

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»

Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Лившиц Татьяна Александровна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Обучающее организационное консультирование как средство формирования готовности врачей к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса)

Направление: 44.04.02. Психолого-педагогическое образование
Магистерская программа: Психологическое консультирование в образовании

Допущена к защите
Заведующая кафедрой
к.пс.н., доцент Мосина Н.А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)
13.12.2017 Мосина
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
к.пс.н., доцент Сафонова М.В.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)
13.12.2017 Сафонова
(дата, подпись)

Научный руководитель
к.пс.н., доцент Мосина Н.А.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)
13.12.2017 Мосина
(дата, подпись)

Студент
Лившиц Т.А.
(фамилия, инициалы)
13.12.2017 Лившиц
(дата, подпись)

Красноярск, 2017 г

Содержание

Реферат.....	3
Введение.....	10
ГЛАВА I. Теоретические основы обучающего организационного консультирования как средства формирования готовности к освоению и внедрению новых программ в профессиональную деятельность	16
1.1. Теоретические подходы к проблеме формирования готовности к профессиональной деятельности в научной литературе	16
1.2. Теоретические подходы к проблеме обучения взрослых.....	24
1.3. Психологическое консультирование как средство сопровождения введения в работу новой программы. Организационное консультирование..	31
Выводы по Главе I.....	43
ГЛАВА II. Экспериментальное изучение обучающего организационного консультирования как средства формирования готовности врачей к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса).....	45
2.1. Формирование диагностического комплекса, анализ методик и результатов констатирующего эксперимента.....	45
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента.....	63
2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение.....	71
Выводы по Главе II.....	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	85
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	87
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	93

Реферат

Диссертация на соискание степени магистра психолого-педагогического образования «Обучающее организационное консультирование как средство формирования готовности врачей к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса)».

Объем – 123 страницы, включая 10 рисунков, 8 таблиц, 5 приложений. Количество использованных источников – 65.

Цель исследования – теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу организационного консультирования, направленного на формирование готовности к внедрению в работу врачей структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса).

Объект исследования: процесс формирования готовности к внедрению в работу врачей структурированной программы ведения врачебного приема.

Предмет исследования: организационное консультирование как средство формирования готовности к внедрению в работу врачей структурированной программы ведения врачебного приема.

Гипотеза состоит в предположении о том, что процесс формирования готовности к внедрению в работу врачей программы ведения врачебного приема будет результативным, если

- 1) будут разработаны и внедрены групповые консультации и супервизии для врачей;
- 2) групповые консультации будут направлены на повышение уровня развития группы, улучшение информированности, отработку навыков, освоения необходимых техник, создание коллектива единомышленников, способных к сотрудничеству;
- 3) супервизии будут организованы с целью профессиональной поддержки участников эксперимента;

4) освоение и успешное внедрение в работу структурированной программы повысит уровень уверенности в себе врачей.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили:

1. Работы в области психологической готовности к деятельности (М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбовича, А.А. Деркач, О.В. Михайлова, В.Ф. Жуковой).

2. Принципы андрагогики как подхода к обучению взрослого человека (С.И. Змеёв).

3. Работы, посвященные изучению факторов, оказывающих значимое влияние на отношение взрослых к образованию, стимулов и барьеров к новым знаниям (М.В. Горнякова).

4. Исследования в области организационной психологии (Л.Г. Почебут и В.А. Чикер, М.Ю. Шейнис, В.Л. Лебедевой).

5. Работы в области инноваций и сопровождения их внедрения (Н.И. Лапина, Е.Т. Гребнева, А.И. Пригожина).

6. Работы о специфике общения в профессиях, связанных с взаимодействием «человек–человек» (В.В. Болучевская)

В работе были использованы следующие **методы исследования:**

1. Анализ литературы.
2. Наблюдение.
3. Тестирование.
4. Эксперимент (групповые консультации и индивидуальные супервизии).
5. Методы количественного и качественного анализа.
6. Методы математической статистики.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать специальную литературу по заявленной проблематике.

2. Изучить возможные варианты консультативной работы и адаптировать их к целевой группе исследования.

3. Подобрать диагностический комплекс для выявления индивидуальных особенностей участников исследования и группы в целом в аспекте профессионального позиционирования и профессионально-мотивационных ориентаций.

4. Изучить и описать актуальный уровень индивидуальных особенностей участников исследования и группы в целом в аспекте профессионального позиционирования и профессионально-мотивационных ориентаций.

5. Составить и апробировать программу формирующего эксперимента на основе организационного консультирования.

6. Проследить динамику изменений с помощью подобранного диагностического комплекса.

7. Проверить гипотезу с помощью методов математической статистики.

Экспериментальная база исследования:

Исследование проведено на базе частного медицинского центра города Красноярск, количество участников – 7 врачей поликлинической помощи различных специальностей.

В результате проведенного исследования были достигнуты следующие результаты:

1. Проанализированы психолого-педагогические монографии, статьи и учебные пособия по заявленной проблематике.

2. Изучены возможные варианты консультативной работы и адаптированы к целевой группе исследования.

3. Составлен консультативный методический комплекс и регламентирована продолжительность научного исследования.

4. Изучено отношение целевой выборки исследования к реализуемой деятельности;

5. Спланирован и реализован методический консультативный комплекс.

6. Проанализированы результаты в форме проведения дополнительного диагностического среза

7. Обобщены результаты исследования.

Теоретическую значимость нашей работе придает изучение и теоретическое обоснование возможностей организационного консультирования для сопровождения внедрения инноваций в практику работы медицинских организаций, **практическая значимость** заключается в разработке и апробации программы освоения и внедрения в повседневную работу стандарта ведения врачебного приема, которая может быть рекомендована для применения в другие медицинские организации.

Итогом нашего исследования на данном этапе является подтверждение высказанной гипотезы: процесс внедрения программы ведения врачебного приема будет успешным, если сопровождать его такими видами работы как групповые консультации и индивидуальные супервизии.

Abstract.

Thesis for the master's degree in psychological and pedagogical education "Teaching organizational counseling as a means of forming the readiness of physicians to develop and implement a structured program for conducting medical admission (service standard)".

Volume - 123 pages, including 10 drawing, 8 tables, 5 applications. The number of sources used is 65.

The aim of the study is to theoretically substantiate and experimentally test the program of organizational counseling aimed at forming readiness for the introduction of a structured program of medical admission (service standard) into the work of physicians.

The object of study: the process of forming readiness for the introduction into the work of doctors of a structured program for conducting medical admission.

Subject of research: organizational counseling as a means of forming readiness for the introduction into the work of doctors of a structured program for conducting medical admission.

The hypothesis consists in the assumption that the process of forming readiness for the introduction of a program of medical admission into the work of doctors will be effective if

- 1) group consultations and supervisions for doctors will be developed and introduced;
- 2) group consultations will be aimed at increasing the level of development of the group, improving awareness, skills training, mastering the necessary techniques, creating a team of like-minded people who are capable of cooperation;
- 3) Supervision will be organized with the purpose of professional support of the participants of the experiment;
- 4) mastering and successful implementation of the structured program will increase the level of self-confidence of doctors.

Theoretical and methodological basis of the research was:

1. Work in the field of psychological readiness for activity (MI Dyachenko, LA Kandybovich, AA Derkach, OV Mikhailova, VF Zhukova).

2. Principles of andragogy as an approach to adult learning (SI Zmeiov).

3. Works devoted to the study of factors that have a significant impact on the attitude of adults to education, incentives and barriers to new knowledge (MV Gornyakova).

4. Research in the field of organizational psychology (LG Potchebut and VA Chiker, M.Yu. Sheinis).

5. Works in the field of innovation and maintenance of their implementation (NI Lapina, ET Grebneva, AI Prigozhin).

6. Work on the specifics of communication in occupations related to human-to-human interaction (Boluchevskaya VV)

The following research methods were used in the work:

1. Analysis of literature.

2. Observation.

3. Testing.

4. Experiment (group consultations and individual supervisions).

5. Methods of quantitative and qualitative analysis.

6. Methods of mathematical statistics.

Objectives of the study:

1. To study and analyze the special literature on the stated problems.

2. Study possible options for consultative work and adapt them to the research target group.

3. To choose a diagnostic complex for revealing the individual characteristics of participants in the study and the group as a whole in the aspect of professional positioning and professional-motivational orientations.

4. To study and describe the actual level of individual characteristics of study participants and the group as a whole in the aspect of professional positioning and professional-motivational orientations.

5. To compile and test the program of the formative experiment on the basis of organizational counseling.

6. Track the dynamics of changes with the help of a selected diagnostic complex.

7. Test the hypothesis using methods of mathematical statistics.

Experimental research base:

The study was conducted on the basis of the private medical center of the city of Krasnoyarsk, the number of participants - 7 doctors of polyclinic care of various specialties.

As a result of the study, the following results were achieved:

1. Psychological-pedagogical monographs, articles and textbooks on the stated problems are analyzed.

2. Possible variants of the consultative work were studied and adapted to the target group of the study.

3. An advisory methodical complex has been drawn up and the duration of scientific research is regulated.

4. The ratio of the target sample of the study to the activity being implemented is studied;

5. The methodical advisory complex is planned and implemented.

6. The results are analyzed in the form of an additional diagnostic cut

7. The results of the study are summarized.

The theoretical significance of our work is attached to the study and theoretical substantiation of the possibilities of organizational consulting to support the introduction of innovations in the practice of medical organizations, the practical significance lies in the development and approbation of a program for the development and implementation of a standard for medical admission into daily work that can be recommended for use in other medical organization.

The result of our research at this stage is the confirmation of the hypothesis: the process of introducing the program of medical admission will be successful

ВВЕДЕНИЕ

Платные медицинские услуги в России начали развиваться в 90-е годы XX века. В то время пациенты, не избалованные особыми условиями оказания медицинской помощи, выбирали, в основном, по нескольким параметрам – хорошее оборудование, возможность получить помощь без очередей и попасть к нужному специалисту. В настоящее время, когда высококачественным оборудованием уже никого не удивишь, возникает необходимость оказания не просто медицинской помощи, а предоставление медицинской услуги, которая, помимо комфортных условий, удобного графика и вежливых администраторов, включает в себя создание контакта врача и пациента. Оказание медицинской услуги – это не только процедура врачебного приема, а целая система командной работы с пациентом.

Сотрудничество «врач – пациент» предполагает взаимопонимание, поддержку, готовность к совместной деятельности по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья, поэтому большое значение имеет правильная организация пространства встречи и продуктивное сотрудничество в процессе планирования лечебных мероприятий. Введение в работу врача программы структурированного приема, стандарта приема является на сегодняшний день необходимостью, которая позволит с максимальной эффективностью использовать время врачебного приема и получить наилучший результат от контакта врача и пациента.

Еще В.М. Бехтерев говорил: «Если больному после разговора с врачом не стало легче, значит, это не врач». А диагност и клиницист XIX века Григорий Захарьин говорил: «Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача... к которому нет доверия» [16].

Обсуждаемая проблематика сравнительно нова, однако в той или иной степени мы можем найти её отголоски в работах И. Харди, В.В. Болучевской,

Р. Конечного, Н.А. Березовской, Бачмановой Н.А. и Стафуриной, последние рассматривали талант общения в контексте осуществления психологической деятельности, к коим можно отнести и контакт врача с пациентом. Существенный вклад в теоретическую разработку тематики исследования внесли работы по изучению психологической готовности М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, А.А. Деркач, О.В. Михайлов и В.Ф. Жуковой, статьи и монографии Н.И. Лапина, Е.Т. Гребнева, А.И. Пригожина по вопросу психологического сопровождения инноваций, а также работы С.И. Змеёва, в которых отражены основные принципы современной андрагогики.

Положения, формулируемые этими авторами, стали **теоретической основой** нашего исследования.

Несмотря на большое количество работ, обуславливающих необходимость внедрения в повседневную практику врача стандарта ведения приема, практически отсутствуют работы, посвященные практике применения обучающего организационного консультирования в процесс внедрения новых программ ведения врачебного приема в практическую деятельность врача, что придает нашему исследованию **научную новизну**.

Актуальность рассматриваемой проблемы, ее практическая, теоретическая значимость и недостаточная разработанность послужили основанием для выбора **темы исследования**: «Обучающее организационное консультирование как средство формирования готовности врачей к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса)».

Исходя из актуальности проблемы, ее теоретической и практической значимости были определены тема, цель, объект, предмет, гипотезы и задачи.

Цель исследования – теоретически обосновать и экспериментально апробировать программу организационного консультирования, направленного на формирование готовности к внедрению в работу врачей структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса).

Объект исследования: процесс формирования готовности к внедрению в работу врачей структурированной программы ведения врачебного приема.

Предмет исследования: организационное консультирование как средство формирования готовности к внедрению структурированной программы ведения врачебного приема.

В связи с указанной целью выдвигается следующая **рабочая гипотеза:** процесс формирования готовности к внедрению программы ведения врачебного приема будет результативным, если

1) будут разработаны и внедрены групповые консультации и супервизии для врачей;

2) групповые консультации будут направлены на повышение уровня развития группы, улучшение информированности, отработку навыков, освоения необходимых техник, создание коллектива единомышленников, способных к сотрудничеству;

3) супервизии будут организованы с целью профессиональной поддержки участников эксперимента;

4) освоение и успешное внедрение в работу структурированной программы повысит уровень уверенности в себе врачей.

Достижение поставленной цели требует решения следующих задач:

1. Изучить и проанализировать специальную литературу по заявленной проблематике.

2. Изучить возможные варианты консультативной работы и адаптировать их к целевой группе исследования.

3. Подобрать диагностический комплекс для выявления индивидуальных особенностей участников исследования и группы в целом в аспекте профессионального позиционирования и профессионально-мотивационных ориентаций.

4. Изучить и описать актуальный уровень индивидуальных особенностей участников исследования и группы в целом в аспекте

профессионального позиционирования и профессионально-мотивационных ориентаций.

5. Составить и апробировать программу формирующего эксперимента на основе организационного консультирования.

6. Проследить динамику изменений с помощью подобранного диагностического комплекса.

7. Проверить гипотезу с помощью методов математической статистики.

Методы исследования:

7. Анализ литературы.

8. Наблюдение.

9. Тестирование.

10. Эксперимент (групповые консультации и индивидуальные супервизии).

11. Методы количественного и качественного анализа.

12. Методы математической статистики.

Экспериментальная база исследования:

Исследование проведено на базе частного медицинского центра города Красноярск, количество участников – 7 врачей поликлинической помощи различных специальностей.

Научная новизна исследования:

Новизна научного исследования определяется значимостью применения структурированной программы врачебного приема, ее эффективностью и отсутствием актуальных исследований по данной проблематике.

Теоретическая значимость:

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для более глубокого изучения возможностей инструментов психологического консультирования в качестве средства сопровождения при внедрении новых программ ведения приема в работу врачей.

Практическая значимость:

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе медицинских учреждений, в том числе в других регионах.

Структура и объем диссертации:

Полный объем – 123 страниц, включая 10 рисунков, 8 таблиц и 5 приложений. Количество использованных источников – 65.

Описание представляемого исследования включает введение, две главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

Во Введении обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования. Кратко представлено содержание диссертации.

В Главе 1 описаны теоретические основы понятия готовности к деятельности, изучены различные трактовки данного понятия, подходы и принципы в реализации обучения взрослых людей. Определены возможные инструменты психологического консультирования, конкретизирован их функционал и область применения. Определены выводы.

В Главе 2 представлено экспериментальное исследование по применению обучающего организационного консультирования в процессе внедрения в работу врачей структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса). Разработан диагностический комплекс определения уровня готовности к освоению и применению программы. Организованы и проведены констатирующий и формирующий эксперименты. Определены результаты формирующего эксперимента. Проведён анализ полученных данных, сделаны выводы.

В заключении сформулированы основные результаты диссертации.

В приложениях собраны диагностический комплекс, применённый для проведения констатирующего эксперимента, таблицы, содержащие данные по результатам исследования, а также результаты статистической обработки данных.

Работа апробирована на 4-ой международной конференции «Личность в изменяющихся социальных условиях». По теме диссертации имеется 2 публикации.

Глава 1. Теоретические основы обучающего организационного консультирования как средства формирования готовности к освоению и внедрению новых программ в профессиональную деятельность

1.1. Теоретические подходы к проблеме формирования готовности к профессиональной деятельности в научной литературе

В быстро изменяющихся социально-экономических условиях профессиональная деятельность значительно усложняется, предъявляя тем самым более высокие требования к работнику, актуализирует психологические ресурсы личности. Успешность профессиональной деятельности предопределяется особенностями психологической готовности специалиста. В свою очередь, психологическая готовность является психическим состоянием, характеризующимся мобилизацией ресурсов субъекта труда на оперативное или долгосрочное выполнение конкретной деятельности, или трудовой задачи. Это состояние помогает успешно выполнять свои обязанности, правильно использовать знания, опыт, личные качества, сохранять самоконтроль и перестраивать деятельность при появлении непредвиденных препятствий.

Определение, предлагаемое в словаре В.И. Даля, слова «готовность» - состояние или признак готовности. Подготовленный человек есть не только готовый к выполнению действия, может и желает его выполнить [5].

Изучение проблемы психологической готовности началось в 50-е годы двадцатого столетия в связи с необходимостью профессионального обучения людей различным видам труда. Готовностью занимались и разрабатывали идеи, связанные с ней, такие ученые как: М.И. Дьяченко, Ф.И. Иващенко, Л.А. Кандыбович, Я.Л. Коломенский, А.Т. Короткевич, И.Б. Котова, А.И. Кочетов, В.С. Мерлин, В.Н. Мясищев, Н.Д. Левитов, А.С. Нерсисян, А.Ц. Пуни, В.Н. Пушкин, В.Д. Шадриков, Д.М. Узнадзе, П.Р. Чамата.

Единой точки зрения по данному вопросу нет, но в отечественной психологии готовность к деятельности рассматривается в различных подходах и самыми распространенными являются личностный и функциональный.

Личностный подход к готовности рассматривается как проявление индивидуальных качеств личности, которые обусловлены эффективной деятельностью.

М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович характеризуют готовность как психологический настрой на выполнение деятельности. Теория основывается на изменении поведения личности, при внутреннем настрое, который будет содействовать её активности и целенаправленности [12]. Авторы выделяют следующие компоненты готовности:

- мотивационный (стремление добиться успеха);
- ориентационный (знание и представление об особенностях и условиях профессиональной деятельности, о ее требованиях к личности);
- операционный (владение навыками, знаниями, умениями профессиональной деятельности);
- волевой (самоконтроль, самомобилизация, умение управлять действительностью);
- оценочный (самооценка своей профессиональной деятельности)

В.Д. Шадриков, анализируя готовность, первичным ставил профессионализм индивида. В результате индивидуального опыта, практики, социальных отношений, обучения и так далее, вырабатывается готовность к деятельности как проявление способностей [61].

По мнению В.А. Крутецкого, готовность представляет собой совокупность свойств личности, определяющих ее пригодность к деятельности, среди них автор выделяет такие характеристики, как: черты характера; активное положительное отношение к деятельности, благоприятные психические состояния для выполнения деятельности, устремление заниматься ею, переходящую в увлеченность; определенный запас знаний, умений, навыков в соответствующей области [31].

Р.Д. Санжаева [50] рассматривает психологическую готовность к деятельности как устойчивую характеристику личности, выражающую ее стремление преодолеть трудности в достижении профессиональной цели на основе приобретенных умений и навыков.

А.А. Деркач в своих работах представляет понятие готовности как целостное проявление свойств личности, выделяя три компонента – познавательный, эмоциональный и мотивационный. По мнению автора, развитие готовности означает организацию системы из отношений, поведений, накопленной информации, которая, активизируясь, может обеспечить индивида возможностью эффективно выполнять свои функции. [6].

Таким образом, выделение компонентов носит довольно условный характер, так как в реальности они представляют собой некое единое состояние готовности или неготовности.

Функциональный подход рассматривает готовность как определенное психическое состояние субъекта.

В данном подходе готовность анализируется во временном состоянии, как кратковременное или долговременное, в преобладающем на данный момент состоянии активируются психические функции. То есть способность себя мобилизовать психически и физически.

Различают длительную готовность и временное состояние готовности, синонимами которого являются «предстартовое состояние» (Н.Д. Левитов), состояние «оперативного покоя» (А.А. Ухтомский) и состояние «бдительности» (Л.С. Нарсеян, В.Н. Пушкин).

Длительная готовность представляет собой структуру, в которую входят: положительное отношение к деятельности; черты характера, способности и мотивация, адекватные требованиям деятельности; а также необходимые знания, навыки, умения; устойчивые эмоционально-волевые процессы.

Исходя из проведенного анализа имеющихся литературных источников, динамическая структура состояния психологической готовности к сложным видам деятельности является целостным личностным образованием, включающим в себя ряд характеристик, основными из которых являются:

1) мотивационные — интерес к деятельности, потребность успешно выполнять поставленную задачу, стремление добиться успеха и показать себя с наилучшей стороны;

2) познавательные — понимание обязанностей профессиональной деятельности, трудовой задачи, оценка ее значимости для достижения конечных результатов самой деятельности и для себя лично (с точки зрения престижа, например) и т. д.;

3) эмоциональные — уверенность в успехе, воодушевление, чувство профессиональной и социальной ответственности;

4) волевые — управление собой, мобилизация своих сил, сосредоточение на задаче, преодоление сомнений, страхов.

Психологическая готовность личности к деятельности является состоянием, способствующим актуализации мотивов в профессиональной деятельности, совмещающая в себе все требуемые элементы, которые достаточны для успешного решения поставленной задачи и является обязательным условием не только для её начала, но и для эффективного решения. Чем выше уровень готовности субъекта, тем легче актуализируются адекватные профессиональные мотивы.

В связи с пониманием особой значимости психологической готовности в реализации эффективной деятельности, складывается практика формирования профессиональной готовности специалиста.

Формирование состояния психологической готовности к деятельности представляет собой процесс из последовательных и взаимосвязанных процедур и действий:

- осознание собственных потребностей, требований общества, коллектива или поставленной другими людьми задачи;

- осознание целей выполнения поставленных задач, решение которых приведет к удовлетворению потребностей или выполнению поставленной задачи;

- осмысливание и оценка условий, в которых будут протекать предстоящие события, актуализация опыта, связанного с решением задач и выполнением требований подобного рода;

- определение на основе опыта и оценки предстоящих условий деятельности наиболее рациональных и возможных (вспомогательных) способов решения задач или выполнения требований;

- прогнозирование проявления своих интеллектуальных, эмоциональных, мотивационных и волевых процессов, оценка соотношения своих возможностей, уровня притязаний и необходимости достижения определенного результата;

- мобилизация сил в соответствии с условиями и задачей, самовнушение веры в успешное достижение цели.

Критерием развития психологической готовности в целом выступает уровень развития ее структурных компонентов.

