если условие предполагает кратковременные действия);

б) динамическими, когда условие задачи предъявляется поэтапно, а условия каждого последующего этапа отделены от предыдущего промежутком времени, в течение которого развивается патологический процесс.

6. Диагностика. Задачи не должны носить опережающего характера. Это означает, что для их решения достаточно тех сведений, которые они получили на предыдущих этапах обучения.

7. Текст задачи может содержать прямое текстовое описание симптома, например, «систолический шум на верхушке».

8. Включаемая в условие задачи первичная медицинская документация должна быть подлинной: ЭКГ, ФКГ, любые другие лабораторные анализы, рентгенограммы.

9. Если для решения задачи решающей информацией служит внешний вид больного, необходимы цветные слайды, фотографии.

10. На каждую диагностическую задачу должен быть составлен эталон [120, с. 36–37].

Известный психофизиолог, врач и педагог, профессор И. М. Фейгенберг предложил следующую типологию проблемных задач в медицине:

• задачи с недостаточностью исходных данных. На основании сведений о болях, не снимающихся нитроглицерином, у больного стенокардией поставлен правильный диагноз инфаркта миокарда. Но, проанализировав запрошенную учащимися информацию о больном, преподаватель обнаружил, что они не поинтересовались функциями поджелудочной железы;

• задачи с неопределенностью в постановке вопроса. Задачи, в которых студент должен уточнить условия, активно востребовать данные, необходимые для решения, являются наиболее часто встречающимися в профессиональной работе врача. Умение правильно поставить задачу — значит четко определить заданную цель в заданных обстоятельствах, точно выбрать методы для ее достижения;

• задачи с избыточными или ненужными для решения исходными данными. В практике врача встречаются ситуации, в ходе которых ему приходится отсеивать массу «ненужной» или незначимой, с точки зрения дифференциальной диагностики, информации. Пациенты часто представляют врачу избыточную информацию;

• задачи с противоречивыми и частично неверными сведениями в условии. Вопрос о доверии к тем или иным условиям задачи совсем не рассматривается в педагогике высшей школы. Вместе с тем условия задачи, возникающей в жизни, берутся не из задачника, а из исследований, наблюдений, анализов, сообщений других специалистов и т. п. Степень достоверности бывает сомнительной и не всегда достоверной;

• задачи, допускающие лишь вероятностные решения. Вероятностное прогнозирование играет существенную роль в решении задач специалистами. Врач начинает действовать, даже тогда, когда диагностическая задача не до конца решена;

• задачи с ограниченным временем решения. В практике врача приходится решать задачи и принимать решения в условиях дефицита времени, и запоздалое решение вообще теряет смысл. Поэтому в процессе обучения необходимо развить умение быстро принимать решение;

• задачи, требующие использования предметов в необычной для них функции. Такие задачи полезны для обучения в тех сферах деятельности, где надо научить быстро находить выход в сложной ситуации, возникшей в необычных условиях, например в медицине катастроф;

• цепочки псевдооднородных задач. Ошибки медицинской диагностики — «недостаточная» диагностика редкого заболевания в начале эпидемии и «избыточная» диагностика в конце ее — могут быть даже у знающего врача результатом психологической установки, сформированной «цепочкой задач», в которую вклинивается задача, инородная по отношению к предыдущим;

• задачи на обнаружение возможной ошибки в решении. Человеку в жизни нередко приходится сталкиваться с такой ситуацией — задача уже кем-то решена, и решение это на первых порах не кажется сомнительным. Но реализация или развитие этого решения приводит к абсурду. С развитием информационных технологий специалист все чаще вместе с задачей будет получать готовое решение, будь то решение технической задачи или диагноз больного. Но необходимо, получив готовое решение, оценить его правдоподобность;

• мнимые данности. Иногда при решении задачи возникают «паразитные подразумевания», резко мешающие правильному решению задачи. Например, задача Я. А. Пономарева: «Даны четыре точки, расположенные так, что они лежат как бы в углах квадрата. Требуется

провести через эти четыре точки три прямые линии, не отрывая карандаш от бумаги, так, чтобы карандаш возвратился в исходную точку» [125].

Приводя типологию задач, И. М. Фейгенберг считает, что при обучении студентов необходимо прогнозировать ситуации, с которыми врач столкнется в реальной практической деятельности. «При этом нужно отдавать себе отчет в том, что возникнут задачи, которые мы не могли предвидеть. Будущий специалист должен быть готовым к встрече с задачами, для решения которых у него недостаточно знаний, он должен уметь добыть эти знания в ходе решения задачи. Научить его добывать новые знания — дело высшей школы» [138, с. 15–18]. Именно такого рода проблемные задачи могут быть основой деловой игры.

5.2. Виды деловых (учебных) игр в медицинском вузе для клинических кафедр

В научной литературе [117] встречаются различные виды ДИ, принципы которых могут использоваться в работе клинических кафедр медицинских вузов.

1. **Игра типа «Врач — больной»**, в которой используются:

- *метод телевикторины «Что? Где? Когда?»*. Получив информацию, студенты активно обсуждают, что необходимо предпринять в данной ситуации. Решают, нужно ли запрашивать дополнительную информацию, и принимают согласованное решение или вводят информацию в компьютер. В зависимости от правильности ответа выдаются сведения об изменении состояния больного;
- *методика последовательной или разорванной цепочки*. На каждом этапе игры роль врача возлагается на разных студентов. Проигрывание ситуаций в малых группах с последующим анализом. Ведущими в малых группах могут быть наиболее подготовленные студенты.

2. **Игра типа «Консилиум».** Используется распределение ролей участников консилиума, одну и ту же роль участника консилиума могут играть несколько студентов.

3. **Комплексные игры типа «Отделение больницы, поликлиника, стационар».** Такие игры можно использовать на кафедре организации здравоохранения.

4. **Деловые игры без жесткого сценария (ролевые игры).** Игры такого типа показывают высокую эффективность в формировании профессионально-нравственной культуры личности будущего врача, повышении их коммуникативной компетентности. Наиболее целесообразно проведение таких игр на профильных клинических кафедрах.

Они не имеют таких эталонов действий, как при жестком сценарии, и представляют адаптированный к условиям обучения в вузе вариант психодрамы Дж. Морено. Этот метод рассчитан не столько на формирование конкретных профессиональных знаний, сколько на приобретение коммуникативных умений и навыков. Участникам игры предоставляется возможность без строгого сценария сыграть роль, взятую из реальной практики, например врачебной[25].

Алгоритм конструирования клинической деловой игры

В. В. Меркушев предлагает следующие основные этапы разработки клинических ситуаций при создании учебных игр с жестким сценарием.

1. Подготовительный этап.

Определите, диагностика и лечение какого заболевания программируются. Какой конкретный случай данного заболевания вы моделируете (собственный клинический опыт, анализ конкретной истории болезни, случай, описанный в литературе)?

[25] См.: Метод психодрамы. Психодрама Морено. Психотерапия, основанная на игре и импровизациях. — URL: http:// www.uvgost.ru›method-of-psychodrama-morenos

Опишите динамику развития болезни. Какие возникали осложнения? Чем они были вызваны? Были ли допущены ошибки в диагностике и лечении? К чему они привели? Какие реальные ошибки были допущены в диагностике и лечении?

Желательно предусмотреть максимально возможное количество вариантов. Именно это и будет обеспечивать разветвления от исходной клинической ситуации по разным путям в зависимости от решений, принятых игроками (студентами). Попытайтесь проследить каждый из вариантов до логического конца. Можно ли справиться с возникающими осложнениями? Если да, что станет с больным? Если нет, то какие осложнения ожидаются? При этом удобно составлять логическую блок-схему игры (или ее фрагмента)[26].

Игра строится с помощью карт, описывающих ситуацию, действия играющих и последствия этих действий на каждом этапе игры.

Для того чтобы не увеличивать банк карт в игре при проектировании возможных вариантов вопросов студентов для этапов постановки диагноза и лечебно-тактического, следует вводить «отсекающие» карты типа: «Данная жалоба отсутствует», «Этих сведений в анамнезе нет», «Данный симптом не наблюдается», «Этот метод исследования в ваших условиях провести не представляется возможным» и т. п.

2. Диагностический этап. Создание информационной базы игры.

- Написание текста исходной ситуации. Помните, что в условиях ДИ сведений для установления диагноза должно быть явно недостаточно.
- Создание банка категориальных сведений о больном (жалобы, анамнез болезни, анамнез жизни, объективное исследование). Удобно сразу же осуществлять кодировку сведений. Например: все жалобы — под индексом А, анамнез болезни — Б, анамнез жизни — В, и т. д. Внутри каждого блока используется цифровая индексация.
- Установление диагноза. Напишите правильный полный диагноз, частично верный, возможные варианты ошибочных диагнозов и текст комментариев, которые вам хотелось дать по каждому из них.

3. Лечебно-тактический этап.

Этот этап наиболее сложен и в наименьшей степени поддается формализации.

- составить эталон действий (лечебных мероприятий) и исходной ситуации;
- составить возможные состояния больного при соблюдении эталона и при различных ошибочных действиях;
- составить эталоны действий для каждого из вновь возникающих состояний;
- описать состояние больного при соблюдении эталона и при ошибочных действиях;
- повторить выполнение по двум предыдущим действиям до логического завершения: выздоровление, инвалидизация, хронизация, смерть и другие варианты.

Главная трудность лечебно-тактического этапа заключается в увеличении потока информации: несколько вариантов состояния больного после исходной ситуации, из каждого для этих состояний появляется несколько выходов на новые ветви игры. Так, например, в игре «Боль в груди» предусмотрены следующие универсальные карты: М1 — улучшение состояния; М2 –ухудшение состояния больного; М3 — кардиогенный шок; М4 — глубокий кардиогенный шок; М5 — клиническая смерть; М6 — смерть больного (при неэффективной терапии осложнений, возникающих на всех этапах лечения).

Одни и те же карты используются на разных этапах игры: линейная бригада скорой помощи, приемный покой, кардиологический стационар, палата интенсивной терапии, поликлиника. Причем в зависимости от действий студента возможно неоднократное использование универсальных карт состояний пациента на каждом из этих этапов.

4. **Инструментально-методическое обеспечение клинической игры** описанного выше типа может состоять из следующих инструкций:

[26] См.: Приложение 2. Алгоритм диагностики и оказания неотложной помощи при внезапной смерти.

• *для ведущего:*

— название игры;

— область применения (на каких обучающихся рассчитана);

— цели использования в учебном процессе;

— методика проведения игры;

— общая блок-схема игры и необходимые пояснения;

— перечень всех карт, их кодировка и названия;

— эталоны действий студентов (врачей) для всех игровых ситуаций с указанием, какие карты состояний больного выдавать при соблюдении эталона и при различных ошибочных действиях;

— указания для анализа игры после ее окончания;

• для участников игры:

— название игры;

— цели и задачи игры;

— методика проведения игры;

— набор соответствующих игровых карт;

— необходимая медицинская документация: ЭКГ, данные лабораторных методов исследования, функциональной диагностики, рентгенограммы и др.

5.3. Место деловых игр в структуре практического занятия

Основными компонентами практического занятия на клинических кафедрах являются опрос, выявляющий уровень подготовки студентов, работа с больными, разбор клинического случая, написание истории болезни.

Л. Б. Наумов предлагает вместо традиционных опросов на клинических кафедрах в самом начале занятия использовать деловые игры с последующим анализом допущенных ошибок и обоснования правильности действий. Студенты допускаются к постели больного только в случае правильного выбора тактики действий в заданных клинических условиях. «Студенты, показавшие свою неподготовленность, должны сначала овладеть теоретическим материалом, а затем повторно участвовать в игре, и только тогда в случае успешных действий преподаватель может его допустить к постели больного».

Подготовка к занятию проводится с использованием алгоритмов дифференциальной диагностики:

• игра вместо опроса, выявляющая подготовку студентов на уровне сформированности умений;

• разбор игры и допущенных ошибок;

• при успешной игре — работа с больными;

• клинический разбор больных с преподавателем, обсуждение ошибок;

• завершающая повторная игра, как и в начале занятия;

• написание истории болезни.

Практические занятия на клинических дисциплинах должны быть построены с использованием различных педагогических технологий, в том числе деловых (учебных, дидактических) игр, в которых происходит поэтапное динамическое изменение состояния больного в зависимости от тех или иных действий играющих [120].

Обучение студентов медицинского вуза с помощью деловых игр способствует развитию практических умений и навыков у будущих врачей. Сталкиваясь на учебных занятиях с профессиональными клиническими ситуациями, студенты оказываются готовыми к их решению в своей профессиональной работе.

Преимущества деловой игры перед традиционными методами обучения состоят в том, что студенты могут делать ошибки «не доходя до постели больного». «Деловая игра не заменяет традиционных методов обучения и применяется не вместо обучения у постели больного, а перед встречей с больным, предупреждая возможные ошибки в обследовании, постановке диагноза и назначения лечения больному»[27].

Теоретические знания усваиваются в деловой клинической игре в контексте имитации профессиональной деятельности, максимально приближенной к реальной жизни. В ходе деловых игр развивается клиническое мышление, навыки быстрого принятия решений в обычных и ургентных ситуациях, умение быстро и правильно ставить диагноз и назначать лечение, способность работать в команде. В ходе игры происходит развитие таких профессионально-нравственных качеств личности будущих врачей, как ответственность, понимание ценности жизни человека.

В процессе деловых игр студенты оказываются перед необходимостью «активно добывать, перерабатывать и реализовать учебную информацию, представленную в такой дидактической форме, что это обеспечивает существенно лучшие, по сравнению с традиционными способами, результаты обучения практической деятельности». Клинические учебные игры погружают учащегося в атмосферу интеллектуальной деятельности, близкую практической профессиональной работе врача в распознавании болезней и лечении больных; в полном соответствии с реальностью создают играющим динамически меняющуюся картину в зависимости от различных действий (правильных или ошибочных) играющих.

Деловая игра выявляет неумение студентов выделить «решающие признаки болезни, построить на них логику разграничительного поиска. Они не в состоянии назвать самые необходимые лекарственные средства, которые жизненно показаны на различных этапах развития болезни, в частности для купирования возникающих осложнений. Деловые игры с предельной реальностью продемонстрировали неумение студентов и молодых врачей действовать хотя бы на этапе умственных операций, не говоря уже о мануальных навыках».

Можно также отметить, что клинические учебные игры развивают когнитивный, эмоциональный и бихевиоральный компоненты деятельности.

Л. Б. Наумов делает вывод, что деловые (учебные имитационные) игры в медицине позволяют:

• погружать студентов в атмосферу интеллектуальной деятельности, близкую к практической работе врача;

• в соответствии с реальностью создавать в контексте игры динамику изменения состояния больного в зависимости от правильно или неверно выбранной стратегии деятельности врача;

• формировать необходимые для врача профессиональные умения;

• развивать чувство профессиональной ответственности за судьбу больного;

• развивать коммуникативные умения, необходимые врачу в будущей профессиональной деятельности.

Дидактические игры в значительной степени помогают снять противоречие между целями образования — подготовкой квалифицированного специалиста — и методами, которые в основном направлены на получение определенных знаний, а не на формирование профессиональных умений и навыков. В современных условиях становится все более очевидной недостаточность традиционных способов описания качества подготовки специалистов. Использование учебных игр, моделирующих наиболее типичные ситуации будущей профессиональной деятельности, позволяет оценить как уровень сформированности умений и навыков, так и нравственно-психологических качеств будущих врачей [117, с. 42].

[27] Там же.

5.4. Симуляции в медицинском образовании за рубежом

В США понятие деловой игры включается в симуляционные технологии. Симуляция — это общий термин, который относится к искусственному представлению процесса реального мира для достижения образовательных целей посредством обучения на основе опыта [11, с. 56–66]. Симуляция — метод, используемый в образовании в области здравоохранения для замены реального пациента (больного) сценариями, специально разработанными для воспроизведения (имитации) реальных встреч с больным с использованием реалистичных манекенов, физических моделей, стандартизированных пациентов или компьютеров [1, с. 35–40].

Симуляторы в настоящее время широко используются в обучении различным профессиям высокого риска, включая военные, коммерческие авиакомпании, атомные электростанции, бизнес и другое [16, с. 16–23]. Симуляция, которая является хорошо зарекомендовавшим себя инструментом для обучения персонала в авиации, армии и промышленности, была внедрена затем и в медицинское образование. В настоящее время симуляция, или моделирование, рассматривается как наиболее важная составляющая образования в области здравоохранения, обеспечивающая безопасность пациентов. Практически в каждой учебной больнице и в медицинском учебном заведении имеется либо симуляционный центр (симуляционное оборудование), либо образовательная программа на основе методов симуляции.

Имитатор определяется как устройство, которое позволяет оператору воспроизводить или представлять в условиях испытаний явления, которые могут возникать при реальной работе. С другой стороны, медицинское образование на основе моделирования может быть определено как любая образовательная деятельность, которая использует вспомогательные средства моделирования для воспроизведения клинических сценариев. Инструменты симуляции служат альтернативой реальному пациенту. Практиканты могут делать ошибки и учиться на них, не боясь причинить боль пациенту [46, с. 193–199].

Симуляционное обучение — активный процесс, в ходе которого учащийся получает знания, связывая новую информацию и новый опыт с предыдущими знаниями и пониманием, т. е. реализуя основные принципы дидактики. В качестве основы обучения используются клинические сценарии [5, с. 154–158], максимально приближенные к предполагаемой профессиональной деятельности, чтобы погрузить учащихся в опыт, максимально приближенный к реальной жизни [6, с. 465–468; 33, с. 77–83].

Не только в США, но и многие медицинские школы на Ближнем Востоке изменили свои учебные планы и приняли такие образовательные стратегии, как проблемное симуляционное обучение. Тем не менее в этом регионе обучение на основе моделирования пока развито недостаточно. Обзор литературы по использованию симуляции в медицинском образовании показал, что проблема клинической компетентности врачей может быть решена только через применение симуляций. В последнее время включение обучения клиническим навыкам в учебные планы студентов-медиков заметно расширилось. Есть много примеров изменения учебных программ, которые включают обучение клиническим навыкам, использование тренажеров и создание центров клинических навыков [9, с. 483–489].

За последние десятилетия произошло увеличение интеграции симуляций в медицинское образование. Во многих медицинских школах США происходит увеличение использования компьютерных симуляций, симуляционных пациентов и других методов симуляционного обучения, доля которых в обучении за этот период выросла почти на 20 %. Медицинское образование на основе симуляций (моделировании) определяется как любая образовательная деятельность, которая использует вспомогательные средства моделирования для воспроизведения клинических сценариев. Медицинская симуляция позволяет приобретать клинические навыки посредством четко организованной практики, а не стиля обучения «ученик — учитель». Инструменты моделирования служат альтернативой реальным пациентам. Стажер может делать ошибки и учиться на них, не опасаясь причинить вред пациенту.

Существуют различные типы и классификация тренажеров, и их стоимость варьируется в зависимости от степени их сходства с реальностью или их «достоверности». Обучение на основе моделирования стоит дорого, однако оно рентабельно при правильном использовании. Установлено, что медицинские симуляционные технологии повышают клиническую компетентность студентов на уровне бакалавриата и магистратуры. Также подтверждено, что такое обучение обладает многими преимуществами, которые могут повысить безопасность пациентов и снизить расходы на здравоохранение за счет повышения квалификации медицинских работников.

Симуляционное обучение позволяет отрабатывать клинические навыки, включая коммуникативные навыки, изучение истории болезни, профессиональные отношения, понимание этических основ здравоохранения, физическое обследование, процедурные навыки, клинические лабораторные навыки, диагностические навыки, терапевтические навыки, навыки реанимации, критическое мышление, клиническое мышление, решение проблем, командную работу, организационные навыки, управленческие навыки и владение информационными технологиями [23, с. 503–507].

Традиционное приобретение и постоянное совершенствование психомоторных навыков высокого уровня, требуемых будущим врачам, происходит в стиле «смотри один, делай один, учи одного». Этот стиль обучения больше не считается приемлемым из-за растущего состояния беспокойства по поводу качества оказания медицинской помощи пациентам. Результаты изменений, происходящих в системе здравоохранения США, характеризуются тем, что при госпитализации больных отмечается увеличение доли острых больных пациентов и более короткое пребывание больных в стационаре. Это привело к тому, что учащийся-медик получил меньше возможностей для доступа к больным и к физическим данным по широкому спектру заболеваний. Опора на реальных пациентов больницы в течение учебных лет может привести к снижению спектра обучения клиническим навыкам, так как это зависит от наличия реальных случаев различных заболеваний и, следовательно, неоптимального развития и выполнения на практике клинических навыков. Это подтверждают данные, указывающие на невысокий уровень квалификации выпускников медицинских факультетов [20, с. 578–584; 22, с. 39–44].

Приобретение опыта в клинической медицине требует участия обучающегося в целенаправленной практике для достижения желаемых результатов. Согласно Issenbergetal [17, с. 223–228], «практика включает повторное выполнение предполагаемых когнитивных или психомоторных навыков в сфокусированной области (a) в сочетании с тщательной оценкой навыков (b), которая предоставляет учащимся специфическую, информативную обратную связь (c), это приводит к повышению эффективности навыков в контролируемой обстановке (d)». Озабоченность безопасностью пациентов и меньшим количеством пациентов, доступных для обучения, а также многими другими факторами привела к внедрению симуляции и развитию центров симуляции и лабораторий клинических навыков в медицинское образование [2, с. 59–63; 35, с. 46–49].

Сценарий практики может быть записан на видео для немедленной обратной связи с участниками во время подведения итогов. Анализ ситуаций является важным компонентом полномасштабного моделирования. Видеозапись сценария также используется, чтобы начать обсуждение и убедиться, что все цели обучения были охвачены. «Разбор полетов» может фокусироваться как на познавательном процессе, связанном с распознаванием проблемы, так и на реализации руководящих принципов управления, а также на операциональном (техническом) уровне, на котором оценивается способность ученика применять правила и соответствующие знания в практической деятельности, в том числе в стрессовой ситуации [34, с. 1010–1016].

В ходе полномасштабного обучения на основе сценариев учащийся может приобрести такие важные навыки, как межличностное общение, работа в команде, лидерство, управление

стрессом, принятие решений, способность расставлять приоритеты в задачах, находясь под давлением обстоятельств [11, с. 56–66].

Тем не менее обучение с помощью симуляции следует рассматривать как вспомогательный метод (adjuvant), а не замену для обучения с реальными пациентами. Как и Л. Б. Наумов, американские специалисты считают, что симуляционное обучение не должно использоваться как единственно возможный метод, а предназначено для замены, когда это возможно, необходимости обучения в реальной клинической среде, поэтому при разработке учебного плана важно интегрировать симуляционные технологии с клинической практикой.

Симуляторы умеренной верности дают больше сходства с реальностью с такими функциями, как пульс, тоны сердца и звуки дыхания, но без способности говорить, и им не хватает движения груди или глаз. Они могут использоваться как для введения, так и для более глубокого понимания конкретных, все более сложных компетенций. Примером одного из первых применений симуляторов умеренной верности является кардиологический симулятор «Харви» (рис. 1).



Рис. 1. Кардиологический симулятор Harvey USA (1968)

Тренажеры высокой точности сочетают манекены части тела или всего тела для проведения вмешательства с компьютерами, которые управляют манекенами для получения физических знаков и передачи физиологических знаков на мониторы.

Они обычно предназначены для того, чтобы напоминать реальность. Они могут говорить, дышать, мигать и автоматически или вручную реагировать на физические и фармакологические вмешательства. Хорошим примером высокоточного симулятора является симулятор METI Human Patient Simulator (HPS), управляемый моделью (рис. 2).



Рис. 2. Симулятор Human Patient Simulator (HPS), фирма METI, USA

Виртуальная реальность также может быть включена в симуляторы (в основном в симуляторы с частичной задачей) для улучшения обучения. Виртуальная реальность лучше всего описывается как концепция продвинутого взаимодействия человека с компьютером. Вирту-

альная реальность сильно различается в зависимости от уровня сложности, уровня реализма и взаимодействия пользователя с виртуальной средой [18, с. 10–28].

Распространенная форма виртуальной реальности включает использование тактильной (сенсорной) обратной связи для создания чувства сопротивления при использовании инструментов в моделируемой среде. Эта технология часто используется в обучении эндоскопической и лапароскопической ловкости. Моделирование с высокой точностью и виртуальной реальностью может преодолеть разрыв между теорией и практикой, погружая ученика в реалистичную, динамичную и сложную обстановку. Тем не менее симуляция может только подражать, но не копировать реальность. Воссоздание «реальности» или «верности» важно для успеха симуляции и для участника. Поскольку некоторые тренажеры могут использоваться для самостоятельного обучения, закрепления умений и навыков, они должны быть включены в общую учебную программу. Однако чтобы сделать обучение эффективным, во время симуляции необходимы важные условия. Предполагаемые результаты должны быть заранее определены, а обучение должно проводиться в контролируемой среде.

Эффективное обучение требует повторяющейся практики и обратной связи в процессе обучения. Иссенберг и др. провели превосходный систематический обзор и определили десять особенностей высококачественного медицинского моделирования, которые могут привести к эффективному обучению[28].

Симуляция может быть использована для восстановления в памяти ранее изученного учебного материала. Моделируемые сценарии достаточно реалистичны, чтобы эмоционально вовлекать учащихся, обеспечивая тем самым уникальный опыт обучения, когда симулятор «пациент» с высокой точностью воспроизведения фактически говорит, дышит, моргает и двигается как настоящий пациент. Моделирование может быть адаптировано для удовлетворения потребностей различных медицинских специальностей, таких как анестезия, неотложная медицина и травма, интенсивная терапия, акушерство, педиатрия и радиология, а также для использования другими специалистами, такими как медсестры, парамедики и респираторные терапевты [7, с. 1186–1193; 11, с. 56–66; 19, с. 96–103].

Лаборатории моделирования довольно дорогостоящие. Один симулятор высокой точности с его системой мониторинга и другим необходимым оборудованием может стоить до 200 000 долларов. Кроме того, синтетические жидкости для тела, сменные шкурки, бинты, шприцы и другие расходные материалы также необходимы для имитации опыта лечения реальных пациентов больницы. Способность практиковать без риска должна быть сопоставлена со стоимостью этой новой технологии. Симуляция имеет много преимуществ, так как она приводит к тому, что высококвалифицированные выпускники медицинских факультетов с меньшей вероятностью совершают опасные для жизни или дорогостоящие медицинские ошибки [24, с. 22–28; 45, с. 527–538].

Использование методов медицинской симуляции может помочь перевести медицинское обучение из старого метода «Увидеть, сделать, научить» в модель успеха «Увидеть, практиковать много, сделать одно» [41, с. 1149–1154]. Преподавание на основе моделирования доказало, что оно снижает риски как для пациентов, так и для учащихся [13, с. 469–472; 31, с. 84–91], и свою эффективность как для обучения студентов, так и для аспирантов, а также для развития преподавателей [25, с. 199–203; 43, с. 32–38].

Моделирование может использоваться в условия первичной медико-санитарной помощи для повышения уверенности в выполнении жизненно важных навыков [39, с. 415–422], клинических навыков [8, с. 241–248; 32, с. 152–158], навыков общения [40, с. 419–422] и качества медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, такими как сахарный диабет и бронхиальная астма [28, с. 49–58; 29, с. 585–590].

[28] Там же.

Такие симуляционные устройства, как тренажеры, компьютерные системы, виртуальная реальность и тактильная система, симулированные пациенты, симулированная среда и интегрированные симуляторы, также эффективно использовались для оценки клинических навыков [35, с. 46–49; 38, с. 505–515; 42, с. 282–287].

Основная проблема медицинской симуляции заключается в том, что имеющиеся на сегодняшний день доказательства слабы в методологии. Большая часть опубликованных работ носит описательный характер и ограничена в обобщении. Предположение, что такое обучение напрямую переносится в клинический контекст, часто не проверяется [14, с. 23–27]. Только несколько исследований показали прямое положительное влияние на клинические результаты от использования симуляции для медицинского обучения [30, с. 330–343]. Хотя обучение врачей на основе симуляционных технологий в медицинском образовании открывает возможности для повышения профессиональной компетентности и уверенности учащихся, повышения безопасности пациентов и снижения расходов на здравоохранение в долгосрочной перспективе, тем не менее необходимы тщательные исследования, чтобы увидеть, действительно ли тренинг по моделированию улучшает результаты пациентов.

Однако степень, в которой технология моделирования доступна и используется в академической медицине, ранее не была оценена. На сегодняшний день каталоги симуляционных мероприятий были в основном добровольными или ограниченными по объему. С точки зрения американских специалистов, симуляция может коренным образом изменить здравоохранение и решать проблемы безопасности пациентов, если они используются соответствующим образом и интегрированы в процесс улучшения образования и организации.

Чтобы оценить текущее состояние симуляции в медицинском образовании, был проведен опрос медицинских школ[29] и учебных больниц, входящих в AAMC (Association of American Medical Colleges), чтобы выяснить, как и где учреждения используют симуляцию для академических целей. Опрос предоставил возможность разработать структуру для операционных атрибутов программ моделирования и центров, используемых академическим медицинским сообществом. Опрос проведен в 2010 г. среди 133 медицинских школ-членов AAMC и 263 учебных больниц. Объединенная когорта, использованная для анализа, включала 90 из 133 (68 % ответов) медицинских школ и 64 из 263 (24 % ответов) учебных клиник.

Методология моделирования определена как метод, используемый в образовании в области здравоохранения для замены или усиления реального опыта лечения пациентов сценариями, разработанными для воспроизведения реальных случаев заболеваний людей с использованием реалистичных манекенов, физических моделей, стандартизированных пациентов или компьютеров. Целевая аудитория исследования включала студентов-медиков в программе предоставления степени магистра, студентов-медиков в программе степени доктора наук, резидентов, стипендиатов и врачей. Участникам предложено сделать выбор из списка тем контента в четырех сферах деятельности: доклиническая, делопроизводство, резидентура и врачебная деятельность по специальности.

Медицинские школы отметили использование симуляторов в содержании программ обучения во всех четырех сферах. Больницы указали использование методов симуляции в основном в резидентуре и по специальностям. Во всех сферах деятельности наиболее распространенными областями, использующими моделирование в качестве метода обучения, являются внутренняя медицина, неотложная медицина, акушерство-гинекология, педиатрия, хирургия и анестезиология. Респондентам было предложено определить использование моделирования по годам в течение четырехлетней программы медицинского образования.

На рис. 3 показано, что во всех 90 ответах медицинских школ указывалось, что они используют симуляцию в течение всех четырех лет обучения в университете. Все 64 учебные

[29] Медицинская школа (англ. Medical school) — срок обучения четыре года (два года теоретической подготовки и два года клинической практики). В последний год обучения должна быть выбрана конкретная медицинская специализация. После окончания медицинской школы выпускник получает степень M.D.

больницы указали, что они применяют симуляции преимущественно в течение третьего и четвертого курсов. Медицинские школы указали, что использование моделирования осуществляется достаточно последовательно на протяжении всех четырех лет. Наиболее часто цитируемое предклиническое содержание было одинаковым как для медицинских школ, так и для учебных больниц. Существовали небольшие различия в приоритетах содержания между медицинскими школами и учебными больницами в использовании симуляций.

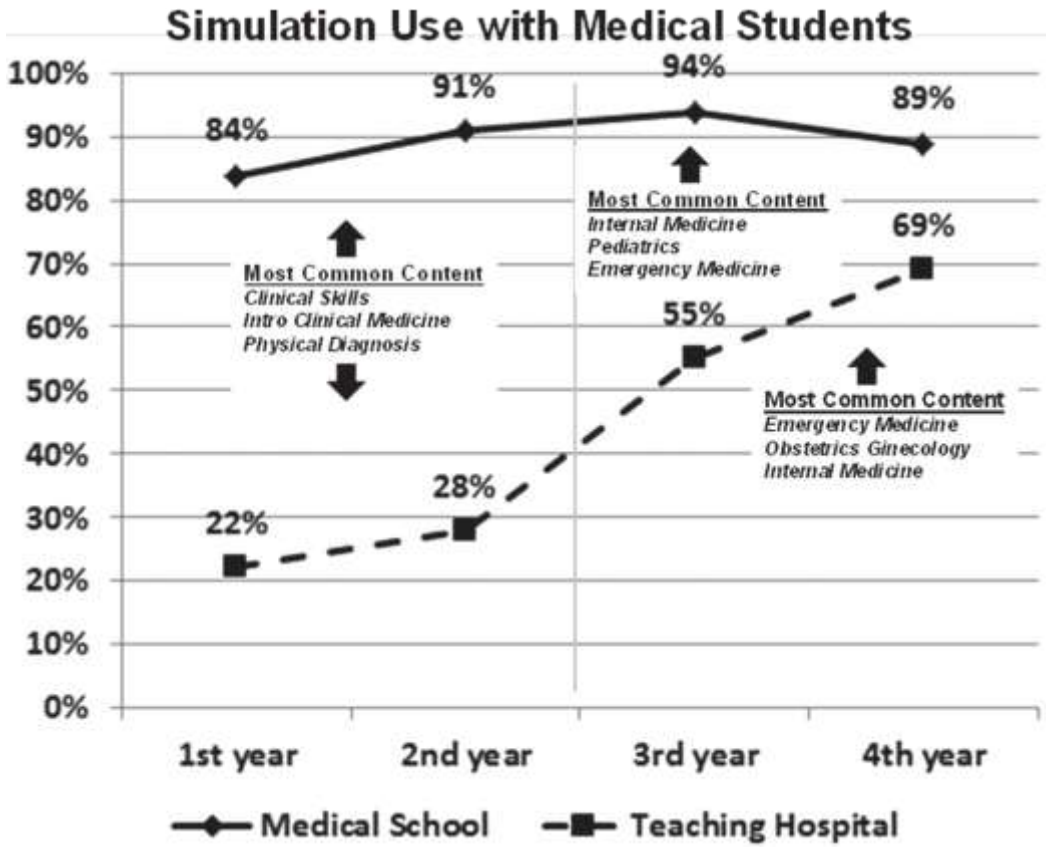


Рис. 3. Использование симуляторов в медицинских школах

Из рис. 3 видно, что в медицинских школах симуляции используются в течение первого года обучения в 84 % учебного времени, второго — в 91 %, третьего — в 94 % и четвертого — в 89 % соответственно. Учебные больницы используют симуляции в течение первого года обучения в 22 % учебного времени, второго — в 28 %, третьего — в 55 % и четвертого — в 69 % соответственно.