О.В. Михайлов описывает уровни развития готовности к деятельности, выступающие как степень проявления ее критериев и показателей, выделяя наивысший уровень, высокий, средний и низкий [34].

Наивысший уровень, или полная готовность к деятельности описывается как состояние, когда человек «знает, хочет, умеет и добивается». Для полной готовности характерно выраженное стремление успешно решать задачи деятельности, которая принимается субъектом как лично значимая и он активно решает возникающие задачи. Он постоянно занимается самообразованием, развивая интеллектуальные способности, успешно осмысливает возникающие трудности, умеет принимать оптимальные для данной ситуации решения, а также эффективно действовать в условиях неопределенности, проявляя творчество. Обладая наивысшим уровнем готовности, он владеет развитыми навыками саморегуляции и самоконтроля.

Высокий уровень готовности, или состояние, приближающееся к полной готовности, иными словами, когда субъект «знает, хочет, умеет, но не добивается» либо «знает, хочет, добивается, но не умеет». В этом состоянии субъект деятельности недостаточно стремится к активному решению задач, однако, воспринимая деятельность как лично значимую. Он развивает свои интеллектуальные способности посредством самообразования, но не всегда умеет принимать и исполнять оптимальные для данной ситуации решения.

Средний уровень готовности, или состояние выраженной неполной готовности – субъект «знает, хочет, но не умеет и не добивается» либо «знает, умеет, но не хочет и не добивается». Параметры данного уровня значительно отклоняются от оптимальных. Характерно наличие относительно стойких психологических барьеров, нежелание искать и совершенствовать способы деятельности, боязнь и неуверенность при необходимости принимать собственные решения.

Низкий уровень готовности, или состояние неготовности, описываются автором как состояние, когда субъект «знает, но не хочет, не умеет и не добивается» либо «хочет, но не знает, не умеет и не добивается». Неготовность характеризуется либо полным отсутствием каких-либо компонентов синдрома, либо их крайне слабой выраженностью или большими отклонениями от оптимальных границ.

В.Ф. Жукова в своей работе по анализу категории «психологическая готовность» предлагает классификацию готовности, которая заключается в ранжировании по уровням:

1. Низкий (неумение самостоятельно ставить и решать затруднительные задачи, неадекватная оценка и самооценка профессионально важных особенностей деятельности).
2. Средний (средний уровень проявления приведенных качеств).

3. Высокий (самостоятельность в постановке и решении новых задач, адекватность оценки и самооценки профессионально важных качеств, способность к эффективному решению поставленных задач и т.д.) [14].

Готовность к деятельности выступает как системная характеристика конкурентоспособного специалиста и может быть использована в качестве интегрального критерия оценки его прогнозируемой конкурентоспособности.

Состояние психологической готовности к деятельности следует рассматривать как сложное, целенаправленное проявление личности, которое имеет динамическую структуру и между ее составляющими существуют функциональные зависимости. Человек, в практической деятельности, стремясь удовлетворить свои потребности, на основе внутренней активности (биологической, физиологической и психической) реализует определённую цель и достигает результата. Организация целенаправленного, комплексного процесса формирования и развития готовности к деятельности обеспечивает актуализацию потребности специалиста в повышении уровня готовности к профессиональной деятельности.

В современном мире, в сложившихся условиях развития общества нередко упоминается о компетентности работника, которой отводится важная роль в практической деятельности. Все чаще компетентность рассматривается, как потенциальная готовность специалиста включиться в определённую деятельность, решать задачи со знанием дела, к самостоятельной и успешной деятельности. Также, компетентность определяется как качества человека, завершившего образование определённой ступени, выражающиеся в готовности на его основе к успешной (продуктивной, эффективной) деятельности [18].

Обязательными составляющими компетентности любого вида следует считать:

- 1) положительную мотивацию к проявлению компетентности;
- 2) ценностно-смысловые отношения к содержанию деятельности и ее результату;

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

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

Как видно из проведенного обзора, понятие готовности и компетентности связаны. Большинство авторов объясняют готовность к деятельности через совокупность мотивационных, познавательных, эмоциональных и волевых качеств личности как общее психофизиологическое состояние, обеспечивающее актуализацию потенциальных возможностей человека. Формируя готовность к освоению и выполнению какой-либо деятельности, мы повышаем компетентность специалиста. Исследование проблемы психологической готовности личности к деятельности очень актуально для профессий, которые предъявляют высокие требования к моральным, волевым и иным качествам человека. С этой точки зрения врачебную специальность можно с уверенностью отнести к таким профессиям. Развитие компетентности в профессиональной деятельности врача неразрывно связано с личностным развитием, более того, подчинено ему. Психологическую готовность, при подобном осмыслении соотношения личностного и профессионального развития, можно определить как уровень психологического обеспечения профессиональной деятельности.

В процессе психологического сопровождения формирования готовности психолог должен создать условия и оказать обучающемуся участнику исследования (в нашем случае, врачу) поддержку в переходе от позиции «я не могу» к позиции «я могу сам справиться с трудностями в профессиональной деятельности», то есть осуществляется поиск ресурсов личности, с опорой на его возможности и создание условий для развития. Целью психологического сопровождения является обеспечение психологической поддержки деятельности и развитие готовности к освоению и внедрению новой программы ведения приема, важной задачей - создание условий для того, чтобы врачи захотели внести изменения в свою повседневную работу для

повышения своей компетентности, как специалиста. Высокий уровень готовности рассматривается как условие достижения высокого уровня профессионализма.

1.2 Теоретические подходы к проблеме обучения взрослых

Учитывая, что освоение и внедрение в повседневную деятельность новой программы ведения врачебного приема является, в том числе, и изучением нового материала, ранее не применяемого в практике, в целях нашего исследования необходимо затронуть вопрос обучения взрослых людей.

Термин «андрагогика» впервые был предложен еще в 1833 году немецким учителем К. Каппом, который определил понятие как раздел педагогики, касающийся обучения взрослых. Однако, в то время термин не получил распространения и вновь появился только в первой четверти XX века [52]. Основоположником же современной андрагогики по праву считается Малкольм С. Ноулз, в своей книге «Современная практика образования взрослых. Андрагогика против педагогики» [38] он описал разработанные технологии обучения взрослых, организационные управляющие комплексные программы, а также сформулировал основные положения андрагогики, которые заключаются в следующих утверждениях:

1. В процессе обучения ведущая роль отводится обучающемуся (человеку, который обучается, а не обучаемому).
2. Являясь сложившейся личностью, он стремится к самореализации, самостоятельности и ставит перед собой конкретные цели обучения.
3. Навыки и умения, жизненный и профессиональный опыт, которыми обладает взрослый человек, должны быть использованы в процессе обучения.
4. Взрослый обучающийся стремится к скорейшему применению приобретенных при обучении знаний и умений.

5. Временные, пространственные, бытовые, социальные и профессиональные факторы в большой степени определяют процесс обучения, ограничивая, либо способствуя ему.

6. Организация процесса обучения должна быть организована в виде совместной деятельности обучающего и обучающегося.

В настоящее время под андрагогикой подразумевается отрасль педагогической науки, раскрывающая теоретические и практические проблемы обучения, воспитания и образования взрослого человека в течение всей его жизни [39]. Основными принципами современной андрагогики являются [19]:

✓ Принцип приоритетности самостоятельного обучения.

Для реализации данного принципа необходима тщательная подготовка со стороны обучающего – составление программ, подбор необходимого учебного материала и т.д. При выполнении данных условий у обучающегося есть возможность неспешно ознакомиться с учебными материалами, разобраться с понятиями, осмыслить процессы и технологии их выполнения. Значительную помощь в этом оказывает современное дистанционное обучение.

✓ Принцип совместной деятельности обучающегося с одноклассниками и преподавателем при подготовке и в процессе обучения.

Интервью и групповые обсуждения позволяют выявить потребности обучающихся, а также производственных потребностей. Изучение этих вопросов необходимо провести с четырех точек зрения: самого обучающегося (или группы обучающихся), его руководителя, подчиненного и партнера (того, с кем связан обучающийся производственными связями внутри компании).

✓ Принцип использования имеющегося положительного жизненного опыта (прежде всего социального и профессионального), практических знаний, умений, навыков обучающегося в качестве базы обучения и источника формализации новых знаний.

Реализуется данный принцип с помощью активных методов обучения, которые стимулируют творческую работу обучающихся. В тоже время внимание в процессе обучения должно быть уделено индивидуальной работе, например, посредством написания рефератов, кейсов, методических описаний, которые в дальнейшем могут быть переработаны в стандарты компании. Индивидуальная работа может быть реализована в диалоге преподавателя и обучающегося с целью взаимного обмена информацией и знаниями. Таким образом осуществляется формализация эмпирических знаний.

✓ Принцип корректировки устаревшего опыта и личностных установок, препятствующих освоению новых знаний.

В случае, если профессиональный или социальный опыт вступает в противоречие с корпоративными целями, требованиями настоящего времени. В этих случаях необходимы беседы, направленные на убеждение несостоятельности имеющегося убеждения и формирования новых точек зрения, раскрытие перспектив и т.д.

✓ Принцип индивидуального подхода к обучению

В основе данного подхода лежит оценка личности обучающегося, анализ социального статуса, его профессиональной деятельности, а также характера взаимоотношений в рабочем коллективе. Построение социально-психологического портрета возможно с помощью проведения предварительных интервью, анкетирования и тестирования.

✓ Принцип свободы выбора целей, содержания, форм, методов, сроков, времени и места обучения.

✓ Принцип рефлексивности. Сознательное отношение обучающегося является важнейшим фактором в процессе обучения, что, в свою очередь, является главным составляющим самотивации обучающегося.

✓ Принцип востребованности результатов обучения практической деятельностью обучающегося. Знания, умения и навыки, приобретаемые в

процессе обучения, должны быть востребованы в его производственной деятельности. Поэтому крайне важно в период планирования и организации обучения необходимо исследование и анализ деятельности, что позволит максимально корректно сформулировать цели и задачи предстоящего обучения.

✓ Принцип системности обучения. Цели и содержание обучения должны соответствовать его формам, средствам, методам и оценке результатов. Также системность можно представить, как систематичность, другими словами, регулярность или непрерывность, при этом учитываются результаты предыдущей учебы, а также новые потребности в обучении.

✓ Принцип актуализации результатов обучения (их скорейшее использование на практике). Реализацию данного принципа обеспечивают предыдущие – системность, практическая востребованность результатов, также индивидуальный подход и применение наработанного опыта.

✓ Принцип развития обучающегося. Обучение должно быть организовано и проведено таким образом, чтобы быть направленным на совершенствование личности, способствовать созданию способности к самообучению и постижению нового в практической деятельности человека.

В контексте рассматриваемой темы обучения взрослых людей, особую популярность в настоящее время приобрела циклическая четырехступенчатая эмпирическая модель процесса обучения и усвоения человеком новой информации, предложенная Дэвидом А. Колбом и его коллегами [25].

Исследователи обнаружили, что люди обучаются одним из четырех способов: 1) через опыт; 2) через наблюдение и рефлексию; 3) с помощью абстрактной концептуализации; 4) путем активного экспериментирования - отдавая одному из них предпочтение перед остальными. Согласно представлениям авторов, обучение состоит из повторяющихся этапов «выполнения» и «мышления». Из этого следует, что невозможно эффективно научиться чему-либо, просто прочитав об этом предмете, изучив теорию или прослушав лекции. В тоже время, не может быть эффективным и обучение, в

ходе которого новые действия выполняются бездумно, без анализа и подведения итогов.

Согласно этому методу, обучение носит циклический характер, и включает в себя четыре этапа:

1. Непосредственный опыт. Имеется в виду, что любой человек уже имеет некоторый опыт в той области или сфере деятельности, которой хочет обучиться, анализируются результаты данного опыта.

2. Наблюдение и рефлексия или мыслительные наблюдения. Данный этап предполагает осмысление полученных данных, анализ и размышление об их значении для человека.

3. Формирование абстрактных концепций и моделей или абстрактная концептуализация. На этом этапе устанавливаются связи между полученными знаниями и имеющимся опытом. Генерируются идеи, происходит построение некой модели, описывающей полученную информацию.

4. Стадия активного экспериментирования предполагает практическое использование созданной модели и проверку его на пригодность, возможность использования в профессиональной деятельности. Результатом данного этапа является непосредственный новый опыт. Далее круг замыкается.

Как правило, взрослые люди хотят учиться, если видят в этом необходимость и возможность применения результатов обучения для качественного повышения своей деятельности. Затрагивая вопрос обучения во взрослом возрасте, чаще всего речь идет о формировании мотивационного аспекта готовности к обучению, который проявляется «на уровне желания» и при определенных условиях дает возможность взрослому переключиться с привычной трудовой деятельности на учебную. Более того, взрослые люди стремятся активно участвовать в процессе обучения, привнося в проецируемые ситуации собственный опыт и жизненные ценности, стараясь сопоставить обучающую ситуацию с собственными целями и задачами. Как правило, взрослый человек имеет большое количество обязанностей (семейных и социальных), что не позволяет ему учиться без отрыва от

основной профессиональной деятельности. При планировании обучающего процесса необходимо уделять большое внимание индивидуализации обучения, в силу того, что скорость освоения новыми знаниями и навыками у каждого взрослого обучающегося разная.

На основании работ Б.Г. Ананьева, А.А. Бодалева, С.Г. Вершловского, В.Г. Воронцовой, А.А. Деркача, А.И. Канатова, Е.Г. Королевой, Ю.Н. Кулюткина, В.И. Слободчикова и др. возможно выделить ряд факторов, оказывающих значимое влияние на отношение взрослых к образованию. Первый фактор – специфика мотивации, отраженная в вовлеченности взрослого в деятельность, которая наполняет личностным смыслом образование взрослого человека и формирует его потребность в развитии и обучении. Второй фактор – характер позиции взрослого в обучении, предполагающей свободу выбора взрослым человеком содержания, организационных форм, сроков и режимов обучения, ответственность за принятые решения и полученные результаты. Третий фактор – влияние имеющихся знаний, сложившихся представлений и практического профессионального и жизненного опыта взрослых на усвоение новых знаний. Данный фактор может оказывать разнонаправленное влияние на активность взрослого в рамках образовательной деятельности и на формирование их образовательных запросов. Отражая богатство конкретных ситуаций, возникающих в процессе жизнедеятельности взрослого человека, сформированные представления взрослого о мире, о себе, о других людях являются результатом эмпирических обобщений и «...привязаны к определенному кругу ситуаций, в которых они сформировались. Способы и приемы действий, неоднократно апробированные в этих практических ситуациях, приобретают для индивида высокую ценность и потому становятся стереотипными» [51]. Неэффективность сложившихся стереотипов поведения в новых практических жизненных ситуациях, осознание дефицита собственного опыта по отношению к новым условиям среды могут выступать

как стимул изменения и развития через обучение, либо становится психологическим барьером по отношению к новым знаниям [4].

Карл Роджерс сформулировал психологические особенности взрослых людей, выступающие предпосылками успешного обучения:

- люди от природы обладают большим потенциалом к обучению;
- обучение эффективно, когда его предмет актуален для человека и когда личности человека (его «Я») ничто не угрожает;
- в обучение вовлекается вся личность, что в результате вызывает изменения в самоорганизации и самовосприятии;
- большая часть обучения достигается действием, при сохранении открытости опыту;
- самокритика и самооценка способствуют творчеству, повышению независимости и уверенности в себе [46].

Очевидно, что К. Роджерс рассматривает взрослого человека как ответственного участника процесса обучения, инициатора собственного обучения.

В ходе работы над параграфом проанализированы основные положения процесса обучения взрослого человека, принципы современной андрагогики, факторы, влияющие на отношение взрослого к образованию, а также основные способы, с помощью которых обучается взрослый человек. В анализе мы затронули основные факты, касающиеся обучения взрослого человека вне зависимости от его профессиональной деятельности, поэтому считаем, что эти данные можно принять как стандартные, возможные к применению в целях нашего исследования. В своей работе, при построении программы консультирования, мы учтем вышеизложенные способы и факторы, способствующие более эффективному освоению новой программы ведения врачебного приема участниками эксперимента.

1.3 Психологическое консультирование как средство сопровождения введения в работу новой программы. Организационное консультирование

Организационное консультирование – один из видов психологического консультирования, которое, в свою очередь, является относительно молодой сферой психологической помощи, возникшей сравнительно недавно, выделившись из психотерапии. Но, в отличие от последней, направлено на помощь в решении психологических проблем повседневной жизни клиентов, не имеющих клинических нарушений. Возникновение и выделение психологического консультирования в отдельный вид профессиональной деятельности возникло в ответ на потребность людей, сталкивающихся в своей жизни, в деятельности и общении с трудностями, которые они не могли решить самостоятельно.

Определение, предлагаемое лицензионной комиссией Ассоциации служащих и менеджеров США, выдающей разрешения на частную практику, звучит следующим образом: Консультирование — это совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений.

Несмотря на то, что существует множество определений данному понятию, выделено пять основных положений, которые так или иначе отражены во всех толкованиях:

1. Консультирование помогает человеку выбирать и действовать по собственному усмотрению.
2. Консультирование помогает обучаться новому поведению.
3. Консультирование способствует развитию личности.
4. В консультировании акцентируется ответственность клиента, т.е. признается, что независимый, ответственный индивид способен в

соответствующих обстоятельствах принимать самостоятельные решения, а консультант создает условия, которые поощряют волевое поведение клиента.

5. Сердцевиной консультирования является "консультативное взаимодействие" между клиентом и консультантом, основанное на философии "клиент-центрированной" терапии [27].

Существует целый ряд различных психологических школ и цели консультирования варьируются в зависимости от конкретной школы. Однако если обобщить результаты научных изысканий на эту тему, целью психологического консультирования является помощь конкретному клиенту в решении его проблемы. Конечно же, в разрезе данного определения цели подразумевается ряд необходимых действий, таких как: осознание и переработка мало- или неэффективных моделей поведения, постановка целей, являющихся желаемыми и истинными для конкретного клиента, жизнь в гармонии с собой и окружающими, способность к самостоятельному разрешению возникающих проблемных ситуаций и их решение. По направленности цели психологического консультирования разделяют на цели, связанные с коррекцией (исправлением), и цели, связанные с обеспечением роста и развития, хотя такое разделение не всегда возможно произвести достаточно чётко [36].

В связи с тем, что итоговым результатом консультативного процесса является самостоятельная жизнь клиента без какой-либо помощи консультанта, многие авторы определяют одной из основных целей консультирования повышение личной ответственности клиента за события, происходящие в его жизни.

В зависимости от проблемных ситуаций, а также ориентируясь на то, что клиентами являются люди различных возрастов, с наличием многообразных проблем, в отношениях или свободных, то есть на содержание запроса о психологической помощи, различают несколько видов психологического консультирования. Существует индивидуальное (интимно-личностное), семейное, групповое, психолого-педагогическое и организационное (деловое)

консультирование. По процессу консультирование может быть представлено как реакция на ситуацию клиента (кризисное консультирование) или как стимул для личностного роста клиента (развивающее консультирование). О консультировании принято говорить в контексте ситуации во время кризиса или после него, однако существует и пропедевтический вариант консультирования, при котором проблемы предвосхищаются, а основной задачей консультанта становится помощь в формировании у клиента понимания причинно-следственных связей проблем, распознавание кризиса по первым его признакам и самостоятельное преодоление кризисной ситуации. В случае любого эффективного консультирования подразумевается личностный рост.

Существуют два основных варианта взаимодействия консультанта с клиентом – авторитарный и фасилитирующий, в рамках которых, в зависимости от целей и содержания, выделяются 6 категорий:

1. Авторитарные категории: предписывающие, информирующие, конфронтационные.
2. Фасилитирующие категории: катарсические, каталитические, поддерживающие.

Перечисленные варианты взаимодействия характеризуются следующим:

Авторитарные виды воздействия более иерархизированы: консультант принимает ответственность за клиента и от его имени (направляя поведение, давая инструкции и повышая уровень осознанности). Так, предписывающее воздействие сфокусировано на повседневном поведении клиента вне консультаций с психологом. Информирование способствует развитию психологической грамотности клиента, расширяя его кругозор по референтным вопросам. А конфронтационное воздействие применяется с целью повышения эмоционального градуса консультации, разрушения ограничивающих установок.

Фасилитирующие виды воздействия ориентированы на большую автономность клиентов и принятие ответственности за самих себя (помогая в облегчении душевных страданий и боли, уменьшающих силу “Я”, способствуя самостоятельному научению, подтверждая их значимость как уникальных существ). Среди них катарсическое воздействие, которое способствует мгновенному осознанию клиентом ситуации, устранению внутреннего напряжения путём выхода подавленных негативных эмоций. Каталитическое воздействие ориентировано на стимулирование самопознания, научения и решения проблем. Поддерживающее воздействие способствует эмоциональному соучастию, обращая внимание клиента на его собственную ценность и значимость.

Выбор воздействия обусловлен, в первую очередь, личностью клиента и особенностями его запроса. Пропорциональное соотношение данных видов воздействия может быть следующим:

- ✓ клиент полностью зависит от консультанта;
- ✓ клиент контролирует ситуацию сам с помощью консультанта, его поддержки, знаний и опыта;
- ✓ клиент самостоятелен.

Среди основных подходов к понятию и моделей консультирования выделяются следующие:

1. Глубинная психология (психоанализ).
2. Гуманистические подходы: личностно-центрированное консультирование; гештальт-консультирование; трансактный анализ.
3. Экзистенциальные подходы: экзистенциальное консультирование, логотерапия.
4. Поведенческий подход.
5. Когнитивные и когнитивно-поведенческие подходы: рационально-эмотивное поведенческое консультирование; когнитивное консультирование.

6. Аффективные подходы: основная терапия, переоценочное консультирование, биоэнергетика.

7. Эклектические и интегративные подходы: мультимодальное консультирование, эклектическая терапия, консультирование по жизненным умениям.

Существуют различные виды психологического консультирования, о которых мы говорили ранее, дифференциация зависит от целей и задач консультирования, личности клиента, обращающегося за помощью и личностью консультанта. В контексте изучения формирования готовности к освоению и внедрению стандарта ведения врачебного приема наиболее подходящим видом консультирования, учитывающим специфику работы и возможность группового сопровождения, является обучающее организационное консультирование.

Как вид психологической помощи, организационное консультирование берет свое начало в теории классической психологии труда. В России данную тему разрабатывали с середины XX века такие видные психологи как А.И. Китов и В.И. Терещенко, в основном в рамках инженерной психологии и социальной психологии. С 90х годов 20го столетия организационная психология выделяется в самостоятельную науку.

Организационное консультирование — это оказание профессиональной помощи, которая представляет собой последовательные действия, предпринимаемые консультантом совместно с заказчиком (руководителем) для разрешения проблем и достижения положительных перемен внутри организации.

На развитие данного вида консультативной помощи огромное влияние оказали результаты исследований К. Левина (школа групповой динамики), Дж. Морено (социометрия), В. Бенниса (Т-группы), М. Шерифа (исследования межгрупповых отношений). Среди отечественных специалистов в организационном консультировании следует отметить А.И. Пригожина, Ю.Д.

Красовского, Ф.Ф. Галлямова, В.А. Гончарука, М.И. Кныш, В. Тарасова, Н.О. Токмакову, О.К. Трофимову, С.В. Шекшню.

Дисциплина включает в себя знания широкого спектра: от управленческого командного менеджмента до личной эффективности, от тайм-менеджмента и самоконтроля до практики работы в условиях неопределённости. По форме организационное консультирование может быть, как индивидуальным, так и групповым, однако, как отмечает современный практикующий организационный психолог Б.Н. Безденежный (д.п.н, ведущий сотрудник РАН), в данной сфере групповое консультирование распространено значительно больше, чем в классическом консультировании.

Заказчиком при таком виде консультирования выступает руководитель организации, а участниками процесса – его подчиненные, этот факт является важной особенностью организационного консультирования. При проведении аналогии с классическим консультативным процессом, по модели организационное может напоминать семейное консультирование детей и несовершеннолетних подростков, где инициатором обращения к психологу выступает родитель. При реализации такой модели часто консультант встречает довольно активное сопротивление прямого участника процесса (ребенка) консультативному контакту, так как запрос, который сформирован родителем, представляется ему некорректным, пугает, а само непонимание и незнание существенных составляющих процесса, таких, например, как анонимность, может сильно препятствовать диалогу и притормозить решение проблемы. Подобные трудности могут встречаться и в организационном консультировании, даже при условии того, что инициатором запроса могут являться и члены рабочего коллектива, не все работники одинаково к нему готовы. Нередко запрос, поступивший от руководителя (заказчика процесса), и проблемы, проявленные консультантом при взаимодействии с работниками, вступают в конфликт.

Учитывая вышесказанное, можно выделить некоторые особенности организационного как формы психологического консультирования:

1. Источник консультативного запроса и участник консультативного процесса – не одно лицо;

2. Некоторые правила классического консультирования в рамках консультативного процесса могут быть изменены. Например, анонимность, так как результаты при проведении организационного консультирования могут быть представлены заказчику.

3. В случае незаинтересованности участников в разрешении проблемы, результаты работ ими могут быть намеренно фальсифицированы с целью сохранения своей иерархической позиции.

Лестер Тобиас в своей книге «Психологическое консультирование и менеджмент» выделяет основную цель организационного психолога – повышение продуктивности сотрудников [56]. Чтобы достичь повышения продуктивности консультанту необходимо решить следующие задачи:

1. Улучшить психологический климат в коллективе, повысить «боевой дух» сотрудников.

2. Скорректировать иерархические взаимодействия сотрудников.

3. Совершенствовать существующую методику подбора сотрудников;

4. Проанализировать и внедрить подходящие варианты адаптации и сопровождения новых сотрудников;

5. Сформировать среду развития потенциала работников, оказать поддержку служащим в развитии их способностей;

6. Сформировать корпоративную культуру в организации.

7. Способствовать систематическому командообразованию сотрудников.

8. Верифицировать соответствие потенциала каждого специалиста с занимаемой рабочей позицией.

9. Способствовать разрешению конфликтных ситуаций.

10. Провести психологическое просвещение руководителей компании.

Решение данных задач необходимо осуществлять посредством прямого участия консультанта в естественной работе компании.

Основные запросы клиента при организационном консультировании, то есть, руководителя предприятия, можно сформулировать таким образом: 1) рост ключевого показателя эффективности компании или 2) формирование нового навыка у сотрудников. Для реализации задачи в коллективе, где каждая личность обладает субъективным восприятием и своими уникальными особенностями, применяемые методики должны быть универсальными. Универсальность важна как при проведении первичной диагностики, так и при непосредственной работе, что способствует установлению доверительных отношений с участниками консультирования.

В связи с тем, что организационное консультирование предполагает участие людей в процессе не по собственному желанию, а по запросу непосредственного заказчика (руководителя), необходимо четко регламентировать временные ресурсы, которые участники готовы инвестировать в саморазвитие. В противном случае консультант может столкнуться с негативным восприятием процедуры и, как следствие, с её неэффективностью.

Специфические критерии организационного консультирования оправданы и действительно способствуют максимально эффективному взаимодействию, а также решению конкретной задачи. Именно эти особенности делают процесс организационного консультирования не просто вариантом психологической помощи, а средством сопровождения внедрения нового качества, формирования нового навыка.

Обучающее консультирование – одно из направлений организационного, целью которого является повышение компетентности персонала предприятия. Обучающее консультирование рассматривается как форма внедрения знаний в экономическую деятельность, альтернативную такой традиционной форме, как обучение. Преимуществом данного вида консультативного процесса является его конкретно-индивидуальный,

«штучный» подход. При этом знания, которыми владеют консультанты, трансформируются таким образом, чтобы достигнуть разрешения конкретных проблем того или иного предприятия.

Обучающее консультирование является одним из важнейших инструментов повышения квалификации кадров, подразумевающее дальнейшее улучшение экономической эффективности деятельности предприятия в целом. Концепция обучающего консультирования полагает, что успех предприятия – это обученный персонал.

При обучающем консультировании консультант, собирает идеи, проводит анализ решений, а также подготавливает почву для их возникновения, предоставляя клиенту соответствующую теоретическую и практическую информацию в форме лекций, семинарских занятий, тренингов, деловых игр, учебно-практических пособий, разбора определенных ситуаций («кейсов») и др.

Обучающее консультирование обладает следующими чертами:

- стандартная программа (клиент выбирает семинары, деловые игры и пр. из предлагаемого консультантом перечня);

- специально адаптированная программа (консультант разрабатывает программу и выбирает форму учебных мероприятий исходя из проблематики предприятия);

- специально сформированная группа (консультант проводит специальные мероприятия по формированию учебной группы - разрабатывает требования к участникам учебной группы и проводит отбор, используя специальные методы, такие как анкетирование, собеседования, деловые игры, анализ личных дел и др.);

- подготовка участников к групповой работе (для повышения эффективности и результативности учебных мероприятий, особенно направленных на решение практических задач бизнеса, и связанных с обсуждением и поиском решений, консультант проводит тренинги по

развитию коммуникативных навыков, навыков принятия коллективных решений);

- обучение методикам и инструментарию решения задач (задача консультанта – передать умения и навыки использования собственного инструментария и технологий специалистам компании таким образом, чтобы в его отсутствие они могли самостоятельно решать задачи такого же уровня сложности);

- полное погружение участников в проблематику (проводится для того, чтобы в максимально сжатые сроки учебная группа освоила минимально необходимый объем информации, решила поставленные задачи или выработала необходимые решения, как правило, заканчивается эскизным проектированием каких-либо изменений и инноваций).

По мнению М. Скалли и Б. Хопсона, существует три основных цели консультирования: помощь другим в их самоусилении, личностное развитие клиента и создание здоровых микро- и макросистем для функционирования индивидуумов.

В различных исследованиях отмечается, что основной функцией психолога-консультанта, независимо от специфики его консультирования, является предоставление клиенту необходимой психологической информации, стимулирование его активности работы над собой.

Консультант оказывает помощь клиенту в повышении эффективности его деятельности и создании стоимости как путем предоставления информации и рекомендаций, так и путем предоставления своих услуг в достижении поставленных целей.

Учитывая, что целевой задачей обучающего организационного консультирования является повышение эффективности или специфического качества работы сотрудников, а не решение психологических проблем, коллективный рост, а не индивидуальное точечное развитие, при данном виде консультативной помощи используются инструменты, которые не оказывают глубинного трансформационного влияния, и потому применимы к любому

типу личности, уровню развития и психологической грамотности, а так же практически к любым жизненным обстоятельствам каждого участника консультативного процесса. Организационное консультирование не травмирует участников, так как не работает с глубинными проблемами и переживаниями, что позволяет прогнозировать такой вид психологической работы во времени и предполагать его эффективность, выраженную в реальных показателях.

В каждом отдельно взятом предприятии показатели эффективности консультирования будут разными, от своевременности предоставления, полноте и качества выполняемой работы (например, в случае запроса на повышение лояльности сотрудников) до непосредственного увеличения объема производимой продукции (в случае запроса на повышение продуктивности работы) и т.д. Для полноценного консультативного процесса необходим первичный скрининг и анализ текущей ситуации в связи с тем, что без этого практически невозможно достоверно обозначить его эффективность, так как нет возможности фиксировать изменения работы коллектива.

В контексте темы диссертационного исследования эффективность консультативных инструментов будет определена с учётом следующих критериев:

1. Улучшение социально-психологического уровня группы, анализ составляющих его характеристик.
2. Уровень освоения и внедрения врачами клиники в повседневную работу стандарта ведения врачебного приема, то есть оценка и анализ работы специалистов в соответствии с требованиями стандарта.
3. Повышение уверенности (в профессиональной деятельности) участников эксперимента.

В рамках текущего параграфа подробно проанализированы варианты психологического консультирования, выделены варианты взаимодействия психолога и клиента, особенности консультативного контакта и типов работы с запросами клиента.

В качестве самостоятельного вида психологической работы выделено организационное консультирование и, как одна из его форм, обучающее консультирование. Определена зона применения данного вида консультирования, формы его реализации, варианты клиентского запроса. Выделены специфические черты организационного консультирования, дан анализ консультативного процесса, как средства сопровождения внедрения нового, формирования конкретного навыка в определённом рабочем коллективе.

Психологическое консультирование представляет собой уникальный метод работы как индивидуально с конкретным человеком, так и с группой людей. Такой вариант работы и сопровождения многообразен и адаптивен, его можно применять в любых условиях и изменять с учётом специфики задачи или уникальности людей.

Выводы по Главе 1

На основании проанализированной психолого-педагогической литературы по теме исследования можно сделать следующие выводы:

1. Успешность профессиональной деятельности предопределяется уровнем психологической готовности специалиста, являясь состоянием, содействующим повышению активности и целенаправленной деятельности личности.

2. Психологическая готовность к деятельности включает в себя следующие характеристики:

- мотивационные (интерес к деятельности, стремление к успешному выполнению задач и получению положительного результата);
- познавательные (четкое понимание обязанностей, задач профессиональной деятельности и критериев оценки);
- эмоциональные (уверенность в успехе, чувство профессиональной и социальной ответственности);
- волевые (сосредоточение на задаче, управление собой, мобилизация своих сил).

Таким образом, при планировании процесса формирования психологической готовности, необходимо учитывать данные характеристики.

3. Критерием развития готовности выступает уровень развития ее структурных компонентов. Выделяют низкий, средний и высокий уровень готовности к деятельности.

4. В построении программы консультирования при сопровождении освоения и внедрения в работу стандарта врачебного приема необходимо руководствоваться основными принципами процесса обучения взрослого человека и факторами, оказывающими влияние на результативность обучения.

5. В качестве возможной формы формирования готовности к освоению и внедрению стандарта врачебного приема выбрано психологическое консультирование. В качестве основного, наиболее

подходящего вида психологического консультирования определено организационное консультирование.

б. Организационное консультирование проанализировано по всем значимым параметрам и сопоставлено с вариантом классического психологического консультирования. Определена зона применения данного вида консультирования, формы его реализации, варианты клиентского запроса. Выделены специфические черты организационного консультирования (в сравнении с классическим), такие как: групповая работа, работа с запросом клиента-заказчика, структура мероприятий, оценка результатов по фиксированным показателям эффективности, универсальный первичный скрининг, частичная анонимность результатов.

Глава 2. Экспериментальное изучение обучающего организационного консультирования как средства формирования готовности врачей к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса)

2.1. Формирование диагностического комплекса, анализ методик и результатов констатирующего эксперимента

Исследование проводилось на базе частного медицинского центра города Красноярск. Основной целью нашей работы было формирование готовности к освоению и внедрению в повседневную практику врачей поликлинической службы стандарта сервиса, утвержденного в данной организации.

В исследовании приняли участие врачи поликлиники различных специальностей. Общее число респондентов – 7 врачей. Средний возраст участников составил 38,1 лет.

Для проведения исследования мы использовали следующие методики.

1. Тест «Пульсар» (оценка социально-психологического уровня развития группы) предназначен для оценки уровня развития группы на основе анализа ее социально-психологических состояний, для прогнозирования успешности ее деятельности. В результате тестирования каждого члена группы оценивается степень ее зрелости, которая основана на следующих состояниях:

- подготовленность к деятельности, которая характеризует степень готовности членов группы к решению поставленной задачи;
- направленность – состояние, отражающее согласованность членов группы в осознании ее целей, интересов, норм и правил, способов и средств деятельности, критериев оценки результатов;

- организованность – это состояние, при котором есть четкое распределение ролей и статусов в группе, а также наличие формальной и неформальной структуры;

- активность - состояние, характеризующее способность группы совершать общественно значимую деятельность и выражающее степень реализации физического и интеллектуального потенциала ее членов;

- сплоченность – это состояние, характеризующее устойчивость и единство межличностных взаимоотношений и взаимодействий, обеспечивающих стабильность и преемственность деятельности группы;

- интегративность. Характеризует согласованность внутригрупповых процессов;

- референтность – это такое состояние группы, при котором членство в ней представляется людям наиболее ценным и значимым.

2. Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Э. Шейна предназначена для выявления структуры карьерных ориентаций личности и доминирующей ориентации в выборе карьеры и направлена на выявление предпочтения личности в выборе профессионального пути и построении карьеры. Методика представляет собой опросник, направленный на диагностику ценностной составляющей профессиональной деятельности. Разработана Э.Шейном, на русский язык перевод и адаптация осуществлены В.Э. Винокуровой и В.А. Чикер. Другое название методики – «Якоря карьеры». Опросник включает в себя 41 утверждение, степень своего согласия с каждым из которых респондент должен оценить по 10-балльной шкале: с 1 по 21 пункты включительно от «совершенно неважно» до «исключительно важно», с 22 по 41 пункты от «совершенно не согласен» до «полностью согласен».

Пункты группируются в 8 шкал, представляющих собой 8 не взаимоисключающих карьерных ценностных ориентаций (тех самых «якорей карьеры»).

Краткое описание ценностных ориентаций в карьере.

1. Профессиональная компетентность. Быть профессионалом, мастером в своем деле.

2. Менеджмент. Управлять – людьми, проектами, бизнес-процессами и т.п.

3. Автономия (независимость). Главное в работе – это свобода и независимость.

4. Стабильность работы. Стабильная, надежная работа на длительное время.

5. Стабильность места жительства. Главное – жить в своем городе (минимум переездов, командировок).

6. Служение. На первом месте в работе стоит воплощение своих идеалов и ценностей.

7. Вызов. Потребность в решении уникальных задач, сделать невозможное – возможным.

8. Интеграция стилей жизни. Для человека крайне важно сохранить гармонию между устоявшейся личной жизнью и карьерой.

9. Предпринимательство. Потребность в создании нового - новых организаций, товаров, услуг.

3. Тест «Кто Я?» Тест двадцати высказываний. (М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т.В. Румянцевой) использовался для изучения содержательных характеристик идентичности личности. Вопрос «Кто Я?» напрямую связан с характеристиками собственного восприятия человеком самого себя, то есть с его образом «Я» или Я-концепцией.

Шкала анализа идентификационных характеристик включает в себя 24 показателя, которые, объединяясь, образуют семь обобщенных показателей-компонентов идентичности:

1. «Социальное Я», включающее в себя 7 показателей: прямое обозначение пола; профессиональная ролевая позиция; обозначение семейной роли, указывающая на семейную принадлежность или через указание на родственные отношения (люблю своих родственников, у меня много родных);

этническо-региональная идентичность, включающая этническую идентичность, гражданство (русский, татарин, гражданин, россиянин и др.) и локальную, местную идентичность (из Красноярска, Москвы, сибиряк и т. д.); мировоззренческая идентичность: участники указывают конфессиональную или политическую принадлежность (католик, мусульманин, верующий); групповая принадлежность: восприятие себя членом какой-либо группы людей (коллекционер, член общества).

2. «Коммуникативное Я» характеризуется по двум показателям: общение или субъект общения, особенности и оценка взаимодействия с людьми (например, люблю общаться с людьми; умею выслушать людей); дружба или круг друзей, восприятие себя членом группы друзей;

3. «Материальное Я» анализируется по нескольким аспектам: респондент описывает свою собственность (имею квартиру, машину, велосипед); оценивает свою обеспеченность и отношение к материальным благам (бедный/богатый, состоятельный, люблю деньги); описывает отношение к внешней среде (люблю горы, не люблю дождливую погоду).

4. «Физическое Я» включает в себя такие аспекты: субъективное описание своей внешности и физических данных (сильный, приятный, непривлекательный); фактическое описание своих физических данных, включая описание внешности, болезненных проявлений и местоположения (блондин, рост, вес, возраст, живу в общежитии); указание о своих пристрастиях в еде, вредных привычках.

5. «Деятельное Я» оценивается через два показателя, таким как 1) занятия, деятельность, интересы, увлечения (люблю решать задачи) и опыт; 2) самооценка способности к деятельности, самооценка навыков, умений, знаний, компетенции, собственных достижений (хорошо рисую, начитанный; работоспособный, знаю испанский).

6. «Перспективное Я» включает в себя 9 показателей, представляющих: профессиональную перспективу, то есть пожелания, намерения, мечты, связанные с учебно-профессиональной сферой (будущий учитель, буду

отличным водителем); семейная перспектива: намерения, желания и мечты, связанные с семейным статусом (буду иметь детей, будущая мать и т. п.); групповую перспективу: желания, намерения и мечты, связанные с групповой принадлежностью (хочу стать спортсменом); коммуникативную перспективу: пожелания, намерения и мечты, связанные со своими друзьями и общением; материальную перспективу: пожелания, намерения, мечты, связанные с материальной сферой (получу наследство, заработаю на квартиру); физическую перспективу: желания, намерения и мечты, связанные с психофизическими данными (буду заботиться о своем здоровье, хочу быть накачанным); деятельностьную перспективу: желания, намерения и мечты, связанные с увлечениями, конкретными занятиями (буду больше вязать) и достижением определенных результатов (в совершенстве выучу английский); персональную перспективу: пожелания, намерения и мечты, связанные с персональными особенностями: личностными качествами, поведением и т. п. (хочу быть более веселой, спокойной); оценку стремлений.

7. «Рефлексивное Я» характеризуется двумя показателями: персональная идентичность: личностные качества, особенности характера, описание индивидуального стиля поведения (добрый, искренний, общительная, настойчивый, иногда занудный, часто нетерпеливый и т. д.), персональные характеристики (знак зодиака, прозвище и т. д.); эмоциональное отношение к себе (я «крутой», «клевым»); глобальное, экзистенциальное «Я»: утверждения, которые глобальны и недостаточно проявляют различия одного человека от другого (человек разумный, моя сущность).

Два самостоятельных показателя:

1) проблемная идентичность (я ничто, не знаю – кто я, не могу ответить на этот вопрос);

2) ситуативное состояние: переживаемое состояние в настоящий момент (голоден, нервничаю, устал, влюблен, огорчен).

В своей работе мы адаптировали данную методику с целью изучения профессиональной Я-концепции. При инструктировании участникам было дано задание ответить на один вопрос «Кто Я как профессионал».

4. Опросник уверенности в себе (Rathus Assertiveness Schedule) разработан Спенсером Рейзасом (Spencer A. Rathus) в 1973 году. Методика предназначена для диагностики степени уверенности в себе (ассертивности).

Цель применения данной методики – выявить уровень развития уверенности в себе у врачей с точки зрения осуществления профессиональной деятельности. Утверждения, предлагаемые участникам исследования, адаптированы с учетом их повседневной работы.

Опросник направлен в первую очередь на самосознание своего поведения, а не на выяснение каких-либо общих характеристик личности.

Интервалы оценок в баллах:

0 - 24 – очень неуверен в себе;

25 - 48: скорее не уверен, чем уверен;

49 - 72: среднее значение уверенности;

73 - 96: уверен в себе;

97 - 120: слишком самоуверен.

5. Карта экспертной оценки.

С целью определения исходного уровня знаний и умений по применению структурированной программы в повседневной работе, а также для отслеживания дальнейшей динамики нами была разработана экспертная карта (Приложение А). В ней зафиксированы основные этапы программы ведения приема, а также описаны критерии, по которым во время приема консультант может оценить уровень знания программы и успешности ее применения в работе врача.

Основные этапы, включенные в программу, представлены:

1. Установление контакта с пациентом, которое содержало в себе представление врача с обязательным указанием своей специальности, фамилии, имени и отчества, приветствие пациента, а также информирование

его о плане встречи. Врачам были предложены формулировки фраз, с помощью которых они могли реализовать поставленную задачу, а также даны рекомендации по манере поведения (взаиморасположение, дистанция, интонация, мимика и т.д.).

В течение этой фазы врач знакомится со своим пациентом, между ними устанавливается психологический контакт, складывается первое впечатление друг о друге, формируются предпосылки для последующего межличностного взаимодействия. Первое впечатление больного о враче во многом определяет то, как пациент будет строить свои отношения с лечащим врачом, выполнять его назначения.

2. После сбора жалоб, анамнеза и проведенного осмотра врач должен был обсудить итоги проведенных им необходимых действий, описанных выше. Обсуждение включает в себя, как можно более понятное для пациента, объяснение того, что с ним происходит на данный момент, а также что будет происходить при дальнейшем взаимодействии врача и пациента, в процессе обследования и лечения, а именно:

- проговорить предварительный диагноз в двух вариантах - с помощью медицинской терминологии и простым языком, используя понятные пациенту слова.

- указать, какой именно вид лечения предполагается при данном заболевании (консервативное, хирургическое).

- обязательно сказать о наименовании этапов лечения, их длительности, цели проведения и что требуется делать пациенту на каждом из них.

- описать положительный эффект каждого из этапов.

3. Ориентация на сотрудничество – насколько врач уверенно и спокойно себя ведет на приеме, предлагает ли пациенту задать вопросы, охотно и доступно отвечает на вопросы пациента, работает ли с сопротивлением, в случае его возникновения, успешно ли применяет приемы аргументации.

4. Выход из контакта. Оценивается завершение приема, прощание с пациентом, состоялась ли запись на повторный прием с указанием точной

даты и времени.

На основе анализа научной литературы по проблеме исследования мы составили таблицу критериев и уровней готовности к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема.