Участников опроса попросили указать все области доклинического содержания, где используется симуляция. На доклинических курсах симуляция чаще всего использовалась в медицинских школах и в учебных больницах, в области клинических навыков врачебной практики, интро/клинической медицины и физической диагностики. Восемьдесят шесть из 90 участвующих медицинских школ указали, что они используют симуляцию в курсах на доклиническом уровне. Сорок четыре из 64 участвующих учебных больниц указали, что они используют контент моделирования на доклиническом уровне. На доклиническом этапе особое внимание уделяется использованию моделирования для формирования медицинских знаний.

В ходе опроса изучалось, в каких целях использовались симуляции: обратная связь, оценка, валидизация/сертификация и исправление. Так показатели обратной связи иллюстрируют навыки межличностного общения и медицинские знания, где применяется симуляция. Оценка чаще всего проявляется в медицинских знаниях, уходе за пациентом и навыках межличностного общения, моделирование используется для реабилитации, чаще всего связанной

с медицинскими знаниями и навыками межличностного общения. Валидизация/сертификация — это самое редкое использование симуляции в медицинских школах. Установлено, что меньшее количество занятий (менее 10 %) с использованием симуляционных технологий проводилось на таких циклах, как биология, генетика, гистология, биохимия, иммунология, эпидемиология, биостатистика, и др.

Использование симуляций в обучении резидентов

Участникам опроса было предложено ответить на вопрос, как при обучении в резидентуре используется симуляция. Из 90 участвующих в опросе медицинских школ 83 указали на активное использование симуляций в течение всего пятилетнего периода обучения, а 55 из 64 участвующих в опросе учебных больниц указали на использование моделирования (рис. 4).

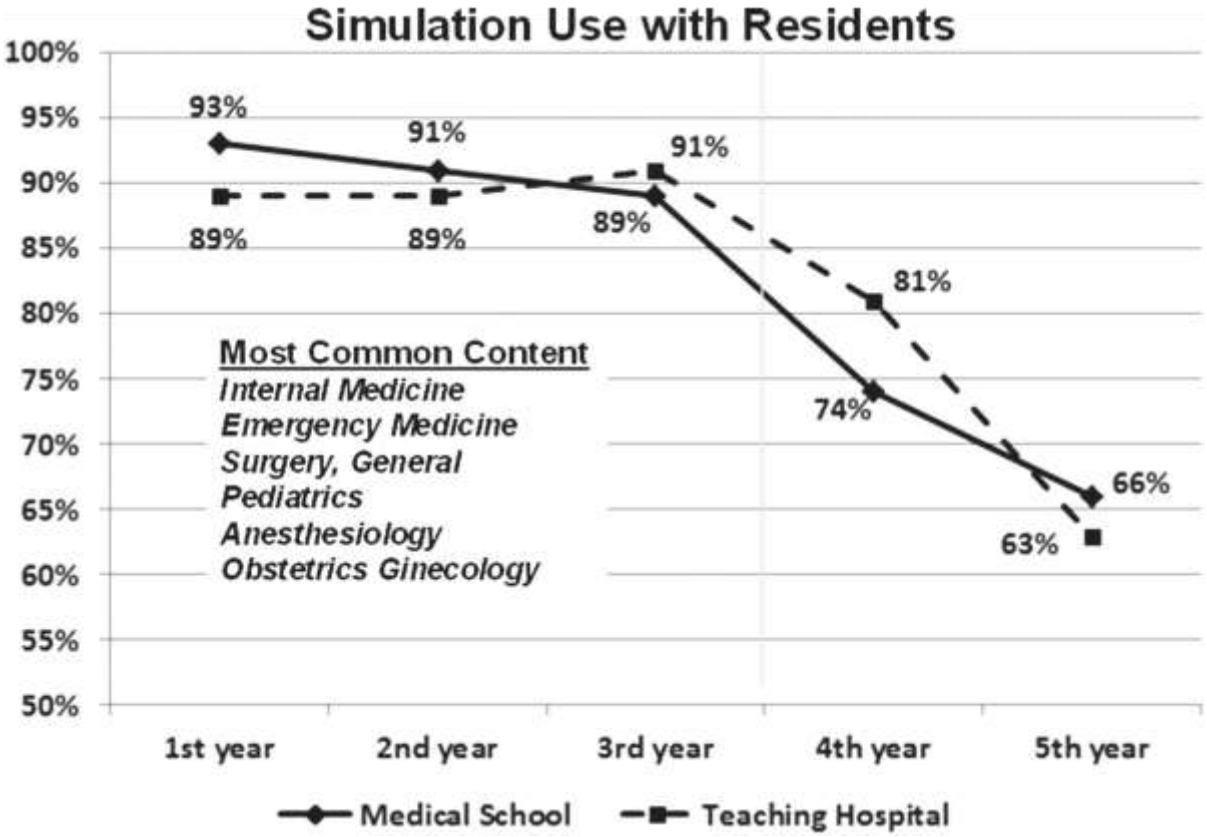


Рис. 5.4-4. Использование симуляций при обучении в резидентуре

Как в медицинских школах, так и в учебных больницах в первые три года наблюдается высокий уровень использования имитационного моделирования при обучении в резидентуре. Использование симуляций снижается в течение третьего и четвертого года обучения как в медицинских школах, так и в учебных больницах: с 93 % на первом до 66 % на пятом году обучения в медицинских школах и с 89 % до 63 % в учебных больницах. Медицинские школы указали, что большинство видов обучения в резидентуре, в которых используется симуляция, проводится в областях внутренней медицины, неотложной медицины, общей хирургии и педиатрии. Учебные больницы указали на одинаковые приоритеты содержания в таких областях, как акушерство и гинекология, которые встречаются чаще, чем в педиатрии.

Использование симуляции для обучения и оценки

Выяснилось, что медицинские школы используют симуляции для оценки уровня знаний, чтобы получить обратную связь (81 % времени), поставить оценку (56 %), исправление (37 %) и валидацию/сертификацию (19 %).

Учебные больницы используют симуляцию в качестве инструмента оценки чаще всего для обратной связи (81 %), а затем для оценки, коррекции и валидации/сертификации аналогично медицинским школам. Тем не менее приоритеты компетентности в учебных больницах отличаются от медицинских школ. Меньшее внимание они уделяют оценке и исправлению, а большее — использованию симуляций для обратной связи. Это может быть связано с тем, что учебные больницы и медицинские школы имеют разные образовательные цели. Наиболее распространенными компетенциями, которые оцениваются с помощью моделирования для обеспечения обратной связи, являются практическое обучение / уход за пациентом и навыки межличностного общения и лидерстВ России в настоящее время система подготовки кадров для сферы здравоохранения также претерпевает значительные изменения. «Приобретение профессионального мастерства методом проб и ошибок у постели больного неизбежно подвергает риску его жизнь и здоровье. Поэтому в настоящее время все меньше пациентов, готовых принимать пассивное участие в учебном процессе, а на передний план выходят симуляционные технологии, с помощью которых осваиваются коммуникативные навыки, диагностические приемы, алгоритмы действий в непредвиденных и чрезвычайных ситуациях, базовые и углубленные навыки и умения в хирургии, акушерстве, гинекологии, урологии и многих других медицинских специальностях, имеющих практическую составляющую, проводятся тренинги командного взаимодействия. С 2016 г. симуляционные технологии подтвердили свой своеобразный высший статус, заняв почетное место среди методик экзаменационной оценки на государственной аккредитации выпускников медицинских вузов»[30].

Вопросы для самоконтроля

1. В чем состоит значение диагностических и профессиональных задач для создания деловых игр?
2. Какие виды деловых (учебных) игр чаще всего используются на клинических кафедрах в медицинском вузе?
3. Назовите этапы алгоритма конструирования клинической деловой игры.
4. Как использовать деловые (учебные) игры на практических занятиях?
5. Как используются симуляции в медицинском образовании?

[30] См.: *Кубышкин В. А*. Вступительное слово / В.А. Кубышкин — д.м.н., академик РАН. Специалист по медицинскому симуляционному обучению: учеб. пособие. — Росомед, 2016. — 320 с. — URL: https://rosomed.ru/documents/spetsialist-meditsinskogo-simulyatsionnogo-obucheniya-uchebnoe-posobie

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деловые (учебные) игры в педагогике рассматриваются как педагогическая технология, направленная формирование профессиональных и общекультурных компетенций, необходимых в будущей профессиональной деятельности специалиста, через создание имитационной модели контекста деятельности. Как педагогическая технология деловая игра использует методы проектирования, целеполагания, контроля, анализа полученных результатов, при этом сохраняя двуплановость: условную, игровую и дидактическую.

Деловой игре присущи все отличительные признаки игры: условность, имитация деятельности, быстро меняющиеся ситуации, в которых личность вынуждена приспосабливаться к новым динамично развивающимся условиям.

Деловая игра — это вид деятельности, при котором мотив лежит в самом процессе этой деятельности и дидактические цели деловых (учебных) игр в ряде случаев играющими не осознаются (или не полностью осознаются) как метод диагностики или формирования заданных профессиональных компетенций.

Деловые учебные игры позволяют осуществлять междисциплинарный подход к моделируемым явлениям. Ряд задач, поставленный в игре, может относиться к смежным областям знаний. Так, например, в деловой игре «Боль в груди» синдром боли в груди может сопровождать не только кардиологическую патологию, но и пульмонологическую, гастроэнтерологическую, неврологическую и др.

Междисцисплинарные связи проявляются и в том, что они требуют от участников игр не только готовности к внутрикомандному взаимодействию в экстремальных ситуациях, но и развития общего интеллекта, осведомленности. Психологический аспект деловых игр состоит в возможности определения паттернов поведения участников, обусловленных особенностями индивидуально-психологических свойств личности: характера, темперамента, акцентуаций, Я-концепцией личности, психологических защит.

В деловых играх проигрывание новых для себя ролей (директора клиники, заведующего отделением, пациента и т. д.) дает возможность обучающимся определить уровень коммуникативных компетенций, развивает эмпатию, способность к пониманию партнера по общению (пациента, коллегу, руководителя), способствует формированию новых социальных навыков.

Деловые игры способствуют развитию новых эффективных способов взаимодействия с окружающими. В ролевых играх имитируются реальные ситуации, с помощью которых происходит обучение техникам коммуникации, необходимым в профессиональной деятельности.

В деловых играх снимается целый ряд барьеров, таких как боязнь ошибиться, что-то не знать, выглядеть смешным, некомпетентным и др. Снятие барьеров позволяет импровизировать, выходить за рамки привычных способов действия и мышления, пробовать себя в разных амплуа, поскольку ошибки, погрешности не влекут за собой таких серьезных последствий, как в жизни. Субъекты смелее используют новые паттерны поведения, ощущая свободу, творчески экспериментируя, креативно подходя к решению поставленных задач игры.

С понятием игры обычно ассоциируется импровизация, легкость, свобода творчества, поэтому процесс обучения в деловых играх проходит для игроков увлекательно и с максимальным интеллектуальным и эмоциональным включением.

Деловые игры используются для аттестации кадров, проверки их компетентности, для исследовательских целей, а также для практических задач по принятию решений, разработке планов, проектов, программ.

ГЛОССАРИЙ

Наименование термина	Содержание термина
1	2
Residency в США (ординатура)	Ступень медицинского образования после завершения Medical school. Продолжительность обучения в резидентуре от 3 до 8 лет в зависимости от специализации. Самые короткие программы — по семейной медицине, а самые продолжительные — по нейрохирургии
Агрессивность (от лат. нападать)	Кратковременное эмоциональное состояние или черта характера человека. Агрессивность проявляется в гневе, злости, действиях против других людей, если они мешают удовлетворению потребностей или достижению целей
Акмеология	Раздел психологии развития личности, исследующий закономерности и механизмы, обеспечивающие возможность достижения высшей ступени индивидуального развития
Активные методы обучения	Методы, направленные на активизацию познавательной активности обучающихся; способ продвижения к дидактической цели, связанный с профессиональной подготовкой специалистов. Это те методы, при которых учащийся вынужден активно добывать, перерабатывать и реализовывать учебную информацию, представленную в такой дидактической форме, что это обеспечивает объективно существенно лучшие, по сравнению с традиционными способами, результаты практической деятельности [120, с. 22]
Акцентуации характера	Понятие, введенное К. Леонгардом, означающее чрезмерную выраженность отдельных черт характера и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы. Акцентуированные личности не следует рассматривать в качестве патологических, но в случае воздействия неблагоприятных факторов акцентуации могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности
Андрагогика	Раздел теории обучения, раскрывающий специфические закономерности освоения знаний и умений взрослым субъектом образовательной и/или учебной деятельности
Ассоциация (в социальной психологии)	Группа, в которой отсутствуют объединяющая ее совместная деятельность, организация и управление, определена только общая цель
Аффект	Кратковременное, бурно протекающее и хорошо наблюдаемое эмоциональное состояние, сопровождающееся полной или частичной утратой самоконтроля
Аффилиация (от англ. toaffiliate — присоединять, присоединяться)	Стремление человека быть в обществе других людей, потребность человека в создании теплых, доверительных, эмоционально значимых отношений с другими людьми
Виды трансакций: прямые, двойные, параллельные, пересекающиеся, угловые	Такой вид ТА, при которых стимул формально направлен в одном направлении (на вербальном уровне), но на психологическом — в другом. На социальном и психологическом уровнях общение происходит в виде основных трансакций. Включают более двух эгосостояний: сообщение маскируется под социально приемлемым стимулом
Возбудимый тип	Субъект, которому свойственно легко приходить в ярость по незначительным поводам
Внедрение	Введение экспериментально проверенного опытного образца и научно-методического сопровождения к нему в образовательную практику, подготовка участников процесса обучения, психолого-педагогическое сопровождение
Волевая регуляция	Вид произвольного управления, связанный с преодолением внешних и внутренних трудностей
Воспитание	Деятельность по передаче общественно-исторического опыта, норм морали, творческого отношения к действительности, научного мировоззрения, высокой культуры труда и поведения
Гипертимик	Активный подвижный субъект, стремящийся быть лидером; общителен, но отличается поверхностностью
Действия	Практическое осуществление функций; преднамеренная опосредованная активность, направленная на достижение осознаваемой цели; процесс, направленный на достижение цели; совокупность операций, подчиненных цели

1	2
Деловые игры	Упражнения в цепочном принятии решений, основанных на некоторой модели управленческой деятельности и на исполнении участниками этой имитируемой деятельности (Дж. Р. Карсон)
Деловая (учебная, имитационная) игра	Метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям, с обязательным разветвленным динамическим развитием реальной ситуации, задачи или проблемы в строгом соответствии последующих событий, с характером решений и действий, принятых играющими на предыдущих этапах [120, с. 62]
Демонстративный тип	Субъект, стремящийся во что бы то ни стало быть в центре внимания окружающих
Дивергентное мышление	Мышление, направленное на решение задачи, у которой нет единственно правильного ответа (мышление при решении творческих задач)
Дидактическое обеспечение	Адаптированный учебно-методический комплекс для конкретной учебной дисциплины (УМКД) или цикла (курса) дисциплин, включающий совокупность взаимосвязанных по целям и задачам образования, обучения и воспитания дидактических полезных материалов, разработанных с учетом требований федеральных государственных требований и потребностей рынка труда
Дистимик	Малообщительный субъект. Как правило, имеет пониженный фон настроения, отличается высокой ответственностью
Дополнительное образование	Вид образования, который направлен на всестороннее удовлетворение образовательных потребностей человека в интеллектуальном, духовно-нравственном, физическом и/или профессиональном совершенствовании и не сопровождается повышением уровня образования
Дополнительное профессиональное образование	Образование, которое осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)
Дополнительные образовательные программы	Образовательные программы, по которым осуществляется дополнительное образование
Дополнительные профессиональные программы	Программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки, являющиеся разновидностью дополнительных образовательных программ
Задатки	Анатомо-физиологические особенности нервной системы, служащие базой для формирования тех или иных способностей
Застревающий тип (ригидный)	Субъект, у которого мысли постоянно «ходят по кругу» и возвращаются вновь и вновь. Обладает повышенным чувством справедливости, злопамятен
Игра	Повторяющаяся последовательность трансакций, в результате которой обе стороны испытывают рэкетные чувства. Особенность: игры могут содержать элемент конфликта, быть нечестными и иметь драматический исход
Игра (деловая)	Форма воссоздания предметного и социального содержания какой-либо ситуации в профессиональной деятельности специалиста, моделирования тех систем отношений, которые характерны для этой деятельности, моделирования профессиональных проблем, реальных противоречий и затруднений, испытываемых в типичных профессиональных проблемных ситуациях
Имитационная игра	Моделирование в условной обстановке деятельности участников игры, объединенных целью учебного, хозяйственного, творческого, спортивного направления при наличии конфликтных ситуаций и информационной неопределенности (М. М. Бирштейн)
Индивид (от лат. individuum — неделимое)	Индивидуальность — человек, характеризуемый со стороны своих социально значимых отличий от других людей; своеобразие психики и личности индивида, ее неповторимость
Инициативность	Свойство личности, проявляющееся в предприимчивости, в стремлении находить и предлагать другим способы решения стоящих перед коллективом задач
Инновация (педагогическая)	Внедренное в образовательную среду новшество, обеспечивающее качественный рост эффективности учебного процесса, и/или технология (дидактические средства) обучения. Является конечным результатом интеллектуальной деятельности педагога
Интеллект (от лат. intellectus — разумение, понимание, постижение)	Относительно устойчивая структура умственных способностей индивида

1	2
Интроверт	Психологический тип, для которого характерна фиксация интересов личности на явлениях собственного внутреннего мира, которым он придает высшую ценность, замкнутость, социальная пассивность, склонность к самоанализу, затруднение социальной адаптации
Ипохондрия	Состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями
Итоговая аттестация	Форма оценки степени и уровня освоения обучающимися образовательной программы
Каузальная схема (от лат. causa — причина)	Понятие, используемое в социальной психологии для обозначения: а) принципов анализа причинности в сфере социального восприятия; б) устойчивых представлений о конкретных причинных связях
Качество образования	Комплексная характеристика образовательной деятельности и подготовки обучающегося, выражающая степень их соответствия федеральным государственным образовательным стандартам, образовательным стандартам, федеральным государственным требованиям и/или потребностям физического или юридического лица, в интересах которого осуществляется образовательная деятельность, в том числе степень достижения планируемых результатов образовательной программы
Квалификация	Уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности
Кейс-метод	Единый информационный комплекс, состоящий из трех частей: вспомогательной информации, необходимого для анализа ситуации описания состояния объекта и набора фактографических данных и задания к кейсу
Конвергентное мышление	Мышление, направленное на решение задачи, у которой имеется единственно правильный ответ (стереотипное мышление)
Конкуренция (от лат. concurro — сбегаюсь, сталкиваюсь)	Одна из основных форм организации социального и межличностного взаимодействия, характеризующаяся достижением индивидуальных или групповых целей, интересов в условиях противоборства с добивающимися этих же целей и интересов другими индивидами или группами
Компетентность	Профессиональные знания и умения специалиста об условиях и технологиях решения возникающих профессиональных проблем, а также способность реализовать свои знания и умения в профессиональной сфере деятельности
Контроль (обучения)	Составная часть, компонент процесса обучения, связанный с оценкой степени усвоения изучаемого учебного материала.
Конформность	Податливость человека реальному или воображаемому давлению группы, проявляющаяся в изменении его поведения и установок в соответствии с первоначально не разделявшейся им позицией большинства
Кооперация (от лат. cooperatio — сотрудничество)	Одна из основных форм организации межличностного взаимодействия, характеризующаяся объединением усилий участников для достижения совместной цели при одновременном разделении между ними функций, ролей и обязанностей
Креативность (от лат. creatio — созидание)	Творческие способности индивида, характеризующиеся готовностью к продуцированию принципиально новых идей и входящие в структуру одаренности
Личность	1) человек как субъект социальных отношений и сознательной деятельности; 2) определяемое включенностью в социальные связи системное качество индивида, формирующееся в совместной деятельности и общении
Локус контроля	Присущая данному субъекту форма контроля за правильностью и результативностью действий. Интернальный локус контроля подразумевает, что человек выполняет действия под влиянием собственного стремления к их адекватному выполнению. Экстернальный локус контроля подразумевает, что для эффективной деятельности субъект нуждается в контроле со стороны
Манипуляция психологическая	Вид психологического воздействия, используемого для достижения одностороннего выигрыша посредством скрытого побуждения партнера по общению к совершению определенных действий, предполагает известный уровень сноровки и мастерства при его проведении
Медицинская школа (англ. Medical school)	Ступень медицинского образование при университете продолжительностью 4 года (2 года теоретической подготовки и 2 года клинической практики). В последний год обучения должна быть выбрана конкретная медицинская специализация. После окончания медицинской школы выпускник получает степень M.D.
Меланхолик	Эмоционально неустойчивый интроверт; слабый тип нервной системы

1	2
Методика	Совокупность методов, приемов практического выполнения чего-либо
Методика профессионального обучения	Педагогический инструментарий, дидактическое обеспечение, предназначенные для управления процессом усвоения системных профессиональных знаний в данной области деятельности на основе совместного эмоционально-интеллектуального взаимодействия педагога и обучающихся с учетом их возрастных особенностей, умственных возможностей, а также технического, психолого-педагогического и эргономического обеспечения
Методические рекомендации	Документ, представленный в форме методического издания и содержащий комплекс кратких и четко сформулированных предложений и указаний, способствующих внедрению в практику наиболее эффективных методов и организационных форм обучения и воспитания
Модуль	Автономная логически завершенная часть содержательной учебной информации, используемая при проектировании рабочих программ учебных дисциплин, учебных курсов
Мотивация	Совокупность факторов, вызывающих и направляющих поведение, ориентированное на достижение цели
Направленность личности	Совокупность устойчивых мотивов личности, относительно независимых от наличных ситуаций
Направленность (профиль) образования	Ориентация образовательной программы на конкретные области знания и/или виды деятельности, определяющая ее предметно-тематическое содержание, преобладающие виды учебной деятельности обучающегося и требования к результатам освоения образовательной программы
Национальная рамка квалификаций РФ (от англ. National Qualification's Framework of Russian Federation)	Обобщенное описание квалификационных уровней и основных путей их достижения на территории России. Используется в качестве инструмента сопряжения сфер профессиональной деятельности
Нейротизм	Показатель, который характеризует эмоциональную устойчивость или неустойчивость (эмоциональную стабильность или нестабильность). Нейротизм связан с показателями лабильности нервной системы
Педагогическая технология	Системный метод создания, применения и определения всего процесса преподавания и усвоения знаний с учетом технических и человеческих ресурсов и их взаимодействие, ставящий своей задачей оптимизацию форм образования (ЮНЕСКО).
Образование	Процесс овладения обучающимися системой научных знаний, умений и навыков в определенной области науки, результат которого соответствует заданным государственным целям и фиксируется соответствующим документом
Образовательная деятельность	Деятельность по реализации образовательных программ
Образовательная программа	Комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных Федеральным законом, форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов,а также оценочных и методических материалов
Образовательный проект (метод обучения)	Внеаудиторная форма организации занятий, предусматривающая комплексный характер деятельности всех его участников по получению образовательной продукции за определенный промежуток времени от одного занятия до нескольких месяцев
Обучающийся	Физическое лицо, осваивающее образовательную программу
Обучение	Целенаправленное эмоционально-интеллектуальное взаимодействие педагога и обучающихся, основанное на совместной деятельности по достижении целей образования
Образовательная организация	Организация, осуществляющая образовательную деятельность, а также организация, осуществляющая обучение
Организация, осуществляющая обучение	Юридическое лицо, осуществляющее на основании лицензии наряду с основной деятельностью образовательную деятельность в качестве дополнительного вида деятельности

1	2
Педагогическая технология	Комплексная интегративная система, включающая иерархизированную и упорядоченную систему операций и действий, неукоснительное выполнение которых гарантирует достижение дидактической цели. Это системный метод создания, применения и определения всего процесса преподавания и усвоения знаний с учетом технических и человеческих ресурсов и их взаимодействие, ставящий своей задачей оптимизацию форм образования (ЮНЕСКО).
Педагогический работник	Физическое лицо, состоящее в трудовых, служебных отношениях с организацией, осуществляющей образовательную деятельность, и выполняющее обязанности по обучению, воспитанию обучающихся и/или организации образовательной деятельности
Педантичный тип	Субъект, который постоянно уделяет повышенное внимание мелочам, является хорошим исполнителем, но не способен принимать решения и кем-либо руководить
Перцепция социальная	Восприятие, понимание и оценка людьми социальных объектов (других людей, самих себя, групп, социальных общностей и т. п.)
Практика (учебная)	Вид учебной деятельности, направленной на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенции в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью
Предметно-ценностное единство коллектива	Нормативная интеграция индивидуальных деятельностей в группе, при которой каждая из них, будучи функционально специфична (по объекту либо способам его преобразования) и занимая иерархически различные места в системе внутригрупповой активности, опосредована единым ценностным содержанием предмета социально обусловленной совместной деятельности
Проблемное обучение	Изучение содержательной учебной информации по той или иной области знаний, которая вызывает в сознании обучающегося познавательные задачи и проблемы, напоминающие научный поиск
Проблемное обучение в медицинском вузе	Обучение студентов на проблемных ситуациях с целью успешной предварительной подготовки к предстоящей работе в реальных условиях практических лечебных учреждений
Программа повышения квалификации	Дополнительная профессиональная программа, направленная на совершенствование и/или получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и/или повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации
Программа профессиональной переподготовки	Дополнительная профессиональная программа, направленная на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации
Промежуточная аттестация	Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, модуля образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном образовательной организацией
Профессиональное образование (от англ. Vocational Education)	Организованный процесс овладения определенными видами профессиональной деятельности, обеспечивающий развитие социально и профессионально значимых компетенций и качеств личности, результат которого подтвержден аттестатом или дипломом об окончании соответствующего образовательного учреждения, профессионального образования
Профессиональное обучение (от англ. Vocational Education and Training)	Вид образования, направленный на приобретение обучающимися знаний, умений, навыков и формирование компетенций, необходимых для выполнения определенных трудовых, служебных функций (определенных видов трудовой, служебной деятельности, профессий) без изменения уровня образования
Профессиональный стандарт (от англ. professional/occupational standard)	Документ, раскрывающий с позиций объединений работодателей (и/или профессиональных сообществ) содержание профессиональной деятельности в рамках определенного вида экономической деятельности, а также требования к квалификации работников
Прямые трансакции	Взаимодействие между одинаковыми эго-состояниями при общении двух людей. Общение происходит между различными эго-состояниями
Референтность	Отношение значимости, связывающее субъекта с другим человеком или группой лиц

1	2
Рефлексия	Целенаправленный самоанализ результатов преподавания и учения по конкретной учебной дисциплине и прогноз их совершенствования (выбор оптимальных методов, средств и организационных форм управления процессом профессионального обучения; подбора, структурирования и представления разных видов содержательной учебной информации; выбор диагностического инструментария и т. д.)
Самоопределение личности в группе	Избирательное отношение индивида к воздействиям конкретной группы, выражающееся в принятии им одних и отвержении других групповых воздействий в зависимости от опосредствующих факторов — оценок, убеждений, идеалов, групповых норм, ценностей и т. п.
Сангвиник	Эмоционально устойчивый экстраверт; сильный подвижный уравновешенный тип
Симуляция	Метод, используемый в образовании в области здравоохранения для замены или усиления реального опыта пациента
Симуляция на основе экрана	Основанная исключительно на компьютере программа, которая позволяет учащимся проводить интервью, обследовать, диагностировать и лечить пациентов в реальных клинических сценариях. Примеры включают виртуальных пациентов, виртуальные среды или физиологическое моделирование
Совместимость групповая	Социально-психологический показатель сплоченности группы, отражающий согласованность действий ее членов в условиях совместной деятельности, отсутствие конфронтации в общении
Соматотип	Конституциональный тип телосложения человека, которому присущи определенные психологические особенности
Социальная леность (Social loafing)	Тенденция людей работать менее усердно тогда, когда они объединяют свои усилия ради общей цели, по сравнению с тем, когда они несут за свою работу личную ответственность
Средства обучения и воспитания	Приборы, оборудование, включая спортивное оборудование и инвентарь, инструменты (в том числе музыкальные), учебно-наглядные пособия, компьютеры, информационно-телекоммуникационные сети, аппаратно-программные и аудиовизуальные средства, печатные и электронные образовательные и информационные ресурсы и иные материальные объекты, необходимые для организации образовательной деятельности
Стандартизированный пациент	Человек, обученный изображать клинический сценарий или фактического пациента с использованием своей истории и результатов физического обследования для обучения, оценки или практики навыков оказания медицинской помощи
Страх	Психическое состояние, возникающее на основе инстинкта самосохранения как реакция на действительную или воображаемую опасность
Суггестия	Психическое внушение, навязанное извне изменение процессов мышления, чувствования и реакций, часто не замечаемое тем, кто подвергается внушению. Возможна суггестия при воздействии со стороны, от другого человека, а также и от самого себя (аутосуггестия, самовнушение). Одной из разновидностей суггестии является гипноз
Суггестор	Источник внушения (суггестии); им может быть отдельный человек, группа, а также средства массовой информации
Творческое мышление	Вид мышления, связанный с созданием или открытием чего-либо нового, характеризуется нестандартностью и оригинальностью решений
Темперамент	Проявление типа нервной системы в деятельности человека, индивидуально-психологические особенности личности, в которых проявляется подвижность его нервных процессов, сила, уравновешенность
Тесты (дидактические)	Набор стандартизированных заданий по определенному материалу, устанавливающий степень усвоения его обучающимися
Технология обучения	Системная категория, структурными элементами которой являются: цели обучения; планирование с заранее определенными показателями; методы достижения цели, выбранные в соответствии целями и содержанием обучения; контроль степени достижения целей в соответствии с запланированными параметрами (проверка); анализ полученных результатов деятельности
Трансакция	Вербальные и невербальные взаимодействия между людьми, обмен воздействиями между эго-состояниями. Воздействия: условные или безусловные, положительные или отрицательные
Трансакционный анализ	Психологическая модель для анализа поведения человека. Данная модель включает философию, теорию и методы, позволяющие понять самих себя, особенность своего взаимодействия с окружающими

1	2
Убеждение	Попытка добиться взаимопонимания путем обращения к интеллекту, критическому рассудку собеседника
Учебный план	Документ, который определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение по периодам обучения учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), практики, иных видов учебной деятельности и, если иное не установлено настоящим ФЗ, формы промежуточной аттестации обучающихся
Учебная фирма (метод обучения)	Имитационная модель предприятия, позволяющая формировать различные профессиональные компетенции в условиях разных структурных подразделений на основе ранее полученных теоретических знаний
ФГОС	Федеральный государственный образовательный стандарт — нормативный документ, утвержденный уполномоченным государственным органом и определяющий совокупность требований к результатам освоения основной образовательной программы, ее структуре и условиям реализации
Федеральные государственные требования	Обязательные требования к минимуму содержания, структуре дополнительных профессиональных программ, условиям их реализации и срокам обучения по этим программам уполномоченными федеральными органами исполнительной власти
Флегматик	Эмоционально устойчивый интроверт; сильный, инертный, уравновешенный тип
Фрустрация (от лат. обман, расстройство)	Психическое состояние нарастающего внутреннего напряжения, психологическая реакция, связанная с разочарованием, неудачей в попытке достичь какой-либо цели
Холерик	Эмоционально неустойчивый экстраверт; сильный, подвижный, неуравновешенный тип
Чувства	Сложившиеся отношения человека к определенным объектам, жизненным ситуациям (реальным или воображаемым)
Цель	Конкретизированный образ ожидаемого (желаемого) результата, описанного набором качественных и/или количественных показателей, которые можно измерить известными методами, и который может быть достигнут в заданный временной интервал за счет выполнения заданного набора действий при заданном объеме обеспечивающих ресурсов
Цель дидактического обеспечения	Создание образовательной среды, условий и критериев, позволяющих достигать обозначенных результатов образовательного процесса для различных категорий обучаемых по сертифицированным программам учебных дисциплин
Циклотимик	Субъект, для которого характерна смена настроений без существенных причин. Время от времени наступает гипоманиакальная фаза, в которой он ведет себя как гипертимик; затем наступает депрессивная фаза, в которой он ведет себя как дистимик
Эго-состояние	Совокупность связанных друг с другом поведений, мыслей и чувств, способ проявления части нашей личности в данный момент времени
Эго-состояние взрослого	Не зависит от возраста. Ориентировано на восприятие реальности, на получение объективной информации. Является организованным, хорошо приспособленным, находчивым; оценивает свои возможности
Эго-состояние родителя	Установки и поведение извне (от родителей). Предубеждения, критическое и заботливое поведение; старые родительские назидания
Эго-состояние ребенка	Побуждения, которые возникают у ребенка естественным образом; ранние детские переживания, позиции в отношении себя и других.
Экзальтированный тип	Субъект, преувеличенно ярко переживающий все эмоции, которые становятся хорошо заметны окружающим
Экстраверт	Психологический тип, который характеризуется обращенностью личности на окружающий мир, что в известном смысле ведет к отчужденности субъекта от себя самого, к принижению личностной значимости явлений его субъективного мира
Эмотивный тип	Субъект, склонный к сочувствию, сопереживанию, чувствительный к невзгодам других людей
Эмоции	Форма непосредственного психического отражения объектов, явлений, ситуаций в их смысловой значимости для организма, личности
Эмпатия (от греч. сопереживание)	Понимание и чувствование в переживаниях, эмоциях и психическом состоянии другого человека

1	2
Эффект края	Явление, заключающееся в том, что из расположенного в ряд заучиваемого материала элементы, находящиеся в начале и конце, запоминаются быстрее, чем элементы, находящиеся в середине. Имеет значение и в том смысле, что поступки человека, совершенные им при первой и последней встрече с ним, важнее, чем его поступки, совершенные между этими событиями
Эффект недавности	Увеличение вероятности припоминания последних элементов расположенного в ряд материала по сравнению со средними элементами ряда. Изучается в контексте исследований памяти, процессов научения и социальной перцепции
Эффект новизны	Феномен социальной психологии, проявляющийся в том, что при восприятии человека человеком по отношению к знакомой персоне наиболее значимой и запоминающейся оказывается последняя новая информация о ней, тогда как по отношению к незнакомой персоне наиболее значима впервые появившаяся информация, создающая первое впечатление о человеке. Если эта информация носит оценочный пристрастный характер, то может возникнуть эффект ореола, или гало-эффект
Эффект ореола	Распространение в условиях дефицита информации о человеке общего оценочного впечатления о нем на восприятие его поступков и личностных качеств
Эффективность деятельности группы (от лат. effectivus — дающий определенный результат, действенный)	Отношение достигнутого результата (по тому или иному критерию) к максимально достижимому или заранее запланированному результату
Я-концепция личности	Совокупность представлений индивида о самом себе и аффективно-эмоциональное отношение к этим представлениям

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Abdulmohsen, H. Al-Elq. Medical Simulation in Medical Education: Results of an AAMC Survey // J Family Community Med. — 2010 (Jan-Apr) — N17(1). — P. 35–40.