Таблица 1. Критерии и уровни готовности к освоению и внедрению структурированной программы ведения врачебного приема

Уровни Критерии	Низкий	Средний	Высокий	Методики диагностики
Когнитивный	Незнание компонентов программы (стандарта сервиса) Отсутствие согласованности и внутригрупповых процессов, незнание критериев оценки результатов, а также целей и задач деятельности	Поверхностное знание составляющих компонентов программы (стандарта сервиса) Недостаточная согласованность внутригрупповых процессов, понимания процессов оценивания деятельности	Знание, понимание программы, готовность к применению Согласованность групповых процессов, четкое понимание целей, задач, критериев оценки деятельности	Карта экспертной оценки Тест Пульсар Тест двадцати высказываний «Кто Я»
Эмоциональный	Карьерные ориентации личности не реализуются Отсутствие сплоченности в группе, для сотрудника она не является значимой.	Сотрудник не может в полной мере реализовать свои потребности. Членство в группе не достаточно значимо для сотрудника	Сотрудник имеет возможность успешно реализовать свои потребности в профессиональной деятельности. Устойчивые межличностные взаимоотношения и взаимодействия в группе, членство в ней является ценным и значимым	Тест двадцати высказываний «Кто Я» Тест Пульсар Методика изучения мотивации проф.карьеры Э.Шейна
Поведенческий	Составляющие стандарта не	Составляющие стандарта	Врачебная позиция	Карта экспертной

	применяются в работе врача. Врачебная позиция не достаточно уверенная Отсутствие активности у группы	применяются ситуативно. Врачебная позиция скорее реактивна, чем активна. Потенциал группы не используется	уверенная, ход приема в соответствии с этапами структурированной программы. Группа активно реализует свой потенциал	оценки Тест уверенности в себе Рейзаса Тест Пульсар Методика изучения мотивации проф.карьеры Э.Шейна
--	--	---	---	--

Ниже мы представляем описание результатов исследования

Анализ результатов исследования по тесту «Пульсар»

При первичной диагностике был проведен опрос каждого члена группы (врачей), по итогу которого выявлены результаты, представленные в таблице №2.

Таблица 2. Средние значения показателей теста Пульсар (ср. балл).

Оцениваемое качество группы	Результат, ср. балл
Подготовленность к деятельности	8,43 ± 1,51
Направленность	7,71 ± 1,25
Организованность	8,00 ± 2,00
Активность	8,14 ± 2,04
Сплоченность	8,43 ± 1,81
Интегративность	7,71 ± 1,98
Референтность	8,43 ± 1,40

Среднее значение по каждой из вышеперечисленных характеристик зафиксировано в интервале от 7,7 до 8,4 баллов. О зрелой, сложившейся, сплоченной и работоспособной группе можно говорить в том случае, если средняя оценка лежит в пределах от 10 до 12 баллов. По полученным нами данным можно отметить, что, по мнению респондентов, внутригрупповые процессы недостаточно согласованы, а также присутствует недостаточное понимание целей, норм деятельности и критериев оценивания результатов. В тоже время, анализируя показатели в целом, члены группы оценивают ее как

достаточно зрелую, развитую, способную выполнять трудовые задания. Поэтому можно предположить о возможности положительного взаимодействия при правильном выстраивании экспериментального процесса, учитывающем нюансы полученных результатов.

Анализ результатов исследования по методике «Якоря карьеры» Э. Шейна

При оценке первичных результатов опроса ведущее место у всех участников эксперимента заняла такая ориентация, как «Стабильность работы» (9,6 баллов). В соответствии с характеристикой данной шкалы, люди, ценностной ориентацией которых является стабильность работы, испытывают потребность в безопасности, защите и возможности прогнозирования и будут искать постоянную работу с минимальной вероятностью увольнения. Эти люди отождествляют свою работу со своей карьерой. Их потребность в безопасности и стабильности ограничивает выбор вариантов карьеры.

Какие-либо краткосрочные проекты и недавно организованные компании, скорее всего, их не привлекают. Также люди, имеющие такую ориентацию в работе, очень ценят социальные гарантии, предлагаемые работодателем, и, как правило, их выбор места работы связан с длительным контрактом и стабильным положением компании на рынке. Ответственность за управление своей карьерой эти люди часто перекладывают на работодателя.

Второй по количеству баллов участники указали «Служение» – 9,3 балла. Данная ценностная ориентация характерна для людей, занимающихся делом по причине желания реализовать в своей работе главные ценности. Они часто ориентированы больше на ценности, чем на требующиеся в данном виде работы способности. Своей деятельностью стремятся приносить пользу людям, обществу, для них важно видеть конкретные плоды своей работы, даже если они и не выражены в материальном эквиваленте. Основной тезис в построении карьеры при такой данной ценностной ориентации – иметь

возможность максимально эффективно использовать талант и опыт для реализации общественно важной цели.

Как отмечает Э.Шейн, люди, ориентированные на служение, часто консервативны. Человек с ориентацией на служение не будет работать в организации, которая враждебна его целям и ценностям.

Третье место при ранжировании показателей заняла «Интеграция стилей жизни» с количеством баллов 7,0. Для людей этой категории карьера должна ассоциироваться с общим стилем жизни, уравнивая потребности человека, семьи и карьеры. Важно, чтобы отношения в организации, в которой они работают, отражали бы уважение к их личным и семейным проблемам. Добиваться успеха в карьере для них менее важно, чем поддерживать определенный образ жизни. Развитие карьеры таких людей может привлечь только в том случае, если не нарушит привычный стиль жизни. Им не свойственно жертвовать чем-то ради другого, так как крайне важно, чтобы все было уравновешено, и карьера, и семья, и личные интересы.

В нашем случае данный показатель можно рассматривать также в отношении условий, предлагаемых работодателем, в желании удобного и гибкого графика работы.

И наконец, на последнем месте из ведущих ориентаций зафиксирована «Профессиональная компетентность» (6,8 баллов). Эта ориентация связана с наличием способностей и талантов в определенной области. Люди с такой ориентацией хотят быть мастерами своего дела, они бывают особенно счастливы, когда достигают успеха в профессиональной сфере, но быстро теряют интерес к работе, которая не позволяет развивать их способности.

На Рис.1 отражены результаты первичной диагностики карьерных ориентаций участников исследования, группы в целом, указаны средние значения полученных данных.

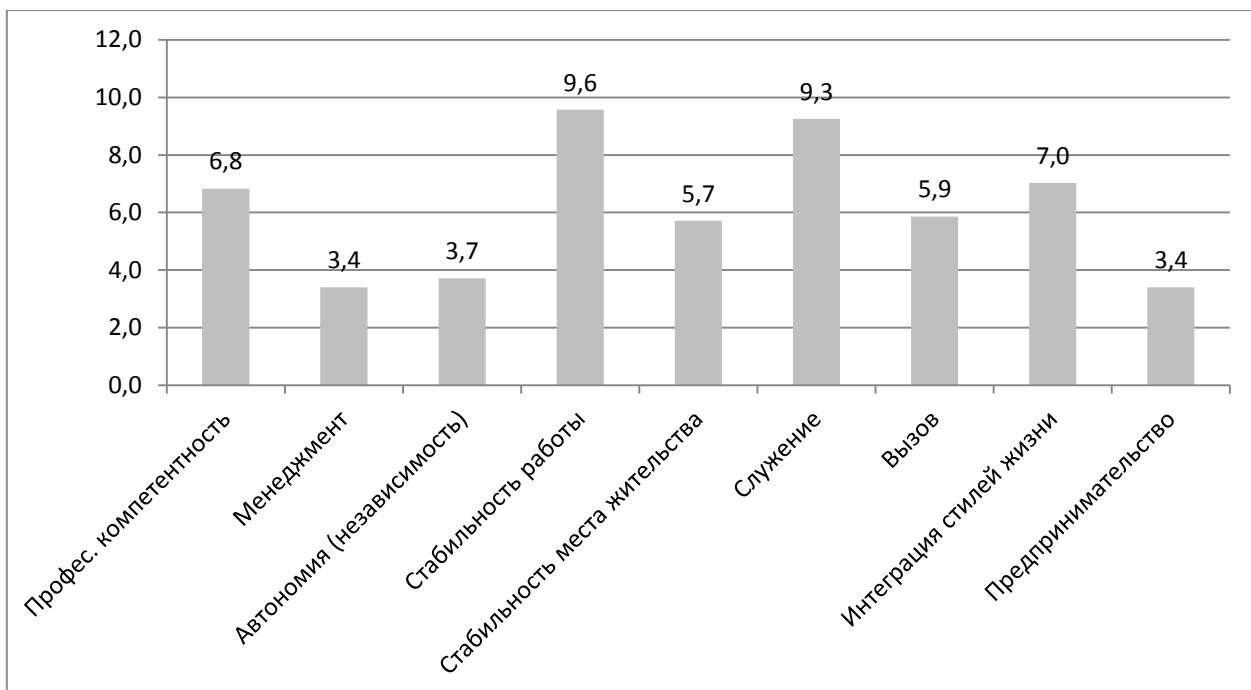


Рис.1. Средние значения показателей карьерных ориентаций, баллы

Исходя из полученных результатов, мы, с учетом других методик, выстраивали консультативную работу. В контексте полученных первичных данных профессиональная компетентность является зоной роста, на которую направлен наш эксперимент, ведь реализовывать свои ценности, будучи некомпетентным, во врачебной практике может быть опасным. Также, учитывая первые три описанные компетенции, можно предположить, что улучшая внутрикорпоративное общение, дав возможность развития коммуникативным компетенциям, посредством совместного освоения программы, данная группа людей и каждый в отдельности, как специалист станут более успешными в реализации своей профессиональной деятельности.

Анализ результатов исследования по методике «Кто Я?»

При анализе ответов группы в целом видно (рис. 2), что большинство из них имеют рефлексивные (61,7%) характеристики себя, как профессионала. Основная часть ответов участников, имеющих рефлексивную характеристику, относилась к категории персональной идентичности.

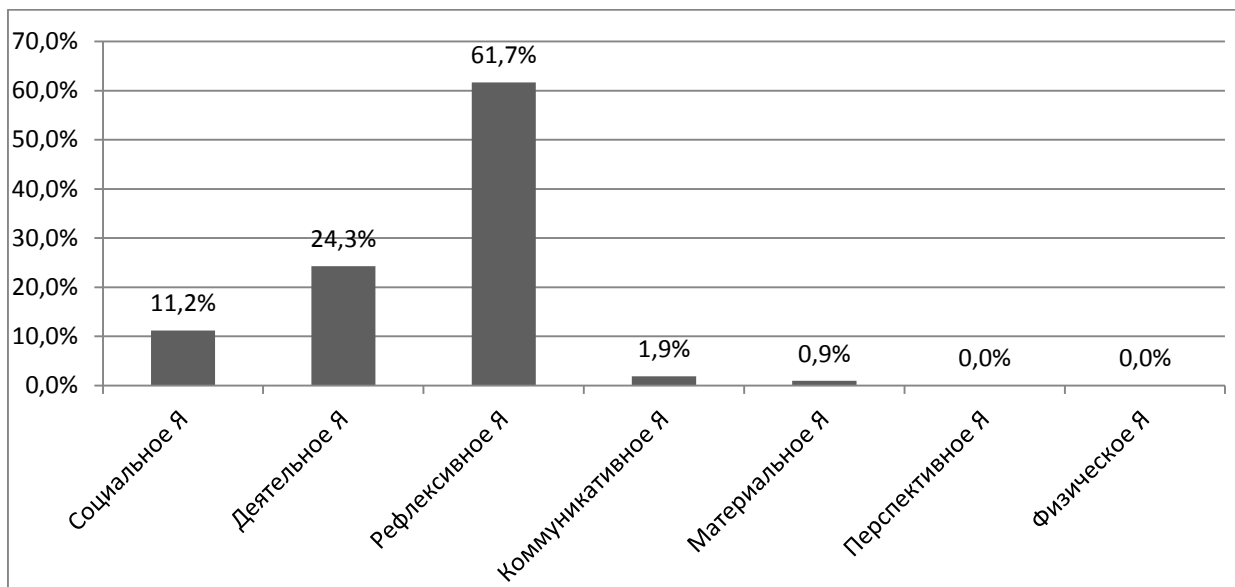


Рис. 2. Частота встречаемости показателей-компонентов идентичности у участников группы (в целом).

При оценке индивидуальных ответов (Рис. 3) зафиксировано сохранение общей тенденции, из всего числа ответов «Рефлексивное Я» заняло большую долю у всех, кроме одного участника эксперимента. В последнем случае из 11 высказываний 8 подчеркивают профессиональную квалификацию, причем именно с позиции знаний и образования. Для этого специалиста данный факт является гордостью, и он считает это основной своей заслугой. Причем это образование формальное – «лечебный факультет, ординатура, специализация, курсы, научная литература». Итог данного анализа: как профессионал – я носитель медицинского знания.

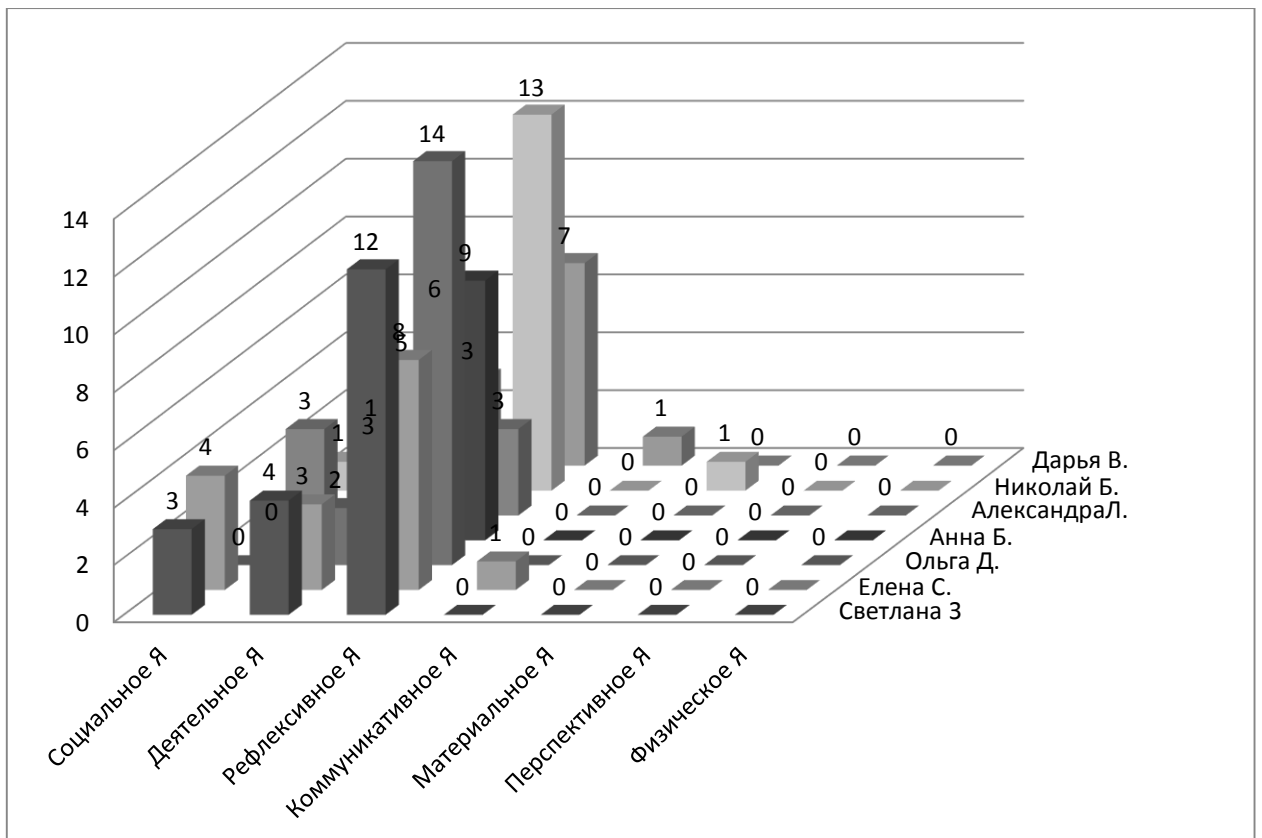


Рис. 3 Частота встречаемости показателей-компонентов идентичности у участников группы (индивидуально)

Можно предположить, что люди, участвующие в опросе, в наименьшей степени оценивают себя как специалиста деятельного и относящегося к социальной группе, в большей мере как человека, анализирующего свои действия и себя в процессе. Что в контексте предстоящих задач с одной стороны может способствовать проявлению сопротивления необходимости внесения изменений (реализации действий), которые повлекут за собой изменения как индивидуальной деятельности, так и групповой работы. С другой стороны, может послужить мотивирующим компонентом, так как человек, умеющий рефлексировать, при понимании необходимости изменений, скорее приступит к реализации новой программы.

Анализ результатов исследования по тесту уверенности в себе Рейзаса

Анализируя результаты опроса, проведенного вначале нашего

эксперимента, необходимо отметить, что 4 человека из участников показали среднее значение уверенности и у трех врачей по результатам теста зафиксированы показатели, характеризующее уверенное поведение.

Результаты исходного тестирования участников представлены в таблице 3.

Таблица 3. Распределение опрошенных по степени уверенности в себе, как профессионала.

Испытуемые	Баллы	Степень уверенности
Светлана З.	71	среднее значение уверенности
Елена С.	59	среднее значение уверенности
Ольга Д.	61	среднее значение уверенности
Анна Б.	78	уверен в себе
Александра А.	71	среднее значение уверенности
Николай Б.	83	уверен в себе
Дарья В.	73	уверен в себе

Основой навыка уверенного поведения считается открытость в выражении собственных чувств, желаний и требований от первого лица, то есть с использованием местоимения «я». Именно уверенный в себе человек использует открытые коммуникации: умение открыто и смело говорить другому человеку о своих чувствах и желаниях, не ожидая от него немедленных ответных действий. Уверенное поведение является одним из наиболее значимых элементов профессионального имиджа врача, оно помогает обеспечить доверие больного, вселить в него надежду, активизировать защитные и компенсаторные механизмы. В своем эксперименте мы хотели изучить, влияет ли освоение и применение структурированной программы ведения приема на степень уверенности врачей клиники.

Анализ результатов экспертной оценки

При первоначальном сборе информации и проведении констатирующего эксперимента данная карта была представлена врачам, участникам эксперимента, для самостоятельной оценки своей работы, также

консультант, присутствуя на приемах врачей, вел оценку каждого участника.

Результаты первичной оценки представлены в таблице №4.

Интервал баллов, соответствующий уровням:

1 – 14 – базовый уровень;

15 – 28 – продвинутый уровень;

29 – 42 – высокий уровень (мастерство).

Таблица 4. Сравнительная таблица данных самостоятельной и экспертной оценки знания и применения стандарта сервиса (баллы)

Испытуемые	Самостоятельная оценка, балл	Оценка консультанта, балл
Светлана З.	29	25
Елена С.	32	22
Ольга Д.	26	20
Анна Б.	28	17
Александра Л.	28	16
Николай Б.	27	18
Дарья В.	29	19

По представленным результатам на себя обращает внимание разница в баллах при самостоятельном оценивании своей работы врачами и оценкой консультанта (рис.4).

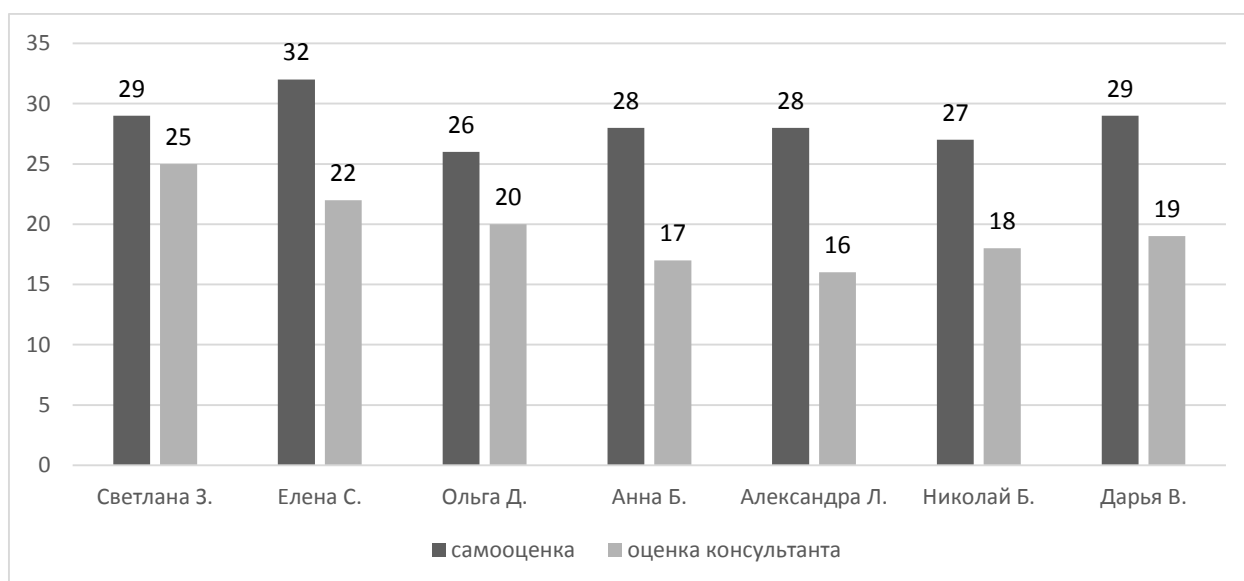


Рис. 4. Данные Экспертной карты – сравнение самостоятельной оценки врача и оценки консультанта, баллы.

Однако, оба варианта оценки показывают, что частично в той или иной степени критерии, указанные в программе, применяются врачами и уровень применения можно отнести к продвинутому. Скорее всего, это связано с особенностью самой врачебной деятельности, профессии, которая относится к категории «человек-человек» и основывается на постоянном взаимодействии между людьми.

Комплексная диагностика позволяет дать оценку критериям и уровням готовности. По итогу анализа результатов констатирующего эксперимента, учитывая критерии оценки уровня готовности специалистов к деятельности, описанные нами ранее, выявлено следующее. Больше, чем у половины группы (57,14%) зарегистрирован средний уровень готовности к освоению и внедрению новой программы ведения врачебного приема (высокого уровня зарегистрировано не было). Что характеризует деятельность данной группы как недостаточно согласованную, отсутствует четкое понимание критериев оценки их действий в рамках работы в соответствии со стандартом сервиса, в таком состоянии члены группы не выдают особого стремления к активным действиям. В данных условиях сотрудник не может в полной мере реализовать свой потенциал, а членство в группе для него не является достаточно ценным.

При рассмотрении критериев готовности (рис. 5) можно выделить основные мишени психологической работы, в частности, столь выраженный уровень низкого когнитивного компонента может явиться преградой для дальнейшей работы и требует особого внимания. Он характеризуется незнанием основных составляющих и требований работы по стандарту сервиса, отсутствием понимания критериев оценки, целей и задач реализуемой деятельности.

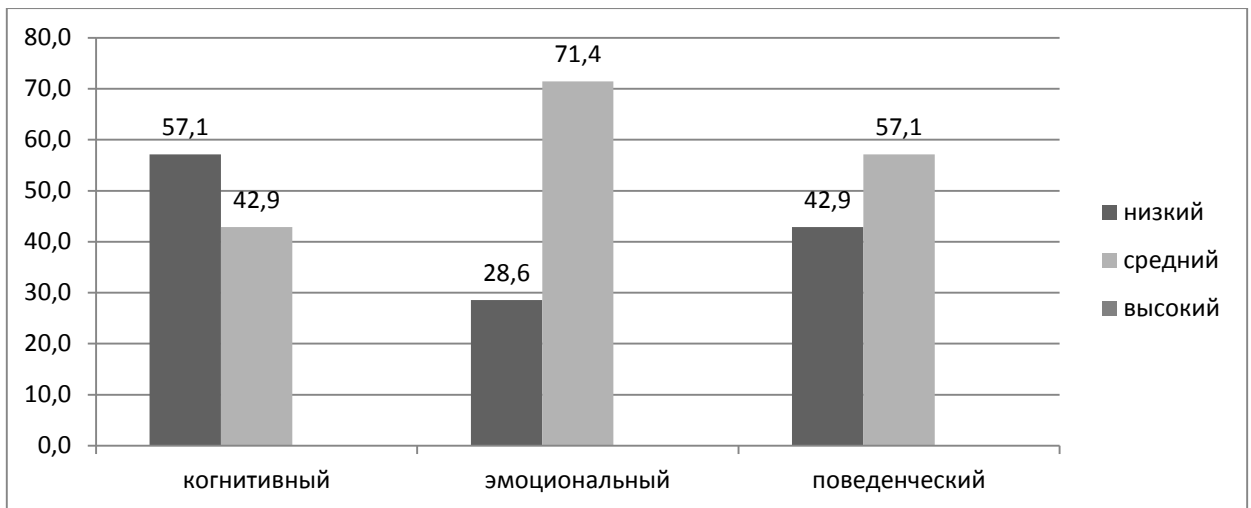


Рис. 5. Распределение участников по уровням выраженности критериев готовности (в %).

Таким образом, по результатам первичной диагностики можно сделать следующие выводы:

1. Врачи клиники в ценностных представлениях ориентированы на стабильную работу, довольно консервативны, для них важен привычный стиль жизни.

2. Участники эксперимента реализуют в профессиональной деятельности личные значимые жизненные ценности, а потому для них важно компетентно выполнять свою работу и приносить реальную пользу субъектам воздействия, они заинтересованы в профессиональном развитии.

3. Группа, в которой работают специалисты, оценивается ими как довольно зрелая и способная выполнять поставленные задачи. Однако нет достаточного понимания целей, способов и средств деятельности, а также критериев оценки результатов. Несколько снижена согласованность внутригрупповых процессов.

4. Высокий уровень рефлексии у опрашиваемых характеризует участников как людей, которые в большей степени анализируют себя и процесс, нежели совершают какие-либо действия для совершенствования и улучшения результата. Это может быть связано и с недостаточным уровнем знания и понимания путей для решения задач.

5. При взаимодействии с пациентами специалистов клиники отличает недостаточно уверенная позиция, однако, при самооценке результатов деятельности, они представляют лучшие результаты в сравнении с итогами оценки консультантом. Этот факт также говорит о том, что нет четкого представления критериев оценки.

6. Уровень готовности специалистов к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема оценивается как средний.

7. Некорректное сопровождение внедрения новых подходов к ведению врачебного приема может носить номинальный характер (действие не принесет реальной ощутимой пользы для рабочего процесса).

По результатам проведенной подготовительной работы хотелось бы отметить, что выбранные методики максимально полно позволят оценить результат освоения и применения структурированной программы ведения приема врачами клиники по итогу проведения формирующего эксперимента и дадут возможность оценки индивидуальных изменений, которые могут произойти в ходе нашей работы.

2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента

В результате проведенной предварительной работы, включая диагностику, выявлены факторы, которые могут сказаться на успешности внедрения в работу стандарта сервиса. Важнейшими из них являются непонимание целесообразности данного нововведения в работу, а, следовательно, сопротивление участников, недостаточное знание самого стандарта и неадекватно завышенное самостоятельное оценивание его выполнения, то есть отсутствие понимания критериев оценки в соответствии с работой по данной программе. А также несогласованность внутригрупповых процессов. В качестве гипотезы исследования выдвигался тезис о возможности сопровождения врачей посредством методов психологического

консультирования. Таким образом, целью формирующего эксперимента является эффективное психологическое сопровождение участников, направленное на формирование готовности к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема.

Для достижения данной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Уточнить актуальную причину низкого уровня готовности.
2. Создать условия для комфортного освоения программы участниками эксперимента.
3. Обеспечить пространство для эффективного взаимодействия участников в процессе освоения стандарта сервиса.
4. Обеспечить включение каждого участника экспериментальной группы в процесс освоения и внедрения в работу стандарта сервиса, активизировав его готовность.

Среди возможных вариантов сопровождения в консультативной психологии наиболее подходящими для реализации поставленной цели мы выбрали формы работы:

1. Групповые консультации.
2. Индивидуальные супервизии.
3. Групповые консультации с применением метода кейс-стади.

Групповые консультации позволяют в большей степени приблизить содержание занятия к практическим интересам слушателей, в какой-то степени индивидуализировать процесс обучения с учетом уровня понимания и восприятия материала. Во время консультации, участники, отвечая на поставленные вопросы, актуализируют полученные знания, и консультант видит проблемы, которые требуют немедленной корректировки.

Групповое консультирование имеет ряд преимуществ перед индивидуальным. Например, члены группы могут осознать, что они не одиноки в своих проблемах и интересах, что с ними не происходит чего-либо уникального или ненормального. Взаимодействуя друг с другом, люди учатся лучше понимать собственные ситуации.

Групповая работа преследует следующие цели:

1. Улучшение информированности членов группы, при этом развиваются горизонтальные коммуникации и взаимопонимание.
2. Разработку новых идей, решений, повышение активности членов группы и стимулирование их к нахождению новых вариантов.
3. Создание коллектива единомышленников, способных к сотрудничеству и взаимопомощи.

Индивидуальная работа – основа психологического консультирования. Персонализированный подход, непосредственный контакт, работа с конкретным запросом – всё это позволяет добиться существенных результатов за короткое время. Так же именно при индивидуальной работе становится возможным выявление особенностей представления конкретного врача ведения приема и трудностей, с которыми он сталкивается при внедрении в свою работу новых приемов.

Для реализации работы мы выбрали индивидуальные супервизии. Супервизия позволяет консультанту наглядно проследить за ходом ведения приема, обсудить сильные и слабые стороны, обратить внимание и помочь в исправлении возникающих ошибок, разобраться в затруднительной ситуации, научить использовать новые эффективные методы и технологии работы. В этом случае супервизию можно рассматривать как систему профессиональной поддержки специалистам. Основная функция супервизора заключается в поддержке и консультировании обучающегося, предоставлении ему возможности рефлексировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение.

Кейс (с англ. — случай, ситуация) — разбор ситуации или конкретного случая, деловая игра. Обучение с помощью метода кейс-стади может быть названо технологией анализа конкретных ситуаций, «частного случая». Суть технологии состоит в том, что, во-первых, в основе его используются описания конкретных ситуаций или случая. Представленный для анализа случай в обязательном порядке отражает реальную ситуацию. Во-вторых, в описании

присутствует проблема или ряд прямых или косвенных затруднений, противоречий, скрытых задач для решения. В-третьих, требуется овладение предварительным комплексом теоретических знаний для преломления их в практическую плоскость решения конкретной проблемы или ряда проблем. Поэтому в нашем исследовании данный метод выбран завершающим, наглядно демонстрирующим результат проделанной совместной работы, который виден и консультанту, и участникам исследования.

Важное место во всех видах психологического сопровождения занимает техника резюмирования. Данный приём позволяет фиксировать существенные достижения групп, прослеживать логику развития дискуссии и приходиться к полноценным значимым выводам в конце мероприятия. Если консультант пренебрегает использованием данной техники или владеет ею недостаточно эффективно, участники (группа участников) не видят результатов своего обсуждения. В таком случае эффект катализации личностных изменений, достижение нового качественного результата в разрешении проблемы не представляется возможным.

Для реализации программы полноценного сопровождения врачей клиники в контексте освоения и внедрения в повседневную работу структурированной программы врачебного приема (стандарта сервиса) был определен следующий формат взаимодействия:

1. Групповые консультации – одна вводная консультация и дальнейшие по этапам введения новых приемов и освоения навыков. Часовые занятия, позволяющие выявить затруднения, являющиеся общими для сотрудников, прояснить поставленную задачу и запланировать дальнейшие этапы внедрения стандарта в рабочий процесс.

2. Индивидуальные супервизии. Присутствие консультанта на приеме у каждого врача, обсуждение итогов проведенной встречи с пациентом, сильных и слабых сторон ведения приема по итогу применения новых навыков.

3. Финализирующие групповые консультации с применением метода кейс-стади.

В формирующем эксперименте приняли участие 7 врачей частного медицинского центра. Все они участвовали в подробной диагностике, описанной в предыдущем параграфе. Каждый был уведомлен о конечной цели эксперимента и согласился на участие.

Первый этап формирующего эксперимента – вводная групповая консультация.

Цель этого этапа – вовлечь членов группы в работу, дать им объективную информацию о новом стандарте ведения врачебного приема.

В процессе консультации необходимо поэтапно обсудить все составляющие нового стандарта, выяснить актуальные затруднения, готовность к применению полученных знаний и навыков и выявить имеющееся сопротивление внедрению нового подхода к введению в работу стандарта врачебного приема.

По факту проведения вводной консультации необходимо отметить наличие общей проблематики, фокусировку на схожих моделях и ситуациях среди всех участников формирующего эксперимента. По итогу реализации данного этапа эксперимента можно сделать следующие выводы:

1. У врачей клиники нет единого конкретного понимания потребности введения стандарта врачебного приема в работу и своего места в процессе реализации программы.

2. У сотрудников нет понимания значимости нововведений и их прямого влияния на их работу и лечебный процесс.

3. У каждого участника эксперимента прослеживается в той или иной степени сопротивление и общая неудовлетворенность инновацией сводится к отсутствию прямой мотивации и непониманию заинтересованности в нововведении.

Следующей стадией нашего эксперимента было непосредственное поэтапное внедрение в работу врачей стандарта ведения врачебного приема посредством групповых консультаций.

Время встречи составляло 1 час. Периодичность – 2 раза в месяц (одна встреча на постановку цели для дальнейшей отработки в практике и одна для обсуждения результатов, трудностей в процессе внедрения).

Примерный ход групповых консультаций:

1. Вводная часть, обозначение темы встречи.
2. Просвещение в диалоговой форме по предстоящему этапу (мини-лекции).
3. Практические упражнения, примеры.
4. Домашнее задание.
5. Завершение, подведение итогов, рефлексия участников.

Этапы введения в работу врача стандарта приема отражены в таблице №5.

Таблица 5. Этапы ведения стандарта приема в работу врача

	Период	Задача врача (домашнее задание)	Примечание
1	1 месяц	Записать 100% пациентов на повторный прием, обязательна точная дата и время, передать информацию администраторам клиники, проверить записи по окончании каждого рабочего дня (проверка записи пациентов в программе)	Промежуточный этап – обсуждение по каждому этапу, на котором врачи в обязательном порядке должны проговорить, какие трудности возникают при внедрении навыка. В период внедрения - плановые визиты (супервизии) консультанта на врачебный прием
2	1 месяц	Приветствие, представление, информирование пациента по плану встречи	
3	1 месяц	Применение аргументации (варианты: метафоры, личный опыт, статистика, авторитет и т.д.), использование наглядных пособий (макеты)	
4	1 месяц	Первый этап презентации услуги - проговаривание пациенту диагноза в двух вариантах (медицинским языком и «человеческим»)	

5	1 месяц	Второй этап презентации – проговаривать какое лечение планируется (консервативное, хирургическое, комплексное и т.д.), какие этапы (диагностический, лечение, профилактика)	
6	1 месяц	Второй этап презентации – что будет происходить на каждом этапе и зачем это нужно	
7	1 месяц	Второй этап презентации – сколько длится и чем хорошим закончится	

Как видно из таблицы, все составляющие программы, описанной ранее, разбиты на стадии внедрения в работу. После успешной отработки одной из стадий консультант, в процессе группового обсуждения, ставил задачу на новую. Таким образом, по завершению обучающего процесса, врач должен был овладеть программой полностью и применять ее на практике, в своей ежедневной работе.

Сессия индивидуальных супервизий проводилась на протяжении всего периода внедрения программы посредством очного присутствия консультанта на врачебном приеме.

Основной целью супервизии являлось сопровождение специалистов, имеющих затруднения по применению полученных знаний в повседневную профессиональную деятельность, а точнее, выявление проблем, обмен мнениями, проведение анализа и, нахождение путей решения затруднений и рефлексия.

Реализация процесса супервизий проходила следующим образом:

- врач осуществляет прием пациента;
- консультант, присутствуя на приеме, наблюдает и фиксирует:
 - ✓ основные этапы ведения приема;
 - ✓ соблюдение или несоблюдение структуры ведения приема врачом (в соответствии с вводимым этапом);
 - ✓ особое внимание обращается на то, как врач ведет свое общение с пациентом, насколько внимателен к тому, о чем говорит пациент, а также

выдерживает ли принцип говорить с больным доступным для него языком, используя понятные пациенту слова;

✓ оценивается врачебная позиция, насколько врач уверен и пользуется приемами аргументации;

✓ как врач завершает прием.

- после окончания приема – совместное обсуждение.

- консультант дает обратную связь обучающемуся.

Структура процесса супервизии представляла последовательность трех этапов:

1 этап – диагностический: определение проблемы, с которой столкнулся супервизируемый, выявление путей ее решения и подбор методов.

2 этап – практический: наблюдение, контроль и коррекция деятельности супервизируемого.

3 этап – рефлексивный: оценка достижений и обобщение полученного опыта.

Завершающим этапом работы по внедрению стандарта врачебного приема в работу врачей клиники явилось применение метода кейс-стади. Данный метод выбран для завершения нашего эксперимента неслучайно, ведь после получения дополнительных знаний и овладения навыками, врач, ежедневно сталкиваясь с различными ситуациями и пациентами, должен быть готов эффективно использовать эти знания. Групповые консультации с применением метода кейс-стади, на наш взгляд, позволяют максимально приблизить участников эксперимента к решению данной задачи.

Участникам предлагалось описание конкретных ситуаций, в зависимости от специальности врача. На каждой встрече происходило моделирование ситуации с применением кейса (примеры кейсов представлены в Приложении). Данная методика позволяет оценить насколько эффективно врач, по итогу проведенного обучения, может применить полученные знания. В ходе завершения работы с кейсом всем участникам предлагалось

обсуждение ситуации, рефлексия. По окончании консультант давал обратную связь и резюмировал проведенные мероприятия.

На наш взгляд, этапы, которыми мы следуем при работе по освоению и внедрению в работу стандарта ведения врачебного приема, отвечают требованиям, описанным в литературных источниках по критериям готовности к деятельности и особенностям обучения взрослых. А именно, при реализации программы первоначально врачам дана полная информация о вводимом стандарте, осуществляется поэтапное обсуждение каждой составляющей стандарта, далее формируются необходимые навыки, подкрепляющиеся психологическим сопровождением, поддержкой при практическом применении полученных знаний. Данный комплекс мероприятий позволяет формировать и поддерживать положительное отношение к нововведению на всем протяжении внедрения его в работу. Психологическое сопровождение способствует снятию эмоционального напряжения, повышению активности участников.

2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

Психологическое сопровождение процесса формирования готовности к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса) может быть реализовано через различные формы психологической работы. В рамках работы над диссертационным исследованием были выбраны групповые консультации, индивидуальные супервизии, а также методика кейс-стади. В течение 8 месяцев мероприятия были реализованы с 7 участниками эксперимента – врачами частного медицинского центра, работающими в поликлинической службе.

В течение всего времени работы над исследованием были осуществлены запланированные формы психологического сопровождения. Групповые консультации, продолжительностью 1 час, проводились один раз в две недели

– для обсуждения, совместного анализа внедряемого этапа стандарта сервиса и для постановки новой задачи. Визиты на прием к врачам с целью супервизии были ежедневными, в течение недели с каждым специалистом встречи проводились один-два раза. Консультации с применением методики кейс-стади проведены на завершающем этапе, в течение последнего месяца работы по внедрению стандарта. На каждой групповой встрече два врача демонстрировали свои навыки ведения приема в соответствии с полученным кейсом.

По результатам проведенной работы хотелось бы отметить следующее:

1) эмоциональное напряжение в группе снизилось, сопротивления к введению того или иного действия со стороны участников эксперимента практически не демонстрировалось;

2) активность участников по вопросам внедрения в работу стандарта сервиса значительно возросла. Врачи стали охотнее участвовать в обсуждении каждого этапа, делиться своим опытом с коллегами, анализировать свои действия, успехи и неудачи, причины неудовлетворительного результата и варианты решения ситуаций;

3) на начальном этапе работы недовольство выражалось в отношении проведения супервизий, со временем оно практически не фиксировалось в поведении врачей, более того, стали поступать просьбы о присутствии на приеме консультанта с целью анализа вводимых навыков и помощи в применении нововведения.

Один из наиболее объективных инструментов анализа эффективности эксперимента – диагностическая оценка. Процедура диагностики занимает достаточно много времени, однако позволяет измерить конкретные результаты эксперимента.

Повторная диагностика уровня развития группы дала определенный положительный результат, данные систематизированы в таблице №6.

Статистическая обработка проводилась с применением пакета статистических программ STATISTIKA v.6.0. В качестве критерия сравнения использовался непараметрический критерий Вилкоксона.

Анализ результатов исследования по тесту «Пульсар» после формирующего эксперимента

Таблица 6. Показатели теста «Пульсар» в динамике (ср. балл).

	Оцениваемое качество	До эксперимента, ср. балл	После эксперимента, ср. балл	p
1	подготовленность к деятельности	8,4±1,51	9±1,53	>0,05
2	направленность	7,7±1,25	8,1±1,07	>0,05
3	организованность	8±2,0	9,6±1,62	<0,05
4	активность	8,1±2,04	8,4±1,13	>0,05
5	сплоченность	8,4±1,81	9,1±0,69	>0,05
6	интегративность	7,7±1,98	8,1±1,57	>0,05
7	референтность	8,4±1,4	9,6±0,98	<0,05

Максимальные изменения зафиксированы в таких оценках группы как «организованность» (средний балл 9,6 против исходного 8,0, с различиями в 20%, $p < 0,05$) и «референтность» 8,4 и 9,6 баллов ($p < 0,05$) соответственно, с увеличением данного показателя на 14,3%.

В то время, как ни один из показателей не достиг среднего значения 10 баллов, что могло бы характеризовать группу как зрелую, по всем характеристикам можно отметить положительную динамику, что позволяет с большей уверенностью прогнозировать ее успешную деятельность. Улучшению показателей способствовали регулярные общие собрания коллектива, обмен мнениями, опытом, возможность, которую сотрудники

получили в процессе эксперимента, принимать участие в обсуждении процесса, быть услышанным и получить конструктивную обратную связь по итогу своей работы.

Анализ результатов исследования по методике «Якоря карьеры» Э. Шейна после формирующего эксперимента

При анализе результатов проведения методики «Якоря карьеры» Э. Шейна, полученных в динамике, две ведущие карьерные ориентации остались прежние – «стабильность работы» и «служение» (рис. 6).

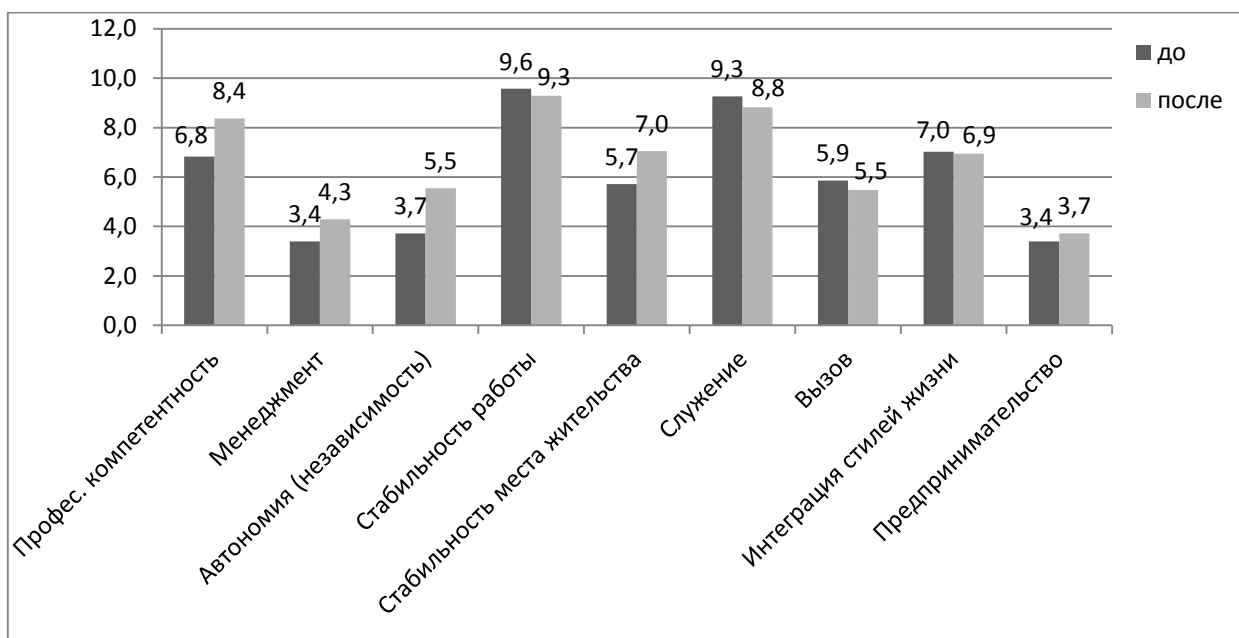


Рис. 6. Динамика показателей профессиональных ориентаций («Якорь карьеры» Э. Шейна) – до и после проведения эксперимента, ср. балл.

Однако, необходимо отметить следующее, третью из лидирующих позиций при повторной диагностике заняла ориентация «профессиональная компетентность», которую при начале своего исследования мы определили как «зону роста», у каждого из респондентов отмечено повышение показателя данной ценностной ориентации, в среднем же по группе изменения характеризуются как статистически достоверные. Также статистически значимые изменения зафиксированы по показателю, характеризующему

автономию (независимость). Можно предположить, что изменения, отразившиеся в итоговых данных по этим категориям, произошли вследствие повышения уверенности в себе участников эксперимента, которые за этот период получили поддержку в развитии своих профессиональных компетенций, приняли активное участие в процессе введения в работу клиники нового стандарта, почувствовав ответственность и достигнув положительных результатов.