2. Al-Elq, A. Medicine and Clinical Skills Laboratories. // J Fam Community Med, 2007. — 14:59–63.

3. Bates, D. (n.d.). Cost of adverse drug events in hospitalized patients.Adverse drug events prevention study group / Bates DW, Spell N, Cullen DJ, Burdick E, Laird N, Petersen LA, et al. // JAMA-1997. — 277:307–11.

4. Brennan, T. (n.d.). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical practice Study 1 / Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. // N Engl J Med. — 1991. — 324:360–76.

5. Cannon-Bowers, J. Recent advances in Scenario-based training for medical education / Cannon-Bowers JA. // Curr Opin Anaethesiol, 2008. — 21:784–9.

6. Cheng, A. Simualtion in paediatrics: An educational revolution / Cheng A, Duff J, Grant E, Kissoon N, Grant VJ. // Paediatr Child Health, 2007. — 12:465–8.

7. Cherry, R. Current concepts in simulation-based trauma education / Cherry RA, Ali J. // J Trauma, 2008. — 65:1186–93.

8. Costanza, M. The Effectiveness of Using Standardized Patients to Improve Community Physician Skills in Mammography Counseling and Clinical Breast Exam / Costanza ME, Luckmann R, Quirk ME, Clemow L, White MJ, Stoddard AM . // Prev Med, 1999. — 29:241–8.

9. Dent, J. Current trends and future implications in the developing role of clinical skills centres / Dent JA. // Med Teach, 2001. — 23:483–9.

10. Dewey, J. Democracy and education: an introduction to the philosophy of education. — (MA): Hard Press, — 2010. — P. 21–22.

11. Flangan, B. Making patient safety the focus: Crisis resorce management in the undergraduate curriculum / Flangan B, Nestel D, Joseph M. // Med Edu, 2004. — 38:56–66.

12. Gaba. (n.d.). The future vision of simulation in health care // (DM) Qual Saf Health Care — 2004. — N13 (Suppl 1) — P. 2–10.

13. Gordon, J. Practicing medicine without risk: Students' and educators' response to high-fidelity patient simulation / Gordon JA, Wilkerson WM, Shaffer DW, Armstrong EG. // Acad Med, 2001. — 76:469–72.

14. Gordon, J. Bringing good teaching cases "to life": A simulation-based medical education service / Gordon JA, Oriol NE, Cooper JB. // Acad Med, 2004. — 79:23–7.

15. Hayes, K. Lemonade stand shut down be food inspectors // CBS NEWS. — 2010. August 6.

16. Issenberg, S. Simulation and new learning technologies / Issenberg SB, Gordon MS, Gordon Dl, Safford RE, Hart IR. // Med Teach, 2001. — 16:16–23.

17. Issenberg, S. Effectiveness of a Cardiology Review Course for Internal Medicine Using Simulation Technology and Deliberate Practice / Issenberg SB, McGaghie WC, Gordon DL, Symes S, Petrusa ER, Hart IR, et al. // Teach Learn Med, 2002. — 14:223–8.

18. Issenberg, S. Feature and uses of high- fidelity medical simulations that lead to effective learning: A BEME systematic review / Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. // Med Teach, 2005. — 27:10–28.

19. Jeffries, P. A framework for Designing, Implementing and Evaluating Simulation Used as Teaching Strategies in Nursing / Jeffries PR. // Nurs Educ Perspect, 2005. — 26:96–103.

20. Jones, A. Howe well prepared are graduates for the role of pre-registration house officer? A comparison of the perceptions of new graduates and educational supervisors / Jones A, McArdle PF, O'Neill PA. // Med Edu, 2001. — 35:578–84.

21. Kohn, L. To err is human: Building a safer health system / Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. — Washington DC: National Academy Press, — 1999.

22. Langdale, L. Preparing Graduates for the First Year of Residency: Are Medical Schools Meeting the Need?/ Langdale LA, Schaad D, Wipf J, Marshall S, Vontver L, Scott CS. // Acad Med, 2003. — 78:39–44.

23. Ledingham, M. Twelve tips for setting up a clinical skills training facility / Ledingham McA, Harden RM. // Med Teach, 1998. — 20:503–7.

24. Maran, N. Low-to high-fidelity simulation — a continuum of medical education? / Maran NJ, Glavin RJ. // Med Edu, 2003. — 37:22–8.

25. Margan, P. Simulation technology in training students, residents and faculty / Margan PJ, Cleave-Hogg D. // Curr Opin Anaesthesiol, 2005. — 18:199–203.

26. McGaghie, W. (б.д.). A critical review of simulation-based medical education research / McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ // Med Educ. — 2010 (Jan) — N44(1) — P. 50–63.

27. Morgan, P. Medical Simulation in Medical Education: Results AAMC Survey / Morgan Passiment, Heather Sacks, Grace Huang, M.D. — Association of American Medical Colleges, 2011.

28. Morrow, R. The asthma dialogues: A model of interactive education for skills / Morrow R, Fletcher J, Mulvihill M, Park H. // J Contin Educ Health Prof, 2007. — 27:49–58.

29. O'Connor, P. Simulated physician learning intervention to improve safety and quality of diabetes care: A randomized trial / O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Asche SE, Dutta P, et al. // Diabetes Care, 2009. — 32:585–90.

30. Okuda, Y. The utility of simulation in medical education: What is the evidence? / Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jr, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. // Mt Sinai J Med, 2009. — 76:330–43.

31. Pian-Smith, M. Teaching residents the two-challenge rule: A simulation-based approach to improve education and patient safety / Pian-Smith MC, Simon R, Minehart RD, Podraza M, Rudolph J, Walzer T, et al. // Simul Healthc, 2009. — 4:84–91.

32. Ramsey, P. History-aking and Preventive Medicine Skills among Primary Care Physicians: An Assessment Using Standardized Patients / Ramsey PG, Curtis JR, Paauw DS, Carline JD, Wenrich MD. // Am J Med, 1998. — 104:152–8.

33. Robertson, B. Simulation-based crisis team training for multidisciplinary obstetric providers / Robertson B, Schumacher L, Gosman G, Kanfer R, Kelley M, DeVita M . // Simul Health, 2009. — 4:77–83.

34. Rudolph, J. Debriefing as formative assessment: Closing performance gaps in medical education / Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. // Acad Emerg Med, 2008. — 15:1010–6.

35. Scalese, R. Simulation Technology for Skills Training and Competency Assessment in Medical Education / Scalese RJ, Obeso VT, Issenberg SB. // J Gen Intern Med, 2008. — 23:46–9.

36. Seropian, M. Simulation: Not just a Manikin / Seropian MA, Brown K, Gavilanes JS, Driggers B. / /J Nurs Educ, 2004. — 43:164–9.

37. Smith, S. AMEE Guide No 14: Outcome-based education: Part 2- Planning, implementing, and evaluation of competency-based curriculum / Smith, SR, Dollas R. // Med Teach,1999. — 21:15–22.

38. Srinivasan, M. Assessment of clinical skills using simulator technology / Srinivasan M, Hwang JC, West D, Yellowlees PM . // Acad Psychiatry, 2006. — 30:505–15.

39. Toback, S. Impact of a Pediatric Primary Care Office-based Mock Code Program On Physician and Staff Confidence to Perform Life-saving Skills / Toback SL, Fiedor M, Kilpela B, Reis EC. // Pediatr Emerg Care, 2006. — 22:415–22.

40. Vaidya, V. Teaching Physicians How to Break Bad News / Vaidya VU, Greenberg LW, Patel KM, Strauss LH, Pollack MM. . // Arch Pediatr Adolesc Med, 1999. — 153:419–22.

41. Vozenilek, J. See one, do one, teach one: Advanced technology in medical education / Vozenilek J, Huff JS, Reznek M, Gordon JA . // Acad Emerg Med, 2004. — 11:1149–54.

42. Weinberg, E. The use of simulation for pediatric training and assessment / Weinberg ER, Auerbach MA, Shah NB . // Curr Opin Pediatr, 2009. — 21:282–7.

43. Weller, J. Simulation in undergraduate medical education: Bridging the gap between theory and practice / Weller JM . // Med Edu, 2004. — 38:32–8.

44. Yaeger, K. Making the move: From traditional neonatal education to simulation-based training / Yaeger KA, Arafeh JM. // J Perinat Neonatal Nurs, 2008. — 22:154–8.

45. Ypinazar, V. Clinical simulators: Applications and implication for rural medical education / Ypinazar VA, Margolis SA. // Rural Remote Health, 2006. — 6:527–38.

46. Ziv, A. Simulation Based Medical Education: An opportunity to learn from errors / Ziv A, Ben-David S, Ziv M. // Med Teach, 2005. — 27:193–199.

47. Абрамова, Г. С. Деловые игры: теория и организация / Г. С. Абрамова , В. А. Степанович. — Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 192 с.

48. Авдеев, В. П. Натурно-математическое моделирование в деловых играх и промышленных исследованиях / В. П. Авдеев, А. К. Еналеев, С. Р. Зельцер, Л. П. Мышляев // Деловые игры и имитационное моделирование. 16-й семинар ИФАК/ИСАГА. — М.: ИПУ РАН, 1985. — 98 с.

49. Аверин, В. А. Психология детей и подростков: учеб. пособие. — 2-е изд., перераб. — СПб.: изд-во Михайлова В. А., 1998. — 379 с.

50. Айламазьян, А. М. Актуальные методы воспитания и обучения: деловая игра / А. М. Айламазьян. — М.: Владос-пресс, 2000. — 332 с.

51. Аргунова, Е. Р. Активные методы обучения: учеб.-метод. пособие / Е. Р. Аргунова, Р. Ф. Жуков, И. Г. Маричев. — М.: ИЦПКПС, 2005. — 104 с.

52. Аргунова, Е. Р. Активные методы обучения: учеб.-метод. пособие / Е. Р. Аргунова, Р. Ф. Жуков, И. Г. Маричев; под науч. ред. Н. В. Кузьминой. Федер. аг-во по образ., Акад. акмеол. наук, Ленингр.ГУ им. А. С. Пушкина, ИЦ проблем качества подг. спец-ов МИСИС. — М.: ИЦ ПКПС, 2005. — 104 с.

53. Арутюнов, Ю. С. Деловая игра. Методика конструирования деловой игры / Ю. С. Арутюнов, И. В. Борисов, А. А. Вербицкий, А. А. Соловьева. — М.: Мысль, 1988. — 272 с.

54. Атаманова, Р. И. Деловая игра: сущность, методика конструирования и проведения: учеб. пособие / Р. И. Атаманова, Л. Н. Толстой. — М.: Высшая школа, 2004. — 264 с.

55. Бабкин, В. Ф. Деловые имитационные игры в организации и управлении: учеб. пособие / В. Ф. Бабкин, С. А. Баркалов, А. В. Щепкин. — Воронеж: ВГАСУ, 2004. — 207 с.

56. Багриновский, К. А. Вопросы принятия отраслевых плановых решений с использова- нием имитационных человеко-машинных систем / К. А. Багриновский, Н. Е. Егорова // Использование деловых игр в совершенствовании систем управления. — М.: ЦЭМИ АН СССР, 1981. — 200 с.

57. Безродная, Г. В. Игровые методы обучения в развитии Я-концепции преподавателя / Качество образования. Проблемы оценки. Управление. Опыт: Тез. докл. II Междунар. науч.-метод. конф. (НГТУ, 20–22 апр. 1999 г.) // отв. ред.: Н. Ш. Никитина, Т. И. Монастырская. — Новосибирск: НГТУ, 1999. — 285 с.

58. Безродная, Г. В. Управление развитием социальных объектов на примере медицинского вуза: методологический аспект / Г. В. Безродная, С. Н. Колпаков. — Новосибирск: СО РАН, 2009. — 172 с.

59. Бельчиков, Я. М. Деловые игры / Я. М. Бельчиков, М. М. Бирштейн. — Рига: Авотс, 1989. — 314 с.

60. Берн, Э. Игры, в которые играют люди: психология человеческих отношений / пер. с англ. М. Будыниной, Е. Перцевой, В. Никандровой. — М.: Эксмо, 2003. — 320 с.

61. Бехтерев, В. М. Мозг: структура мозга, функция, патология, психика: избр. труды в 2 т. / под ред. А. Г. Чучалина; сост. В. С. Воробьев. — М.: Поматур, 1994. — Т. 1. — 792 с.

62. Бирштейн, М. М. Советские деловые игры 30-х годов и проблемы развития современной производственной условной игры (деловые игры и их программное обеспечение). — М.: Статистика, 1980. — 316 с.

63. Бирштейн, М. М. Основные направления развития деловых игр. // Деловые игры в мире: Матер. междунар. научн.-практ. конф. «Белые ночи», посвящ. 60-летию деловых игр, 23–26 июня 1992 г. в 2 т. — СПб.: СПбИЭИ, 1992. — С. 3 — 14.

64. Букатов, В. М. Педагогические таинства дидактических игр: учеб. пособие. — М.: Моск. психолого-социальный институт Флинта, 1997. — 96 с.

65. Бурков, В. Н. Деловые игры в принятии управленческих решений: учеб. пособие / В. Н. Бурков, А. Г. Ивановский, А. А. Малевич, А. Н. Немцева. — М.: МИСиС, 1986. — 106 с.

66. Бурков, В. Н. Метод деловых игр: обзор / В. Н. Бурков, С. В. Емельянов. — М.: МЦНТИ, 1976. — 59 с.

67. Ванюшин, В. Н. Деловая игра в обучении: науч.-практ. пособие / В. Н. Ванюшин, С. В. Гвоздиков, А. Р. Лаврентьев, Л. А. Орлова. — Дзержинск: Конкорд, 2015. — 131 с.

68. Вербицкий, А. А. Методические рекомендации по проведению деловых игр / А. А. Вербицкий, Н. В. Борисова. — М.: ВНМЦПТО, 1990. — 158 с.

69. Вербицкий, А. А. Методика разработки и использования деловых игр как формы активного обучения студентов / А. А. Вербицкий, И. М. Сыроежин. — М.: НИИВШ, 1981. — 48 с.

70. Вербицкий, А. А. Деловая игра: лекция [С. 30–39] // Психолого-педагогические особенности контекстного обучения. — М.: Знание, 1987. — 109 с.

71. Вербицкий, А. А. Активное обучение в высшей школе, контекстный подход: метод. пособие. — М.: Высшая школа, 1991. — 207 с.

72. Воложарская, Т. (б.д.). Организационно-деятельностные игры. Популярное введение / Т. Воложарская, А. Егоро. — Беларусь: АГТ-ЦСИ. — 72 с. — URL: https://docplayer.ru/27409813-Organizacionno-deyatelnostnye-igry.html.

73. Волошина, А. Г. Игра в тренинге. Возможности игрового взаимодействия [3-е изд.] / А. Г. Волошина, Е. А. Леванова. — СПб.: Питер, 2012. — 208 с.

74. Вульф, Д. (США, Тулса) История происхождения и распространение деловых обучающих игр // Деловые игры в мире: материалы Междунар. научн.-практ. конф. «Белые ночи», посвящ. 60-летию деловых игр, 23–26 июня 1992 г. в 2 т. — СПб.: Изд-во СПбИЭИ, 1992. — С. 22–26.

75. Выготский, Л. С. Педагогическая психология / под ред. В. В. Давыдова. — М.: Педагогика, 1991. — 480 с.

76. Гинзбург, Я. С. Социально-психологическое сопровождение деловых игр. Игровое моделирование: Методология и практика / Я. С. Гинзбург, Н. М. Коряк. — Новосибирск: Наука, 1987. — 229 с.

77. Гиппенрейтер, Ю. Б. Психология личности / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер и др. — М.: Аст, 2009.

78. Гросс, Т. П. Деловая игра как средство успешной экономической социализации школьников России и США / Т. П. Гросс, В. И. Петрищев, О. В. Воронова // Вестник Красноярского ГПУ Педагогические науки. Теория и методика. — 2017. — № 42. — С. 4–16.

79. Гуревич, А. М. Ролевые игры и кейсы в бизнес-тренингах. — СПб.: Речь, 2006. — 140 с.

80. ДИ. История происхождения и распространение деловых обучающих игр //Деловые игры в мире: матер. междунар. науч.-практ. конф. «Белые ночи», посвящ. 60-летию деловых игр, 23–26 июня 1992 г. в 2 т. — СПб.: Изд-во СПбИЭИ, 1992.

81. Диксит, А. Теория игр. Искусство стратегического мышления в бизнесе и жизни / Диксит А., Нейлбафф Б. — М.: Изд-во Манн, Иванов и Фербер, 2019. — 464 с.

82. Добрынина, В. Н. «Нововведения». Деловая игра: метод. пособие / В. Н. Добрынина, И. В. Ратова. — Домодедово: ВИПК МВД России, 2001. — 53 с.

83. Дудченко, В. С. Инновационная игра как метод исследования и развития организаций / под ред. Н. И. Лапина // Нововведения в организациях: труды семинара. — М.: ВНИИСИ, 1983. — 161 с.

84. Дьюи, Д. Психология и педагогика мышления / пер. с англ. Н. М. Никольской. — М.:Лабиринт, 1999. — 192 с.

85. Ежова, Л. В. Постановка и решение управленческих задач на промышленных предприятиях методом деловых игр. — М.: Академия, 2007. — 214 с.

86. Ефимов, В. М. Введение в управленческие имитационные игры / В. М. Ефимов, В. Ф. Комаров. — М.: Наука, 1980. — 272 с.

87. Жук, А. И. Деятельностный подход в повышении квалификации: активные методы обучения / А. И. Жук, Н. Н. Кашель. — Мн.: ИПКиПРР и спец-тов образования, 1994. — 96 с.

88. Изард, К. Э. Психология эмоций / Кэррол Э. Изард; пер. с англ. — СПб.: Питер, 2012. — 464 с.

89. Ильясов, Р. Р. Игра как предмет философского познания: онтологический и гносеологический аспекты: автореф. дис. … д-ра философ. наук. — Уфа: Башкир. ГУ, 2006. — 46 с.

90. Иорданиди, С. А. Клиническая игра «Больной с жалобами на боль в груди» / С. А. Иорданиди, В. В. Меркушев. — 1981. — URL: https://medinfo.social/uchebniki_885/bolnoy-jalobami-bol-49129.html.

91. Кавтарадзе, Д. Н. Обучение и игра: введение в интерактивные методы обучения. — 2-е изд. — М.: Просвещение, 2009. — 176 с.

92. Комаров, В. Ф. Деловая игра «Управление проектом» // Активные методы обучения и деловые игры: тезисы докл. на III межвед. школе-семинаре (21–25 сентября 1981 года, г. Новосибирск) / НГУ, М-во высш. и сред. образования, ИЭОПП, СО АН СССР. — Новосибирск: НГУ, 1981. — С. 18–21.

93. Комаров, В. Ф. Методика разработки деловых игр // Активные методы обучения и деловые игры: тезисы докл. на III межвед. школе-семинаре (21–25 сентября 1981 года, г. Новосибирск) / НГУ, М-во высш. и сред. образования, ИЭОПП, СО АН СССР. — Новосибирск: НГУ, 1981. — С. 14–18.

94. Комаров, В. Ф. Управленческие имитационные игры / отв. ред. Г. В. Гренбэк; ИЭОПП СО АН СССР. — Новосибирск: Наука, Сиб. отд-е, 1989. — 272 с.

95. Комаров, В. Ф. «У озера». Ручная имитационная игра по проблеме рационального использования возобновимых природных ресурсов. — М.: Аргус, 1994. — 25 с.

96. Кошарная, Г. Б. Духовно-нравственные ориентиры в системе ценностей студенческой молодежи регионального социума / Г. Б. Кошарная, Л. Т. Толубаева // Общественные науки. Социология. — 2013. — № 3 (27). — С. 113–122.

97. Красовский, Ю. Д. Мир деловой игры (Опыт обучения хозяйственных руководителей). — М.: Экономика, 1989. — 175 с.

98. Кудинов, В. В. Экономическое воспитание учащихся в старших классах в информационной среде школы / дис. канд. пед. наук. — М., 2005. — С. 91–95.

99. Кудрявая, Н. В. Врач — педагог в изменяющемся мире: традиции и новации. — 2-е изд., испр. и доп. / Н. В. Кудрявая, Е. М. Уколова, А. С. Молчанов, Н. Б. Смирнова, К. В. Зорин, под ред. акад. РАМН, проф. Н. Д. Ющука. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. — 336 с.

100. Кудрявая, Н. В. Нравственно-просветительские аспекты деятельности врача-педагога: учеб. пособие / Н. В.Кудрявая, К. В. Зорин, Н. Б. Смирнова, Е. В. Анашкина, Е. М. Уколова, Е. В. Суворова. — М.: МГМСУ, 2015. — 384 с.

101. Кудрявая, Н. В. Психология и педагогика: учеб. для студ. стоматолог. фак-тов / Н. В. Кудрявая, А. С. Молчанов, К. В. Зорин .— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 400 с.

102. Кудрявая, Н. В. Психология и педагогика в медицинском образовании: учебник / Н. В. Кудрявая и др. — М.: КноРус, 2020. — 318 с.

103. Кудрявцев, В. Т. Проблемное обучение: истоки, сущность, перспективы. — М.: Знание, 1974.

104. Кули, Ч. Социальная самость: публицистика / Чарльз Кули. — М.: Директ-Медиа, 2007. — 16 с.

105. Кучеренко, В. З. Деловые игры для студентов медицинских вузов. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие для практ. занятий / ред. В. З. Кучеренко. — М.: Мысль, 2008. — 128 с.

106. Леванова, Е. А. Игра в тренинге. Возможности ролевого взаимодействия / Е. А. Леванова, А. Г. Волошина, И. О. Телегина. — СПб.: Питер, 2013. — 208 с.

107. Леонтьев, А. Деятельность. Сознание. Личность: учеб. пособие / А. Н. Леонтьев. — 2-е изд. — М.: Академия, 2005. — 352 с.

108. Лернер, И. Я. Дидактические основы методов обучения. — М.: Педагогика, 1981. — 185 с.

109. Лоханина, И. М. Активные методы обучения студентов: практ. руководство / отв. за выпуск И. М. Лоханина, М. М. Кашапов, Н. В. Клюева. — Ярославль: ЯрГУ, 2005. — 118 с.

110. Лэндрет, Г. Л. Игровая терапия: искусство отношений / пер. с англ. — М.: Межд. педагогическая акад., 1994. — 368 с.

111. Макаров, В. В. Игры, в которые играют в России. Психологические игры новой России / В. В. Макаров, Г. А. Макарова. — М.: Академический проект, 2004. — 111 с.

112. Максимовская, М. В. Специфика тренинга в инновационной игре: учеб. пособие / Активные методы обучения. — М.: Наука, 2000. — С. 101–138.

113. Матирко, В. И. Сборник деловых игр, конкретных ситуаций и практических задач / под ред. В. И. Матирко. — М.: Высшая школа, 1991. — 256 с.

114. Махмутов, М. И. Организация проблемного обучения в школе: книга для учителей. — М.: Просвещение, 1977.

115. Мелентьева, Н. В. Джордж Герберт Мид — Современная американская социология Аз и Я. М.: Изд-во МГУ, 2004.

116. Ментс, М. В. Эффективный тренинг с помощью ролевых игр. — СПб.: Питер, 2002. — 208 с.

117. Меркушев, В. В. Активные методы обучения в медицинском вузе: метод. рекоменд. для ППС / В. В. Меркушев, Г. В. Безродная. — М.: типография Минздрава РФ, 1994. — 44 с.

118. Мид, Д. Интернализированные другие и самость // Американская социологическая мысль: Тексты. — М.: Изд. Межд. ун-та бизнеса и управления, 1996. — С. 222–225.

119. Наумов, Л. Б. Деловые игры в высшем медицинском образовании. — М.: б/и, 1982. — 210 с.

120. Наумов, Л. Б. Учебные игры в медицине / под ред. Р. Ф. Жукова. — Т.: Медицина, 1986. — 320 с.

121. Нейлбафф, Б. Д. Теория игр. Искусство стратегического мышления в бизнесе и жизни издания / Барри Дж. Нейлбафф, А. Диксит. — 2008. — 750 с.

122. Неруш, М. Игры и пари (гражданско-правовой и криминалистический аспекты): автореф. дис. … канд. юрид. наук. — М.: ун-т МВД России, 2003. — 25 с.

123. Петровский, А. В. Психология. Словарь / под общей ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — 2-е изд., испр., и доп. — М.: Политиздат, 1990 — 494 с.

124. Платов, В. Я. Деловые игры — разработка, организация и проведение: учебник. — М.: Профиздат, 1991. — 156 с.

125. Пономарев, Я. А. Психология творчества. — М.: Педагогика, 1976. — 280 с.

126. Поташник, М. М. Управление качеством образования / под ред. М. М. Поташника. — М.: Педагогическое общ-во России, 2006. — 350 с.

127. Пушкин, А. С. Полное собрание сочинений [в 10 томах]. — М.: Наука, 1964. — Т. 6. — 838 с.

128. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. — СПб: Питер, 2002. — 712 с.

129. Рудестам, К. Рудестам Кьелл Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Рудестам Кьелл. — СПб.: Питер Ком, 1998.

130. Садовина, К. И. Деловые игры в учебном процессе: б. статей / науч. ред. К. И. Садовина и др. — Минск: Вышейш. школа, 1982. — 143 с.

131. Селевко, Г. К. Современные образовательные технологии: учеб. пособие. — М.: Народное образование, 1998.

132. Смирнов, С. Педагогика и психология высшего образования — от деятельности к личности: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М.: Академия, 2001. — 304 с.

133. Смирнов, Т. М. Методические рекомендации по подготовке и проведению деловых игр. — М.: ИМХО, 2004. — 92 с.

134. Смолкин, А. М. Методы активного обучения: науч.-метод. пособие. — М.: Высшая школа, 1991. — 176 с.

135. Судпром. Деловые игры и конкретные ситуации, разработанные в ИПК и вузах СССР: методические разработки. — Л.: ИПК Судпрома, 1982. — 40 с.

136. Трайнев, В. А. Деловые игры в учебном процессе: методология разработки и практика проведения. — М.: Дашков и Ко, 2005. — 360 с.

137. Турнер, Д. Ролевые игры: практическое руководство. — СПб.: Питер, 2002. — 352 с.

138. Фейгенберг, И. М. Типичные нетипичности: жизненные задачи — школе // Образовательная политика. — 2010. — № 7–8. — С. 84–95.

139. Хейзинга, Й. Homo Ludens: статьи по истории культуры / пер., сост. и вступ. ст. Д. В. Сильвестрова. — М.: Прогресс-Традиция, 1997. — 416 с.

140. Хруцкий, Е. А. Организация проведения деловых игр: учеб. пособие для препод. сред. спец. учеб. заведений. — М.: Высшая школа, 1991. — 320 с.

141. Шаронова, С. А. Деловые игры: учеб. пособие. — М.: Изд-во РУДН, 2004. — 166 с.

142. Шаронова, С. А. Деловая игра: практикум. — М.: Изд-во РУДН, 2005. — 90 с.

143. Шумова, И. В. Активные методы обучения как способ повышения качества профессионального образования [Текст] // Педагогика: традиции и инновации: Материалы межд. заоч. науч. конф. (г. Челябинск, октябрь 2011 года). Т. II / под общ. ред. Г. Д. Ахметовой. — Челябинск, 2011.

144. Щедровицкий, Г. ППедагогика и логика / Г. П. Щедровицкий, В. Розин, Н. Алексеев и др. — М.: Касталь, 1993. — 416 с.

145. Щедровицкий, Г. П. Организационно-деятельностная игра: сборник текстов. — М.: Наследие, 2004. — 285 с.

146. Щедровицкий, П. Г. К анализу топики организационно-деятельностных игр. — Пущино: б/и, 1987. — 44 с.

147. Эванс, Г. Играй как мужчина, побеждай как женщина. Как женщине выйти победительницей в деловой игре / Гейл Эванс, пер. с англ. М. Курелюк. — М.: Эксмо, 2010. — 288 с.

148. Эльконин, Д. Б. Психология игры. — М.: Владос-пресс, 1999. — 360 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Деловая игра «Больной с жалобами на боль в груди»

Иорданиди С.А., Меркушев В.В. — 1986. [ред. игры — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской терапии лечебного факультета НГМУ А. Д. Куимов, д-р мед. наук, проф. кафедры неотложной терапии с эндокринологией и профпатологией ФПК и ППВ НГМУ Е. Л. Федорова, аспирант кафедры факультетской терапии лечебного факультета НГМУ В. А. Козик. — 2019]
Электронный вариант игры — ст. преп. кафедры педагогики и психологии НГМУ Н. Б. Старухина — http://cdo.ngmu.ru/course/view.php

Данная игра может рассматриваться как образец обучающе-контролирующего типа учебных игр. Она рассчитана на студентов IV–VI курсов по циклам терапии, врачей-интернов и практических врачей-терапевтов поликлиник, скорой помощи, терапевтических отделений.

Игра имеет две четко обозначенных цели: экстренная дифференциальная диагностика при синдроме боли в груди; после установления по минимуму решающих симптомов — транспортировка в палату интенсивной терапии.

В игре предусмотрено введение экстремальной ситуации «наказание временем». Оптимальная методика: проведение игры в начале и в конце занятия. После первоначальной игры сразу же следует быстрый повторный вариант игры с использованием алгоритма для быстрой диагностики инфаркта миокарда. Затем разбор допущенных при лечении больного ошибок.

Методическая, клиническая и психологическая особенность игры состоит в том, что в исходной ситуации игроки сталкиваются с простым неосложненным инфарктом. Различные осложнения, вплоть до летального исхода, возникают при допущенных ошибках на всех этапах работы с больным: при обследовании, деонтологических погрешностях, неправильном или неполном лечении больного острым инфарктом, его транспортировке в больницу.

Предпочтительная методика проведения игры — модифицированный мозговой штурм, но на разных этапах игры полезно включать и последовательную цепочку, и разорванный опрос.