Анализ результатов исследования по методике «Кто Я?» после проведения эксперимента

Анализ теста «Кто Я как профессионал» в динамике, на наш взгляд, лучше описать по индивидуальным ответам каждого участника.

Так, например, Светлана З. при сборе информации в динамике, указала наибольшее количество ответов, относящихся к показателю «Деятельное Я» (47,1%). При этом среди ее ответов зафиксированы, характеризующие освоение и применение новых навыков общения с пациентами. В тоже время, при первичной диагностике большинство ответов относились к «Рефлексивному Я», оценке своих личностных качеств (63,2%).

Елена С. при ответе на тест в начале экспериментальной работы, также, как и все участники, в большем проценте ответов указала описания рефлексивного характера, в основном, отражающие профессиональные заслуги, повышения квалификации и т.д., т.е. формальные признаки профессионала (50% ответов). При повторном заполнении число ответов Елены, характеризующих ее действия для повышения своего профессионализма, имели одинаковую долю с рефлексивными (38,5%). При этом качество рефлексии перешло в плоскость характеристики себя, как анализирующего свои действия, заслуги и промахи специалиста.

У следующего участника, Ольги Д., структура ответов до и после проведения эксперимента представлена двумя компонентами идентичности –

рефлексивное (87,5% при первичном заполнении и 78,6% в динамике) и деятельное – 12,5% (из 16 ответов только один отражал деятельностную характеристику) и 21,4% соответственно.

Анна Б. Исходные данные участника представляли ответы «Рефлексивного Я» - 75% и 25 % приходилось на долю «Деятельного Я». По завершению нашего эксперимента основную часть ответов заняли утверждения, характеризующие учебно-профессиональную ролевую позицию, то есть «Социальное Я» (66,7%).

Александра Л., из 11 первичных высказываний 8 подчеркивают профессиональную квалификацию, именно с позиции знаний и образования. Данный факт является гордостью, и человек считает это основной своей заслугой. Причем образование это формальное – «лечебный факультет, ординатура, специализация, курсы, научная литература». В представлении данного врача, как профессионал – я носитель медицинского знания. При повторном ответе Александра указала большее количество ответов, с рефлексивной характеристикой (85,7% – 12 из 14 высказываний), причем, качественно эти утверждения характеризовали ее положительное отношение к тому, чем она занимается, к деятельности врача.

Николай Б. в начале нашего эксперимента в 13 утверждениях из 21 описал себя как человека, переживающего и «отдающего душу» за работу. При повторной диагностике количество ответов, характеризующих человека с деятельностной позицией, увеличилось и составило 33% против 28% первичных, они описывали самооценку способности к деятельности и опыта. Высказывания же рефлексивного характера в динамике описывали индивидуальный стиль поведения человека (перфекционист, вредный, веселый...).

Дарья В. Динамика изменений ответов данного человека отражается в уменьшении количества описаний персональной идентичности (58,3% первичных и 28,6% итоговых) и увеличении утверждений о деятельности,

таких как «люблю решать трудные задачи», «люблю читать», «люблю работать» и т.д. (25% и 50% соответственно).

При рассмотрении результатов, оформленных по окончании эксперимента в целом по группе (рис. 7), можно наблюдать динамику следующих изменений: увеличение количества ответов, относящихся к категории «социальное Я» и «деятельное Я», а также снижение по шкале «рефлексивное Я». Несмотря на отсутствие статистически значимых изменений, можем говорить о тенденции. В индивидуальных ответах врачи стали чаще оценивать себя как специалиста, относящегося к определенной социальной группе, который принимает активное участие в ее деятельности. Что, на наш взгляд, характеризует проделанную работу с положительной стороны, иллюстрируя качественные изменения к подходу в реализации своей профессиональной деятельности у участников эксперимента.

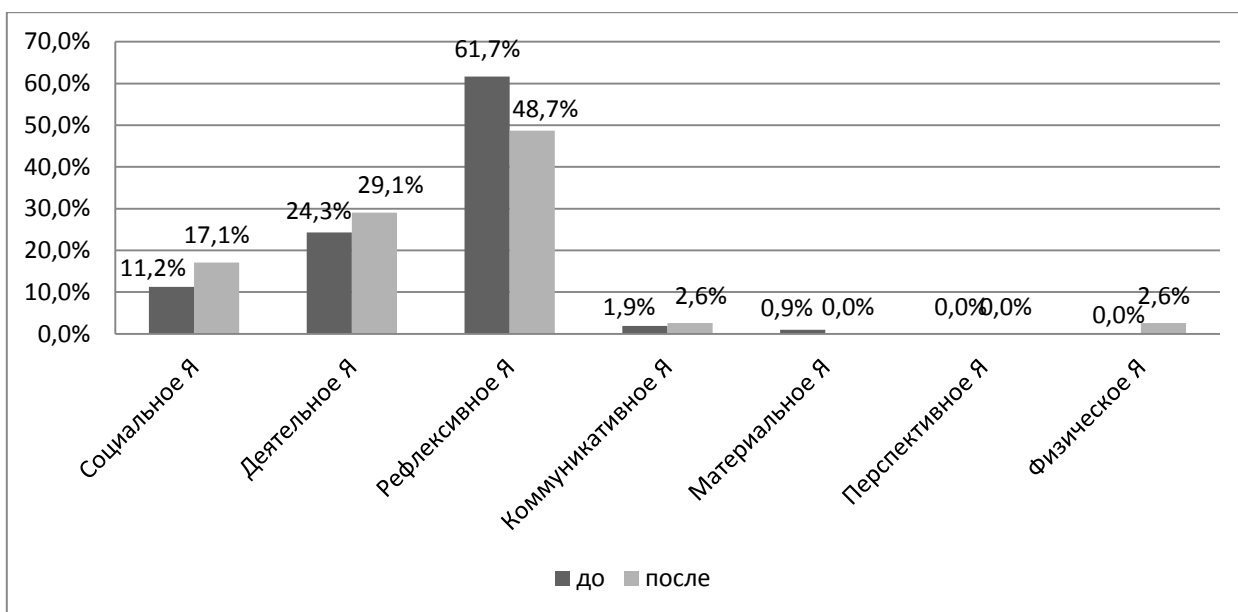


Рис. 7. Динамика показателей-компонентов идентичности у участников группы (в %).

Анализ результатов исследования по тесту уверенности в себе Рейзаса после проведения формирующего эксперимента

При анализе результатов теста уверенности в себе Рейзаса, адаптированного под осуществление профессиональной деятельности врача, результаты выявлены следующие, отражены в таблице 7.

Таблица 7. Результаты теста Рейзаса

Испытуемые	До эксперимента, степень (балл)	После эксперимента, степень (балл)
Светлана З.	среднее значение уверенности (71)	уверен в себе (78)
Елена С.	среднее значение уверенности (59)	среднее значение уверенности (69)
Ольга Д.	среднее значение уверенности (61)	среднее значение уверенности (68)
Анна Б.	уверен в себе (78)	уверен в себе (80)
Александра Л.	среднее значение уверенности (71)	уверен в себе (83)
Николай Б.	уверен в себе (83)	уверен в себе (90)
Дарья В.	уверен в себе (73)	уверен в себе (94)

По результатам теста, проведенного по завершении эксперимента, отмечено увеличение показателя степени уверенности в себе у каждого из участников. Изменения, произошедшие по данному показателю в целом по группе, подтверждаются результатами статистической обработки данных и являются статистически значимыми ($p < 0,05$). Уверенную позицию косвенно подтверждает и представленная ниже информация по результатам оценки экспертной карты.

Анализ результатов разработанной нами экспертной карты, определяющей уровень освоения и применения в рабочем процессе стандарта сервиса, действительно можно назвать решающим. Именно его результаты однозначно свидетельствуют о позитивных изменениях в контексте поставленной задачи диссертационного исследования.

Анализ результатов экспертной карты после формирующего эксперимента

По данным, приведенным ниже, можно судить о повышении уровня работы специалистов в соответствии с требованиями, отраженными в

стандарте. В итоге освоения программы уровень всех участников повысился с продвинутого до высокого (Рис. 8).

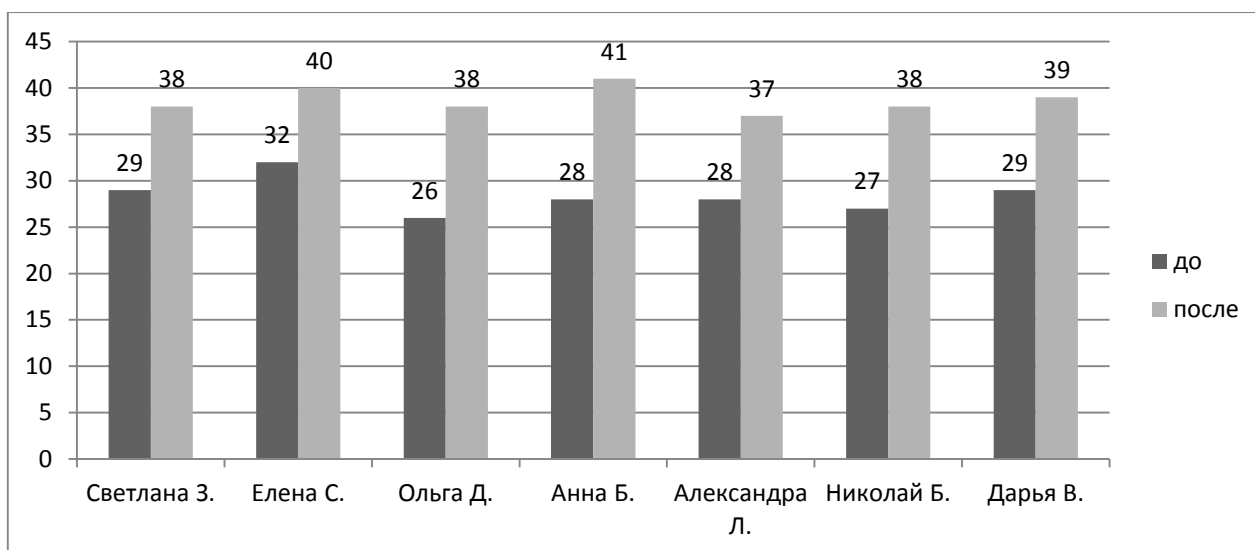


Рис. 8. Сравнение данных самостоятельной оценки знания и применения стандарта участников до и после формирующего эксперимента, баллы

Также хотелось бы отметить, что в отличие от первоначальных результатов разница оценок консультанта и самого специалиста незначительна.

Таблица 8. Сравнительная таблица данных самостоятельной и экспертной оценки знания и применения стандарта сервиса, (баллы)

Испытуемые	Самостоятельная оценка, балл	Оценка консультанта, балл
Светлана З.	38	36
Елена С.	40	39
Ольга Д.	38	38
Анна Б.	41	41
Александра Л.	37	36
Николай Б.	38	36
Дарья В.	39	39

На основе проведенной диагностики мы можем представить обновленные результаты изменений в уровне соотношении базовых критериев. На рисунке 9 отражено сравнение распределения участников по выраженности критериев готовности до и после проведения формирующего эксперимента. Обращает на себя внимание значительный рост показателей и

перераспределение в сторону улучшения рассматриваемых критериев, демонстрирующие результативность эксперимента.

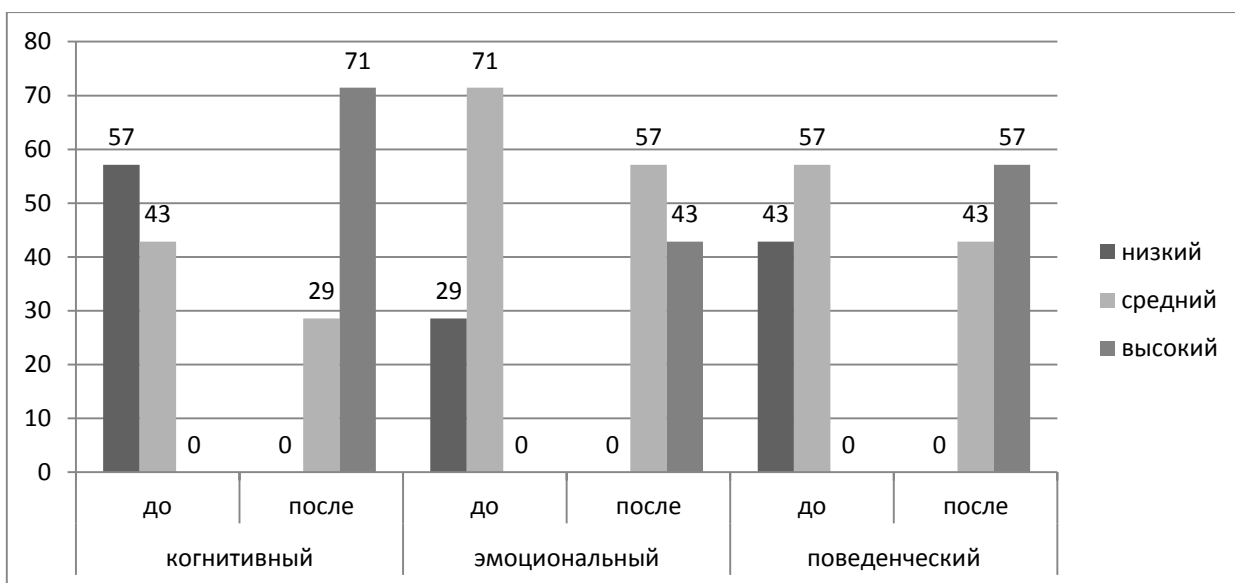


Рис. 9. Распределение участников по уровням выраженности критериев готовности до и после формирующего эксперимента (в %).

Обобщая полученные результаты, стоит обратить внимание на рост уровня готовности к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема у участников эксперимента (рис. 10).

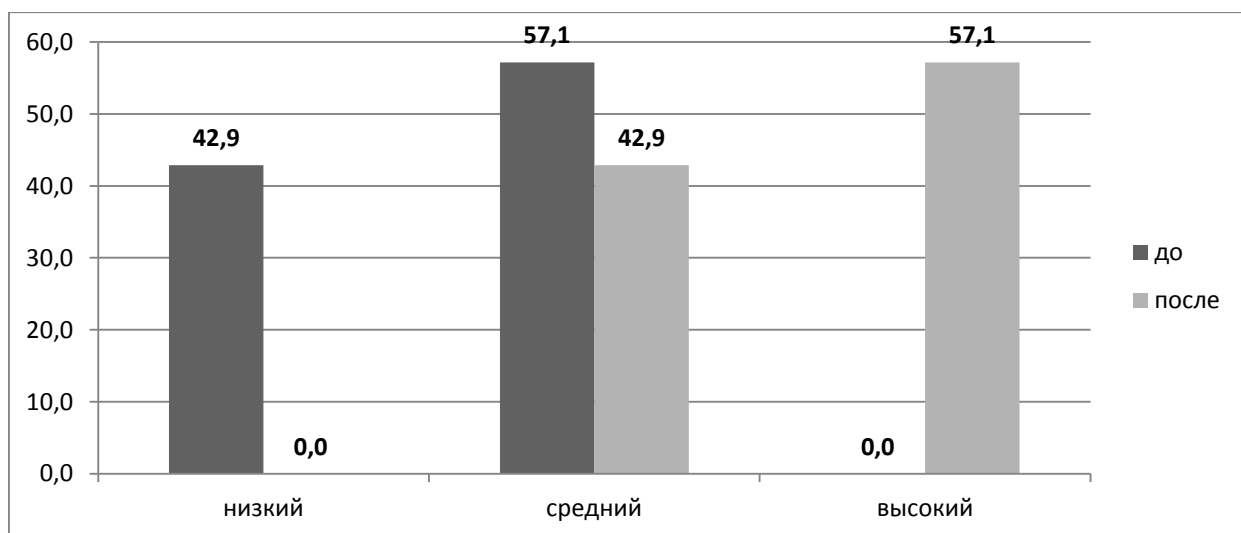


Рис. 10. Уровни готовности респондентов в сравнении до и после формирующего эксперимента (в %).

В начале нашей работы, при комплексном анализе результатов первичной диагностики с помощью подобранного диагностического

комплекса методик нами было установлено, что исходный уровень готовности у большинства из участников был средний. По итогу проведения формирующего эксперимента, высоким уровнем готовности обладает 4 участника из 7 (57,1%), средний уровень у 42,9% участников, низкого уровня зарегистрировано не было. Таким образом, мы можем говорить об уровне готовности респондентов к применению в работу полученных в процессе проведения эксперимента знаний и навыков.

Также, данные результаты доказывают необходимость сопровождения процесса внедрения новых программ в работу врачей и эффективность инструментов психологического консультирования в процессе развития психологической готовности к деятельности.

В ходе диссертационного исследования для подтверждения гипотезы были решены следующие задачи:

1. Анализ психолого-педагогических материалов: монографий, статей и учебных пособий по заявленной проблематике.
2. Изучение возможных вариантов консультативной работы и адаптация их к целевой группе исследования.
3. Составление консультативно-методического комплекса и регламентирование продолжительности научного исследования.
4. Изучение готовности целевой выборки исследования к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема (стандарта сервиса).
5. Планирование и реализация консультативно-методического комплекса.
6. Анализ результатов формирующего эксперимента в форме проведения дополнительного среза с применением выбранных диагностических методик.
7. Обобщение результатов исследования.

Проделанная работа по изучению формирования готовности к освоению и внедрению в работу врача стандарта сервиса, по выработке мер

сопровождения деятельности, диагностики текущих дефицитов и эффективности их устранения позволяет судить о положительном влиянии психологического сопровождения на процесс освоения и внедрения в работу врачей новых программ. Поддержка способствует непрерывному укреплению эмоциональных связей, повышению уровня лояльности, а также позволяет реализовывать главную цель, качественное ведение врачебного приема, более эффективно.

Выводы по Главе 2

В рамках второй главы была проведена диагностика готовности врачей к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения приема, коррекционная работа, состоящая из групповых консультаций, индивидуальных супервизий и консультации с применением методики кейс-стади, повторная диагностика эффективности применённых инструментов.

1. Для глубокого анализа готовности респондентов были использованы следующие методики:

- ✓ Тест «Пульсар» (оценка социально-психологического уровня развития группы);
- ✓ Методика «Якоря карьеры» – автор Э. Шейн;
- ✓ Тест «Кто Я?» Тест двадцати высказываний. (М. Кун, Т. Макпартленд; модификация Т.В. Румянцевой);
- ✓ Опросник уверенности в себе Рейзаса;
- ✓ Карта экспертной оценки – автор Т.А. Лившиц

2. В результате комплексной оценки выявлены основные ценностные ориентации врачей клиники, среди которых выделена «зона роста» в контексте реализуемого эксперимента. В группе фиксировано снижение показателей согласованности внутригрупповых процессов, недостаточное знание критериев оценки работы специалистов, что подтвердилось в неадекватно завышенной оценке при самостоятельном оценивании врачей своей работы в рамках стандарта сервиса (по результатам заполнения экспертной карты). Участники эксперимента показали недостаточно высокий уровень уверенности в реализации профессиональной деятельности.

3. Психологическое сопровождение в качестве эксперимента обнаруживает очевидную положительную динамику: рост активности коллектива, снятие эмоционального напряжения, появление запросов со

стороны участников о помощи в реализации программы ведения врачебного приема.

4. Психологическое сопровождение процесса освоения и внедрения новой программы ведения врачебного приема позволило повысить уровень развития группы. В большей степени систематические групповые занятия отразились на таких аспектах характеристики группы как организованность и референтность.

5. В описательных характеристиках врачей увеличилось количество высказываний себя как деятельного специалиста, в сравнении с первоначальными ответами на вопрос «Кто Я как профессионал?».

6. В результате повышения уровня знания и понимания необходимости введения в работу нового стандарта приема, а также успешного его освоения, врачами демонстрируется более уверенная позиция. Данное заключение можно сделать на основании двух составляющих диагностики – результатов повторного тестирования врачей (тест уверенности в себе Рейзаса), а также по результатам оценки экспертной карты.

7. Статистическая проверка показала, что различия результатов до и после формирующего эксперимента являются статистически значимыми ($p < 0,05$), что подтверждает гипотезу нашего исследования. Для статистической проверки различий был применен W-критерий Вилкоксона.

Заключение

В нынешних условиях организации медицинских услуг вопрос о совершенствовании качества врачебного приема в контексте структурирования времени и эффективности общения с пациентом в отведенное на прием время становится довольно остро. Большинство частных медицинских центров задумываются о внедрении в работу стандарта сервиса в рамках клиентоориентированного подхода, многие из них утверждают подобные формы работы врача в своих клиниках. Но реальность состоит в том, что без должной мотивации самих врачей, заинтересованности и четкого понимания необходимости нововведения, корректного сопровождения и обучения в процессе, готовность к освоению и внедрению в работу стандарта недостаточная и ожидаемая эффективность нового подхода будет довольно низкой.

В ходе работы над исследованием изучены и проанализированы теоретические материалы, касающиеся понятия психологической готовности к деятельности, особенности обучения взрослых людей, специфики консультативной работы в организации, варианты возможной консультативной работы.

Для проведения экспериментального исследования был подобран и адаптирован под выполняемую работу диагностический комплекс, оценивающий уровень готовности к освоению и внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема.

В результате констатирующего эксперимента оценены актуальные индивидуальные особенности участников исследования и группы в целом в аспекте профессионального позиционирования и профессионально-мотивационных ориентаций, а также проанализирован уровень психологической готовности участников к реализации поставленной задачи (освоению и внедрению стандарта сервиса).

Учитывая данные литературы по заявленной тематике, а также

полученные результаты констатирующего эксперимента была разработана и апробирована программа обучающего организационного консультирования. Анализ данных формирующего эксперимента показал положительную динамику изменений, что подтвердилось при их статистической обработке.

Результаты нашего исследования показали, что сопровождение процесса может быть организовано достаточно простым образом, при этом давая высокую эффективность. В ходе диссертационного исследования были использованы лишь некоторые инструменты организационного консультирования. Результаты позволяют сделать вывод о повышении уровня готовности к освоению, а также эффективному внедрению в работу структурированной программы ведения врачебного приема. Анализ работы позволяет оценить ее теоретическую и практическую значимость.

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для более глубокого изучения возможностей формирования и повышения уровня готовности врачей к освоению нововведений.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе медицинских учреждений, целью которых является совершенствование врачебного приема.

Список используемых источников

1. Березовская Н.А. Психолого-педагогические аспекты врачебной деятельности: учеб.-метод. пособие / Н.А. Березовская. Минск : БГМУ, 2011. 15 с.
2. Болучевская В.В. Общение врача: введение в психологию профессионального общения: (лекция 1) / В.В. Болучевская, А.И. Павлюкова // [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 1. URL.: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
3. Болучевская В.В. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4) / В.В. Болучевская, А.И. Павлюкова [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 4. URL: <http:// medpsy.ru>
4. Горнякова М.В. Специфика психологического консультирования взрослых по образовательному запросу: дис. ... канд. психол. наук / М.В. Горнякова. Красноярск: КГПУ, 2015. 260 с.
5. Даль В.И. Толковый словарь типowego великорусского языка. 8-е изд. / В.И. Даль. М.: Русский язык, 1981. Т. 1. А-З. 699 с.
6. Деркач А.А. Акмеологические основы развития профессионала / А.А. Деркач. М.: Воронеж, 2004. 752 с.
7. Деркач А.А. Акмеология: пути достижения вершин профессионализма / А.А. Деркач, Н.В. Кузнецов. М., 1993. 168 с.
8. Дмитриева О.Б. Формирование психологической готовности молодых специалистов к профессиональной деятельности: дис. ... канд. псих. наук / О.Б. Дмитриева. М., 1997. 188 с.
9. Дружинин В.Н. Психология: учеб. для гуманит. вуз. / Под ред. В.Н. Дружинина. СПб. М. Харьков Минск, 2001. 656 с.
10. Душков Б.А. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности: словарь / Б.А. Душков, Б.А. Смирнов, А.В. Королев. Под ред. Б.А. Душкова. М.: Мир, 2005. 847 с.

11. Дядьковский И.Е. Самым важнейшим средством, в коем нуждается страждущий, есть нравственная сила убеждения / И.Е. Дядьковский. 1836 [http://www.zdrav.by/iskusstvo-klinicheskogo-obhoda-obshchenie-s-bolnymi]
12. Дьяченко М.И. Психологические проблемы готовности к деятельности / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович. Минск: Изд-во БГУ, 1976. 176 с.
13. Дьяченко, М.И. Психология высшей школы / М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович. Минск: Тесей, 2003. 352 с.
14. Жукова, В.Ф. Психолого-педагогический анализ категории «Психологическая готовность»/ В.Ф. Жукова // Известия Томск. политехн. ун-та. 2012. Т. 320, № 6. С. 117-121.
15. Забродин, Ю.М. Очерки теории психологической регуляции поведения / Ю.М. Забродин. М., 1997.
16. Захарьин Г.А. Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, к которому нет доверия / Г.А.Захарьин. – конец XIX века [http://www.zdrav.by/iskusstvo-klinicheskogo-obhoda-obshchenie-s-bolnymi]
17. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании / И.А. Зимняя. – М.: Исслед. центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. 42 с.
18. Зимняя И.А. Общая культура и социально-профессиональная компетентность человека / И.А. Зимняя // Эйдос. 2006. 4 мая [Эл. ресурс]. – Режим доступа: [http://www.eidos.ru/journal/2006/0504. htm.]
19. Змеёв С.И. Андрагогика: основы теории, истории и технологии обучения взрослых / С.И. Змеёв. М.: Пер СЭ, 2007. 272 с.
20. Змеёв С.И. Становление андрагогики: развитие теории и технологии обучения взрослых: автореф. дис. ... д-ра психол. н. / С.И. Змеёв. М., 2000. 44 с. [http://irbis.gnpbu.ru/Aref_2000/Zmeev_S_L_2000.pdf]

21. Змеев С.И. Становление и пути развития / С.И. Змеев // Педагогика. 2005. №2.
22. Исмагилова Ф.С. Основы профессионального консультирования / Ф.С. Исмагилова. М.: Изд-во Моск. псих.-соц. ин-та. Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. 256 с.
23. Клиническая психология / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002. 960 с.
24. Ключева Н.В. Организационная психология: учеб. пособие / Н.В. Ключева. Ярославль, 2008. 136 с.
25. Kolb D. Learning Style Inventory / D. Kolb. USA: McGRAW-HILL, 1985. 124 p.
26. Кори Д. Теория и практика группового консультирования / Д. Кори. Пер. с англ. Е. Рачковой. М.: Эксмо, 2003. 640 с
27. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. М.: Академ. Проект, 1999. 240 с.
28. Краевский В.В. Основы обучения. Дидактика и методика / В.В. Краевский, А.В. Хуторской. М.: Академия, 2007. 352 с.
29. Кучерявенко И.А. Проблема психологической готовности к профессиональной деятельности / И.А. Кучерявенко, С.С. Чеботарев // Молодой ученый. 2011. Т. 2, №12. С. 60-62.
30. Лебедева Л.В. Организационное консультирование: учеб. пособие / Л.В. Лебедева. Тюмень, 2014. 163 с.
31. Луговая А.В. Профессиональная готовность и профессиональная компетентность выпускников вузов ФСИН России / А.В. Луговая, Е.В. Дмитриев // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. С. 326.
32. Махова О.В. От готовности к компетенции / О.В. Махова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2014. № 7. С. 186-188.
33. Митина Л.М. Психология развития конкурентоспособной личности / Л.М. Митина. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2002. 400 с.
34. Михайлов, О.В. Готовность к деятельности как акмеологический

феномен: содержание и пути развития: автореф. дис. ... канд. психол. наук / О.В. Михайлов. М., 2007. 23 с.

35. Модель М. Скалли и Б. Хопсона: Практическая психология. – 4 е изд., перераб., доп. СПб.: Дидактика Плюс, 2001.

36. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон-Джоунс СПб.: Питер, 2001. 464 с.

37. Немов Р.С. Основы психологического консультирования: учебн. студ. педвузов / Р.С. Немов. М.: ВЛАДОС, 1999. 394 с.

38. Ноулз С. The Modern Practice of Adult Education. Andragogy versus pedagogy. Englewood Cliffs: Prentice Hall/Cambridge 1970.

39. Педагогический энциклопедический словарь / Под ред. Б.М. Бим-Бад. М.: БРЭ, 2002. С. 17.

40. Попов Л.М. Психологическая готовность к профессиональной деятельности и методы ее формирования / Л.М. Попов, И.М. Пучкова, П.Н. Устин // Ученые записки Казанск. ун-та. 2015. Т. 157, № 4. С. 215-224.

41. Попов Л.М. Теоретико-экспериментальное обоснование модели психологической готовности студентов к профессиональной деятельности / Л.М. Попов, И.М. Пучкова // Образование и саморазвитие. 2015. № 1 (43). С. 53-58.

42. Почебут Л.Г. Организационная социальная психология: учеб. пособие / Л.Г. Почебут, В.А. Чикер. СПб.: Речь, 2002. 298 с.

43. Пригожин А.И. Методы развития организаций / А.И. Пригожин. М.: МЦФЭР, 2003. 864 с.

44. "Психологическое сопровождение как залог успешного внедрения инноваций" / Н.И. Лапин, Е.Т. Гребнев, А.И. Пригожин и др. Психологическая готовность. М.: Наука, 1986. С. 49-52.

45. Российская педагогическая энциклопедия: В 2 т. / Под ред. В.В. Давыдова. М., 1993–1999.

46. Роджерс, К. «Век психологии: имена и судьбы» / К. Роджерс. [Электронный ресурс] // [http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=656605]

47. Роджерс К. Взгляд на психотерапию, становление личности / К. Роджерс. М.: Прогресс, 2001. 415 с.
48. Роджерс К. Консультирование и психотерапия / К. Роджерс. М., 2010. 464 с.
49. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / К. Рудестам. Под ред. Л. А. Петровской. М., 1990. 201 с.
50. Санжаева Р.Д. Психологические механизмы формирования готовности человека к деятельности : дис. ... д-ра психол. н. / Р.Д. Санжаева. Новосибирск, 1997. 354 с.
51. Сергеев А.А. Модель специалиста в условиях непрерывного профессионального образования / А.А. Сергеев, М.Г. Сергеева. Тверь: ВА ВКО, 2009. 203 с.
52. Смит М.К. (1996; 1999) "Andragogy", энциклопедия неформального образования, [<http://www.infed.org/lifelonglearning/b-andra.htm>.]
53. Татур Ю.Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалистов / Ю.Г. Татур // Высш. образ. сегодня. 2004. № 3. С. 20-26.
54. Тест Куна. Тест «Кто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд; Модификация Т.В. Румянцевой) // Т.В. Румянцева. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. СПб., 2006. С. 82-103.
55. Тихомирова Ю.М. Теоретический анализ структурных компонентов психологической готовности к профессиональной деятельности [текст] / Ю.М. Тихомирова // Психологические науки: теория и практика: матер. II Междунар. науч. конф. (г. Москва, март 2014 г.). М.: Буки-Веди, 2014. С. 6-9.
56. Тобиас Л. Психологическое консультирование и менеджмент. Взгляд клинициста / Л. Тобиас. Библиотека психологии и психотерапии. Пер. с англ. А.И. Сотова. М.: Независимая фирма "Класс", 2010. 118 с.

57. Токмакова Н.О. Менеджмент-консалтинг: учеб.-метод. комплекс / Н.О. Токмакова, М.В. Андриянова. М. : Изд. центр ЕАОИ, 2009. 271 с.
58. Удоева И.С. Изучение психологической готовности педагогов к инновационной деятельности: метод. разработка / И.С. Удоева // Гос. образ. учр-ие Ярослав. обл. Переславль-Залесский санаторный дет. дом. Эл. ресурс. Режим доступа [<https://infourok.ru/metodicheskaya-razrabotka-izuchenie-psihologicheskoy-gotovnosti-pedagogov-k-innovacionnoy-deyatelnosti-387914.html>]
59. Фирсов М.В. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики: учеб. пособие для студ. вузов / М.В. Фирсов, Б.Ю. Шапиро. 2-е изд., стер. М.: Изд. центр «Академия», 2005. 192 с.
60. Харди И. Врач, сестра, больной. Пер. с венгер. М. Алекса; Под ред. М. В. Коркиной. 3-е изд. стереотип. BUDAPEST: Типография Академии наук Венгрии, 1974.
61. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / В.Д. Шадриков. М., 1982. 185 с.
62. Шадриков, В.Д. Психология деятельности и способности человека / В.Д. Шадриков. М.: Логос, 1996. 319 с.
63. Шейнис М.Ю. Рабочая книга психолога организации / М.Ю. Шейнис. Самара: Бахрах-М, 2001. 224 с.
64. Шнейдер Л.В. Психологическое консультирование / Л.В. Шнейдер, Г.В. Вольнова, М.Н. Зыкова. М.: Ижица, 2002. 224 с.
65. Honey P. The learning styles helper's guide / P. Honey, A. Mumford // Maidenhead, Berkshire: Peter Honey, 2000. 70 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таб. 1. Карта экспертной оценки

	Действия	Базовый уровень	Продвинутый уровень	Высокий уровень (мастерство)
1	Установление контакта			
	Представление	Приветствие, обращение к пациенту по имени и отчеству (исходя из данных мед карты или электронной базы расписания)	Представляется по имени и отчеству, называя специальность. Обращается к пациенту по имени и отчеству (исходя из данных мед карты или электронной базы расписания)	Приглашает самостоятельно, встречает у входа в кабинет. Представляется - называет свою специальность, фамилию, имя и отчество. Уточняет у пациента, как удобно будет врачу обращаться к нему или уточняет имя и отчество пациента, исходя из данных медицинской карты
	Информирование по плану встречи («я буду задавать Вам вопросы, после этого сделаю осмотр, в случае необходимости назначу дополнительное обследование, поставлю диагноз, предложу варианты лечения, если будут какие-то пожелания, учту их»)	Знает об этапах информирования пациента	Информирует при дополнительных вопросах со стороны пациента	Информирует пациента по плану встречи в соответствии с установленным порядком.
2	Презентация услуги			
	Проговаривание диагноза в двух вариантах - с помощью медицинской терминологии и простым языком, используя понятные пациенту слова	Озвучивает пациенту диагноз с помощью медицинской терминологии	Озвучивает пациенту диагноз медицинским языком, знает, как прояснить диагноз на языке пациента	Проговаривает пациенту диагноз в двух вариантах
	Планируемое лечение (консервативное, хирургическое, комплексное и т.д.)	Знает варианты лечения заболевания	Говорит пациенту о вариантах лечения по дополнительному запросу от пациента	Информирует пациента о планируемом лечении, называя варианты

	Этапы лечения (диагностический, лечение, профилактика)	Знает этапы планируемого лечения	Говорит пациенту об этапах лечения по дополнительному запросу от пациента	Подробно знакомит пациента с этапами планируемого лечения
	Содержание каждого этапа лечения (что будет делать врач, пациент)	Знает содержание каждого этапа планируемого лечения	Говорит пациенту о содержании каждого этапа лечения по дополнительному запросу от пациента	Подробно объясняет пациенту содержание каждого этапа планируемого лечения
	С какой целью проводится то или иное действие (обследование, врачебная манипуляция и т.п.)	Знает цель каждого этапа планируемого лечения	Говорит пациенту о целях каждого этапа лечения по дополнительному запросу от пациента	Полностью информирует пациента о цели каждого этапа планируемого лечения
	Продолжительность каждого этапа лечения	Знает длительность этапов планируемого лечения	Говорит пациенту о длительности каждого этапа лечения по дополнительному запросу от пациента	Полностью информирует пациента о длительности каждого этапа планируемого лечения
	Ожидаемый положительный эффект от каждого этапа лечения	Знает положительный эффект планируемого лечения	Говорит пациенту об ожидаемом положительном эффекте каждого этапа лечения по дополнительному запросу от пациента	Информирует о положительных эффектах каждого этапа планируемого лечения
3	Ориентация на сотрудничество			
	Аргументация собственной врачебной позиции и плана лечения	Врачебная позиция не достаточно уверенная, не пользуется приемами аргументации	Пользуется приемами аргументации, однако позиция врача недостаточно активная и уверенная.	Предварительно анализирует документацию пациента, активная врачебная позиция, успешно пользуется приемами аргументации, прибегая к различным аргументам (статистика, метафоры, личный опыт и т.д.)

	Ответы на вопросы пациента	Ответы на вопросы неполные, недостаточная просветительская работа	Отвечает на вопросы пациента, убедительно проясняет информацию, не совсем понятную пациенту	Предлагает пациенту задать вопросы, охотно и полно отвечает на них, информация в ответе полностью раскрыта
	Работа с возражениями пациента	Не работает с возражениями пациента	Знает, как работать с возражениями, частично пользуется аргументами и убеждением.	Успешно работает с возражениями пациента, возникающими на приеме
	Формирование у пациента положительной установки на лечение	Не формирует у пациента установки на успех лечения	Врач формирует представление о результатах лечения, но установке на выполнение врачебных рекомендаций и положительный результат уделяется недостаточное внимание.	В результате приема у пациента сформировано точное представление о результатах лечения, положительная установка на выполнение рекомендаций врача и результат лечения.
4	Выход из контакта			
	Запись на повторный прием - итоговая договоренность здесь и сейчас	Знает о необходимости записи на повторный прием	Предлагает пациенту запись на повторный прием, но не всегда удается договориться о точном времени и дате повторного приема	Успешно договаривается о точной дате и времени, осуществляет запись на повторный прием пациента в соответствии с установленным механизмом.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таб. 1. Результаты по тесту «Пульсар»

Испытуемые	Оцениваемое качество, балл						
	подготовленность к деятельности	направленность	организованность	активность	сплоченность	интегративность	референтность
Светлана З.	9	8	8	8	8	8	10
Елена С.	9	8	8	9	9	9	10
Ольга Д.	5	5	5	5	7	4	7
Анна Б.	9	8	6	11	9	9	9
Александра Л.	9	8	9	9	7	9	7
Николай Б.	9	8	9	6	7	6	7
Дарья В.	9	9	11	9	12	9	9

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таб. 2. Результаты опросника диагностики ценностных ориентаций (Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Э. Шейна), баллы

Карьерная ориентация	Светлана З.	Елена С.	Ольга Д.	Анна Б.	Александра Л.	Николай Б.	Дарья В.	Среднее значение
Профессиональная компетентность	7,0	6,2	7,6	7,8	6,2	6,6	6,4	6,83
Менеджмент	1,8	1,2	4,4	5,8	1,2	6,2	3,2	3,40
Автономия (независимость)	2,6	5,6	3,4	3,6	4,4	5,2	1,2	3,71
Стабильность работы	9,7	10,0	10,0	9,7	9,0	9,0	9,7	9,57
Стабильность места жительства	7,3	8,3	8,3	2,0	3,0	6,3	4,7	5,71
Служение	9,4	10,0	9,4	8,6	8,8	8,8	9,8	9,26
Вызов	2,4	4,6	6,6	4,4	6,4	7,8	8,8	5,86
Интеграция стилей жизни	8,4	8,0	7,0	6,8	4,8	6,4	7,8	7,03
Предпринимательство	1,4	1,4	2,8	6,6	1,4	7,2	3,0	3,40

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таб. 3. Результаты первичной диагностики по Тесту «Кто Я?»

Испытуемые	Показатели-компоненты идентичности							Количество ответов
	Социальное Я	Деятельное Я	Рефлексивное Я	Коммуникативное Я	Материальное Я	Перспективное Я	Физическое Я	
Светлана З.	3	4	12			0		19
Елена С.	4	3	8	1	0			16
Ольга Д.	0	2	14	0	0			16
Анна Б.	0	3	9	0	0			12
Александра Л.	3	5	3	0	0			11
Николай Б.	1	6	13	0	1			21
Дарья В.	1	3	7	1				12
ИТОГО	12	26	66	2	1	0	0	107
Доля ответов	11,2%	24,3%	61,7%	1,9%	0,9%	0,0%	0,0%	100%

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таб. 4. Результаты первичной диагностики по опроснику уверенности в себе, баллы

Номера вопросов	Ответы участников, баллы						
	Светлана З.	Елена С.	Ольга Д.	Анна Б.	Александра Л.	Николай Б.	Дарья В.
1	3	3	2	2	3	2	2
2	1	2	3	1	1	2	2
3	2	4	4	1	3	1	2
4	4	3	4	3	5	1	3
5	2	5	3	2	4	3	4
6	3	3	5	4	3	4	4
7	4	3	4	5	3	4	3
8	3	3	3	4	5	5	5
9	1	3	3	2	3	2	2
10	2	2	3	3	5	5	3
11	1	1	2	1	1	1	1
12	1	2	3	1	1	1	1
13	2	2	2	2	1	3	1
14	2	2	3	1	2	1	1
15	5	5	5	2	5	2	4
16	2	3	1	1	2	1	1
17	1	3	3	2	2	2	1
18	1	1	1	3	2	4	1
19	1	3	1	2	1	2	1
20	3	3	2	3	1	3	4
21	5	5	4	4	4	3	3
22	2	3	2	3	4	3	1
23	4	5	4	3	4	5	4
24	4	4	4	4	5	4	4
25	2	2	1	2	2	3	3
26	1	3	5	2	1	3	4
27	4	3	4	3	4	4	4
28	2	4	4	3	4	5	4
29	3	3	4	2	3	5	4
30	2	3	4	3	3	3	4
Результат	73	91	93	74	87	87	81
сумма прямых	36	39	41	40	43	49	41
сумма обратных	37	52	52	34	44	38	40
прямые + 72	108	111	113	112	115	121	113
ИТОГ	71	59	61	78	71	83	73

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таб. 5. Результаты первичной оценки по экспертной карте, баллы

	Испытуемые	Светлана З.		Елена С.		Ольга Д.		Анна Б.		Александра Л.		Николай Б.		Дарья В.	
		С	К	С	К	С	К	С	К	С	К	С	К	С	К
1	Установление контакта														
	Представление	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1	2	2
	Информирование по плану встречи (буду задавать вопросы, после этого сделаю осмотр, в случае необходимости назначу дополнительное обследование, поставлю диагноз, предложу варианты лечения, если будут какие-то пожелания, учту их)	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1
2	Презентация услуги														
	Проговаривание диагноза в двух вариантах - медицинским языком и "человеческим" языком	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2
	Планируемое лечение (консервативное, хирургическое, комплексное и т.д.)	2	2	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1
	Этапы лечения (диагностический, лечение, профилактика)	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1
	Содержание каждого этапа лечения (что будет делать врач, пациент)	3	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	С какой целью проводится то или иное действие (обследование, врачебная манипуляция и т.п.)	3	2	3	2	3	2	1	1	2	1	2	1	1	1

	Продолжительность каждого этапа лечения	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	1
	Ожидаемый положительный эффект от каждого этапа лечения	2	2	2	1	2	1	2	1	3	1	2	1	3	1
3	Ориентация на сотрудничество														
	Аргументация собственной врачебной позиции и плана лечения	2	2	3	2	2	1	3	1	3	1	2	2	2	2
	Ответы на вопросы пациента	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
	Работа с возражениями пациента	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1
	Формирование у пациента положительной установки на лечение	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1
4	Выход из контакта														
	Запись на повторный прием - итоговая договоренность здесь и сейчас	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	3	2
	Сумма баллов	29	25	32	22	26	20	28	17	28	16	27	18	29	19

С - самостоятельная оценка

К – оценка консультанта

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Планы формирующего эксперимента.

Групповые консультации:

	Период	Задача врача (домашнее задание)	Примечание
1	1 месяц	Записать 100% пациентов на повторный прием, обязательна точная дата и время, передать информацию администраторам клиники, проверить записи по окончании каждого рабочего дня (проверка записи пациентов в программе)	Промежуточный этап – обсуждение по каждому этапу, на котором врачи в обязательном порядке должны проговорить, какие трудности возникают при внедрении навыка. В период внедрения - плановые визиты (супервизии) консультанта на врачебный прием
2	1 месяц	Приветствие, представление, информирование пациента по плану встречи	
3	1 месяц	Применение аргументации (варианты - метафоры, личный опыт, статистика, авторитет и т.д.), использование наглядных пособий (макеты)	
4	1 месяц	Первый этап презентации услуги - проговаривание пациенту диагноза в двух вариантах (медицинским языком и «человеческим»)	
5	1 месяц	Второй этап презентации - проговаривать какое лечение планируется (консервативное, хирургическое, комплексное и т.д.), какие этапы (диагностический, лечение, профилактика)	
6	1 месяц	Второй этап презентации - что будет происходить на каждом этапе и зачем это нужно	
7	1 месяц	Второй этап презентации - сколько длится и чем хорошим закончится	

План проведения индивидуальных супервизий:

Контролируемый этап *	Специальности врачей	Количество визитов, периоды
Запись на прием	Терапия, неврология, гинекология, офтальмология, хирургия, дерматология	По 4 визита к каждому специалисту до промежуточной групповой консультации и по 2 визита после ее проведения
Приветствие, представление, информирование пациента по плану встречи	Терапия, неврология, гинекология, офтальмология, хирургия, дерматология	По 3 визита к каждому специалисту до промежуточной групповой консультации и по 3 визита после ее проведения

Первый этап презентации (диагноз)	Терапия, неврология, гинекология, офтальмология, хирургия, дерматология	По 4 визита к каждому специалисту до промежуточной групповой консультации и по 2 визита после ее проведения
Второй этап презентации – этапы лечения, составляющие этапов	Терапия, неврология, гинекология, офтальмология, хирургия, дерматология	По 4 визита к каждому специалисту до промежуточной групповой консультации и по 4 визита после ее проведения
Сколько длится обследование и лечение, чем хорошим закончится	Терапия, неврология, гинекология, офтальмология, хирургия, дерматология	По 2 визита к каждому специалисту до промежуточной групповой консультации и по 2 визита после ее проведения
Супервизии по итогу освоения стандарта сервиса	Терапия, неврология, гинекология, офтальмология, хирургия, дерматология	В течение двух недель до начала проведения консультаций с применением кейс-листов, ежедневно. 2-3 визита в день.