Таблица 1

Перечень карточек к игре

Буквенные обозначения	РАЗДЕЛ Содержание карточек игры	Карточки продолжения игры
1	2	3
	А. Жалобы	
А.01	Исходная ситуация	
А.02	Локализация ощущения	
А.03	Сила боли	
А.04	Характер боли	
А.05	Длительность боли	
А.06	Иррадиация боли	
А.07	Прием каких-либо лекарственных средств	
А.08	Эффективность использованных средств	
А.09	Прием нитроглицерина	
А.10	Дозировка нитроглицерина	
А.11	Эффективность нитроглицерина	

Продолжение табл. 1

1	2	3
А.12	Прием валидола	
А.13	Эффективность валидола	
А.14	Прием валокордина	
А.15	Эффективность валокордина	
А.16	Связь боли с чем-либо	
А.17	Связь боли с дыханием	
А.18	Связь боли с глотанием	
А.19	Связь боли с движениями	
А.20	Общая слабость	
А.21	Прочие жалобы	
	Б. Анамнез болезни	
Б.01	Время и характер начала заболевания	
Б.02	Причина возникновения заболевания	
Б.03	Наличие в прошлом подобных ощущений	
Б.04	Боли в области сердца в прошлом	
Б.05	Условия возникновения болей в прошлом	
Б.06	Характер болевых ощущений в прошлом	
Б.07	Длительность и условия исчезновения болей в прошлом	
Б.08	Время возникновения болей в прошлом	
Б.09	Обращение за медицинской помощью в прошлом	
Б.10	Деонтологическая ошибка при сборе анамнеза	
	В. Анамнез жизни	
В.01	Здоровье родителей	
В.02	Здоровье братьев и сестер	
В.03	Здоровье дедушек и бабушек	
В.04	Перенесенные болезни	
В.05	Учеба, служба в армии*	
В.06	Семейное положение	
В.07	Вредные привычки*	
	Г. Основные объективные данные	
Г.01	Общее состояние больного	
Г.02	Кожные покровы	
Г.03	Телосложение	
Г.04	Костно-суставная система	
Г.05	Лимфоузлы	
Г.06	Внешний вид грудной клетки	
Г.07	Частота дыхания	
Г.08	Окружность грудной клетки	
Г.09	Проба Генча-Штанге	
Г.10	Перкуссия легких по передней поверхности	
Г.11	Перкуссия легких по задней поверхности	
Г.12	Аускультацин легких по передней поверхности	
Г.13	Аускультания легких по задней поверхности	
Г.14	Верхушечный толчок сердца	
Г.15	Перкуторные границы сердца	
Г.16	Сосудистый пучок	
Г.17	Границы абсолютной тупости сердца	
Г.18	Аускультация сердца	
Г.19	Пульс	
Г.20	Состояние поверхностных артерий и вен	
Г.21	АД	
Г.22	Состояние языка	
Г.23	Состояние зубов	

* ред. сост.

Продолжение табл. 1

1	2	3
Г.24	Состояние ротовой полости	
Г.25	Живот	
Г.26	Кишечник	
Г.27	Желудок	
Г.28	Селезенка	
Г.29	Печень	
Г.30	Желчный пузырь	
Г.31	Мочеполовая сфера	
Г.32	Симптом Пастернацкого	
Г.33	Температура тела	
Г.34	Прочие обследования	
	Д. Лабораторные данные (и эталоны их предъявления играющим)	
Д.01	Общий анализ крови	
Д.01-Э	Эталон	
Д.02	СОЭ	
Д.02-Э	Эталон	
Д.03	Общий анализ мочи	
Д.03-Э	Эталон	
Д.04	Время свертывания крови	
Д.04-Э	Эталон	
Д.05	Трансаминазы (АСТ, АЛТ)	
Д.05-Э	Эталон	
Д.06	Сахар крови	
Д.06-Э	Эталон	
Д.07	Остаточный азот	
Д.07-Э	Эталон	
Д.08	Фибриноген крови	
Д.08-Э	Эталон	
Д.09	Прочие обследования	
Д.09-Э	Эталон	
Д.10	Электролиты крови	
Д.10-Э	Эталон	
Д.11	Протромбиновый индекс	
Д.11-Э	Эталон	
Д.12	Лабораторные исследования для поликлиники	
Д.12-Э	Эталон	
	Д. Результаты лабораторных исследований	
Д.13	~~Общий анализ крови~~ (исключено ред. игры)	
\	Тропонин I или T*	
Д.13-Э	Эталон*	
Д.14	СОЭ	
Д.15	Общий анализ мочи	
Д.16	Время свертывания крови	
Д.17	Трансаминазы	
Д.18	Сахар крови	
Д.19	Остаточный азот	
Д.20	Фибриноген крови	
Д.21	Протробиновый индекс	
Д.22	Электролиты крови	
	Е. Инструментальные данные (и эталоны их предъявления играющим)	
Е.01	Артериальное давление	
Е.02	ЭКГ для линейной бригады СП	

* добавлено ред. игры.

Окончание табл. 1

1	2	3
Е.03	Исходная ЭКГ	
Е.03-Э	Эталон	
Е.04	ЭКГ в поликлинике	
Е.04-Э	Эталон	
Е.05	ЭКГ с осложнениями	
Е.06	Рентгеноскопия органов грудной клетки	
Е.07	Прочие инструментальные данные	
Е.08	Инструментальные данные в поликлинике	
	Л. Эталоны лечения	
Л.01	Эталон действий «линейной* скорой помощи»	
Л.02	Эталон действий кардиобригады	
Л.03	Эталон. Тактика транспортировки кардиобригадой	
	М. Состояние больного в динамике	
М.01	Состояние больного	
М.01-Э	Эталон	
М.02	Состояние больного	
М.03	Состояние больного	
М.03-Э	Эталон	
М.04	Состояние больного	
М.04-Э	Эталон	
М.05	Состояние больного	
М.05-Э	Эталон	
М.06	Состояние больного	
М.07	Состояние больного (к приезду кардиобригады)	
М.07-Э	Эталон	
М.08	Состояние больного	
М.08-Э	Эталон	
М.09	Состояние больного (в приемном покое)	
М.09-Э	Эталон	
М.10	Состояние больного	
М.11	Состояние больного	
М.11-Э	Эталон	
М.12	Состояние больного	

* добавлено ред. игры.

Таблица 2

Содержание карточек к игре

Буквенные обозначения	РАЗДЕЛ Содержание карточек игры	Карточки продолжения игры
1	2	3
	А. Жалобы. Исходная ситуация	
А.01	Вызов «скорой помощи» в 14 ч. Больной, 48 лет. Лежит в постели. Бледен. Беспокоен из-за резких болей в груди	
А.02	Локализация боли. В нижней трети грудины	
А.03	Сила боли. Боли очень сильные	
А.04	Характер боли. Боль жгучая	
А.05	Длительность боли. Боль возникла 1 час назад и имеет нарастающий характер	
А.06	Иррадиация боли. Боль иррадиирует в левую руку	
	А. Прием лекарств	
А.07	Прием каких-либо лекарственных средств. Использовал валидол, нитроглицерин, валокордин	
А.08	Эффективность использованных средств. Ничего не помогло. Боль продолжала усиливаться	
А.09	Прием нитроглицерина. Нитроглицерин принимал	
А.10	Дозировка нитроглицерина. 2–3 таблетки (точно не помнит)	
А.11	Эффективность нитроглицерина. Не помог	
А.12	Прием валидола. Принял одну таблетку	
А.13	Эффективность валидола. Боль не прошла	
А.14	Прием валокордина. Принял валокордин	
А.15	Эффективность валокордина. Боль не прошла	
А.16	Связь боли с чем-либо. Не понял вопроса, с чем конкретно?	
А.17	Связь боли с дыханием. Боль вроде бы не связана с дыханием	
А.18	Связь боли с глотанием. Глотание не усиливает боли	
А.19	Связь боли с движениями. На связь боли с движениями не обратил внимания, но вроде бы что-то есть, я сейчас попробую уточнить. Если желаете уточнить, запросите карточку	М.05
А.20	Общая слабость. Больной жалуется на общую слабость	
А.21	Прочие жалобы. Со стороны других органов и систем жалоб не предъявляет	
	Б. Анамнез болезни	
Б.01	Время и характер начала заболевания. Заболел внезапно, примерно час назад. Дома сел за стол обедать (рабочий перерыв)	
Б.02	Причина возникновения заболевания. Незадолго до приступа состоялся очень неприятный разговор. Если интересуют подробности разговора, запросите карточку	Б.10
Б.03	Наличие подобных ощущений в прошлом. Подобных болей никогда не испытывал	
Б.04	Боли в области сердца в прошлом. Боли в области грудины появились два года назад	
Б.05	Условия возникновения болей в прошлом. Вначале боли появлялись при тяжелых физических или эмоциональных нагрузках, но не всегда. В последнее время обычные нагрузки вызывали боли, чаще по утрам	
Б.06	Характер болевых ощущений в прошлом. Характер их сжимающий, иногда давящий	
Б.07	Длительность и условия исчезновения болей в прошлом. В покое через2–3 минуты боли полностью проходили	
Б.08	Время возникновения болей в прошлом. Физические нагрузки вызывали болевые ощущения чаще утром, днем даже при достаточно тяжелой работе боли не возникают	
Б.09	Обращение за медицинской помощью в прошлом. К врачам не обращался	
Б.10	Деонтологическая ошибка при сборе анамнеза. «Час назад меня вызвал начальник отдела и несправедливо обвинил в невыполнении задания...» Больной разволновался. Состояние его изменилось. Запросите карточку	М.04

Продолжение табл. 2

1	2	3
	В. Анамнез жизни	
В.01	Здоровье родителей. Родился от здоровых родителей. Отец умер в 55 лет от какого-то сердечного приступа. Мать жива, страдает сахарным диабетом около 20 лет и гипертонической болезнью около 10 лет	
В.02	Здоровье братьев и сестер. Братьев и сестер нет	
В.03	Здоровье бабушек и дедушек. Дедушка и бабушка с отцовской стороны страдали «сердцем», а с материнской — сахарным диабетом	
В.04	Перенесенные болезни. В детстве корь, скарлатина, свинка. Будучи взрослым перенес пневмонию, грипп, ангины раза 3–4. Кроме упомянутых болей в области сердца, в последние годы не болел	
В.05	Учеба, служба в армии*. Окончил 10 классов, институт. В армии не служил	
В.06	Семейное положение. Женат, двое детей (17 и 12 лет). Все здоровы	
В.07	Вредные привычки*. Выкуривает пачку сигарет в день. Выпивает изредка	
	Г. Основные объективные данные	
Г.01	Общее состояние больного. Сознание ясное, несколько возбужден, лежит в постели	
Г.02	Кожные покровы. Бледные	
Г.03	Телосложение, упитанность. Телосложение правильное, упитанность хорошая	
Г.04	Костно-суставная система. Без особенностей	
Г.05	Лимфоузлы. Не пальпируются	
Г.06	Внешний вид грудной клетки. Развита симметрично, равномерно участвует в акте дыхания	
Г.07	Частота дыхания. Дыхание ровное, ритмичное, 24 раза в минуту	
Г.08	Окружность грудной клетки. Окружность грудной клетки на вдохе 98 (задержка дыхания), на выдохе 90. Состояние больного изменилось, запросите карточку	М.03
Г.09	Проба Генча-Штанге. Во время проведения пробы состояние больного изменилось. Запросите карточку	М.04
Г.10	Перкуссия легких по передней поверхности. Ясный перкуторный звук	
Г.11	Перкуссия легких по задней поверхности. Для перкуссии легких по задней поверхности больной сел в постели. Его состояние изменилось. Запросите карточку	М.05
Г.12	Аускультация легких по передней поверхности. Везикулярное дыхание	
Г.13	Аускультация легких по задней поверхности. Для аускультации легких по задней поверхности больной сел в постели. Его состояние изменилось. Запросите карточку	М.05
Г.14	Верхушечный толчок. На глаз не виден. Пальпаторно разлитой в пятом межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии	
Г.15	Перкуторные границы сердца. Правая граница — по правому краю грудины, левая — на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя — III ребро	
Г.16	Сосудистый пучок. Ширина сосудистого пучка 8 см	
Г.17	Абсолютная тупость сердца. Границы абсолютной тупости сердца: правая — по левому краю грудины, левая — на 2,5 см кнаружи от левого края грудины, верхняя — четвертое межреберье	
Г.18	Аускультация сердца. Тоны сердца: ритм правильный, акцент II тона на аорте. На верхушке легкий дующий систолический шум, без иррадиации	
Г.19	Пульс. Ритмичный, хорошего наполнения и напряжения	
Г.20	Состояние поверхностных артерий и вен. Без видимых патологических изменений	
Г.21	Артериальное давление. 120/80 мм рт. ст. с обеих сторон	
Г.22	Состояние языка. Язык суховат, обложен белым налетом у корня. Сосочковый слой выражен удовлетворительно, отпечатков зубов нет	
Г.23	Состояние зубов. Удовлетворительное, вставных зубов и коронок нет	
Г.24	Состояние ротовой полости. Десна и слизистая ротовой полости без особенностей	

* ред. сост.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Г.25	Живот (осмотр, пальпация). Живот обычной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный	
Г.26	Кишечник. Со стороны кишечника патологических изменений не выявлено	
Г.27	Желудок. Большая кривизна расположена на 4 см выше пупка, привратник не пальпируется	
Г.28	Селезенка. Селезенка по Курлову 8×6 см	
Г.29	Печень. Печень по Курлову 9×8×7 см	
Г.30	Желчный пузырь. Точка безболезненна	
Г.31	Мочеполовая сфера. Со стороны мочеполовой сферы изменений не выявлено. Симптом Пастернацкого — запросите карточку	Г.32
Г.32	Симптом Пастернацкого. При проверке симптома Пастернацкого состояние больного изменилось. Запросите карточку	М.04
Г.33	Температура тела. 37,0 °С	
Г.34	Прочие обследования. Нормальные показатели того обследования, которое вам необходимо	
	Д. Лабораторные данные	
Д.01	Общий анализ крови. Кровь взята на исследование. Результат будет готов через 30 минут	
Д.01-Э	Эталон. Общий анализ крови. Результат анализа через 30 минут. Если играющий ждет результат и не оказывает экстренной помощи (Л.01) — выдать карточку	М.03
	Если анализ будет затребован повторно после оказания помощи — выдать карточку	Д.13
Д.02	СОЭ. Анализ будет готов через 1 час	
Д.02-Э	Эталон СОЭ. Анализ будет готов через 1 час. Если играющий не купирует болевой приступ, а будет ждать результаты анализа — выдать карточку.	М.04
	При повторном запросе анализа после оказания помощи — выдать карточку.	Д.14
Д.03	Общий анализ мочи. Анализ будет готов через 30 минут	
Д.03-Э	Эталон. Общий анализ мочи. Анализ будет готов через 30 минут. Если играющий ждет результаты и не использует Л.01 — выдать карточку.	М.04
	При повторном запросе анализа после оказания помощи — выдать карточку	Д.15
Д.04	Эталон. Время свертывания. Анализ будет готов через 10 минут	
Д.04-Э	Эталон. Время свертывания. Анализ можно выдать через 10 минут. Если играющий ждет результат и ничего не предпринимает из Л.01 — выдать карточку.	М.03
	При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	Д.16
Д.05	Трансаминазы. Кровь взята медсестрой. Анализ будет готов через сутки	
Д.05-Э	Эталон. Трансаминазы. Анализ будет готов через сутки. Если играющий ждет результат и ничего не предпринимает из Л.01, то выдать карточку.	М.03
	При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	Д.17
Д.06	Сахар крови. Результат будет готов через 30 минут	
Д.06-Э	Эталон. Сахар крови. Результат будет готов через 30 минут. Если играющий до получения результата не принимает никаких мер из Л.01 — выдать карточку.	М.03
	При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	Д.18
Д.07	Остаточный азот. Результат будет готов через 30 минут	
Д.07-Э	Эталон. Остаточный азот. Анализ будет готов через 30 минут. Если до получения результата не оказывается помощь из Л.01 — выдать карточку.	М.04
	При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	Д.19
Д.08	Фибриноген крови. Кровь взята на анализ. Результат будет готов через 2 часа	
Д.08-Э	Эталон. Фибриноген крови. Анализ будет готов через 2 часа. Если играющие ждут результата, не используя средства Л.01 — выдать карточку.	М.04
	При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	Д.20
Д.09	Прочие анализы. Данный анализ малоинформативен. От него можно отказаться	
Д.09-Э	Эталон. Прочие анализы. Любой другой анализ. Сообщить играющим: будет готов через 30–40 минут. В случае если больному не будет оказана помощь по Л.01, а будут ожидаться результаты анализа, выдать карточку.	М.03
	При повторном запросе после оказания помощи — описать норму затребованного анализа	

Продолжение табл. 2

1	2	3
Д.10	Электролиты крови. Результат будет готов через 2 часа	
Д.10-Э	Эталон. Электролиты крови. Выдать результат через 2 часа. Если не используются средства Л.01 — выдать карточку. При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	М.04 Д.21
Д.11	Протромбиновый комплекс. Результат будет готов через 30 минут	
Д.11-Э	Эталон. Протромбиновый комплекс. Результат будет готов через 30 минут. Если играющие не предпринимают мер Л.01 — выдать карточку. При повторном запросе после оказания помощи — выдать карточку	М.03 Д.22
Д.12	Лабораторные исследования для поликлиники. Напишите направление на исследование, а потом запросите карточку	М.10
Д.12-Э	Эталон. Лабораторные данные для поликлиники. При запросе любых лабораторных данных выдать карточку	Д.12
Д.13	~~Общий анализ крови. Результаты лабораторных исследований. Лейкоциты $8{,}6 \times 10^9$/л; красная кровь без особенностей~~ (Исключено ред. игры) Концентрация тропонинов I и/или T. Результат тест-анализа будет готов через 6–9 часов*	
Д.13-Э	Эталон. Концентрация тропонинов I и/или T. Результат тест-анализа будет готов через 6–9 часов. Если играющие ждут результата, не используя средства Л.01 — выдать карточку*	М.04
Д.14	СОЭ. 4 мм/ч	
Д.15	Общий анализ мочи. Количество 300,0 прозрачная, цвет соломенно-желтый, уд. вес 1020, сахар не обнаружен, уробилин не обнаружен, эпителиальные клетки 1–2 в поле зрения, эритроциты не обнаружены, лейкоциты 1–2 в поле зрения	
Д.16	Время свертывания крови. (По Базарову) 7 минут	
Д.17	Трансаминазы, АСТ — 0,2 мкм/л, АЛТ — 0,2 мкм/л	
Д.18	Сахар крови. 6,8 ммоль/л	
Д.19	Остаточный азот. 20,0 мкм	
Д.20	Фибриноген крови. 500 мг %	
Д.21	Протромбиновый индекс. 110 %	
Д.22	Электролиты крови. Калий сыворотки 4,5 ммоль/л и эритроцитов 35 ммоль/л, натрий сыворотки 130 ммоль/л	
	Е. Инструментальные методы	
Е.01	Артериальное давление. 120/80 мм рт. ст. справа и слева	
Е.02	ЭКГ по запросу линейной бригады «скорой помощи». Нет аппарата	
Е.03	Исходная ЭКГ (играющие получают реальную ЭКГ)*	
Е.03-Э	Эталон. Острый инфаркт задней стенки левого желудочка сердца. (Электрокардиограммы, включаемые в данную игру, каждым преподавателем могут подбираться произвольно. При этом важно лишь соблюдение следующих условий: ЭКГ должны отражать картину, характерную для неосложненного (исходная ЭКГ) инфаркта миокарда и разных нарастающих его осложнений (ЭКГ в динамике); эталоны описания исходной и последующих ЭКГ должны соответствовать реальной картине отобранных для игры электрокардиограмм)	
Е.04	ЭКГ и другие инструментальные данные в поликлинике. Кабинет функциональной диагностики закрыт. Ключи у вас. Можете провести исследование сами. Ваше решение?	
Е.04-Э	Эталон. Если играющий идет с больным в кабинет функциональной диагностики — выдать карточку. Если записывает ЭКГ в своем кабинете — выдать карточку	М.05 Е.03
Е.05	ЭКГ (реальная ЭКГ, заключение по соответствующему эталону)	
Е.06	Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легкие без видимых патологических изменений. Сердце — увеличен левый желудочек, аорта уплотнена. За экраном аппарата почувствовал себя хуже. Запросите карточку	М.03
Е.07	Прочие инструментальные методы. Прочие методы исследования трудновыполнимы. В условиях приемного покоя не несут решающей информации	

* Добавлено ред. игры.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Е.08	Инструментальные данные в поликлинике. При желании получить инструментальные данные — запросите карточку.	Е.04
	При решении провести исследование — запросите карточку	М.10
	Л. Эталоны лечения	
	Эталон действий «линейной скорой помощи»	
Л.01	1. Аспирин (ацетилсалициловая кислота) 500 мг разжевать, 300 мг клопидогреля проглотить*. 2. Нитроглицерин 1% спиртовый раствор внутривенно капельно под контролем АД*. 3. При сохранении боли — Морфин 0,2–0,4 мл внутривенно струйно до полного купирования боли. Можно повторно*. 4. Беталок ZOK раствор внутривенно 15 мг в 3 введения по 5 мг через 5 минут*. Если комплекс медикаментозной помощи соответствует приведенным, боль купирована, состояние удовлетворительное. Выдать карточку. 5. При других комплексах — выдать карточку. 6. При решении самостоятельно транспортировать больного (без кардиобригады) — выдать карточку	 М.01 М.03 М.05
	Эталон действий кардиобригады	
Л.02	Такой же, как и обычной линейной бригады скорой помощи*. При назначении перечисленных препаратов (Л.01) — выдать карточку. При невыполнении п. 5 (Л.01) — выдать карточку. При невыполнении п. 6 (Л.01) — выдать карточку	 М.09 М.08 М.03
	Эталон. Тактика транспортировки кардиобригадой	
Л.03	а) При транспортировке на носилках — выдать карточку. б) Если больной самостоятельно идет к машине — выдать карточку. Если после этого сразу и в полной мере оказана помощь (эталон Л.02) — выдать карточку. При повторении ошибки — выдать карточку	М.09 М.05 М.04 М.06
	М. Состояние больного в динамике	
М.01	Состояние больного. Боли значительно ослабли. Самочувствие хорошее. Сознание ясное. При аускультации сердца тоны слегка приглушены. Ритм сердца правильный. Пульс 75 уд. в минуту, хорошего наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны других органов и систем — без особенностей	
М.01-Э	1. Оптимальный вариант — вызов кардиобригады, оказание помощи по Л.01 и наблюдение за больным. В этом случае игра для врача линейной скорой помощи завершена. Выдать карточку. 2. Если играющие не вызвали кардиобригаду, оставили больного дома и уехали — выдать карточку. 3. При решении самостоятельно транспортировать больного в стационар — выдать карточку	М.07 М.02 М.03
М.02	Состояние больного. Смерть больного через полчаса после отъезда врача «скорой помощи».	
М.03	Состояние больного. Боли в области сердца, одышка, акроцианоз, холодный пот, ЧСС 95 уд. в 1 мин, акцент II тона над легочной артерией. АД 80/50 мм рт. ст.	
М.03-Э	Эталон. Срочные меры: 1. Тромболизис. Альтеплаза (Актилизе) или Стрептокиназа внутривенно капельно за 1–1,5 часа* . 2. Нефракционированный гепарин 1000 ед. в час капельно*. В этом случае — выдать карточку. При других мерах — выдать карточку	М.01 М.04
М.04	Состояние больного. Боли не стихают, число дыханий 27 в минуту, акроцианоз, холодный пот, ЧСС 50 уд. в минуту, акцент II тона на легочной артерии, АД 60/30 мм рт. ст.	

* Добавлено ред. игры.

Окончание табл. 2

1	2	3
М.04-Э	Эталон. Нужно оказать помощь в соответствии с М.03 эталоном и дополнительно допамин 50 мл на 200 мл физраствора внутривенно капельно. При выполнении М.03-Э — выдать карточку.	М.01
	При непринятии мер — выдать карточку.	М.05
	При непринятии мер для кардиобригады — выдать вместе карточки	М.04, Е.05
М.05	Состояние больного. Больной потерял сознание. Зрачки расширены. Пульс и артериальное давление не определяются. Дыхание отсутствует	
М.05-Э	Эталон. 1. Закрытый массаж сердца (на полу). 2. Искусственное дыхание рот в рот или рот в нос с оптимальным сочетанием массажа и вентиляции у взрослых, независимо от количества реанимирующих, является сочетание 30:2 (на 30 компрессий грудины 2 последовательных вдувания воздуха)*. Далее раствор допамина 10–15 мкг на 1 кг в час, при наличии дефибриллятора — ЭИТ (350–400 Дж). Если все сделано по эталону — выдать карточку.	М.04
	При других соотношениях и/или при бездействии — выдать карточку	М.06
М.06	Состояние больного. Больной умер	
М.07	Состояние больного к приезду кардиобригады. Кардиобригада прибыла через 1,5 часа от начала болевого приступа. Вы — врач кардиобригады!	
М.07-Э	Эталон. 1. При решении транспортировать больного без выявления жалоб и объективного статуса — выдать карточку.	М.04
	2. Если не проведены мероприятия Л.02-Э — выдать карточку.	М.03
	3. Без дополнительного введения гепарина (если не вводили до прибытия кардиобригады) — выдать карточку.	М.03
	4. Без дополнительно назначенного панангина или хлористого калия или поляризующей смеси — выдать карточку.	М.08
	5. Если все сделано правильно — выдать карточку	М.09
М.08	Состояние больного. Жалобы на перебои в работе сердца, одышка, акроцианоз, пульс 65 уд. в минуту, аритмичный, АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены	
М.08-Э	Эталон. Выдать ЭКГ (левожелудочковая экстрасистолия по типу бигеминии).	Е.05
	Далее игра разветвляется в соответствии с карточкой	Л.02
М.09	Состояние больного в приемном покое. Больной за 20 минут доставлен в приемный покой СП, через 2 часа от начала боли. Состояние больного — карточка	М.01
М.09-Э	Эталон. Из приемного покоя в состоянии М.01 больной на носилках «скорой помощи» должен быть доставлен в палату интенсивной терапии к койке. Здесь нужно назначить средства в соответствии с карточкой М.11. Если это сделано — выдать карточку.	М.12
	Если больного в приемном покое перекладывали с носилок на каталку или на другие носилки — выдать карточку	М.03
М.10	Состояние больного. По пути в лабораторию на другом этаже поликлиники больной умер	
М.11	Состояние больного. Больной доставлен кардиобригадой через 2 часа после начала болевого приступа. Время транспортировки в машине — 20 минут. Состояние больного в соответствии с карточкой	М.01
М.11-Э	Эталон. 1. См. карточку Л.01. 2. Уточнить время введения гепарина. В этом случае — выдать карточку.	М.12
	Если не выполнен п. 2 — выдать карточку.	М.08
	При других вариантах — выдать карточку	М.05
М.12	Состояние больного. Жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Объективно — см. карточку М.01. Больной засыпает. Игра окончена. Спасибо!	

* Взамен исходных мер добавлена формулировка ред. игры.

Приложение 2. Деловая игра «Неотложная помощь при внезапной смерти»

В. В. Соседова, Л. Б. Наумов [ред. игры — канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии В. А. Валеева — 2019]

ОПИСАНИЕ, УСЛОВИЯ И ЦЕЛИ ИГРЫ

Учебная игра «Неотложная помощь при внезапной смерти» имеет ряд особенностей. Главная из них в том, что игра требует не только интеллектуальных, но и мануальных действий играющих — отработку практических навыков по проведению практических манипуляций, выработку умений быстрой ориентировки в сложившейся ситуации и обучения правильной организации первой медицинской помощи на догоспитальном этапе и при транспортировке больного.

В процессе игры формируется умение проводить дифференциальную диагностику клинической и биологической смерти и правильно поставить диагноз клинической смерти. На каждом шагу игры врачи и студенты контролируют свои действия, получают подтверждение их правильности или ошибочности и понимают суть допущенной ошибки. Игра формирует умение оценивать критерии эффективности проводимых мероприятий.

Оснащение игры:

1) картотека игры;

2) инструкция для ведущего и играющих;

3) манекен «Анна» или «Джон»;

4) воздуховод (различные модели)[31].

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ВЕДУЩЕМУ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ИГРЫ

Необходимые условия:

1. Ведущий должен *в совершенстве знать* правила и владеть методом сердечно-легочной реанимации!

2. Помимо основных карточек, у ведущего должен быть достаточный набор вспомогательных карточек — круглых или квадратных красных или зеленых жетонов примерно 2–3 см в диаметре или такой же стороны квадрата. Кроме них, жетоны разных формы и цвета с обозначением разного времени в минутах и секундах: 10, 20, 30, 40, 50 секунд, 1, 2, 3, 4 минуты, также разного цвета. Черный жетон «5 минут» и черный жетон с красной полосой «Больной умер». Кроме того, большая зеленая карточка **«П»** с надписью **«*Правильно! Продолжайте*!»**. Она используется на этапах манипуляции с манекеном.

3. Подготовка рабочего места. Манекен, готовый к работе, укладывается на пол или на кушетку лицом вниз. Ведущий располагает в удобном для себя порядке картотеку, жетоны, вспомогательные карточки. Студенты знакомятся с инструкцией по проведению игры или ведущий устно разъясняет их задачу. Ведущий строит свое выступление так, чтобы оно не содержало подсказок для будущих действий студентов.

4. После того как студенты уяснили задачу, ведущий выдает им карточку А.1 и (по их желанию) А.2.

Карточку А.3 играющий получает только в «процессе осмотра больного», т. е. он должен произвести осмотр манекена так, как это делал бы на месте происшествия. На каждое действие играющих предусмотрена карточка из раздела **«Б»**. Произведя *любое действие,* играющий должен *объяснить* его назначение словами и *показать* их на манекене.

[31] п. 4 — ред. 2019 г.

5. ***Внимание***! Все действия играющих должны поощряться или наказываться в зависимости от их целесообразности, правильности или ошибочности. Поощрение или наказание выражены в виде изменений состояния больного, написанных в карточках разделов «**Ж**» и «**З**».

6. Помимо этого, правильные *действия* подтверждаются выдачей играющему зеленого, а неправильные — красного жетона. Если действия играющего привели к «смерти больного», играющий получает вспомогательную карточку с надписью «больной умер». При потере времени в результате нерациональных действий играющий получает вспомогательные карточки с указанием суммы потери времени.

Ведущий обязан *строго следить за суммарно потерянным временем*, и как только штрафное время превысит 5 минут, если в течение этого времени не проводятся реанимационные мероприятия, играющий получает карточку Ж.4 и карточку с надписью «Больной умер».

7. Если играющие справились с задачей, поставленной в ситуации А.1, и правильно проводят реанимацию, им предлагаются задачи раздела «**В**», с помощью которых закрепляются критерии эффективности реанимации и признаки биологической смерти.

Если играющие справились с задачами раздела «В», им выдается карта «Прибыла линейная бригада СП. Вы — врач линейной бригады» и карта «**С**» с ситуацией для врача линейной бригады СП.

Раздел «**Г**» представляет совокупность возможных действий врача линейной бригады СП, и игра продолжается по тому же принципу, что и в разделе «Б».

В разделе «**Д**» — ситуационные задачи для врача СП. В разделе «**О**» — ошибки реанимации.

Цель игры — обучение играющих практике сердечно-сосудистой реанимации при клинической смерти.

Уметь:

1) диагностировать состояние смерти;

2) отличить клиническую смерть от биологической;

3) создать условия для проведения реанимации;

4) создать проходимость верхних дыхательных путей и герметичность между больным и реаниматором;

5) правильно расположить руки для наружного массажа сердца;

6) правильно сочетать наружный массаж с вентиляцией легких при наличии одного и более реаниматоров;

7) рассчитать свои силы в процессе вентиляции и массажа;

8) проверить критерии эффективности реанимации и правильно оценить их;

9) организовать окружающих для помощи во время реанимации;

10) организовать вызов специализированной бригады;

11) ввести внутрисердечно адреналин;

12) пользоваться воздуховодом и S-образной трубкой.

После окончания игры действиям студентов дается оценка, обращая их внимание на недопустимость потери времени в процессе реанимации, *абсолютную возможность* оживить человека в состоянии клинической смерти без наличия специальной аппаратуры и медикаментов.

Внимание играющих особо заостряется на том, что реанимация требует *точного* выполнения *небольшого* количества правил и знания критериев эффективности.

После завершения игры каждый играющий должен иметь возможность *отработать методику реанимации на манекене.*

Рекомендуемые методики игры — модифицированный мозговой штурм, последовательная цепочка и разорванный опрос.

После разбора игры и завершения отработки методики игру повторяется. Студент в конце занятия должен получить моральное удовлетворение и уверенность в своих силах.

Ситуация 1. «Внезапная смерть в медицинском студенческом общежитии»

Таблица 1

Перечень карточек к игре

Буквенные обозначения	РАЗДЕЛ Содержание карточек игры	Карточки продолжения игры
1	2	3
	А. Характеристика ситуации «Внезапная смерть в студенческом общежитии»	
А.1	Ситуационная задача	А.2; А.3
А.2	Дополнительные данные к ситуации А.1	—
А.3	Объективные данные к ситуации А.1	—
	Б. Характеристика возможных правильных и неправильных действий студента в ситуации А.1	
	Неправильные действия	
Б.01	Возвращение в комнату	Ж.1; Ж.2
Б.02	Длительная попытка войти в контакт	Ж.2
Б.03	Сбор людей на место события	Ж.2
Б.04	Определение пульса на лучевой артерии	Ж.2; Ж.3; Ж.5
Б.05	Попытка определить сердцебиение ухом	Ж.2
Б.06	Определение сердцебиения фонендоскопом	Ж.3; Ж.4
Б.07	Определение артериального давления	Ж.3; Ж.4
Б.08	Обрызгивание больного водой	Ж.2; Ж.4
Б.09	Вызов реаниматором линейной бригады СП	Ж.3; Ж.4
Б.10	Любые в/м и п/к инъекции	Ж.3; Ж.4
Б.11	Вызов бригады реанимации без привлечения окружающих	Ж.3; Ж.4
Б.12	Начата реанимация любым другим способом	Ж.3
Б.13	Неправильные методы массажа и вентиляции	Ж.4
Б.14	Не создана проходимость верхних дыхательных путей	Ж.3; Ж.4
Б.15	Начало массажа без определения пульсации на сонных артериях (без предварительной диагностики)	Ж.4
Б.16	Недостаточная или избыточная вентиляция легких (при правильном массаже сердца)	Ж.5
Б.17	Массаж сердца без сочетания с вентиляцией	Ж2; Ж.3; Ж.4
Б.18	Избыток или недостаток частоты компрессий грудной клетки	Ж.3; Ж.4
Б.19	Вентиляция без сочетания с массажем сердца	Ж.4
Б.20	Избыточный дыхательный объем	Ж.6
Б.21-А	Неправильное расположение рук на грудине	Ж.9
Б.21	Избыточное переразгибание головы	Ж.7
	Правильные действия	
Б.22	Переворот больного на спину*	П
Б.22-А	Определение отсутствия сознания*	П
Б.23-А	Определение отсутствия дыхания*	П
Б.23	Определение пульсации на сонных артериях одномоментно с определением дыхания*	П
Б.24	Исследование состояния зрачка и роговицы одномоментно с определением дыхания (в настоящее время в протоколах нет)*	П
Б.25	Создание проходимости верхних дыхательных путей	П
Б.26	Создание герметичности между реаниматором и больным	П
Б.27	Независимо от числа реанимирующих сочетание: 30:2*	З.2
Б.28	[Два реаниматора, сочетание 1:4, 1:5]. Устарело*	—
Б.29	Привлечение окружающих, их обучение	З.2
Б.30	Параллельная с реанимацией организация вызова реанимационной бригады	З.2; З.3
Б.31	Правильное расположение рук при массаже	З.1; З.2
Б.32	Правильное выполнение протокола BLS*	З.1; З.2

* ред. 2019 г.

Окончание табл. 1

1	2	3
	В. Закрепляющие ситуационные задачи к разделу «А» и эталоны их решения	
В.1	Задача № 1. Реанимация 2 минуты, эффективная	П; З.2; Ж.1
В.1-Э	Задача № 1. Эталон решения	
В.2	Задача № 2. Реанимация 20 минут, эффективная	П; З.2; Б.30; О.2
В.2-Э	Задача № 2. Эталон решения	
В.3	Задача № 3. Реанимация 1 час, эффективная	П; З.2; О.2
В.3-Э	Задача № 3. Эталон решения	
В.4	Задача № 4. Реанимация 2 часа, эффективная	З.2; О.4
В.4-Э	Задача № 4. Эталон решения	
В.5	Задача № 5. Неэффективная вентиляция	З.1; Б.14; Б.17; О.3
В.5-Э	Задача № 5. Эталон решения	
В.6	Задача № 6. Неэффективный массаж	З.1; О.4; Б.13; Б.19; Б.21; А
В.6-Э	Задача № 6. Эталон решения	
В.7	Задача № 7. Биологическая смерть	Б.24; О.5
В.7-Э	Задача № 7. Эталон решения	
В.8	Задача № 8. Биологическая смерть	Б.24; О.8
В.8-Э	Задача № 8. Эталон решения	
В.9	Задача № 9. Клиническая смерть на дому	З.1; О.6
В.9-Э	Задача № 9. Эталон решения	
В.10	Задача №10. Реанимация при переломе ребер	З.2; О.7
В.10-Э	Задача № 10. Эталон решения	

Таблица 2

Содержание карточек к игре

Буквенные обозначения	**РАЗДЕЛ Содержание карточек игры**	**Карточки продолжения игры**
1	2	3
	А. Характеристика ситуации «Внезапная смерть в студенческом общежитии»	
А.1	**Исходная ситуация**. Вы — студент медицинского института. Вечером, находясь в своей комнате общежития, обратили внимание на звук в коридоре, похожий на падение чего-то тяжелого, вышли посмотреть и увидели лежащего лицом вниз человека. Он неподвижен. Человек одет в пальто, шапку, сапоги. Телефон находится на первом этаже общежития. Вы живете на третьем этаже. Что вы будете делать?	
А.2	**Дополнительные данные к ситуации А.1** 1. Мужчина. 2. Возраст около 40–45 лет. 3. Пальто, шапка, сапоги. 4. Лицом вниз, руки раскинуты в стороны. 5. Рядом мягкая сумка с продуктами. 6. Поздняя осень и т. п.	
А.3	**Объективные данные к ситуации А.1** Кожа и слизистые несколько цианотичны. Сознания нет, на болевые раздражители реакции нет*. Экскурсий грудной клетки нет, дыхание не выслушивается. Пульсация на шейных артериях отсутствует (определяется одновременно с определением дыхания)*. Зрачок слегка расширен, реакция на свет замедлена, (определяется одновременно с определением дыхания)*. Трупных пятен нет. Мышечный тонус отсутствует, непроизвольное мочеиспускание. Кожа на ощупь теплая. Признаков внешних повреждений нет.	

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
	Б. Характеристика возможных неправильных действий студента в ситуации А.1 и необходимых правильных	
	Неправильные действия	
Б.01	**Возвращение в комнату** Остановитесь! Сейчас в ваших руках жизнь человека! Если вы промедлите всего 5 минут, будет поздно! Человеческая жизнь бесценна, и каждая утрата невозобновима! – Ваше решение не изменилось? – Решили вернуться? – Пока вы размышляли, прошла целая минута! – Ваши дальнейшие действия?	 Ж.1 Ж.2 красный жетон
Б.02	**Длительная попытка войти в контакт** Надо определить сознание («Что с вами?» «Откройте глаза» и т. д.)*. Ваши действия житейски объяснимы, однако время идет, а помощи вы не оказываете! – Вы потеряли 15–20 секунд! – Ваши дальнейшие действия?	 Ж.2 красный жетон
Б.03	**Сбор людей на место события** (Если бегать по комнатам, звать людей на помощь)* Ваши действия жизненно объяснимы, однако время идет! – Во время сбора людей вы потеряли 2–3 минуты! – Больному нужна ваша помощь! Действуйте!	Ж.3 красный жетон
Б.04	**Определение пульса на лучевой артерии** Пульс не определяется. Если вы подозреваете остановку кровообращения, определять пульс на лучевой артерии бессмысленно! Для диагностики остановки кровообращения нужно определять пульсацию на сонных артериях (одномоментно с определением дыхания)*. – Вы потеряли 15–20 секунд. – Время идет! Ваши дальнейшие действия?	Ж.2 (Ж.3; Ж.4) красный жетон
Б.05	**Попытка определить сердцебиение ухом** Для выполнения задуманного нужно: а) перевернуть человека на спину (перевернуть нужно обязательно *, но потеря времени неизбежна и составит 5–15 секунд); б) расстегнуть одежду (ее всегда нужно расстегивать)*, но потеря времени до 30 секунд; в) ухом выслушать тоны сердца, затраты 10–15 секунд. Запомните: даже при состоянии «неэффективного сердца», когда оно полностью не останавливается, тоны сердца не выслушиваются! Тем более при асистолии и фибрилляции!! – Вы потеряли 40–45 секунд! – Время идет! Действуйте!	Ж.2 красный жетон
Б.06	**Определение сердцебиения фонендоскопом** Для выполнения задуманного нужно: а) вернуться в комнату — 5–10 секунд; б) найти фонендоскоп — до 30 секунд; в) вернуться к больному — 5–10 секунд; г) перевернуть больного на спину — 5–15 секунд; д) расстегнуть одежду — 30 секунд; е) провести аускультацию сердца — 10–15 секунд. **Запомните:** даже при состоянии «неэффективного кровообращения» (ФЖ, ЖТ без пульса, электромеханическая диссоциация и др.)*, когда сердце полностью не останавливается, тоны сердца не выслушиваются! Тем более при асистолии!! – Вы потеряли 80–90(!) секунд! – Время идет! Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Б.07	**Определение артериального давления** Для выполнения задуманного нужно: а) вернуться в комнату — 5–10 секунд; б) найти аппарат — до 30 секунд; в) вернуться к больному — 5–10 секунд; г) перевернуть его на спину — 10 секунд; д) освободить от одежды руку — до 60 секунд и более; е) наложить манжету — 5 секунд; ж) измерить АД (возможно повторно) — от 10 до 30 секунд. Запомните! В состоянии агонии и клинической смерти артериальное давление не определяется, и измерять его не имеет смысла! – Потеря времени составила от 2 до 3 и более минут! Все это время больной не получал от вас помощи!!! – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон
Б.08	**Обрызгивание водой** Для выполнения задуманного нужно: а) вернуться в комнату — 5–10 секунд; б) найти сосуд и набрать воды — 10–20 секунд; в) вернуться к больному — 5–10 секунд; г) побрызгать водой, проверить эффект — 5–10 секунд. Запомните! Рассчитывать на рефлекторное воздействие в состоянии клинической смерти нельзя! – Потеря времени — 25–50 секунд. Время идет, но помощи вы не оказываете! – Ваши дальнейшие действия?	Ж.2 (Ж.3; Ж.4) красный жетон
Б.09	**Вызов реаниматором линейной бригады СП** Для выполнения вызова нужно позвонить по телефону — 2–3 минуты минимум. Все это время больной не получал помощи! Такая затрата совершенно бесполезна, так как возможности для проведения реанимационных мероприятий у линейной бригады крайне ограничены! Вы должны были вызывать реанимационную бригаду не лично, а поручить это кому-либо из окружающих, предварительно объяснив, что вызывать надо бригаду реанимации! Сейчас телефон у каждого в кармане. Но все равно вызывать должен помощник (должен сообщить диспетчеру место, время, примерный возраст, пол, диагностирована остановка кровообращения, начаты реанимационные мероприятия)*. – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон
Б.10	**Любые в/м и п/к инъекции** Для выполнения задуманного нужно: а) вернуться в комнату — 5-10 секунд; б) найти шприц — 10–20 секунд; в) найти медикаменты — 10–30 секунд; г) наполнить шприц — 5–10 секунд; д) вернуться к больному — 5–10 секунд; е) снять одежду, хотя бы верхнюю — 1–2 минуты; ж) произвести инъекцию — 5 секунд. – Вам придется затратить от 1 минуты до 3 минут 20 секунд, даже если не соблюдать условий стерильности! И все это без пользы для больного, так как при отсутствии кровообращения лекарственные вещества из тканей не всасываются! – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Б.11	**Вызов бригады реанимации без привлечения окружающих** Вызов реанимационной бригады необходим. Для выполнения вызова нужно позвонить по телефону — 2–3 минуты минимум. Такая затрата совершенно бесполезна, так как возможности для проведения реанимационных мероприятий у линейной бригады крайне ограничены! Вы должны были вызывать реанимационную бригаду не лично, а поручить это кому-либо из окружающих, предварительно объяснив, что вызывать надо бригаду реанимации! – Потеря времени от 2 до 3 минут. Все это время больной **не получал никакой помощи!** Ваши действия оправданы лишь в том случае, если в общежитии никого нет, что маловероятно. *Сейчас телефон у каждого в кармане. Но все равно вызывать должен помощник (должен сообщить диспетчеру место, время, примерный возраст, пол, диагностирована остановка кровообращения, начаты реанимационные мероприятия)** – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон
Б.12	**Начата реанимация любым другим способом** – Если способ Сафара вам неизвестен, продолжайте реанимацию известным Вам способом, хотя и нет большой надежды на эффективность реанимации, все же лучше что-то делать, чем пассивно наблюдать смерть человека! – Уважаемый коллега! Во всем мире сегодня при проведении безаппаратной реанимации используется способ Сафара *(освобождение дыхательных путей с последующей вентиляцией методом «рот в рот» или «рот в нос» в сочетании с наружным массажем сердца)**. Этот способ обеспечивает наилучшие клинические результаты в сравнении со всеми другими безаппаратными методами. Главное его преимущество, кроме простоты и доступности в любых условиях — это обеспечение достаточного дыхательного объема. Обязательно переходите к этому способу реанимации, и чем скорее, тем лучше. – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон
Б.13	**Неправильные методы массажа и вентиляции** – Вы плохо знакомы с правилами реанимации. Это может стоить жизни больному! Клинически и экспериментально доказано, *что оптимальным сочетанием массажа и вентиляции у взрослых независимо от количества реанимирующих является **сочетание 30:2** (на 30 компрессий грудины 2 последовательных вдувания воздуха), все остальные: 10:2 или 15:2 для одного или 5:1 для двух реаниматоров сочетание ошибочны и устарели*!!! Эта методика обеспечивает минимальную потребность головного мозга в кислороде в ситуации клинической смерти! – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон
Б.14	**Неправильные методы массажа и вентиляции** – Вы плохо знакомы с правилами реанимации. Это может стоить жизни больному! **Не создана проходимость верхних дыхательных путей** – Если дыхательные пути плохо проходимы, вентиляция невозможна или крайне затруднена, это приведет к смерти больного! Вы плохо знакомы с правилами вентиляции изо рта в рот! *Вам необходимо выполнить прием Сафара**: а) подложить под плечи валик диаметром 10–12 см или кулак свободной руки и разогнуть голову больного к затылку для освобождения языком больного его дыхательных путей; б) *выдвижение нижней челюсти вперед*; в) открывание рта, очистить ротовую полость от посторонних предметов и слизи, если они обнаружены. – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 (Ж.4) красный жетон
Б.15	**Начало массажа без предварительной** *диагностики (без определения отсутствия дыхания и сознания и одномоментно пульсации на сонных артериях)**	З.4

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Б.16	Недостаточная или избыточная вентиляция легких (при правильном массаже сердца) Столько усилий и все напрасно! 1. При вдувании воздуха числом менее *6 раз в минуту** даже при эффективном наружном массаже *сердца оксигенация артериальной крови недостаточна* для жизнедеятельности головного мозга! 2. При вентиляции большими объемами с частотой *более 14 в одну минуту* (особенно у непрофессионалов) приток крови к сердцу больного недостаточен, а у реанимирующего возникает гипервентиляция, которая может привести к потере реаниматологом сознания! – Ваши дальнейшие действия?	Ж.2; Ж.3; Ж.5 красный жетон
Б.17	**Массаж сердца без сочетания с вентиляцией** Ваши усилия напрасны! *Есть методики компрессионной реанимации (только для парамедиков), для медиков рекомендуется СЛР по протоколу**. – Ваши дальнейшие действия?	Ж.4 красный жетон
Б.18	**Избыток или недостаток частоты компрессий грудной клетки** Вы плохо знакомы с правилами наружного массажа сердца. При частоте компрессий *менее 80 в минуту** не происходит обеспечения достаточного кровотока в головном мозге! При частоте компрессий *более 120 в минуту** в условиях клинической смерти не происходит достаточного насыщения кислородом крови в легких и снижается сердечный выброс. *Правильная частота 100–120/мин**. – Ваши дальнейшие действия?	Ж.3 красный жетон
Б.19	**Вентиляция без сочетания с массажем сердца** Ваши усилия напрасны! *Вентиляция даже чистым кислородом бесполезна при отсутствии кровообращения!* – Ваши дальнейшие действия?	Ж.4 красный жетон
Б.20	**Избыточный дыхательный объем** Будьте осторожны!!! Избыточный дыхательный объем может привести к осложнениям: а) разрыву легкого, особенно у стариков и детей; б) к возникновению регургитации (пассивного затекания желудочного содержимого через расслабленный пищевод в гортань) с последующим развитием синдрома Мендельсона (химическая пневмония в результате ожога эпителия легких кислым желудочным содержимым), который в большинстве случаев заканчивается летально. – Ваши дальнейшие действия?	Ж.6 красный жетон
Б.21-А	**Неправильное расположение рук на грудине** Неверно!!! При расположении рук на нижней трети грудины и над областью мечевидного отростка создается опасность перелома ребер и грудины, травмы окружающих органов (легких, перикарда, печени, желудка, селезенки), а также при надавливании на переполненный желудок возможно затекание содержимого желудка через пищевод в гортань и затем в трахею с развитием синдрома Мендельсона (см. карточку Б.20). При расположении рук на верхней трети грудины массаж не может быть эффективным, так как в этой проекции находится сосудистый пучок. *Правильное расположение рук — середина грудной клетки.** – Ваши дальнейшие действия?	Ж.9 красный жетон
Б.21	**Избыточное переразгибание головы** Будьте осторожны! Переразгибание головы, особенно в старческом возрасте, может привести к перелому остистых отростков шейного отдела позвоночника, возникновению парезов и параличей конечностей и инвалидизации больного. – Ваши дальнейшие действия?	Ж.7 красный жетон
	Правильные действия	
Б.22	**Переворот больного на спину** Правильно! Только в положении на спине можно эффективно провести реанимацию, если смерть окажется клинической. – Продолжайте!	зеленый жетон

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Б.22-А*	**Определение отсутствия сознания.** Правильно!!! *Потеря сознания* обычно наступает через 10–15 секунд после остановки кровообращения. Сохранение сознания исключает остановку кровообращения*	А.3 зеленый жетон
Б.23-А	**Определение отсутствия дыхания*** Правильно!!! *Отсутствие самостоятельного дыхания* или наличие дыхания агонального типа устанавливается наружным осмотром пострадавшего и в абсолютном большинстве случаев затруднения не вызывает. Не следует тратить время на попытки выявить остановку дыхания с помощью зеркальца, движения обрывка нити и т. п. Агональное дыхание характеризуется периодическим судорожным сокращением мышц шеи и дыхательной мускулатуры. Однако, так как при этом одновременно сокращаются мышцы вдоха и выдоха, вентиляции легких не происходит. Если в этот момент не начать искусственное дыхание, агональное дыхание через несколько секунд перейдет в апноэ — полную остановку дыхания	А.3 зеленый жетон
Б.23	**Определение пульсации на сонных артериях** Правильно, *только одномоментно с определением дыхания**! Запомните: пульсацию на сонных артериях нужно определять при запрокинутой голове больного на уровне щитовидного хряща и обязательно с обеих сторон! – Продолжайте!	А.3 зеленый жетон
Б.24	**Исследование состояния зрачка и роговицы** [Правильно!!! *Если зрачок расширен умеренно и сохраняется реакция на свет (даже слабая), это показатель недавнего (1–2 минуты) возникновения состояния клинической смерти и хороший прогностический признак при своевременно начатой реанимации! Если роговица над зрачком помутнела («симптом плавающей льдинки») — это абсолютный признак биологической смерти и реанимацию начинать не следует! Если при сдавливании радужной оболочки пальцами зрачок приобретает щелевидную форму («кошачий глаз») — это также абсолютный признак биологической смерти. Реанимационные мероприятия не должны проводиться!* — Продолжайте!] – В настоящее время в протоколах нет!!!*	А.3 зеленый жетон
Б.25	**Создание проходимости верхних дыхательных путей** Правильно! Разгибание головы в силу натяжения связочного аппарата гортани способствует отхождению корня языка от задней стенки глотки и поддержанию голосовой щели в открытом состоянии. *Очищение ротовой полости предохраняет бронхиальное дерево от обтурации инородными телами*. Подкладывание валика под плечи способствует «выпрямлению» трахеи. – Продолжайте!	зеленый жетон
Б.26	**Создание герметичности между реаниматором и больным** Правильно!!! Герметичность позволит провести эффективную вентиляцию с наименьшими затратами усилий. Помните, что до приезда к вам на помощь реаниматологов может пройти много времени. Рассчитывайте свои силы! Для *создания герметичности необходимо зажать нос больного* большим и указательным пальцами свободной руки и плотно охватить своими губами рот реанимируемого – Продолжайте!	зеленый жетон
Б.27	**Независимо от числа реанимирующих сочетание компрессий и вдохов: 30:2*** **[Один реаниматор, сочетание 2:10, 2:15 устарело]*** Правильно! В настоящее время клинически и экспериментально доказано, что сочетание числа компрессий грудины и вдуваний воздуха соответственно 30:2 (на 30 компрессий грудины 2 последовательных вдувания воздуха), дает оптимальные клинические результаты*. – Ваши дальнейшие действия?	З.2 зеленый жетон
Б.28	**[Два реаниматора, сочетание 1:4, 1:5 – устарело]*** Правильно! – Ваши дальнейшие действия? **Смотри Б.27***	З.2 зеленый жетон

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
Б.29	**Привлечение окружающих, их обучение** Вы правильно ориентируетесь в обстановке! Во-первых, способ реанимации вдвоем дает лучшие клинические результаты, а во-вторых, надо правильно расходовать силы, ведь неизвестно, когда к вам подоспеет помощь. – Продолжайте!	З.2 зеленый жетон
Б.30	**Параллельная с реанимацией организация вызова реанимационной бригады** Правильно! Ни в коем случае не оставляйте больного без помощи! Почти всегда можно найти человека, которому Вы поручите вызов бригады реанимации и правильную ориентировку диспетчера СП. – Если вы правильно проводили реанимацию, можете считать, что реанимационная бригада прибыла	З.2 (З.3) зеленый жетон
Б.31	**Правильное расположение рук при массаже** *Правильно! Главная точка приложения силы — **середина грудной клетки. Руки в «замок»**, опора должна быть на «подушечку» ладони, пальцы не касаются грудной клетки, локти прямые, в надавливании участвует плечевой пояс. Частота 100–120 в минуту. Компрессия и декомпрессия в соотношении 1:1. **Руки от грудины не отрывать**! Грудина во время компрессии должна прогибаться на 5–6 см.* – Ваши дальнейшие действия?	З.1 (З.2) зеленый жетон
Б.32	**Правильное выполнение протокола BLS** *Продолжительность компрессий и дыханий — 2 минуты без перерыва (примерно 4–5 циклов 30:2). После этого прерывание на 3–5 секунд, чтобы оценить эффективность массажа: пульсация на сонной артерии и состояние зрачка одномоментно. Если восстановления кровообращения нет — продолжение базовой реанимации 2 минуты**	З.1 (З.2) зеленый жетон
	В. Закрепляющие ситуационные задачи к разделу А и эталоны их решения	
В.1	**Задача № 1. Реанимация 2 минуты, эффективная** Вы — студент мединститута. Реанимация продолжается 2 минуты. При проведении наружного массажа сердца зрачок на первой минуте реанимации сузился, пульсация на крупных артериях (сонной и бедренной) отчетливая, при вдувании воздуха хорошо видны экскурсии грудной клетки, кожные покровы значительно порозовели. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.1-Э	**Задача № 1. Эталон решения** Реанимация эффективная, идет 2 минуты. Студент должен продолжить реанимацию, организовать выезд реанимационной бригады на место события, обеспечить краниогипотермию. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	 П; З.2 зеленый жетон Ж.1 красный жетон
В.2	**Задача № 2. Реанимация 20 минут, эффективная** Вы — студент в общежитии. Реанимация идет 20 минут. В ответ на наружный массаж сердца зрачок хорошо суживается, отчетливая пульсация на крупных сосудах, хорошо видны экскурсии грудной клетки, кожные покровы слегка цианотичны, сознание не восстанавливается, попыток самостоятельного дыхания нет. Вызвана линейная бригада СП. – Оцените ситуацию. Действуйте!	
В.2-Э	**Задача № 2. Эталон решения** Реанимация 20 минут, эффективная. Не вызвана бригада реанимации. Студент должен продолжать реанимацию, организовать вызов реанимационной бригады, обеспечить краниогипотермию. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	 П; З.2; Б.30; зеленый жетон О.2 красный жетон

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 2

1	2	3
В.3	**Задача № 3. Реанимация 1 час, эффективная** Вы — студент в общежитии. Реанимация идет 1 час. В ответ на проведение наружного массажа сердца зрачок хорошо суживается, пульсация на шейных и бедренных артериях отчетливая, хорошо видны экскурсии грудной клетки, кожные покровы цианотичны. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.3-Э	**Задача № 3. Эталон решения** Задача № 1. Реанимация 1 час, эффективная. Студент должен продолжить реанимационные мероприятия, организовать краниогипотермию. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	П; З.2 (З.3) зеленый жетон О.2 красный жетон
В.4	**Задача № 4. Реанимация 2 часа, эффективная** Вы — студент в общежитии. Реанимация идет 2 часа. В ответ на массаж зрачок узкий, отчетливая пульсация на крупных сосудах, хорошие экскурсии грудной клетки, кожные покровы цианотичны. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.4-Э	**Задача №4. Эталон решения** Реанимация 2 часа, эффективная. Студент должен продолжить реанимацию, организовать краниогипотермию. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	П; З.2 зеленый жетон О.4 красный жетон
В.5	**Задача № 5. Неэффективная вентиляция** Вы — студент в общежитии. Реанимация идет одну минуту. Вы отметили, что вдувать воздух становится все труднее, очень слабые экскурсии грудной клетки. Зрачок широкий, на массаж суживанием не отвечает. Пульсация на крупных артериях при проведении массажа отчетливая. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.5-Э	**Задача № 5. Эталон решения** Реанимация продолжается 1 минуту, неэффективная вентиляция при эффективном массаже. Студент должен устранить причины неэффективной вентиляции и продолжить реанимацию. Оценка: а) правильные действия — б) неверные действия —	П; З.1 Б.14; Б.17 зеленый жетон О.3 красный жетон
В.6	**Задача № 6. Неэффективный массаж** Вы — студент в общежитии. Реанимация идет одну минуту. Вы отметили, что экскурсии при вдувании воздуха достаточно велики, есть ощущение струи выходящего воздуха на выдохе, зрачки остаются широкими, пульсации на крупных сосудах при массаже нет – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.6-Э	**Задача № 6. Эталон решения** Реанимация идет 1 минуту, эффективная вентиляция при неэффективном массаже. Студент должен устранить причины неэффективного массажа и продолжить реанимацию. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	П; З.1 зеленый жетон О.4; Б.13; Б.19; Б.21 красный жетон
В.7	**Задача № 7. Биологическая смерть** Вы — студент в общежитии. Реанимация идет 30 минут. В течение этого времени отчетливые экскурсии грудной клетки, пульсация на крупных сосудах. Зрачок все время широкий, на реанимационные мероприятия не реагирует. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	

Окончание табл. 2

1	2	3
В.7-Э	**Задача № 7. Эталон решения** Реанимация 30 минут. Биологическая смерть мозга. Студент должен прекратить реанимацию. Оценка:	
	а) правильные действия —	П; Б.24 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	О.5 красный жетон
В.8	**Задача № 8. Биологическая смерть** Вы — студент мединститута. В городском парке прохожие обнаружили человека без признаков жизни. Узнав, что вы — студент мединститута, пригласили вас для оказания помощи. При осмотре кожные покровы на ощупь теплые, цианотичные, пульсации на сонных артериях нет, экскурсий грудной клетки нет, над роговицей, в центре на фоне расширенного зрачка — участок помутнения. – Ваши дальнейшие действия?	
В.8-Э	**Задача № 8. Эталон решения** Биологическая смерть в городском парке. Симптом «плавающей льдинки». Студент должен не начинать реанимацию. Оценка:	
	а) правильные действия —	П; Б.24 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	О.8 красный жетон
В.9	**Задача № 9. Клиническая смерть на дому** Вы — студент мединститута. Утром прибежали соседи, просят срочно прийти к больному. По их свидетельству, за несколько минут до вашего прихода был здоров, внезапно захрипел и свалился со стула на пол. Объективно: признаков дыхания и кровообращения нет, цианоз, зрачки широкие, роговица чистая, блестящая! – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.9-Э	**Задача № 9. Эталон решения** Вызов к соседям. Клиническая смерть. Студент должен начать реанимацию, организовать вызов реанимационной бригады, обеспечить краниогипотермию. Оценка:	
	а) правильные действия —	П; З.1 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	О.6 красный жетон
	в) при несоблюдении правил реанимации	карточки массива Б
В.10	**Задача № 10. Реанимация при переломе ребер** Вы — студент в общежитии. Через 2 минуты после начала наружного массажа сердца при наличии остальных эффективных критериев реанимации под руками появился хруст и патологическая подвижность ребер. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
В.10-Э	**Задача № 10. Эталон решения** Эффективная реанимация, осложненная переломом ребер. Студент должен продолжить реанимацию с учетом перелома ребер. Оценка:	
	а) правильные действия —	П; З.2 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	Ж.4; О.7 красный жетон

Ситуация 2: «Ситуации для врача линейной бригады скорой помощи»

Таблица 3

Перечень карточек к игре

Буквенные обозначения	РАЗДЕЛ Содержание карточек игры	Карточки продолжения игры
1	2	3
	С. Ситуации для врача линейной бригады скорой помощи	
С	Ситуационная задача для врача линейной бригады СП	—
С.А	Объективные данные к ситуации С	—
С.1	Результат бездействия врача СП	—
	Г. Характеристика возможных правильных и неправильных действий врача СП	
Г.01	Определение пульсации на лучевой артерии (должна быть одномоментно с определением дыхания)*	О.1; С.1
Г.02	Возвращение к рации (телефону) для вызова реанимационной бригады	С.1
Г.03	Сбор анамнеза без участия в реанимации	С.1
Г.04	Введение лекарственных средств подкожно и внутримышечно	С.1; Б.10
Г.05	Неправильная методика внутрисердечного введения адреналина	Ж.3
Г.06	Введение дыхательных аналептиков на фоне клинической смерти	Ж.3
Г.07	Внутривенное введение любых медикаментов без сочетания с наружным массажем	Ж.4
Г.08	Попытка аускультации легких и сердца в ходе реанимации	Ж.3
Г.09	Определение пульсации на крупных артериях	П
Г.10	Определение состояния зрачка	П
Г.11	Включение в реанимацию	П; З.3
Г.12	Использование S-образной трубки для вентиляции	П; З.2
Г.13	Холод к голове	П; З.2
Г.14	Организация вызова реанимационной бригады без отрыва от реанимации	П; З.2; З.3
Г.15	Правильная методика внутрисердечного введения адреналина	П; З.2
Г.16	Капельное внутривенное введение препаратов на фоне массажа	З.3; З.4
	Д. Закрепляющие ситуационные задачи к разделу «С»	
Д.1	Задача № 1. Реанимация 20 минут, эффективная	З.2; Ж.1
Д.1-Э	Задача № 1. Эталон решения	
Д.2	Задача № 2. Реанимация 1 час, эффективная	З.3; Ж.4
Д.2-Э	Задача № 2. Эталон решения	
Д.3	Задача № 3. Реанимация 2 часа, эффективная	З.3; Ж.4
Д.3-Э	Задача № 3. Эталон решения	
Д.4	Задача № 4. Реанимация при переломе ребер	З.3; Ж.4; О.7
Д.4-Э	Задача № 4. Эталон решения	
Д.5	Задача № 5. Реанимация при биологической смерти	О.8
Д.5-Э	Задача № 5. Эталон решения	
Д.6	Задача № 6. Успешное завершение реанимации	З.5; А.3
Д.6-Э	Задача № 6. Эталон решения	
	З. Улучшение состояния	
З.1	Порозовение, суживание зрачка. *— Должно быть появление сердцебиения, появление кровообращения на периферии!!**	
З.2	Появление единичных самостоятельных вдохов	
З.3	Появление самостоятельного дыхания, движений	
З.4	Больной открыл глаза	
З.5	Реанимация прошла успешно	

* ред. 2019 г.

Окончание табл. 3

1	2	3
	Ж. Ухудшение состояния и смерть	
Ж.1	Смерть из-за пассивности реаниматора	
Ж.2	Ухудшение состояния	
Ж.3	Резкое ухудшение состояния	
Ж.4	Смерть из-за незнания правил реанимации. (Больной уже умер!!)*	
Ж.5	Потеря реаниматором сознания при гипервентиляции	
Ж.6-1	Пневмоторакс из-за большого объема вентиляции	
Ж.6-2	Регургитация	
Ж.7	Параплегия из-за переразгибания головы	
Ж.8	Результат оживления при биологической смерти	
Ж.9	Результат неправильного расположения рук при массаже	
	О. Ошибки реанимации	
О.1	Объяснение ошибок задачи № 4 раздела А.	
О.2	Ошибки оценки критериев эффективности **реанимации**	
О.3	Ошибки оценки эффективности **вентиляции**	
О.4	Ошибки оценки эффективности **наружного массажа**	
О.5	Ошибки **дифференциальной диагностики** клинической и биологической смерти	
О.6	Ошибки в оценке **длительности клинической смерти**	
О.7	Ошибки тактики при **переломе ребер**	
О.8	Ошибки в оценке **абсолютных** признаков **биологической смерти**	

* ред. 2019 г.

Таблица 4

Содержание карточек к игре

Буквенные обозначения	**РАЗДЕЛ Содержание карточек игры**	**Карточки продолжения игры**
1	2	3
	С. Характеристика ситуации для врача линейной бригады скорой помощи (без ЭКГ диагностики и дефибриллятора)*	
С	**Ситуационная задача.** Вы — врач линейной бригады скорой помощи. Вызов в студенческое общежитие медицинского института. На третьем этаже общежития в коридоре человек на полу, на спине. Двое студентов проводят реанимацию: один вдувает воздух *2 раза, второй 30 раз нажимает на грудину**. Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
С.А.	**Объективные данные к ситуации «С».** Кожа и слизистые несколько цианотичны, при массаже пульсация хорошо проводится на сонные артерии, без массажа пульсации нет, зрачки слегка расширены, роговица блестящая, прозрачная, экскурсии грудной клетки при вдувании воздуха хорошо видны. От начала реанимационных мероприятий прошло 10 минут	
С.1	– Время идет! Реанимацию продолжают студенты! Думайте!	
	Г. Характеристика возможных правильных и неправильных действий врача линейной бригады скорой помощи	
	Неправильные действия	
Г.1	**Определение пульсации на лучевой артерии во время массажа.** Вы напрасно теряете время! Запомните! Даже при проведении эффективного наружного массажа сердца пульсация крайне редко проводится на лучевые артерии!	красный жетон С.1
Г.2	**Возвращение врача к рации или телефону для вызова реанимационной бригады.** Уважаемый коллега! Вы прибыли на вызов для оказания помощи! Организацию вызова реанимационной бригады нужно поручить вашим коллегам по бригаде или окружающим! Реанимирующие устали!	красный жетон С.1

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 4

1	2	3
Г.3	**Сбор анамнеза без участия в реанимации.** Анамнез, конечно, нужен, но не лучше ли собирать его **параллельно с оказанием помощи**?! – Вы еще ничего не предприняли для улучшения состояния больного!!!	красный жетон С.1
Г.4	**Введение подкожно и внутримышечно любых лекарственных препаратов.** Врач скорой помощи обязан знать, что при отсутствии артериального давления или гипотензии **менее 70–60 мм рт. ст. лекарственные препараты из подкожно-жировой или мышечной тканей не всасываются**! Не обманывайте себя и окружающих! – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон Ж.3 (Ж.4)
Г.5	**Внутрисердечное введение адреналина (при неправильной методике).** Предлагаемый вами способ введения адреналина в сердце неверен! (*В настоящее время не применяется*!)* – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон Ж.3 (Ж.4)
Г.6	**Введение** *хлористого кальция и карбоната натрия** **на фоне клинической смерти. Ни в коем случае!** На фоне клинической смерти в условиях жесточайшей гипоксии требуется не стимулирующая, а заместительная терапия! Введение дыхательных аналептиков требует дополнительных затрат кислорода, запасы которого израсходованы! – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон Ж.3 (Ж.4).
Г.7	**Внутривенное введение любых медикаментов без сочетания с наружным массажем и вентиляцией.** Напрасно тратите лекарства и время! Любые внутривенные введения медикаментов при отсутствии кровообращения не могут дать результатов! – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон Ж.4
Г.8	**Попытка аускультации сердца и легких на фоне реанимации**. Вряд ли вам удастся выполнить ваше намерение, не прерывая хода реанимации. Вы потеряете время, не оказывая больному помощи! Если пульсация на сонных артериях не определяется, нет смысла заниматься аускультацией! – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон Ж.3 (Ж.4)
	Правильные действия	
Г.9	**Определение врачом наличия пульсации на сонных артериях.** Правильно! Обязательно проконтролируете в начале своей работы эффективность предшествующей реанимации! – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон С.А.
Г.10	**Определение врачом состояния зрачка.** Правильно! Необходимо перед началом вашей работы убедиться, что до вашего приезда биологическая смерть не наступила, реанимация велась эффективно и головной мозг жизнеспособен. – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон С.А.
Г.11	**Включение врача в реанимацию.** Правильно! Вас для того и пригласили, чтобы вы оказали помощь! Кроме того, нужно помнить, что реанимационные мероприятия требуют больших затрат энергии, и реаниматоры, конечно, устали! – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон З.3
Г.12	**Использование S-образной трубки для вентиляции**. Правильно! Вы значительно облегчаете условия вентиляции и улучшаете проходимость дыхательных путей! – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон З.2 (З.3)
Г.13	**Организация краниогипотермии (холод к голове).** Прекрасно! Клинически и экспериментально доказано, что гипотермия значительно увеличивает длительность клинической смерти и улучшает обратимость метаболических нарушений в головном мозге! – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон З.3
Г.14	**Организация врачом вызова реанимационной бригады параллельно с проведением реанимации**. Правильно! Вы хорошо ориентируетесь в обстановке! Всегда можно послать к телефону и рации кого-то из присутствующих! – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон З.2

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 4

1	2	3
Г.15	**[Правильная методика внутрисердечного введения адреналина.** Вы поступаете правильно: адреналин вводится с помощью длинной иглы (8–10 см), прокол после обработки кожи производится в четвертом межреберье слева, отступая от края грудины влево на 1,5–2 см. Игла вводится на всю длину до павильона, затем шприц при потягивании за поршень медленно извлекается до появления в нем крови. После этого вводится содержимое шприца. В шприце должен быть адреналин и 10 мл 10% хлористого кальция!] **В настоящее время не применяется!*** – Ваши дальнейшие действия?	зеленый жетон З.2
Г.16	**[Внутривенное введение сердечных средств, гормональных препаратов, атропина, адреналина, антигипоксантов в сочетании с реанимационными мерами.** Правильно! Только при наличии кровообращения и дыхания можно рассчитывать на эффект действия лекарственных препаратов! Однако следует помнить, что некоторые лекарственные препараты в условиях ацидоза, неизбежно развивающегося при клинической смерти, могут извращать свое действие и давать эффект обратный желаемому]. **Устарело.**	В настоящее время не применяется*
	Правильно: только адреналин до установления обратимых причин смерти! + Инфузия кристаллоидов. На этом *этапе без ЭКГ-диагностики и доп. сведений вводить нельзя!**	зеленый жетон З.2 (З.3)
	Д. Закрепляющие ситуационные задачи к ситуации С и эталоны их решения	
Д.1	**Задача 1 (С).** Вы — врач СП. Вызов в студенческое общежитие мединститута. Со слов студентов, проводящих реанимацию, она длится 20 минут. Пульсация на шейных сосудах во время массажа четкая, зрачки умеренно расширены, вяло реагируют на свет, экскурсии грудной клетки хорошо видны на глаз. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
Д.1-Э	**Эталон задачи 1 (С).** Реанимация 20 минут, эффективная. Необходимо: продолжать реанимацию, вызвать реанимационную бригаду, принять меры к защите мозга (холод к голове). Оценка:	
	а) правильные действия —	З.2 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	Ж.1 красный жетон
Д.2	**Задача 2 (С).** Вы — врач СП. Вызов в студенческое общежитие мединститута. Со слов студентов реанимация идет 1 час. Пульсация на шейных сосудах при проведении массажа четкая, зрачки умеренно расширены, вялая реакция на свет, роговица прозрачная, экскурсии грудной клетки хорошо видны. Кожные покровы цианотичны. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
Д.2-Э	**Эталон задачи 2 (С).** Реанимация 1 час, эффективная. Врач СП должен: продолжить реанимацию, вызвать реанимационную бригаду, принять меры к защите мозга. Оценка:	
	а) правильные действия —	З.3 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	Ж.4 красный жетон
Д.3	**Задача 3 (С).** Вы — врач СП. Вызов в студенческое общежитие медицинского института. Со слов студентов реанимация идет 2 часа, на фоне эффективного массажа и вентиляции зрачок суживается, кожные покровы цианотичны. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
Д.3-Э	**Эталон задачи 3 (С).** Реанимация идет 2 часа, эффективная. Врач СП должен: продолжить реанимацию, вызвать реанимационную бригаду, принять меры к защите головного мозга. Оценка:	
	а) правильные действия —	З.3 зеленый жетон
	б) неправильные действия —	Ж.4 красный жетон

* ред. 2019 г.

Продолжение табл. 4

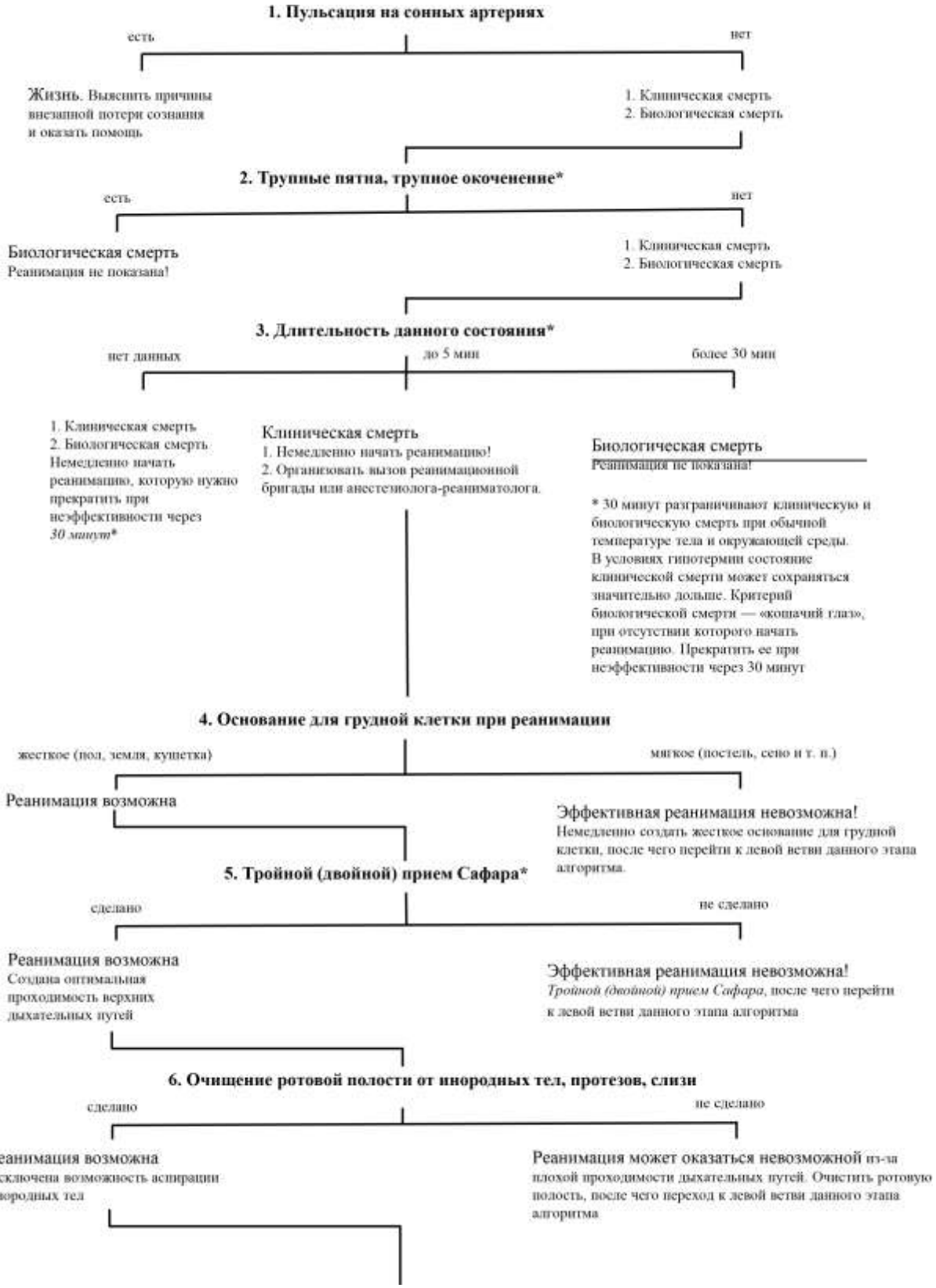
1	2	3
Д.4	**Д.4. Задача 4 (С).** Вы — врач СП: вызов в студенческое общежитие мединститута. Реанимация длится 30 минут. Отчетливая пульсация на сонных артериях на фоне массажа, зрачок реагирует на свет, хорошие экскурсии грудной клетки, под руками во время массажа хруст, флюктуация ребер. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
Д.4-Э	**Эталон задачи 4 (С).** Реанимация эффективная, 30 минут, перелом ребер. Врач СП должен: продолжить реанимацию с учетом перелома ребер! Вызвать бригаду реанимации, принять меры к защите головного мозга. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	З.3 зеленый жетон Ж.4 и О.7 красный жетон
Д.5	**Задача 5(С).** Вы — врач СП. Вызов в студенческое общежитие. Реанимация проводится 40 минут. Отчетливая пульсация на сонных артериях при массаже, хорошие экскурсии грудной клетки, зрачок в течение времени реанимации занимает всю радужку, в центре участок помутнения. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
Д.5-Э	**Эталон задачи 5 (С).** Реанимация 40 минут, биологическая смерть. Врач СП должен прекратить реанимацию, вызвать судебных медиков. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия —	зеленый жетон О.8 красный жетон
Д.6	**Задача 6 (С).** Вы — врач СП. Вызов в студенческое общежитие. К моменту Вашего осмотра у больного отчетливая самостоятельная пульсация на сонных артериях, попытки самостоятельных вдохов, зрачок умеренно расширен, слабая реакция на свет. – Оцените ситуацию. Ваши дальнейшие действия?	
Д.6-Э	**Эталон задачи 6 (С).** Восстановление сердечной деятельности, неэффективное дыхание. Врач СП должен: продолжить ИВЛ, принять меры к улучшению работы миокарда, организовать вызов реанимационной бригады, принять меры к защите головного мозга, начать оксигенотерапию. Оценка: а) правильные действия — б) неправильные действия (объективные данные клинической смерти) —	З.5 зеленый жетон А.3 красный жетон
	З. Улучшение состояния больного	
З.1	**Состояние улучшается**: порозовел носогубный треугольник, сузился зрачок, на крупных сосудах при проведении массажа отчетливая пульсация!	
З.2	**Состояние улучшается:** кожные покровы порозовели, зрачок узкий, появляются попытки самостоятельных вдохов	
З.3	**Состояние улучшается!!!** Кожные покровы розовые, зрачок узкий, четкое самостоятельное дыхание, больной двигает руками!	
З.4	**Состояние улучшается**: больной открыл глаза, удивленно смотрит на реаниматолога, просит «не беспокоить»	
З.5	**Реанимация закончилась успешно.** К моменту приезда реанимационной бригады у больного отчетливая пульсация на периферических артериях, исчез «мраморный» рисунок кожи, больной периодически открывает глаза, дыхание 24 в минуту. Бригада реанимации благодарит вас за правильную тактику при проведении реанимационных мероприятий. В приказе по СП вам объявлена благодарность	
	О. Ошибки	
О.1	Суживание зрачка на первой минуте от начала реанимационных мероприятий — показатель небольшой длительности состояния клинической смерти и хорошей жизнеспособности головного мозга! Если вы прекратите реанимацию, больной обязательно погибнет!!! – Ваши дальнейшие действия?	красный жетон
О.2	Вы плохо знакомы с критериями эффективности реанимации!!! Суживание зрачка на фоне проведения непрямого массажа — показатель жизнеспособности головного мозга! Если вы прекратили реанимацию, получите карточку	Ж.4

Окончание табл. 4

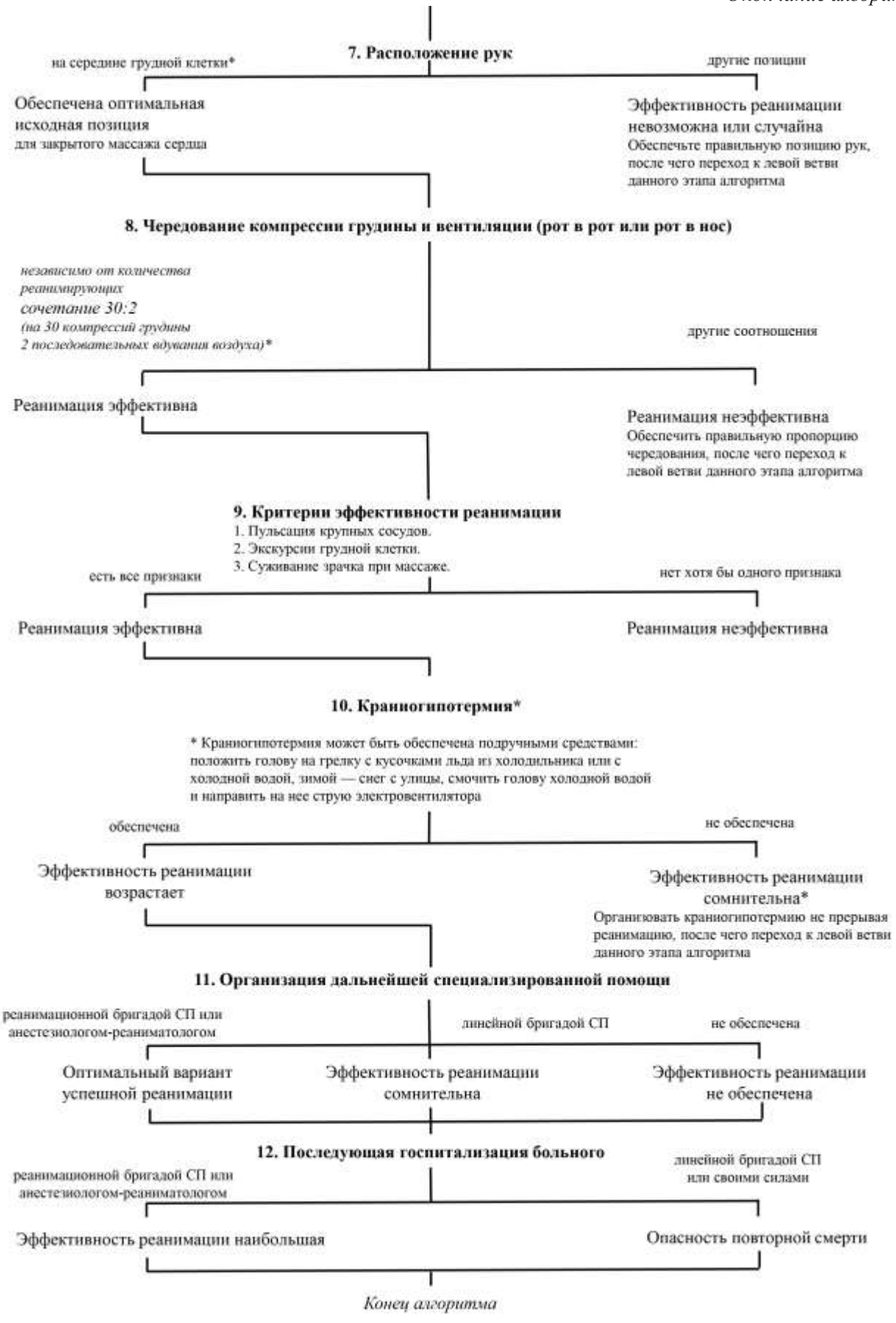
1	2	3
О.3	Вы не знаете критериев эффективности вентиляции!! В ответ на вдувание воздуха вы должны наблюдать экскурсии грудной клетки, ощущать струю выходящего на выдохе воздуха, наблюдать улучшение окраски кожных покровов! Получите карточку	Ж.3
О.4	Вы не знаете критериев эффективности наружного массажа сердца!!! Они заключаются в следующем: проведение пульсации на крупные артерии (сонные и бедренные), суживание зрачков при массаже сердца, улучшение окраски кожных покровов. Получите карточку	Ж.3
О.5	Отсутствие суживания зрачков в течение 30 минут* при наличии остальных признаков эффективности реанимации — абсолютный критерий биологической смерти! При продолжении вами реанимации возможно восстановление кровообращения и дыхания, но наступает социальная смерть — смерть головного мозга! Получите карточку	Ж.8
О.6	Если при опросе свидетелей* вы выяснили, что прошло не более 5 минут с момента катастрофы, вы обязаны начать реанимацию! Помните: жизнь дается человеку один раз, и каждая утрата невозобновима!	Ж.4
О.7	Запомните! Перелом ребер не является противопоказанием к продолжению наружного массажа сердца. Необходимо лишь рассчитывать усилия при компрессиях, чтобы механически не травмировать сердце. При прекращении массажа больной обязательно погибнет! Получите карточку	Ж.3 (Ж.4)
О.8	Вы плохо знаете абсолютные признаки биологической смерти!!! Они заключаются в следующем: помутнение роговицы (симптом «плавающей льдинки»), «кошачий глаз» (при надавливании на радужную оболочку с двух сторон зрачок становится щелевидным), наличие трупных пятен. ***Абсолютные признаки биологической смерти: трупные пятна (~ 2 часа), трупное окоченение (~ 2 часа), постепенное снижение температуры до температуры окружающей среды****	В приказе №73 этих признаков нет!
	Ж. Ухудшение состояния и смерть больного	
Ж.1	**Больной умер!** Вы могли оказать помощь, но не сделали этого. Родственники больного, узнав обстоятельства происшествия, возбудили против вас уголовное дело	красный жетон
Ж.2	**Состояние больного ухудшилось:** цианоз увеличился, расширился зрачок! Время идет, думайте!	красный жетон
Ж.3	**Состояние больного резко ухудшилось!** Кожные покровы цианотичны, ногти чугунно-синего цвета, зрачок занимает всю радужку! Время идет, думайте!	красный жетон
Ж.4	**Больной умер!** Вы не готовы оказать помощь больному в условиях внезапной смерти!	красный жетон
Ж.5	После 10–12 интенсивных вдуваний воздуха **вы** внезапно почувствовали головокружение и **потеряли сознание! Больной умер!**	красный жетон Б.20
Ж.6	Появилось выраженное сопротивление при вдувании воздуха, смещение средостения, тимпанит над левой половиной грудной клетки. Состояние ухудшается, нарастает цианоз, зрачки расширились! При очередном вдувании воздуха – бульканье в гортани, кислый запах изо рта, сопротивление при вдувании воздуха, нарастание цианоза, расширение зрачков. **Больной умер!**	красный жетон
Ж.7	Реанимация завершилась оживлением больного, однако в постреанимационном периоде у больного стойкий парез верхних конечностей, больной переведен на инвалидность	красный жетон
Ж.8	В результате ваших стараний у больного восстановилось самостоятельное дыхание и кровообращение. Прошло около 2 месяцев, больной находится в отделении реанимации, питание через зонд**, на энцефалограмме — признаки смерти головного мозга**. Родственники больного возбудили против вас уголовное дело	красный жетон
Ж.9	При очередном нажатии на грудину в область ее нижней трети появился хруст под руками, изо рта и носа больного выливается желудочное содержимое. Очередная попытка вдувания в рот не удается. Нарастает цианоз, зрачки расширились. **Больной умер!**	красный жетон

* ред. 2019 г.

Алгоритм диагностики и оказания неотложной помощи при внезапной смерти



Окончание алгоритма



Приложение 3. Деловая игра «Организация фармацевтического производства»

Н. О. Карабинцева, д-р фармацевт. наук, проф., зав. кафедрой фармацевтической технологии и биотехнологии НГМУ – 2012

Цель: разработка активного метода обучения «Деловая игра» в активизации познавательной деятельности по формированию профессионально значимых компетенций будущего провизора. Закрепление знаний по обеспечению качества лекарственных средств в соответствии с правилами GMP, получении практических навыков по реализации должностных обязанностей основных участников фармацевтического производства.

Задачи

1. Разработать и экспериментально проверить деловую игру как активный метод обучения в активизации познавательной самостоятельности обучающихся при изучении дисциплины «Фармацевтическая технология».

2. Разработать критерии и показатели активизации познавательной самостоятельности учащейся молодежи.

Управление деловой игрой осуществляется как инструментальное и эмоционально-ролевое. Руководитель игры ее запускает, осуществляет постановку цели, знакомит участников с ее описанием, участвует в распределении ролей, предоставляет в распоряжение участников необходимую информацию. Если ведущий обнаружил недостаточность знаний игроков по возникающим вопросам, он может ввести ситуацию обращения к компетентным специалистам для консультации.

Предметом внимания руководителя должно стать создание игровой мотивации, обеспечение оптимальной динамики межличностных отношений. Игроки должны убедиться, что результат появляется неслучайно и не просто по воле разработчиков, а есть следствие имитации реальных процессов.

После окончания игры проводится ее обсуждение, выясняется, почему принимались те или иные решения, к каким результатам они привели, каким стратегиям отдавалось предпочтение.

МЕСТО ДЕЛОВОЙ ИГРЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ»

Исходной базой игры является набор компетенций, задаваемых ФГОС, которые формируются в ходе обучения фармацевтической технологии.

Возможность отойти от традиционной формы проведения практического занятия по теме «Организация фармацевтического производства» к проведению его в виде деловой игры позволяет систематизировать, упорядочить знания студентов по GMP организации фармацевтического производства. Участвуя в игре, будущие провизоры могут не просто учиться ориентироваться в вопросах внедрения GMP на производстве, но и «примеривать» на себя ту или иную позицию, пробовать себя в различных ролях, учиться не пасовать и не теряться в сложных ситуациях, работать в команде, быть лидером, планировать свои действия и предвидеть их результат, уметь держать в голове множество важных мелочей.

SWOT-анализ деловой игры «Организация фармацевтического производства»

Сильные стороны	Возможности
1. Демонстрируются типовые алгоритмы профессиональных действий. 2. Формируются профессиональные качества специалистов. 3. Прививаются навыки организационной деятельности. 4. Моделируются производственные ситуации (подбора технологии, проведения тех. операций, стандартизации и т. д.) 5. Отрабатываются навыки ведения документации 6. Раскрывается личностный потенциал студентов. 7. По некоторым должностям игроков привлекаются знания, полученные по другим дисциплинам. 8. Осуществляется контроль за проведением игры	1. Сокращаются сроки адаптации молодых специалистов на производстве. 2. Участие практиков — специалистов фармпроизводств на финальной этапе деловой игры. 3. Совмещение отдельных элементов игры с результатами выполнения дипломных работ
Слабые стороны	**Угрозы**
1. Вмешательство преподавателя. 2. Неактивность студентов и преподавателя на подготовительной стадии. 3. Пассивность участников четкий план игры и подготовка	1. Срыв игры. 2. Приобретение негативного опыта в случае

Объект игры — фармацевтическое производство и технологические процессы производства лекарственных средств.

Распределение времени проведения деловой игры во время прохождения учебной практики: 1-й день — инструктаж и распределение обязанностей; 2–10-е дни — репетиционный; 11–12-е дни — демонстрационный и заключительный этапы.

Состав участников игры: директор предприятия; начальник цеха; мастер; технолог производства (возглавляет производственно-технический отдел); начальник склада; начальник отдела контроля качества; лаборант анализа; аппаратчик; руководитель отдела маркетинга. До каждого игрока доводится должностная инструкция, техническое задание, выдаются документы к заполнению.

Структура производства определяется участниками игры с сохранением обязательных структур. Предприятие специализируется на выпуске конкретной продукции.

ВАРИАНТЫ ТЕХНИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

Организовывать технологический процесс производства готового продукта в соответствии с международными и отечественными требованиями и стандартами (GMP, ГОСТ, ФС, ФСП).

Для этого необходимо:

1. Получить заданное количество готового продукта:
– 130 кг жидкого экстракта;
– 250 кг настойки элеутерококка;
– 310 кг мази цинковой;
– 100 кг суппозиториев «…»;
– 25 кг таблеток стрептоцида 0,5;
– и т. д.
2. Составить рабочие прописи для получения готового продукта.
3. Представить технологическую схему производства.
4. Представить схему материальных потоков.
5. Отразить условия поступления, приемки, хранения и передачи в цех субстанций, вспомогательных веществ и материалов.
6. Представить аппаратурную схему производства.

7. Провести стандартизацию полупродуктов и продуктов.

8. Разработать стандартные операционные процедуры (по одной) для каждого этапа работы.

9. Заполнить и представить все необходимые документы, сопровождающие производственный процесс.

10. Представить инструкцию на препарат. Разработать маркетинговую стратегию продвижения препарата.

ПРОВЕДЕНИЕ ИГРЫ

Все участники занимают места в соответствии с территориальным расположением структур, которые они будут представлять. Для организации рабочих мест используют макеты, оборудование, слайды, презентации, таблицы, инструкции, документы, которые заполняются в процессе игры.

Собственно игра предусматривает раскрытие организации фармацевтического производства на примере производства конкретного препарата. На этом этапе приводятся сведения по организации производства и обеспечению качества лекарственного средства на этапе его производства, проводятся необходимые расчеты, оформляются документы. Приводятся характеристики исходных компонентов, промежуточных, готовых лекарственных средств, контролируется их качество. В качестве производственной ситуации разыгрывается ситуация возникновения брака, установления его причин, устранение.

Преподаватель-модератор выполняет роль внешнего аудитора, подводя промежуточные итоги, рациональные решения, ошибки и т. д.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

Для оценки качества освоения студентами знаний и сформированности у них умений и навыков по фармацевтической технологии используется следующая методика.

Коэффициент усвоения содержания понятий проводился по формуле:

$$K = \frac{\sum_{i=1}^{n} l_i}{l \cdot n},$$

где l_i — число существенных признаков понятия, усвоенных i-м студентом;

l — общее число признаков понятия;

n — число студентов.

Примерный вариант тестовых заданий
«Организация фармацевтического производства»

1. Направления нормирования производства лекарственных препаратов:

1) ограничение круга лиц, занимающихся фармацевтической деятельностью; нормирование состава прописей и условий производства; соблюдение норм технологических процессов и условий производства; стандартизация готовой продукции;

2) ограничение круга лиц, занимающихся фармацевтической деятельностью; соблюдение норм технологических процессов и условий производства; стандартизация готовой продукции;

3) нормирование состава прописей и условий производства; соблюдение норм технологических процессов и условий производства; стандартизация готовой продукции;

4) стандартизация готовой продукции.

2. GMP — это:

1) описание технологического процесса при получении какого-либо лекарственного препарата;

2) единая система требований по организации производства и контроля качества лекарственных средств от начала переработки сырья до получения готового продукта;

3) система организации контроля качества готового продукта в соответствии с рекомендациями ВОЗ;

4) промышленный регламент.

3. Валидация означает:

1) виды контроля, выполняемые во время производства с целью наблюдения за производственным процессом, контроль окружающей среды и чистоты оборудования;

2) проверку в случае чрезвычайных ситуаций;

3) документированное подтверждение соответствия оборудования, условия производства, технологического процесса, качества полупродукта и готового продукта действующим регламентом и требованиям НД;

4) стандартизацию готового продукта.

4. Оригинальный препарат (бренд) — это:

1) препарат, содержащий то же действующее вещество в той же дозе и лекарственной форме и обладающий таким же действием, что и оригинальный препарат;

2) препарат, имеющий одинаковое химическое название;

3) новое лекарственное средство, впервые появившееся на рынке и зарегистрированное в законодательном порядке и охраняющееся патентом;

4) препарат, обладающий аналогичным фармакологическим действием.

5. Метод вихревой экстракции используют для получения:

1) водных, водно-спиртовых извлечений;

2) экстракционных мазей;

3) масляных экстрактов;

4) новогаленовых препаратов.

6. К источникам микробного загрязнения лекарственных препаратов относятся:

1) растворители, вспомогательные и лекарственные вещества;

2) воздух и оборудование помещений;

3) лица, занятые изготовлением лекарств;

4) все вышеперечисленное.

7. Ламинарная установка предназначена:

1) для стерилизации растворов;

2) создания потока очищенного стерильного воздуха;

3) дезинфекции посуды;

4) стерилизации посуды.

8. Воду для инъекций получают:

1) дистилляцией ионным обменом;

2) дистилляцией обратным осмосом;

3) обратным осмосом, диализом;

4) магнитной обработкой.

9. Требования к упаковке детских лекарственных форм:

1) невозможность открывания ребенком самостоятельно; наличие дозирующих устройств для упаковки многоразового использования;

2) эстетическое оформление лекарства, использование однодозовой упаковки;

3) наличие дозирующих устройств для упаковки многоразового использования;

4) невозможность открывания ребенком самостоятельно; наличие дозирующих устройств для упаковки многоразового использования; эстетическое оформление лекарства, использование однодозовой упаковки.

10. Основные направления развития фармацевтической технологии:

1) разработка и совершенствование традиционных лекарственных форм, создание лекарственных форм направленного и пролонгированного действия, разработка детских лекарственных форм;

2) создание лекарственных форм направленного и пролонгированного действия, разработка детских лекарственных форм;

3) разработка и совершенствование гомеопатических лекарственных форм;

4) разработка детских лекарственных форм.

11. Правила GMP предусматривают следующие основные положения:

1) обеспеченность производства квалифицированным персоналом; требования к качеству сырья, вспомогательным и упаковочным материалам; контроль на всех этапах производства; реализация готового продукта;

2) обеспеченность производства квалифицированным персоналом; требования к качеству сырья, вспомогательным и упаковочным материалам; контроль на всех этапах производства;

3) требования к качеству сырья, вспомогательным и упаковочным материалам; контроль на всех этапах производства;

4) реализация готового продукта.

12. Химические эквиваленты — это:

1) лекарственные препараты одинакового качественного и количественного состава, выпускаемые в одинаковых лекарственных формах, обеспечивающие одинаковую биодоступность;

2) лекарственные препараты одинакового качественного и количественного состава, выпускаемые в одинаковых лекарственных формах;

3) лекарственные препараты одинакового качественного и количественного состава, выпускаемые в одинаковых лекарственных формах и обеспечивающие одинаковую терапию в отношении одного и того же заболевания;

4) лекарственные препараты одинакового качественного и количественного состава.

13. Биологическая доступность — это:

1) степень всасывания лекарственного вещества из места введения в системный кровоток и скорость, с которой этот процесс происходит;

2) способность вызывать в токсических дозах систолическую остановку сердца;

3) основные фармацевтические факторы;

4) основные фармакологические эффекты.

14. Воспроизведенный препарат (дженерик) — это:

1) препарат, содержащий то же действующее вещество в той же дозе и лекарственной форме и обладающий таким же действием, что и оригинальный препарат;

2) препарат, имеющий одинаковое химическое название;

3) новое лекарственное средство, впервые появившееся на рынке, зарегистрированное в законодательном порядке и охраняющееся патентом;

4) препарат, обладающий аналогичным фармакологическим действием.

15. Методы получения воды очищенной, кроме:

1) ионного обмена;
2) обратного осмоса;
3) дистилляции;
4) ректификации.

16. Преимущества метода вихревой экстракции для получения фитопрепаратов, кроме:

1) сокращения времени экстракции до нескольких минут;
2) интенсивного перемешивания;
3) размола сырья в среде экстрагента;
4) повышения температуры.

17. Химические методы стерилизацию включают:

1) радиационную стерилизацию, газовую стерилизацию;
2) газовую стерилизацию, стерилизацию растворами;
3) стерилизацию УФ-лучами;
4) стерилизацию растворами.

18. Стекло для изготовления ампул должно обладать свойствами, кроме:

1) термической и химической устойчивости;
2) прозрачности;
3) отсутствия механических включений;
4) тугоплавкости.

19. Документированное подтверждение соответствия оборудования, условий производства, технологического процесса, качества полупродукта и продукта действующим регламентам и НТД называется:

1) лицензированием;
2) валидацией;
3) квалиметрией;
4) стандартизацией.

20. Готовый продукт — это:

1) лекарственное средство, предназначенное для отпуска индивидуальному потребителю в удобной для применения форме;

2) лекарственное вещество в виде определенной лекарственной формы;

3) лекарственное вещество, прошедшее все стадии производственного процесса;

4) определенное количество лекарственного вещества, изготовленного за один производственный цикл при постоянных условиях.

21. Материалы первичной упаковки должны:

1) обеспечить защиту от воздействия неблагоприятных условий внешней среды;
2) предохранять от механических повреждений;
3) быть удобными в использовании;
4) все верно.

22. Заводское производство отличается от аптечного:

1) объемом производства, сроками годности лекарственных препаратов, номенклатурой препаратов;

2) сроками годности лекарственных препаратов;

3) качеством лекарственных препаратов;

4) объемом производства.

23. Чистые помещения — это помещения:

1) для санитарной обработки персонала;

2) изготовления стерильных лекарственных форм с чистотой воздуха, нормируемой по содержанию механических частиц и микроорганизмов;

3) анализа продукции;

4) стерилизации продукции.

24. Виды упаковки порошков заводского производства, кроме:

1) банок стеклянных и пластмассовых;

2) пакетов полиэтиленовых;

3) коробок картонных;

4) капсул бумажных.

25. Фармакопейными методами стерилизации являются все, кроме:

1) стерилизации насыщенным паром;

2) стерильной фильтрации;

3) химической стерилизации;

4) стерилизации текучим паром.

26. Повторная валидация проводится в случае, когда происходит:

1) замена или ремонт оборудования, переоборудование производственных помещений;

2) изменение технологической документации, выявление нерегламентированных отклонений при проведении производственного процесса;

3) изменение НТД на готовое лекарственное средство, сырье, вспомогательные, упаковочные и маркировочные материалы;

4) все верно.

27. Торговое название лекарственного средства соответствует:

1) фирменному названию лекарства;

2) наименованию препарата по системе МНН;

3) наименованию препарата в соответствии с фармакотерапевтической классификацией;

4) наименованию препарата в соответствии с химической классификацией.

28. Производство стерильных лекарственных средств должно осуществляться в помещениях:

1) 3-го класса чистоты;

2) 2-го класса чистоты с турбулентным потоком воздуха;

3) 1-го класса чистоты с условиями поточности технологического процесса;

4) в асептических условиях.

29. Для проведения экстракционной очистки в системах «жидкость — жидкость» используют:

1) дисковый диффузионный аппарат;

2) экстракторы с РПА;
3) центробежные экстракторы;
4) экстракторы с мешалками;
5) пружинно-лопастной экстрактор.

30. Способ наполнения ампул масляными растворами:
1) вакуумный;
2) ультразвуковой;
3) шприцевой;
4) контактный;
5) центробежный.

Приложение 4. Деловая игра «Мастопатия. Рак молочной железы»

В. А. Лебедева, канд. мед. наук, доцент кафедры онкологии НГМУ — 2012

Цель: формирование профессионально значимых компетенций у студентов пятого курса медицинского вуза при изучении дисциплины «Онкология».

Научить студентов методам своевременной диагностики предопухолевых заболеваний и рака молочной железы с использованием активных методов, уметь составлять программу лечения для этих больных и методов профилактики.

Задача: активизации познавательной самостоятельности обучающихся при изучении дисциплины онкология по теме «Мастопатия. Рак молочной железы»:

1. Ознакомить студентов с вопросами статистики, этиологии и патогенеза пациенток с мастопатией и раком молочной железы.
2. Проверить и закрепить знания анатомии молочной железы, гистологии и путей метастазирования при данной патологии.
3. Изучить клинические проявления, современные методы диагностики мастопатии и рака молочной железы, а также методы профилактики.

СЦЕНАРИЕМ ИГРЫ выступает совокупность форм и методов организации занятия, выстроенных во времени и позволяющих максимально эффективно достигать заявленных целей занятия.

Обучающийся наряду с новыми профессиональными знаниями и навыками вырабатывает навыки специального взаимодействия и управления людьми, коллегиальность, умение руководить и подчиняться, корректирует личностные качества, ускоряет процесс социализации. В процессе игры осваиваются нормы профессиональных действий и нормы социальных действий, т. е. отношений в профессиональном коллективе медиков. При этом каждый ее участник находится в активной позиции, взаимодействует с партнерами, соотнося свои интересы с партнерскими, и таким образом через взаимодействие с коллективом развивает себя.

СОДЕРЖАНИЕМ ИГРЫ выступает противоречие между известным знанием и неизвестным. Поиск неизвестного — эта система познавательных мыслительных действий, логически подводящая к обнаружению скрытых в условии задачи связей и отношений.

Студентам предлагаются фантомы молочных желез с диагнозом мастопатия, рак молочной железы и фантом молочной железы без патологии, на которых студенты закрепляют свои знания и умения. После закрепления навыков основной группе студентов даны для курации пациентки с данной патологией, чтобы они подтвердили и закрепили свои умения на практике.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ-МОДЕРАТОРА

1. Формулирование целей и определение темы занятия.
2. Выделение видов деятельности, которые в соответствии с целями в контексте темы занятия будут выполнять обучающиеся.
3. Определение необходимого теоретического материала и доступных источников, в которых обучающиеся быстро найдут нужную информацию.
4. Подготовка контролирующих материалов для входного и выходного контроля уровня знаний.
5. Планирование возможного сценария занятия, который определяет эффективное взаимодействие преподавателя и обучающихся на занятии.

6. Использование современных средств, позволяющих активизировать познавательную деятельность студентов и моделировать элементы профессиональной деятельности. Выбор оборудования определяется целями занятия и дисциплины. Использование оборудования для решения задач с профессиональной направленностью.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ВОЗМОЖНЫМИ ЗАТРУДНЕНИЯМИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

1. Проявлять личностную, интеллектуальную активность и инициативу, дискутировать со студентами по поводу предлагаемых вариантов решений.

2. На каждом этапе решения проблемной ситуации организовать обсуждение, консультировать обучающихся, разрешать возникшие затруднения, предлагать новые задания.

3. В случае недостаточной подготовки обучающихся необходимая информация по изучаемой теме предоставляется им в процессе создания проблемной ситуации (использование рекомендованной литературы, в том числе методических рекомендаций, учебных пособий, выпущенных кафедрой на занятиях), т. е. студенты на занятии имеют возможность самостоятельно с помощью учебных материалов находить ответы на возникающие вопросы.

КОНТРОЛИРУЕМЫЕ НАВЫКИ

1. Сбор анамнеза у больных с мастопатией, раком молочной железы.

2. Составление диагностической программы у больных:

а) проведение физикального обследования (осмотр, пальпация молочной железы, подмышечных и надключичных лимфатических узлов);

б) назначение и оценка результатов дополнительных методов исследования (УЗИ, ММГ, диагностическая пункция с цитологическим исследованием и др.).

3. Проведение дифференциальной диагностики основных заболеваний молочной железы.

4. Назначение больным с мастопатией и раком молочной железы необходимого лечения.

Студент как врач-онколог заполняет кураторский лист.

Заполненные листы являются базой для обсуждения и оценки результата.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИГРЫ

Студенты делятся на группы по 3–4 человека. В период имитационной игры студенты внутри групп обсуждают, обобщают, интерпретируют полученные результаты практической части задания; аргументируют свою позицию по обсуждаемой проблеме (предлагается практическое задание: провести осмотр, собрать анамнез и поставить диагноз и выбрать методы лечения больной) оформляют результаты работы — заполнение «кураторского листа», по существу пишут алгоритм действия в конкретной ситуации.

Студенты имеют возможность самостоятельно с помощью учебных материалов находить ответы на возникающие вопросы.

Преподаватель консультирует обучающихся в случае затруднения в ответе на возникшие вопросы. Преподаватель может сам подсказать ответ на вопрос, но при этом вовлекает обучающихся в дискуссию, направляя их в сторону правильного решения. В некоторых случаях для разрешения затруднений преподаватель относит студентов к конкретному источнику информации или его разделу.

Уровень подготовки обучающихся должен быть достаточным для понимания условий задания и достигаемой конечной цели.

В случае недостаточной подготовки обучающихся необходимая информация об изучаемом явлении или некоторых способах действия предоставляется им в процессе создания проблемной ситуации (студентам рекомендуют обратиться к учебному пособию, лекции и т. д.), преподаватель может помочь студенту наводящими вопросами.

В табл. 1 представлена в общем виде организационная часть игры

Таблица 1

Организационная часть игры

№ п/п	Этапы занятия	Место занятия	Оснащения и условия
1	Обозначение темы и целей занятия	Учебная комната	Рекомендованная литература
2	Входной тестовый контроль	Учебная комната	Тесты по теме занятия
3	Семинар по теме. Студенты отвечают на поставленные вопросы (рекомендована литература для самостоятельной подготовки)	Учебная комната	Постеры, мультимедийное проектирование, фантомы
4	Курирование пациенток с диагнозом рак молочной железы. Заполнение кураторского листа	Радиологическое отделение ООД.	Больные радиологического отделения. Фонендоскоп, тонометр для измерения давления. История болезни
5	Обсуждение практической части работы	Учебная комната	Кураторские листы (заполненные)
6	Выходной тестовый контроль	Учебная комната	Тесты по теме занятия

В конце занятия студенты докладывают результаты решения поставленной задачи, аргументируя свою позицию. Обучающиеся отвечают на поставленные вопросы преподавателя.

РЕЗУЛЬТИРУЮЩАЯ ОЦЕНКА ПО 5-БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ выставляется преподавателем всем студентам одной рабочей группы по результатам проделанного задания в ходе заключительного обсуждения:

1. Клинический осмотр больного по системам.
2. Детальный анализ результатов лабораторного и инструментального обследования больного по истории болезни, обсуждение результатов обследования внутри групп.
3. Обсуждение и оценка физического состояния больного по ASA внутри групп.
4. Заполнение кураторского листа.
5. Выходной тестовый контроль.

Приложение 5. Деловая игра «У озера»

(Имитационная игра — В. Ф. Комаров, 1994).

Игра предназначена для активного изучения процессов согласования индивидуальных и общественных интересов. В ходе игры создаются условия для изменения когнитивного и бихевиорального компонентов профессионально-нравственной культуры специалистов, происходит понимание участниками роли преобразующего лидерства и навыков внутрикомандного взаимодействия для достижения совместных целей.

Дидактическая цель игры:

1) определить готовность обучающихся к внутрикомандному взаимодействию в ситуации вынужденной зависимости друг от друга;

2) установить уровень развития техник преобразующего лидерства;

3) выявить понимание необходимости коллективной и индивидуальной ответственности по отношению природным ресурсам.

Цель игры, с точки зрения ее участников: получить максимальную прибыль своих предприятий.

СЮЖЕТ

Действие игры происходит в условной хозяйственной системе, состоящей из 8 предприятий, расположенных на берегу озера. Предприятия производят продукцию, для изготовления которой требуется вода, которую предприятия берут из озера. Отработанная в процессе производства грязная вода сбрасывается в озеро, которое обладает некоторой ограниченной способностью к самоочищению 1 раз в 4 месяца. Игра протекает в виде периодов, равных технологическому циклу — 12 месяцев.

Действия участников игры — директоров предприятий. Каждый директор выбирает свою стратегию получения прибыли и принимает одно из пяти возможных решений: сброс неочищенной воды, перепрофилирование, очистка, штрафы, премии. От этих решений зависит не только прибыль, но и состояние озера. Каждому решению соответствует определенный размер прибыли или убытков, полученных в данном месяце. Ожидаемую прибыль в следующем месяце можно оценить согласно матрице, в которой каждому уровню качества воды соответствует та или иная прибыль, причем прибыль растет с улучшением качества воды. Все решения принимаются анонимно, закрытым способом, о результатах принятых решений знает только ведущий игры.

Решение «Сброс». Предприятие получает довольно большой доход за счет экономии на рабочих по очистке воды. Однако это ведет к снижению дохода на всех предприятиях: всем приходится производить дополнительные траты на очистку.

Решение «Очистка». Предприятие получает меньшую прибыль, при этом вода в озере не ухудшается.

Решение «Перепрофилирование». Предприятие отказывается от потребления воды из озера, что обеспечивает ему постоянный, но очень маленький доход.

Решение «Штраф». Руководство предприятия вместо того, чтобы заниматься производством, осуществляет поиск и наказание всех загрязнителей водоема в течение всего текущего месяца. По правилам игры все предприятия, осуществившие в данном месяце сброс, найдены. Вместо большой прибыли они выплачивают штраф.

Решение «Премия». Руководство предприятия вместо того, чтобы заниматься производством, осуществляет работы по обеспечению эффективной эксплуатации общественных

очистных сооружений. Каждое предприятие, осуществившее в данном месяце очистку своих стоков, получает дополнительную прибыль. Но предприятие-поощритель несет в этот период некоторые убытки.

Решение	1	2	3	4 Самоочистка	5	6	7	8 Самоочистка	9	10	11	12 Самоочистка
Сброс $20’000												
Очистка $9’000												
Штраф $16’000												
Премия $200												
Затраты на очистку $200												
Прибыль												
Итого												

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в переговорном процессе: что получилось в игре и над чем надо еще работать.

2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИГРОКОВ ЭКСПЕРТАМИ

1. В ходе игры участники чаше всего обнаруживают отсутствие готовности к объединению усилий и построении единой стратегии пользования природными ресурсами, предпочитая индивидуализм корпоративному решению проблем.

2. Отмечается отсутствие техник преобразующего лидерства, навыки эффективного взаимодействия внутри команды.

3. Обнаруживается низкий уровень нравственного сознания участников игры, который проявляется в противопоставлении индивидуальных решений корпоративным целям; в неспособности соблюдения корпоративной этики; в несоблюдении договоренности в ситуации отсутствия внешнего контроля; в игнорировании значимых для общества ценностей (озеро — природное богатство, как ценность общества становится для игроков только источником получения доходов).

4. Отмечается неспособность выйти за рамки условий игры и противостоять условному давлению времени и обстоятельств, выработать оптимальную стратегию поведения в ситуации конфликта.

Приложение 6. Деловая игра «Проект»

Г. В. Безродная, канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии НГМУ

Игра направлена на умение разрабатывать проекты, формулировать цели и задачи каждого этапа работы над проектом, выбирать соответствующие каждому этапу техники коммуникации и публично защищать проект. Ориентировочное время деловой игры — 4 часа.

Цели дидактические:

1) уметь самостоятельно разработать «Проект»;
2) развить техники совместной работы в команде и в межличностных коммуникациях;
3) уметь выполнить презентацию проекта и его сопровождение;
4) развить техники дискуссии и публичного выступления при защите проекта;
5) развить способность к рефлексии собственной деятельности в ходе деловой игры.

Цели игровые:

1) подготовить проект и представить его к участию в конкурсе в мэрию;
2) защитить разработанный проект в мэрии.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

Условие игры: вы представители разных медицинских компаний. Вам нужно разработать и представить проект в мэрию города Н-ска по улучшению психического здоровья граждан.

Ваша задача — разработать проект и суметь его защитить перед комиссией в мэрии.

Группы игроков:

1. Представители трех компаний, выполняющие подготовку проекта и презентацию проекта.
2. Представители, выполняющие презентацию проекта в мэрию — каждая группа по 2–3 человека.
3. Эксперты, наблюдающие за ходом подготовки содержания проекта и правильностью его презентации.
4. Члены комиссии мэрии по оценке проектов, представленных на конкурс.

Задание для игроков-экспертов: разработать критерии оценки проекта и критерии эффективной презентации проекта.

Задания командам: разработать проект по улучшению психического здоровья граждан г. Н-ска.

Задания членам комиссии мэрии (озвучивается только игрокам, исполняющим роли членов комиссии) независимо от качества проекта реагировать:

— на выступление 1 команды — благожелательно;
— на выступление 2 команды — безразлично;
— на выступление 3 команды — негативно.

Диагностический этап игры: 1) выявляет умение создавать проект; 2) показывает уровень готовности участников игры к совместной деятельности в ситуации ограниченности времени; 3) психологическую атмосферу в команде и степень развития коммуникативных умений; 4) умение сделать презентацию проекта, в том числе в ситуации, которая обозначается как «незаинтересованность» контрагента в проекте.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в процессе общения с пациентами при попытке урегулировать конфликт: что получилось в игре и над чем надо еще работать.
2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений.

БЛАНКИ ДЛЯ АНАЛИЗА ИГРОВОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАСТНИКОВ

Оценка психологической атмосферы в группе проводится по методу по А. Ф. Фидлера.

Назначение. Методика используется для оценки психологической атмосферы в коллективе. В основе лежит метод семантического дифференциала. Методика интересна тем, что допускает анонимное обследование, а это повышает ее надежность. Надежность увеличивается в сочетании с другими методиками (например социометрией).

Инструкция. В предложенной таблице приведены противоположные по смыслу пары слов, с помощью которых можно описать атмосферу в вашей группе, коллективе. Чем ближе к правому или левому слову в каждой паре вы поставите знак *, тем более выражен этот признак в вашем коллективе.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. Дружелюбие									Враждебность
2. Согласие									Несогласие
3. Удовлетворенность									Неудовлетворенность
4. Продуктивность									Непродуктивность
5. Теплота									Холодность
6. Сотрудничество									Несогласованность
7. Взаимная поддержка									Недоброжелательность
8. Увлеченность									Равнодушие
9. Занимательность									Скука
10. Успешность									Безуспешность

ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ ДАННЫХ

Ответ по каждому из 10 пунктов оценивается слева направо от 1 до 8 баллов. Чем левее расположен знак *, тем ниже балл, тем благоприятнее психологическая атмосфера в коллективе, по мнению отвечающего. Итоговый показатель колеблется от 10 (наиболее положительная оценка) до 80 (наиболее отрицательная).

На основании индивидуальных профилей создается средний профиль, который и характеризует психологическую атмосферу в коллективе.

ЭТАЛОН ОЦЕНКИ ПРОЕКТА

Актуальность; практическая значимость; цель и задачи; методы; наличие рабочей команды исполнителей; финансовые затраты; предполагаемые результаты; сроки исполнения, этапы исполнения.

Требования к проекту

№	Параметр	Балл	Максимальный балл
1	Формулирование актуальности проблемы		10
2	Обоснование проблемы		10
3	Цель проекта		10
4	Задачи проекта		10
5	Методы проекта		10
6	Исполнители проекта		10
7	Результаты проекта		10
8	Сроки проекта, этапы выполнения		10
9	Бизнес-план проекта		10
10	Этапы выполнения		10
11	ИТОГО		

Оценка техник публичного выступления

Вступление привлекает внимание слушателей, хочется узнать, что будет дальше	5, 4, 3, 2, 1	Вступление неинтересное, внимание слушателей не удалось привлечь
Речь правильно поставлена, понятна всем окружающим	5, 4, 3, 2, 1	Речь непонятна
Выступление яркое и выразительное	5, 4, 3, 2, 1	Выступление монотонное, неинтересное
Высказывания оратора достоверные убедительные	5, 4, 3, 2, 1	Информация, которую доносит оратор, неубедительная, высказывания подвергаются сомнению
Текст изложен логически правильно, подкреплен аргументами и фактами	5, 4, 3, 2, 1	Текст нелогичен
Текст без ошибок	5, 4, 3, 2, 1	Речь с ошибками и словами-паразитами
Оратор отлично разбирается в теме, знает текст наизусть	5, 4, 3, 2, 1	Выступающий не разбирается в теме своего доклада
Оратор убежден в том, что его речь полезна и правдива	5, 4, 3, 2, 1	Оратор не уверен в правдивости собственной речи
Оратор правильно реагирует на вопросы слушателей, по возможности дает развернутые ответы	5, 4, 3, 2, 1	Выступающий вообще не реагирует на вопросы окружающих
Выступление состоит из кратких предложений, занимает немного времени	5, 4, 3, 2, 1	Речь слишком затянута
Запоминающееся заключение	5, 4, 3, 2, 1	Слабый вывод

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в процессе общения с пациентами при попытке урегулировать конфликт: что получилось в игре и над чем надо еще работать.

2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений.

Приложение 7. Деловая игра «Поручение задания»

Г. В. Безродная, канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии НГМУ

В практической деятельности руководителей ЛПУ одна из функций — поручение задания подчиненным, умение четко поставить задачу, определить сроки выполнения задания, назначить ответственных, проконтролировать качество выполненных работ. Иногда возникают ситуации, которые не входят в непосредственные обязанности сотрудников, и руководитель должен уметь правильно поставить задачу, учитывая психологические особенности личности подчиненных.

Дидактическая цель игры: определить уровень развития умений поручить задание подчиненным и оценить качество его выполнения.

Игровая цель: добиться выполнения задания от медицинского персонала, сохранив хорошие отношения в коллективе.

Сюжет игры: в терапевтическом отделении произошла форс-мажорная ситуация. Вследствие разрыва трубы вода затопила гардеробную больницы, находящуюся внизу на 1-м этаже. Отделение косвенно оказалось виноватым в затоплении, так как авария была обнаружена не сразу, а лишь спустя несколько часов с момента аварии. Заведующий отделением просит старшую медицинскую сестру организовать ликвидацию последствий аварии. Старшая медицинская сестра отказывается, мотивируя сверхзанятостью всего медицинского персонала.

Роли:

- заведующий терапевтическим отделением;
- старшая медицинская сестра;
- заведующий АХО больницы (роль вводится дополнительно в ситуации, когда не справляется заведующий).

ЗАДАНИЯ

Задание руководителю:

1. Поставьте перед собой цели предстоящего разговора.
2. Продумайте ввод собеседника в разговор и быстрое включение его в решение поставленной задачи.
3. Подготовьте вопросы к подчиненному, выяснение которых поможет достичь поставленной цели.

Задания для старшей медицинской сестры: аргументированно отказаться.

Задания экспертам: наблюдать за процессом взаимодействия играющих, заполняя бланки.

Ход: пригласите к себе подчиненного и объявите ему причину вызова.

- Объясните смысл работы, которую необходимо выполнить подчиненному, и спросите его, сможет ли он справиться с ней.
- Ответьте на все вопросы подчиненного относительно предстоящей работы; если необходимо, покажите ему, как он это может сделать.
- Объясните требования в отношении сроков выполнения данной работы и информирования вас о ходе ее выполнения.
- Попросите подчиненного повторить задание или спросите, с чего он собирается начать.
- Проявите доверие к способностям подчиненного, используйте прием «авансированная похвала».
- Используйте коммуникативные приемы с учетом психологических особенностей личности подчиненного. В случае отказа подчиненного от выполнения задания выясните причины отказа, попытайтесь их устранить, мотивируйте специалиста с учетом его личных ожиданий, доведите беседу до конца.
- Завершите беседу конкретным решением и действиями.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в процессе общения с пациентами при попытке урегулировать конфликт: что получилось в игре и над чем надо еще работать.

2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений.

«Качество беседы»
(Наблюдатели оценивают качество проведенной беседы)

Вопросы для оценки качества беседы	Правильно	Правильно частично	Неправильно
1	2	3	4
Ясно ли руководитель представлял себе цель и задачи данной беседы?			
Правильно ли выбрал руководитель модель общения?			
Удалось ли руководителю сообщить подчиненному всю необходимую информацию?			
Правильно ли руководитель задавал и формулировал вопросы?			
Правильно ли руководитель реагировал на психотип подчиненного, использовал ли его особенности в коммуникативной стратегии?			
Правильно ли вел себя руководитель во время беседы, используя вербальные и невербальные сигналы?			
Удалось ли руководителю создать деловую атмосферу, правильно ли он использовал для этого психологические приемы?			
Проходила ли беседа в форме диалога, дослушивал ли руководитель ответы и аргументы подчиненного?			
Правильно ли руководитель провел инструктаж по заданию?			

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Каждый параметр оценивается следующим образом:

— от 7–10 баллов — правильно;

— от 3 до 6 баллов — частично правильно;

— от 1 до 3 баллов — неправильно.

АНАЛИЗ ИГРЫ

Достигнуты ли игровые цели? Достигнуты ли цели занятия, обучающие цели?

Приложение 8. Деловая игра «Технология управления конфликтом»

Г. В. Безродная, канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии НГМУ

В настоящее время возрастает количество жалоб населения на качество оказания медицинской помощи, причем в большей степени неудовлетворенность пациентов связана с низким уровнем коммуникативных умений медицинского персонала: грубостью, несдержанностью, непониманием психологического состояния больных.

Дидактическая цель деловой игры: развить умение анализировать конфликтные ситуации и оценивать глубину конфликта. Вырабатывать меры по профилактике конфликта.

Игровые цели: решить ситуации конфликта.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ДЕЛОВОЙ (УЧЕБНОЙ) ИГРЫ

1. Вводное слово: озвучивается сюжет игры.
2. Распределение ролей: все присутствующие на занятии становятся непосредственными участниками игры, получают роли: главного врача, заведующих отделениями, психолога, старших медицинских сестер, пациентов.
3. Доклады заведующих отделениями.
4. Проигрывание ситуаций с последующим анализом каждой.
5. Выступление экспертов с оценкой глубины конфликта.
6. Заключительный этап игры: подведение итогов игры: анализ полученных результатов тестирования и сравнение с оценкой экспертов, наблюдавших за ходом игры.

Сюжет игры: главный врач областной клинической больницы высказывает претензии заведующим отделениям по поводу поступающих жалоб от пациентов на врачей и медицинских сестер. Заведующие отделениями докладывают обстановку по каждому конкретному случаю.

ДОКЛАДЫ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ

Конфликтная ситуация 1. Заведующая родильным отделением докладывает.

Конфликт произошел между медицинской сестрой и матерью новорожденного ребенка. Находясь после родов в неадекватном психическом состоянии, роженица решила, что врачи не дают ей ребенка в связи тем, что планируют его продать с криминальными целями. Пробравшись в палату интенсивной терапии для новорожденных, она отключила ребенка от системы жизнеобеспечения и пыталась убежать из отделения. Не поддаваясь на уговоры врачей, женщина бегала с ребенком по отделению в течение часа, подвергая жизнь младенца опасности. Медицинской сестре удалось отвлечь ее внимание, взять ребенка и передать врачам. Мать и ребенка выписали через трое суток в нормальном состоянии, но женщина написала жалобу главному врачу и в Министерство здравоохранения области на медицинскую сестру, которая насильственным обманным способом забрала у нее ребенка.

Конфликтная ситуация 2. Заведующая детским отделением докладывает.

Конфликт произошел между матерью пятилетнего ребенка, находящего на лечении в стационаре по поводу пневмонии, и сотрудниками (врачами и медицинскими сестрами) отделения. Женщина самовольно, не предупреждая врачей, покинула стационар с больным ребенком с целью приобретения в аптеке препаратов для лечения. Отсутствовала в течение нескольких часов. Взволнованные ее отсутствием врачи и медицинские сестры сделали ей выговор в резкой форме. После вынужденной прогулки в холодное время года состояние ребенка резко ухудшилось. Потребовались дополнительная медикаментозная терапия, чтобы остановить развитие пневмонии. Жалоба написана на имя главного врача больницы и в МЗ области по

поводу низкой квалификации врачей-педиатров и грубого поведения медицинского персонала.

Конфликтная ситуация 3. Заведующий отделением урологии докладывает.

Больной после нефротрипсии по поводу мочекаменной болезни почек написал жалобу главному врачу больницы по поводу того, что лечащий врач недостаточно времени уделял ему как пациенту, общение с врачом всегда происходило формально, наспех. Больной также жаловался на то, что врач не информировал его о режиме послеоперационного периода, об особенностях диеты, двигательного режима, вследствие чего произошли серьезные осложнения в состоянии здоровья пациента.

Задание главного врача: урегулировать конфликты с больными. Разработать систему мер по предупреждению конфликтов между пациентами и медицинским персоналом. Результаты доложить на следующем медсовете.

Проигрываются и анализируются конфликтные ситуации.

1. Участники игры разбиваются на игровые группы по четыре человека для каждой конфликтной ситуации. В каждой игровой группе два человека играют роль конфликтующего пациента, один — роль заведующего отделением и один — медиатора (психолога), который владеет техниками урегулирования конфликта.

2. Конфликтующим пациентам — определяется предмет конфликта и направление конфликтного взаимодействия, которое они должны разыграть (направление взаимодействия не должно быть известно другим участникам игры);

3. Экспертам и медиатору (психологу) — сообщаются предмет конфликта и дается ролевая установка на оценку глубины конфликта между условными конфликтантами методом беседы с ними, наблюдения за их поведением, опираясь на тестовые позиции, и принятия решения на разрешение конфликта.

На подготовку к ролевому взаимодействию участникам дается 10 минут. На ролевое взаимодействие отводится 10–15 минут. Каждый игровой сюжет обсуждается.

ТЕСТ «ОЦЕНКА ГЛУБИНЫ КОНФЛИКТА»

[Емельянов. Практикум по конфликтологии, С. 33–36]

В тесте представлены 8 основных позиций, имеющих непосредственное отношение к конфликтной ситуации. Ваша задача состоит в том, чтобы оценить выраженность каждого фактора по 5-балльной шкале. Сильная выраженность факторов левой стороны теста оценивается 1 баллом, а правой — 5 баллами. После оценки каждой позиции в тесте следует подсчитать общую сумму баллов, которая будет свидетельствовать о глубине конфликта.

1. Стороны осознают причину конфликта	12345	Стороны не осознают причину конфликта
2. Причина конфликта имеет эмоциональный характер	12345	Причина конфликта имеет производственный характер
3. Цель конфликтующих — устремленность к социальной справедливости	12345	Цель конфликтующих — получение привилегий
4. Есть общая цель, к которой стремятся все	12345	Общей цели нет
5. Сферы сближения выражены	12345	Сферы сближения не выражены
6. Сферы сближения касаются эмоциональных проблем	12345	Сферы сближения касаются материальных (служебных) проблем
7. Лидеры мнений не выделяются	12345	Замечено влияние лидеров мнений
8. В процессе общения оппоненты придерживаются норм поведения	12345	В процессе общения оппоненты не придерживаются норм поведения

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Сумма баллов, равная 35–40, свидетельствует о том, что конфликтующие заняли по отношению друг к другу жесткую позицию.

Сумма баллов, равная 25–34, указывает на колебания в отношениях конфликтующих сторон.

Рекомендации субъектам, улаживающим конфликт:

а) если вы руководитель, то:

— при сумме баллов 35–40 вы должны выступать в роли обвинителя и для разрешения конфликтной ситуации в основном следует прибегать к административным мерам;

— при сумме баллов 25–34 вы должны выступать в роли консультанта и для разрешения конфликтной ситуации в основном следует прибегать к психологическим мерам;

— при сумме баллов менее 24 вы должны выступать в роли воспитателя и в этом случае для разрешения конфликтной ситуации целесообразно использовать педагогические меры.

б) если вы являетесь психологом (медиатором), то:

— при сумме баллов 35–40 следует предпринять меры по разъединению конфликтующих сторон и приступить к переговорам с ними дизъюнктивным способом до снижения накала борьбы между ними;

— при сумме баллов 25–34 можно попытаться на очередной встрече в переговорном процессе перевести конфликт в конструктивную фазу;

— при сумме баллов менее 24 можно активизировать усилия по подготовке конструктивного решения.

Характер конфликтной ситуации и ее проявления

Характер конфликтной ситуации	Проявления
Недобросовестное выполнение обязанностей	Нарушения трудовой дисциплины, брак в работе
Неудовлетворительный стиль управления	Ошибки в подборе и расстановке кадров. Ошибки в организации контроля. Просчеты в планировании. Нарушение этики общения
Неадекватное представление о конкретных ситуациях	Неправильные оценки, суждения о действиях других субъектов социального взаимодействия. Ошибки в выводах относительно конкретных ситуаций
Индивидуально-психологические особенности личности	Нарушение принятых в социальной группе правил взаимоотношений. Нарушение этики общения
Низкая профессиональная подготовка	Неспособность принять адекватное решение

Эталон: меры по профилактике конфликтной ситуации 1

1. Обучение техникам коммуникации врачей и медицинских сестер, предоставление пациенткам родильного отделения и родственникам информации по поводу здоровья рожениц и младенцев.

2. Психологическая подготовка персонала к работе с пациентками, находящимися в состоянии психоза до приезда психиатров.

3. Своевременные консультации и психотерапевтическая помощь роженицам, имеющим послеродовые психозы.

4. Охрана палаты интенсивной терапии для новорожденных.

Меры по профилактике конфликтной ситуаций 2

1. Усиление мер по обеспечению ответственности родителей за соблюдение режима пребывания ребенка в стационаре.

2. Обучение врачей и медсестер техникам управления эмоциональным состоянием в ситуации конфликта: техникам аргументации в общении с больными и родственниками больных.

Меры по профилактике конфликтной ситуации 3

1. Развивать у врачей техники установления психологического контакта с пациентами;
2. Обучить техникам установления доверительных отношений с пациентами.
3. Обучить врачей техникам снижения тревожности и агрессии пациентов.
4. Подробно информировать больного о режиме и обо всем, что связано с лечением в послеоперационном периоде и в периоде реконвалесценции.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в процессе общения с пациентами при попытке урегулировать конфликт: что получилось в игре и над чем надо еще работать.
2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.
3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений

Приложение 9. Деловая игра «Конфликт»

Г. В. Безродная, канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии НГМУ

В ситуации конкуренции за ресурсы, обеспечивающие условия нормальной работы отделений больниц, внутри организации зачастую возрастает конфронтация между участниками трудового процесса, при которой каждый из руководителей вверенного ему подразделения стремится, чтобы финансирование было направлено именно на его сферу деятельности. При таком стиле управления организацией возрастает напряженность, снижающая эффективность работы. В деловой игре «Конфликт» определяются психологические способы поведения в ситуации конфликта, характер коммуникативных приемов, которые используются в ходе переговоров. Игра направлена на умение выявлять типы поведения в конфликте и решать конфликтные ситуации.

Дидактическая цель игры: определить особенности реагирования личности в конфликтной ситуации.

Игровая цель: суметь договориться в условиях конфронтации интересов.

Сюжет игры: Главный врач больницы сообщает, что появились дополнительные средства, которые необходимо освоить до конца календарного года, и предлагает варианты вложения средств: ремонт хирургического отделения; приобретение оборудования в отделение диагностики; использование денег на улучшение социальной сферы медицинских работников.

Роли:

- главный врач больницы;
- заведующий хирургическим отделением;
- заведующий диагностическим отделением;
- председатель профсоюзного комитета больницы;
- эксперты, наблюдающие за развитием конфликта.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ИГРОКОВ, ИСПОЛНЯЮЩИХ РОЛИ

1. Хирургическое отделение не ремонтировалось в течение 10 лет. Проведенный два года назад косметический ремонт не решил главные проблемы — ремонт крыши, замену электропроводки, водоснабжения и канализации, все системы находятся в полуаварийном состоянии.

2. Диагностическое отделение оснащено современным оборудованием и вполне справляется с задачами, которые ставятся специалистами для установления диагноза.

3. В больнице отмечается высокий уровень заболеваемости врачей и медицинских сестер, неблагоприятная психологическая атмосфера, часто возникающие конфликты, как среди персонала, так и между врачами и пациентами, текучесть кадров.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ

1. Вводное слово: сюжет игры. Распределение ролей.

2. Попытка участников игры договориться в ситуации конфликт интересов.

3. Наблюдение экспертов за ходом игры и действиями играющих.

4. Заполнение участниками теста К. Томаса «Исследование особенностей реагирования в конфликтной ситуации».

5. Подведение итогов игры: анализ полученных результатов тестирования и сравнение с оценкой экспертов, наблюдавших за ходом игры.

Тест «Исследование особенностей реагирования в конфликтной ситуации» К. Томаса[32]

Выберите в каждом вопросе предпочитаемый вами вариант поведения и укажите его букву в ответах.

Опросник

1.

А. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.

Б. Чем обсуждать то, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны.

2.

А. Я стараюсь найти компромиссное решение.

Б. Я пытаюсь уладить спор с учетом всех интересов другого человека и моих собственных.

3.

А. Я обычно стремлюсь добиться своего.

Б. Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.

4.

А. Я стараюсь найти компромиссное решение.

Б. Я стараюсь не задеть чувства другого.

5.

А. Улаживая спорную ситуацию, я все время пытаюсь найти поддержку у другого.

Б. Я стараюсь делать все, чтобы избегать бесполезной напряженности.

6.

А. Я пытаюсь избегать неприятностей для себя.

Б. Я стараюсь добиться своего.

7.

А. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.

Б. Я считаю возможным в чем то уступить, чтобы добиться другого.

8.

А. Я обычно настойчиво стремлюсь добиться своего.

Б. Я первым делом стараюсь определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.

9.

А. Я думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.

Б. Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего.

---

[32] Методика взята из: Основы психологии: практикум / ред. Л. Д. Столяренко. — Ростов н/Д.: Феникс, 2001. — С. 603–606.

10.

А. Я твердо стремлюсь добиться своего.

Б. Я пытаюсь найти компромиссное решение.

11.

А. Первым делом я стремлюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые вопросы.

Б. Я стараюсь успокоить другого и главным образом сохранить наши отношения.

12.

А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.

Б. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет навстречу.

13.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

Б. Я постараюсь, чтобы все было сделано по-моему.

14.

А. Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.

Б. Я показываю другому логику и преимущество моих взглядов.

15.

А. Я стараюсь успокоить другого и сохранить отношения.

Б. Я стараюсь делать все необходимое, чтобы избегать напряжения.

16.

А. Я стараюсь не задеть чувств другого.

Б. Я обычно пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции.

17.

А. Я обычно настойчиво стремлюсь добиться своего.

Б. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

18.

А. Если это сделает другого человека счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.

Б. Я дам другому возможность остаться при своем мнении, если он идет мне навстречу.

19.

А. Первым делом я пытаюсь определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы.

Б. Я стараюсь отложить спорные вопросы с тем, чтобы со временем решить их окончательно.

20.

А. Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.

Б. Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих.

21.

А. Ведя переговоры, стараюсь быть внимательным к другому.

Б. Я всегда склоняясь к прямому обсуждению проблемы.

22.

А. Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей и другого человека.

Б. Я отстаиваю свою позицию.

23.

А. Как правило, я озадачен тем, чтобы удовлетворять желания каждого из нас.

Б. Иногда предоставляю другим взять на себя ответственность при решении спорного вопроса.

24.

А. Если позиция другого кажется ему очень важной, я стараюсь идти ему навстречу.

Б. Я стараюсь убедить другого идти на компромисс.

25.

А. Я пытаюсь убедить другого в своей правоте.

Б. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к аргументам другого.

26.

А. Я обычно предлагаю среднюю позицию.

Б. Я почти всегда стремлюсь удовлетворить интересы каждого из нас.

27.

А. Зачастую стремлюсь избежать споров.

Б. Если это сделает другого человека счастливым, дам ему возможность настоять на своем.

28.

А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.

Б. Улаживая ситуацию, я обычно стремлюсь найти поддержку у другого.

29.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

Б. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за возникающих разногласий.

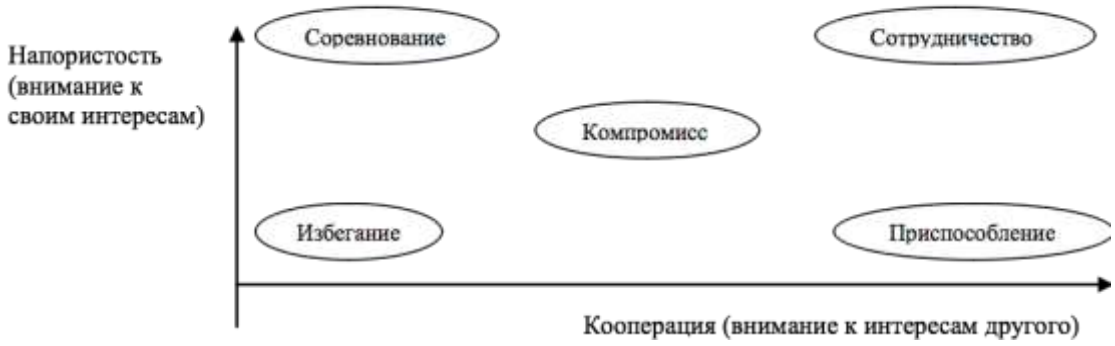
30.

А. Я стараюсь не задеть чувств другого.

Б. Я всегда занимаю такую позицию в споре, чтобы мы совместно могли добиться успеха.

Ключ теста

№	Соперничество	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление
1				**А**	**Б**
2		**Б**	**А**		
3	**А**				**Б**
4			**А**		**Б**
5		**А**		**Б**	
6		**Б**		**А**	
7			**Б**	**А**	
8	**А**	**Б**			
9	**Б**			**А**	
10	**А**		**Б**		
11		**А**			**Б**
12			**Б**	**А**	
13	**Б**		**А**		
14	**Б**	**А**			
15				**Б**	**А**
16	**Б**				**А**
17	**А**			**Б**	
18			**Б**		**А**
19		**А**		**Б**	
20		**А**	**Б**		
21		**Б**		**А**	
22	**Б**		**А**		
23		**А**		**Б**	
24			**Б**		**А**
25	**А**				**Б**
26		**Б**	**А**		
27				**А**	**Б**
28	**А**	**Б**			
29			**А**	**Б**	
30		**Б**			**А**



ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. *Соревнование (конкуренция)* — стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому. Некоторые люди воспринимают межличностный конфликт как вызов, соревнование, в котором есть победитель и проигравший. При выборе такой стратегии победителем выходит более сильная сторона — обычно та, которая более агрессивно настроена.

2. *Приспособление,* означающее в противоположность соперничеству принесение в жертву собственных интересов ради другого. Такие люди подавляют свои интересы, мнения, чувства. Для них характерны установки: «лишь бы меня не трогали» или «мир любой ценой». При такой стратегии оппонент неизменно выигрывает.

3. *Компромисс.* На первый взгляд эта стратегия может показаться наиболее привлекательным выбором. В некоторых случаях она действительно является оптимальным решением, но в этом случае обе стороны в ходе переговоров отказываются от чего-нибудь, чтобы получить хоть что-то.

4. *Избегание,* для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей. Люди, которые не любят столкновений и конфронтации, предпочитают уход от проблемы вместо того, чтобы искать ее конструктивное решение. При выборе такой стратегии оппонент постоянно выигрывает в ситуации взаимодействия.

5. *Сотрудничество* — когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон. Идеальное решение конфликта, если оно существует в данной ситуации, подразумевает, что все участвующие в конфликте выходят из него победителями. К такому решению не всегда можно прийти, но к нему всегда необходимо стремиться. Взаимовыгодного решения можно достичь, определив потребности обеих сторон и стараясь удовлетворить их, поддерживая и уважая ценности другого. Отношения сохраняются и могут даже укрепиться в результате этого процесса.

К. Томас считает, что при избегании конфликта ни одна из сторон не достигает успеха; при таких формах поведения, как конкуренция, приспособление и компромисс, или один из участников оказывается в выигрыше, а другой проигрывает, или оба проигрывают, так как идут на компромиссные уступки. И только в ситуации сотрудничества обе стороны оказываются в выигрыше.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в процессе общения с коллегами: что получилось в игре и над чем надо еще работать.

2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений

Приложение 10. Деловая (учебная игра) «Врач — больной»

Г. В. Безродная, канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии НГМУ

Деловая (учебная) игра предназначена для диагностики коммуникативных умений ординаторов, аспирантов, студентов. Актуальность ситуаций, предложенных в игре, обусловлена тем, что, с одной стороны, эффективность лечения больного в значительной степени определяется умением врача построить отношения доверия с пациентом. С другой стороны, низкий уровень коммуникативных умений молодых врачей не позволяет установить психологический контакт с пациентами. При анализе игрового поведения участников игры просматривается, какие трудности испытывают врачи в понимании личности больного, в техниках общения с пациентами. Анализ результатов игры позволяет обучающимся увидеть основные ошибки своих стереотипов поведения и начать управлять развитием новых эффективных методов построения психологических контактов с пациентами, на основе которых будет создана атмосфера доверия, уменьшится уровень психологических барьеров со стороны больного, и как следствие, появится комплаенс — принятие рекомендаций врача по лечению и изменению образа жизни.

Цель:

1. Определить уровень развития коммуникативных умений обучающихся.
2. Развить способность к рефлексии.
3. Развить техники коммуникативных навыков.

Время проведения 90 мин.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ИГРЫ

Чтение игровой ситуации — 2 мин.
Распределение ролей — 3 мин.
Задания экспертам — 5 мин.
Разыгрывание ситуаций — 20 мин.
Выступление экспертов — 15 мин.
Анализ игровых ситуаций — 25 мин.
Повторная игра — 10 мин.
Выступления экспертов — 5 мин
Заключительное слово ведущего — 5 мин.

СЦЕНАРИЙ ИГРЫ

Игровая ситуация № 1

Вы — врач-терапевт в поликлинике. К вам впервые приходит на прием больной 50 лет с диагнозом гипертоническая болезнь 2 степени, облитерирующий эндартериит, хронический бронхит. Жалуется на плохое самочувствие, неэффективность лечения, низкую квалификацию врачей, дороговизну препаратов. Выясняется, что больной имеет вредные привычки: курит не менее одной пачки сигарет в день, мало двигается, часто употребляет алкоголь. Ваша задача убедить больного вести здоровый образ жизни. Время приема пациента 15 минут.

Задания экспертам:

1-я группа экспертов оценивает уровень развития коммуникативных умений врача: умение устанавливать контакт глазами использовать интонации, жесты, мимику и пантомимику умение устанавливать психологический контакт с больным (см. таблицу).

2-я группа экспертов оценивает:

а) умение правильно определить психологический тип больного;

б) умение построить беседу в зависимости от уровня интеллекта больного и его осведомленности в вопросах медицины;

в) умение использовать технику аргументации в системе ценностей больного;

г) результативность диалога.

Роли больного:

Имеет вредные привычки: курение, избыточный вес, гиподинамию.

а) агрессивный. Основная позиция: «Вы ничего не можете, а туда же лезете со своими советами! Лучше бы лечить научились»;

б) спокойный, уверенный в себе, в правильности своего образа жизни: «Как жил, так и буду жить»;

в) болезненно-мнительный: «Доктор, у меня все так плохо?».

Игровая ситуация № 2

Вы — врач платной поликлиники. К вам на прием приходит больная с жалобами на бессонницу, высокое давление, одышку, частные простудные заболевания. Возраст женщины 52 года, вес 107 кг. Вам необходимо убедить больную снизить вес, начать использовать методы естественного оздоровления: закаливание, рациональное питание, движение.

Роли для больной:

а) уверенная в себе, получает из Интернета интересующие ее сведения о болезнях и препаратах, читает журнал « Здоровье», смотрит все программы о здоровье по телевидению, к врачам относится скептически;

б) больная с нежеланием что-либо менять в образе жизни хочет получить «нормальные» препараты, чтобы не болеть. «Мой дед с таким весом прожил до 89 лет, и я проживу»;

в) ипохондричная, озабоченная состоянием своего здоровья, знает, «какой на самом деле у нее диагноз»: «Сколько уж мне осталось! Жизнь прошла, ничего уже изменить нельзя!».

Задания экспертам: во время анализа игры обращать внимание на умение обучающихся:

- определять психологический тип личности;
- устанавливать психологический контакт с «больным»;
- использовать техники слушания;
- умение выбрать нужную тактику аргументации.

Бланк для оценки коммуникативных умений

№ п/п	Действие	Критерий оценки	Оценка в баллах
1	2	3	4
	Установление контакта:		
1	Приветствие	Врач здоровается с пациентом	
2	Забота о комфорте пациента	Сообщает, где можно расположиться, куда положить вещи	
3	Самопрезентация	Представляет себя по ФИО Называет свою роль Обозначает характер консультации (цель встречи)	
4	Согласие на расспрос	Спрашивает, нет ли возражений у пациента на проведение опроса	
5	Идентификация личности пациента	Просит назвать ФИО пациента, год рождения (возраст)	
	Расспрос:		
6	Открытый вопрос (вначале)	«Что привело вас?», или «Что бы вы хотели обсудить сегодня?», или «С чем пришли?»	
7	Начало расспроса с фразы «На что жалуетесь?»	Использование открытого вопроса «На что жалуетесь?» или «Что вас беспокоит?»	
8	Слушание	Без перебивания	
9	Обобщение	Повторяет сказанное пациентом для подтверждения правильности своего понимания того, что говорит пациент; приглашая пациента поправлять или добавлять	

Окончание

1	2	3	4
10	Скрининг	Предпринимает попытку для выявления других (второстепенных, скрытых) проблем через вопрос «Что еще беспокоит?», «Это все, что беспокоит?» При этом использует «обращение по имени (имени отчеству), что-то еще беспокоит?» Проводит скрининг до начала выявления подробностей	
11	Учет мнения пациента	Спрашивает, с чем пациент связывает свое состояние, не предлагая вариантов ответа	
12	Использование открытых вопросов	При сборе информации о чем-то конкретном, например «Расскажите об это подробнее», «Что можете рассказать об этой проблеме»	
13	Предложение своих вариантов ответов на заданные вопросы	Задавая вопрос, предлагает варианты для выбора ответа	
14	Серия вопросов	Задает несколько вопросов подряд	
15	Зрительный контакт	Не менее половины времени в течение всего расспроса	
16	Перебивание	Несвоевременные высказывания (реплики), а также фразы, которые не могут быть расценены как уточняющие вопросы или фассилитация рассказа пациента	
17	Обращения к пациенту	Обращение по имени (имени отчеству)	
18	Комментирует и оценивает поведение пациента	Высказывает сожаление о позднем обращении, дает рекомендации об успокоении, обращает внимание на нежелательность подобной реакции и т. п.	
19	Выдерживание пауз	Когда пациент ненадолго замолкает — дает возможность продолжить	
20	Поза	Выслушивает пациента, не отрываясь от записей, стоя и т. п.	
21	Эмпатия	Демонстрация понимания чувств, опасений, проблем и т. п.	
	Выстраивание отношений в процессе общения:		
22	Фасилитация ответа пациента	Помогает пациенту подбадриванием, повторением, перефразированием, но без уточняющих вопросов	
23	Результат коммуникации	Выявляет исчерпывающий список проблем пациента, позволяющий сформулировать верную диагностическую гипотезу и обеспечивая удовлетворенность пациента беседой	
24	Уточняющие вопросы	Вопросы для доктора	

Эталон оценки: за каждый правильный ответ начисляется 2 балла за правильный, но неполный ответ — 1 балл; за неправильный ответ — 0 баллов.

Оценка навыков эффективного слушания

№ п/п	Принципы эффективного слушания	Плохой слушатель	Хороший слушатель
1	2	3	4
1	Находить интерес в предмете разговора	Выключается из беседы, если тема ему неинтересна	Ищет возможность обратить это себе на пользу, задавая себе вопрос: «Чем это может быть мне полезно?»
2	Оценивать содержание, а не манеру изложения	Выключается из беседы, если изложение слабое	Оценивает содержание, не обращая внимания на манеру изложения и ошибки
3	Сдерживает свой пыл	Вступает в спор	Не высказывает каких-либо суждений, пока не поймет сути дела
4	Воспринимать основные мысли	Воспринимает факты	Воспринимает основные мысли
5	Быть гибким	Всегда ведет подробные записи, пользуется только одной системой ведения записей	Ведет менее подробные записи. Использует четыре-пять систем ведения записей в зависимости от обстоятельств

Окончание

1	2	3	4
6	Стараться слушать	Вялый вид. Притворное внимание	Очень старается, выказывает активность своей позой
7	Не поддаваться на отвлекающие моменты	Легко отвлекается	Избегает отвлекающих моментов или борется с ними, терпим к вредным привычкам, знает, как можно сосредоточиться
8	Тренировать свой ум	Противится восприятию трудного материала, связанного с разъяснением чего-либо. Ищет легких, приятных тем	Использует трудный материал для того, чтобы тренировать свой ум
9	Стараться относиться ко всему без предубеждения	Реагирует на эмоционально нагруженные слова	Может объяснить себе действие эмоционально нагруженных слов; не «зацикливается» на них
10	Использовать себе во благо то обстоятельство, что мысль быстрее слова	Предается посторонним мыслям, когда разговаривает с медленно излагающим человеком	Обдумывает информацию, старается предугадать дальнейший ход мыслей собеседника, делает выводы в уме, взвешивает факты, прислушивается не только к содержанию, но и к интонациям голоса

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в процессе общения с больными что получилось в игре и над чем надо еще работать.

2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений.

Приложение 11. Деловая (учебная игра) «Переговоры»

Г. В. Безродная, канд. пед. наук, доцент кафедры педагогики и психологии НГМУ

Специалистам медицинских центров, оказывающим услуги на платной основе коммерческим организациям, приходится выступать в роли участников переговорного процесса с целью достижения оптимальных результатов как для своей организации, так и для заказчика медицинских услуг. Деловая игра «Переговоры» направлена на выявление уровня развития техник переговорного процесса, выявление основных ошибок в переговорах, а также на формирование алгоритмов конструктивного поведения в переговорах. Деловая игра может быть использована для развития навыков переговоров в ситуации конфликта интересов сторон.

Цель деловой игры — определить уровень развития коммуникативных умений обучающихся в проведении деловых переговоров.

Игровая цель: договориться сторонам в ситуации конфликта интересов.

Инструкция для участника № 1

Вы — представитель многопрофильного медицинского центра «Гиппократ», оказывающего пациентам квалифицированную медицинскую помощь.

Медицинский центр работает на рынке медицинских услуг в течение 10 лет. Ваш постоянный корпоративный клиент ООО «Турбогенератор» просрочил оплату ваших услуг. За три дня до даты оплаты вы напомнили финансовому директору этой компании, который дает распоряжения о перечислении денег, о приближении срока оплаты, он обещал оплатить счет. Однако деньги так и не поступили на счет, в связи чем вы решили лично встретиться с должником.

Компания «Турбогенератор» является крупным клиентом, который приносит хороший доход, и вы не хотите испортить отношения с ним. Эта компания обращается к вам за услугами и выполняет договорные обязательства.

Ваша задача: добиться оплаты оказанных услуг, не испортив при этом отношения с клиентом.

Инструкция для участника № 2

Вы — директор ООО « Турбогенератор».

Медицинский центр «Гиппократ» предоставил вам услугу по проведению диспансерного обслуживания и лечения ваших сотрудников с отсрочкой платежа. В течение многих лет сотрудничества вы оплачивали счета вовремя. Но в этот раз вы просрочили дату платежа, хотя менеджер напоминал вам об оплате за три дня до окончания срока, поскольку данная сумма нужна вам для экстренного обучения персонала в связи с перепрофилизацией предприятия. Вы можете оплатить счет, но это может вызвать определенные финансовые сложности. Вы готовитесь к встрече с директором компании «Гиппократ».

Ваша задача: максимально оттянуть сроки оплаты услуги, сохранив при этом отношения с вашими надежными партнерами.

Этапы игры: этапы проведения переговоров.

Распределение ролей: аудиторию условно разделяется на две команды: компания «Гиппократ» и компания ООО «Турбогенератор». Участники выбирают директоров, заместителей, менеджеров, медиатора, экспертов и т. д. и продумывают аргументы в защиту своих позиций.

Оценка психологических навыков в проведении переговоров у участников игры

№	Навык	Балл	Максимальный балл
1	Установление психологического контакта с партнером. Открытая поза, проявление позитивной установки на партнера на невербальном уровне: взгляд, жесты, интонация		10
2	Использование открытых вопросов, побуждающих собеседника говорить		10
3	Использование методов нерефлексивного и активного слушания		10
4	Проявление эмпатии		10
5	Соблюдение темпа беседы		10
6	Использование речевого этикета		10
7	Использование вы-подхода в аргументации		10
8	Использование психологических техник: метафоры, рефреминга		10
9	Психологически грамотное использование закрытых вопросов		10
10	Завершение переговоров на позитивной ноте		10
	ИТОГО		

Штрафные баллы начисляются за коммуникативные ошибки

№	Ошибка	Балл	Максимальный балл
1	Конфронтация в невербальной пластике		10
2	Использование провокационных вопросов		10
3	Отсутствие методов нерефлексивного и активного слушания		10
4	Ошибки стилистические и грамматические, перегруженность профессиональными терминами		10
5	Перебивание, искажение высказываний партнера		10
6	Раздражительность, экстрапунитивные реакции		10
7	Отсутствие вы-подхода в аргументации		10
8	Несоблюдение этических норм поведения		10
9	Неконтролируемые эмоции		10
10	Завершение переговоров на враждебной ноте		10
	ИТОГО		

«Конструктивное поведение в переговорах»

(разработано на основе рекомендаций Х. Корнелиус и Ш. Фэйр)
Емельянов С. М. Практикум по конфликтологии. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — 400 с.

№	Позиция	Оценка
1	Стараюсь употреблять фразы, способствующие возникновению симпатии	12345
2	Стараюсь быть терпеливым	12345
3	Использую свою настойчивость в разумных пределах	12345
4	Избегаю доводов в ущерб другой стороне	12345
5	Всегда задумываюсь над тем, чтобы правильно задавать вопросы в целях лучшего понимания мотивов партнера	12345
6	Стараюсь не раздражать партнера	12345
7	Выслушивая противоположную точку зрения, я не обязательно соглашаюсь с ней, но я ее признаю	12345
8	Всегда стремлюсь к развитию идей, в которых наметилась тенденция к соглашению	12345
9	Всегда отклоняю нереалистичные ожидания	12345
10	Стараюсь быть «гибким», отклоняюсь от «маршрута», но не от цели	12345
11	Избегаю критики и грубости по отношению к партнеру	12345
12	Всегда записываю высказанные мысли и предложения, чтобы избежать их неверного толкования	12345
13	Я никогда не отвечаю на враждебные и критические замечания партнеров	12345
14	Я всегда говорю спокойно, уверенно	12345
15	Адекватно использую юмор	12345
16	При необходимости всегда прошу обосновать (доказать) справедливость выдвигаемых решений	12345

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

Отклонение вправо от показателя «3» по среднему арифметическому по всем позициям свидетельствует о том, что вы обладаете достаточными навыками конструктивного поведения в переговорном процессе. Но по отдельным позициям вам следует поработать над собой.

Отклонение влево от указанного показателя свидетельствует о том, что вы не обладаете достаточными навыками конструктивного поведения в переговорном процессе. В этом случае вам необходимо проанализировать причины недостаточно развитых навыков конструктивного поведения в переговорах и серьезно заняться работой над собой.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ИГРЫ

1. Выступление участников со SWOT-анализом своих действий в переговорном процессе: что получилось в игре и над чем надо еще работать.

2. Выступление экспертов с объективной оценкой уровня развития коммуникативных умений участников.

3. Выводы обучающихся о практической значимости деловой игры в развитии коммуникативных умений.

Приложение 12. Тестовые задания для самопроверки

1. Игровое обучение, проблемное обучение, программированное обучение, контекстное обучение — это:
   А. формы организации обучения
   Б. *педагогические технологии*
   В. педагогические навыки
   Г. педагогические приемы

2. Формы организации учебного процесса — это:
   А. *лекции, семинарские и практические занятия*
   Б. образование, обучение, воспитание
   В. наука, теория, практика
   Г. задания закрытой формы, задания открытой формы, ситуационные задачи

3. Педагогический метод — это:
   А. *способ упорядоченной взаимосвязанной деятельности преподавателя и обучающихся*
   Б. то же, что педагогическая технология
   В. прием обучения, эффективный только в руках своего создателя
   Г. более обширное понятие, чем педагогическая технология

4. Педагогическая технология от педагогического искусства отличается:
   А. эффективностью в учебном процессе
   Б. экономией времени
   В. обязательным применением компьютерной техники
   Г. *воспроизводимостью процесса и результата при использовании другим преподавателем*

5. Для диагностики умений используются:
   А. тестовые задания с вариантами выбора
   Б. альтернативные тестовые задания (да/нет)
   В. тестовые задания на восстановление соответствия
   Г. *ситуационные задачи и практический контроль*

6. Создание проблемных ситуаций и организация деятельности обучающихся по решению образовательных проблем — это:
   А. метод проектов
   Б. конструирование
   В. *проблемное обучение*
   Г. исследовательская деятельность

7. Вынужденная, оцениваемая и управляемая активность обучающихся, сравнимая с активностью преподавателя, характерна для:
   А. всех педагогических технологий
   Б. *активных методов обучения*
   В. традиционной лекции
   Г. лекции, сопровождаемой показом слайдов

8. Объяснительно-иллюстративный метод обучения обеспечивает:
   А. высокий уровень мыслительной деятельности обучаемых
   Б. *возможность передачи значительного объема знаний за минимально короткое время*

В. творческое усвоение знаний
Г. самостоятельное освоение учебных знаний

9. Деловая игра в высшем медицинском образовании планируется как:
А. *метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям*
Б. способ релаксации, отвлечения от монотонной учебной деятельности
В. упражнение в силе и ловкости
Г. организация учебного процесса, направленная на заслушивание информации

10. В деловой игре воспроизводятся:
А. *типичные обобщенные ситуации в сжатом масштабе времени*
Б. только ситуации, с которыми специалист едва ли встретится в реальной жизни
В. только ситуации, не имеющие отношения к профессиональной деятельности
Г. типичные ситуации, но в сильно растянутом масштабе времени

11. Во время проведения дискуссии действуют все перечисленные правила, кроме:
А. умения выслушать оппонента до конца
Б. краткости выступления, соблюдения регламента
В. выступления только по теме данной дискуссии
Г. *перехода на личности в ходе дискуссии*

12. Имитационные активные методы обучения включают все перечисленные, кроме:
А. *активных (проблемных) лекций*
Б. решения ситуационных (производственных) задач
В. деловых игр
Г. стажировки с выполнением должностной роли

13. Методика «лекции-провокации» состоит в том, что студенты:
А. решают какую-либо ситуационную задачу
Б. *отыскивают в лекции запланированные ошибки*
В. воспринимают информацию в визуальной форме
Г. пишут конспект максимально быстро

14. Выработка навыков социального взаимодействия и управления людьми, коллегиальности, умения руководить и подчиняться в большей степени достигается методом:
А. *деловой игры*
Б. проблемного обучения
В. лекции вдвоем
Г. лекции-провокации

15. Продуманная во всех деталях модель совместной деятельности по проектированию, проведению образовательного процесса, анализа результата — это педагогическая:
А. задача
Б. *технология*
В. система
Г. метод

16. К имитационным активным методам обучения относится:
А. динамический диалог
Б. дискуссия

В. *деловая игра*
Г. мозговой штурм

17. Среди понятий «педагогическая технология», «умение управлять собой», «педагогическая техника», «программа самореализации» наиболее масштабной является:
А. «педагогическая технология»
Б. «умение управлять собой»
В .«педагогическая техника»
Г. *«программа самореализации»*

18. Создание проблемных ситуаций и организация деятельности обучающихся по решению образовательных проблем:
А. метод проектов
Б. конструирование
В. *проблемное обучение*
Г. исследовательская деятельность

19. Дискуссия относится к … обучения:
А. средствам
Б. *методам*
В. видам
Г. формам

20. В основе деловых игр лежат принципы:
А. доступности
Б. систематичности
В. *имитационного моделирования*
Г. надежности

21. К активным методам обучения не относятся:
А. методы разрешения проблем
Б. самоанализ в процессе обучения
В. ролевая игра
Г. *доклад на семинаре*

Учебное издание

Безродная Галина Валентиновна
Колпаков Сергей Николаевич

ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Учебное пособие

Корректура *Т. В. Соболева*
Компьютерная верстка *Т. В. Соболева*

Подписано в печать 26.05.2021. Формат 60×84/8.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл.-печ. л. 16,92. Тираж 100 экз. Изд. № 68к.

Оригинал-макет изготовлен Издательско-полиграфическим центром НГМУ
Новосибирск, ул. Залесского, 4
E-mail: sibmedizdat@mail.ru
Тел.: (383) 225-24-29

Отпечатано в Издательско-полиграфическом центре НГМУ
Новосибирск, ул. Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29