* При проведении супервизий каждого последующего этапа консультант фиксирует результаты накопительно, то есть акцент направлен не только на внедряемый этап стандарта, но и на предыдущие.

Примеры кейс-листов:

Для терапевта:

Обращение по полису добровольного медицинского страхования, ранее обращался в клинику к хирургу по поводу варикозного расширения вен 2012г.

Мужчина, 50 лет. Работает в крупной компании, руководитель, работа 10-12 часов в день, бывает дольше.

Жалобы на головные боли, повышение АД при стрессах до 180 мм рт. ст. (измеряет ситуативно), дома тонометра нет.

В анамнезе болезни – отмечает повышение АД в течение полугода, в основном при стрессовых ситуациях, в покое не контролирует, никуда не обращался.

В анамнезе жизни – Травм не было, операция геморрой 2004г. Хронический тонзиллит в анамнезе.

Задача врача:

1. Проведение приема в рамках стандарта сервиса;

2. Назначить обследования по стандарту заболевания, дополнив двумя обследованиями вне страхового случая (за прямую оплату). Обосновать, мотивировать;

3. Маршрутизировать обследование пациента (обследование в ходе приема, в ближайшие два дня после приема);

4. Презентовать план ведения;

5. Аргументировать назначенное обследование с использованием приема аргументации;

6. Завершить прием договоренностью и обеспечить запись пациента на повторный прием

Для невролога:

Пациент пришел к врачу по настоянию жены

Мужчина, 50 лет. Работает водителем, сейчас в отпуске. При предрейсовых медицинских осмотрах иногда фиксируется повышение АД, ничего по этому поводу не принимает, не считает это необходимым, само пройдет, «я здоровый мужик».

Жалобы на периодические головные боли, проходят при приеме спазмолгона, но-шпы, редко шум в ушах, мелькание мушек перед глазами.

В анамнезе болезни – Последнее время головные боли участились, родственники настояли на визите к врачу.

В анамнезе жизни – ничего вспомнить не может, «я - здоровый мужик, ну иногда давление скачет, жена какую-то таблетку дает, и все»/

Задача врача:

1. Проведение приема в рамках стандарта сервиса;

2. Назначить обследования по стандарту заболевания. Обосновать, мотивировать;

3. Маршрутизировать обследование пациента (обследование в ходе приема, в ближайшие два дня после приема);
4. Презентовать план ведения;
5. Аргументировать назначенное обследование с использованием приема аргументации;
6. Завершить прием договоренностью и обеспечить запись пациента на повторный прием.

Для ЛОР-врача:

Пациент пришел в клинику по полису добровольного медицинского страхования, сослуживцы посоветовали, клиника находится недалеко от офиса и дома.

Из анамнезов видно, что не привержена походам к врачам и лечению вообще.

Женщина, 40 лет. Жалобы на боли в горле, небольшая заложенность носа, повышение температуры тела до 37,0, слабость, головные боли.

В анамнезе болезни – Жалобы в течение 3х дней, заболела после посещения гостей, там дети больны.

В анамнезе жизни - «течет из носа» конец июля-начало сентября в течение нескольких лет, частые боли в горле с детства (нигде не наблюдается, не обращается, лечится самостоятельно).

Задача врача:

1. Проведение приема в рамках стандарта сервиса;
2. Назначить обследования по стандарту заболевания, дополнив двумя обследованиями вне страхового случая (за прямую оплату). Обосновать, мотивировать;
3. Маршрутизировать обследование пациента (обследование в ходе приема, в ближайшие два дня после приема);
4. Презентовать план ведения;

5. Аргументировать назначенное обследование с использованием приема аргументации;

6. Завершить прием договоренностью и обеспечить запись пациента на повторный прием.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таб.1. Результаты по тесту «Пульсар» в динамике

Испытуемые	Оцениваемое качество, балл						
	подготовленность к деятельности	направленность	организованность	активность	сплоченность	интегративность	референтность
Светлана З.	11	8	8	8	10	10	10
Елена С.	10	8	12	9	9	9	10
Ольга Д.	6	6	8	6	8	6	8
Анна Б.	9	8	8	9	9	9	9
Александра Л.	9	9	10	9	9	8	10
Николай Б.	9	9	10	9	9	6	9
Дарья В.	9	9	11	9	10	9	11

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таб. 2. Результаты опросника диагностики ценностных ориентаций (Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Э. Шейна) в динамике, баллы

Карьерная ориентация	Светлана З.	Елена С.	Ольга Д.	Анна Б.	Александра Л.	Николай Б.	Дарья В.	Среднее значение
Профессиональная компетентность	8,2	8,0	8,2	9,8	8,8	7,6	8,0	8,4
Менеджмент	2,0	1,8	2,8	7,0	5,4	7,2	3,8	4,3
Автономия (независимость)	4,0	5,6	3,2	4,8	9,8	8,0	3,4	5,5
Стабильность работы	10,0	10,0	10,0	8,0	10,0	8,3	8,7	9,3
Стабильность места жительства	9,3	8,3	9,0	2,7	6,7	9,3	4,0	7,1
Служение	9,8	8,6	10,0	6,8	9,2	10,0	7,4	8,8
Вызов	2,8	5,2	5,6	4,6	6,6	8,2	5,4	5,5
Интеграция стилей жизни	5,6	8,8	6,0	5,0	8,2	8,0	7,0	6,9
Предпринимательство	1,0	1,4	2,2	7,6	3,2	6,2	4,4	3,7

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таб. 3. Результаты диагностики по Тесту «Кто Я» в динамике

Испытуемые	Показатели-компоненты идентичности							Количество ответов
	Социальное Я	Деятельное Я	Рефлексивное Я	Коммуникативное Я	Материальное Я	Перспективное Я	Физическое Я	
Светлана З.	1	8	6	1			1	17
Елена С.	2	5	5	1				13
Ольга Д.		3	11					14
Анна Б.	10	0	4				1	15
Александра Л.	1	1	12					14
Николай Б.	5	10	15					30
Дарья В.	1	7	4	1			1	14
ИТОГО	20	34	57	3	0	0	3	117
Доля ответов	17,1%	29,1%	48,7%	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%	100%

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таб. 4. Результаты первичной диагностики по опроснику уверенности в себе (Рейзаса) в динамике, баллы

Номера вопросов	Ответы участников, баллы						
	Светлана З.	Елена С.	Ольга Д.	Анна Б.	Александра Л.	Николай Б.	Дарья В.
1	2	2	3	2	1	1	1
2	1	1	2	1	1	1	1
3	2	4	3	3	3	3	5
4	2	4	4	2	3	1	1
5	1	5	2	3	1	3	4
6	5	3	4	5	3	4	5
7	4	4	4	5	3	4	4
8	3	4	3	4	3	5	5
9	2	3	2	3	3	3	1
10	2	3	3	5	5	4	4
11	1	1	1	1	1	1	1
12	2	3	3	1	1	1	1
13	2	2	2	1	1	1	1
14	2	3	2	2	1	1	1
15	5	3	4	2	3	2	3
16	2	3	2	3	3	1	1
17	1	3	3	3	3	3	1
18	1	3	3	2	2	5	3
19	1	3	1	2	1	2	1
20	3	3	3	3	1	3	4
21	5	5	4	5	5	3	4
22	1	3	2	1	4	3	2
23	3	3	3	2	2	2	3
24	4	4	4	4	3	4	3
25	4	3	2	2	3	3	3
26	2	3	5	2	2	3	2
27	4	4	4	4	4	4	4
28	3	4	4	4	4	5	4
29	4	3	3	2	4	5	5
30	2	3	3	3	3	3	4
Результат	76	95	88	82	77	84	82
сумма прямых	41	46	42	45	44	51	52
сумма обратных	35	49	46	37	33	33	30
прямые + 72	113	118	114	117	116	123	124
ИТОГ	78	69	68	80	83	90	94

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Таб. 5. Результаты первичной оценки по экспертной карте после формирующего эксперимента, баллы

Испытуемые Действия	Светлана З.		Елена С.		Ольга Д.		Анна Б.		Александра Л.		Николай Б.		Дарья В.	
	С	К	С	К	С	К	С	К	С	К	С	К	С	К
	Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы	
Установление контакта														
Представление	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Информирование по плану встречи (буду задавать вопросы, после этого сделаю осмотр, в случае необходимости назначу дополнительное обследование, поставлю диагноз, предложу варианты лечения, если будут какие-то пожелания, учту их)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Презентация услуги														
Проговаривание диагноза в двух вариантах - медицинским языком и "человеческим" языком	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
Планируемое лечение (консервативное, хирургическое, комплексное и т.д.)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Этапы лечения (диагностический, лечение, профилактика)	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3
Содержание каждого этапа лечения (что будет делать врач, пациент)	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2

С какой целью проводится то или иное действие (обследование, врачебная манипуляция и т.п.)	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Продолжительность каждого этапа лечения	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2
Ожидаемый положительный эффект от каждого этапа лечения	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
Ориентация на сотрудничество														
Аргументация собственной врачебной позиции и плана лечения	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3
Ответы на вопросы пациента	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Работа с возражениями пациента	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Формирование у пациента положительной установки на лечение	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3
Выход из контакта														
Запись на повторный прием - итоговая договоренность здесь и сейчас	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3
Сумма баллов	38	36	40	39	38	38	41	41	37	36	38	36	39	39

С - самостоятельная оценка

К – оценка консультанта

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Результаты статистической обработки данных

Таб.1. Сравнение результатов по тесту «Пульсар», до и после эксперимента

Испытуемые	Оцениваемое качество													
	подготовленность к деятельности		направленность		организованность		активность		сплоченность		интегративность		референтность	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Светлана З.	9	11	8	8	8	8	8	8	8	10	8	10	10	10
Елена С.	9	10	8	8	8	12	9	9	9	9	9	9	10	10
Ольга Д.	5	6	5	6	5	8	5	6	7	8	4	6	7	8
Анна Б.	9	9	8	8	6	8	11	9	9	9	9	9	9	9
Александра Л.	9	9	8	9	9	10	9	9	7	9	9	8	7	10
Николай Б.	9	9	8	9	9	10	6	9	7	9	6	6	7	9
Дарья В.	9	9	9	9	11	11	9	9	12	10	9	9	9	11
Среднее значение	8,43	9,00	7,71	8,14	8,00	9,57	8,14	8,43	8,43	9,14	7,71	8,14	8,43	9,57
Ст.отклонение	1,51	1,53	1,25	1,07	2,00	1,62	2,04	1,13	1,81	0,69	1,98	1,57	1,40	0,98
W (Вилкоксона)	1,604		1,604		2,023		0,535		1,079		1,069		1,826	
p	0,109		0,109		0,043		0,593		0,281		0,285		0,048	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таб. 2. Сравнение результатов опросника диагностики ценностных ориентаций (Методика изучения мотивации профессиональной карьеры Э. Шейна), до и после эксперимента.

Испытуемые		Светлана З.	Елена С.	Ольга Д.	Анна Б.	Александра Л.	Николай Б.	Дарья В.	Среднее значение	Стандартное отклонение	Критерий Вилкоксона	p
Карьерная ориентация												
Профессиональная компетентность	до	7	6,2	7,6	7,8	6,2	6,6	6,4	6,83	0,66	2,3664	0,0180
	после	8,2	8	8,2	9,8	8,8	7,6	8	8,37	0,73		
Менеджмент	до	1,8	1,2	4,4	5,8	1,2	6,2	3,2	3,40	2,12	1,3522	0,1763
	после	2	1,8	2,8	7	5,4	7,2	3,8	4,29	2,27		
Автономия (независимость)	до	2,6	5,6	3,4	3,6	4,4	5,2	1,2	3,71	1,52	1,9917	0,0464
	после	4	5,6	3,2	4,8	9,8	8	3,4	5,54	2,49		
Стабильность работы	до	9,67	10	10	9,67	9	9	9,67	9,57	0,42	0,8090	0,4185
	после	10	10	10	8	10	8,3	8,7	9,29	0,91		
Стабильность места жительства	до	7,33	8,33	8,33	2	3	6,33	4,67	5,71	2,55	1,5724	0,1159
	после	9,3	8,3	9	2,7	6,7	9,3	4	7,05	2,72		
Служение	до	9,4	10	9,4	8,6	8,8	8,8	9,8	9,26	0,54	0,6761	0,4990
	после	9,8	8,6	10	6,8	9,2	10	7,4	8,83	1,29		
Вызов	до	2,4	4,6	6,6	4,4	6,4	7,8	8,8	5,86	2,20	0,1690	0,8658
	после	2,8	5,2	5,6	4,6	6,6	8,2	5,4	5,49	1,67		
Интеграция стилей жизни	до	8,4	8	7	6,8	4,8	6,4	7,8	7,03	1,21	0,1690	0,8658
	после	5,6	8,8	6	5	8,2	8	7	6,94	1,45		
Предпринимательство	до	1,4	1,4	2,8	6,6	1,4	7,2	3	3,40	2,49	0,8386	0,4017
	после	1	1,4	2,2	7,6	3,2	6,2	4,4	3,71	2,48		

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таб. 3. Результаты диагностики по Тесту «Кто Я» до и после эксперимента

До эксперимента	Социальное Я		Деятельное Я		Рефлексивное Я		Коммуникативное Я		Материальное Я		Перспективное Я		Физическое Я		
Светлана З.	3	15,8%	4	21,1%	12	63,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%	19
Елена С.	4	25,0%	3	18,8%	8	50,0%	1	6,3%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%	16
Ольга Д.	0	0,0%	2	12,5%	14	87,5%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%		0,0%	16
Анна Б.	0	0,0%	3	25,0%	9	75,0%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%		0,0%	12
Александра Л.	3	27,3%	5	45,5%	3	27,3%	0	0,0%	0	0,0%		0,0%		0,0%	11
Николай Б.	1	4,8%	6	28,6%	13	61,9%	0	0,0%	1	4,8%		0,0%		0,0%	21
Дарья В.	1	8,3%	3	25,0%	7	58,3%	1	8,3%		0,0%		0,0%		0,0%	12
Всего ответов	12		26		66		2		1		0		0		107
Доля ответов	11,2%		24,3%		61,7%		1,9%		0,9%		0,0%		0,0%		100%

После эксперимента	Социальное Я		Деятельное Я		Рефлексивное Я		Коммуникативное Я		Материальное Я		Перспективное Я		Физическое Я		
Светлана З.	1	5,9%	8	47,1%	6	35,3%	1	5,9%		0,0%		0,0%	1	5,9%	17
Елена С.	2	15,4%	5	38,5%	5	38,5%	1	7,7%		0,0%		0,0%		0,0%	13
Ольга Д.		0,0%	3	21,4%	11	78,6%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	14
Анна Б.	10	66,7%	0	0,0%	4	26,7%		0,0%		0,0%		0,0%	1	6,7%	15
Александра Л.	1	7,1%	1	7,1%	12	85,7%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	14
Николай Б.	5	16,7%	10	33,3%	15	50,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	30
Дарья В.	1	7,1%	7	50,0%	4	28,6%	1	7,1%		0,0%		0,0%	1	7,1%	14
Всего ответов	20		34		57		3		0		0		3		117
Доля ответов	17,1%		29,1%		48,7%		2,6%		0,0%		0,0%		2,6%		100%

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таб.4. Сравнение результатов диагностики по Тесту «Кто Я» по критерию Хи-квадрат Пирсона

	Социальное Я		Деятельное Я		Рефлексивное Я		Коммуникативное Я		Материальное Я		Перспективное Я		Физическое Я	
Светлана З.	,72	p= ,3967	1,36	p= ,2429	,95	p= ,3306	1,08	p= ,2976					1,08	p= ,2976
Елена С.	,19	p= ,6671	,96	p= ,3264	,07	p= ,7904	,04	p= ,8439						
Ольга Д.			,31	p= ,5808	,04	p= ,8432								
Анна Б.	6,58	p= ,0103	3,33	p= ,0679	2,16	p= ,1415							,78	p= ,3778
Александра Л.	1,33	p= ,2493	5,25	p= ,0220	2,37	p= ,1234								
Николай Б.	1,36	p= ,2434	,07	p= ,7936	,20	p= ,6520			1,39	p= ,2384				
Дарья В.	,01	p= ,9163	,78	p= ,3786	,95	p= ,3308	,01	p= ,9163					,83	p= ,3621

Таб. 5. Сравнение результатов диагностики по Тесту «Кто Я» в целом по группе (до и после проведения эксперимента)

	Доля ответов в структуре до эксперимента	Доля ответов в структуре После эксперимента
Социальное Я	11,2%	17,1%
Деятельное Я	24,3%	29,1%
Рефлексивное Я	61,7%	48,7%
Коммуникативное Я	1,9%	2,6%
Материальное Я	0,9%	0,0%
Перспективное Я	0,0%	0,0%
Физическое Я	0,0%	2,6%
Критерий Вилкоксона	0,524142	
p	0,600180	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таб. 6. Индивидуальные результаты по Тесту «Кто Я» до и после эксперимента с применением критерия Вилкоксона

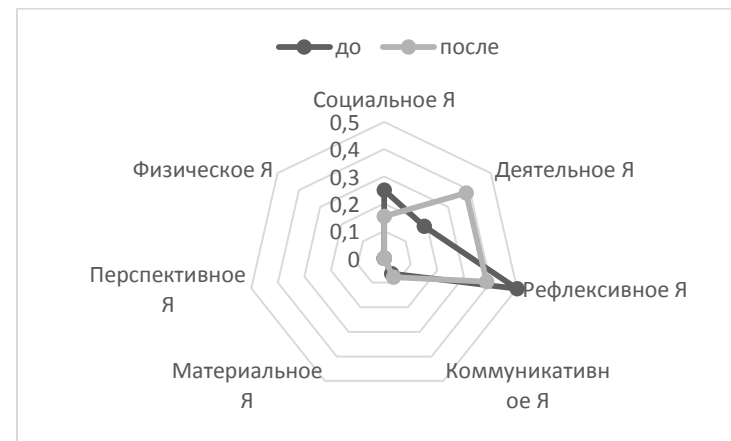
Светлана З.

	до	после
Социальное Я	0,1579	0,0588
Деятельное Я	0,2105	0,4706
Рефлексивное Я	0,6316	0,3529
Коммуникативное Я	0	0,0588
Материальное Я	0	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0,0588
Критерий Вилкоксона	0,134840	
p	0,892738	



Елена С.

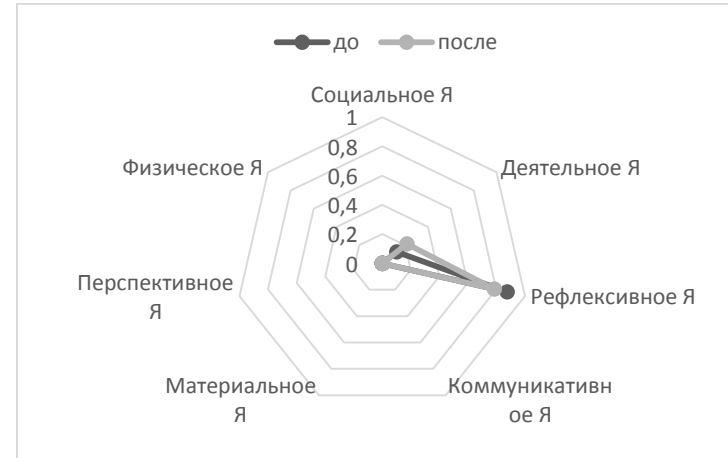
	до	после
Социальное Я	0,25	0,153846154
Деятельное Я	0,1875	0,384615385
Рефлексивное Я	0,5	0,384615385
Коммуникативное Я	0,0625	0,076923077
Материальное Я	0	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0
Критерий Вилкоксона	0,00	
p	1,000000	



ПРИЛОЖЕНИЕ Д

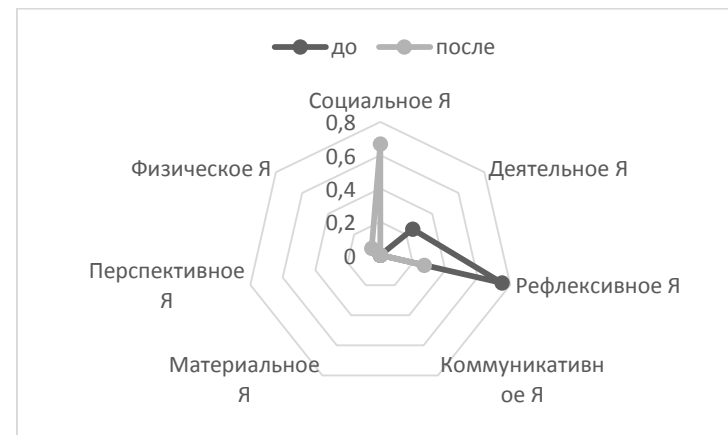
Ольга Д.

	до	после
Социальное Я	0	0
Деятельное Я	0,125	0,2143
Рефлексивное Я	0,875	0,7857
Коммуникативное Я	0	0
Материальное Я	0	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0
Критерий Вилкоксона	0,00	
p	1,000000	



Анна Б.

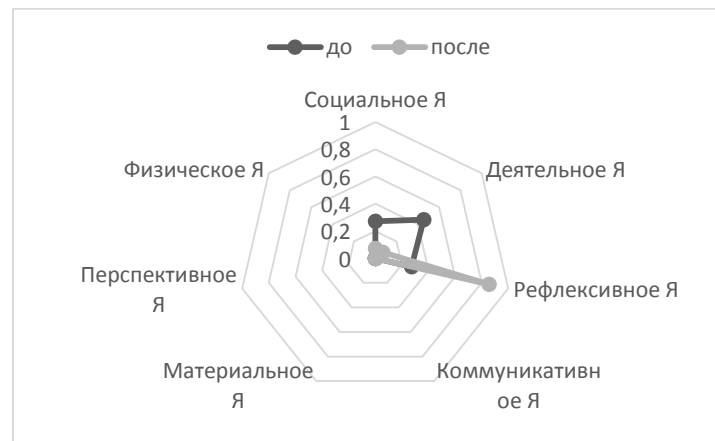
	до	после
Социальное Я	0	0,6666
Деятельное Я	0,25	0
Рефлексивное Я	0,75	0,27
Коммуникативное Я	0	0
Материальное Я	0	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0,06667
Критерий Вилкоксона	0,00	
p	1,000000	



ПРИЛОЖЕНИЕ Д

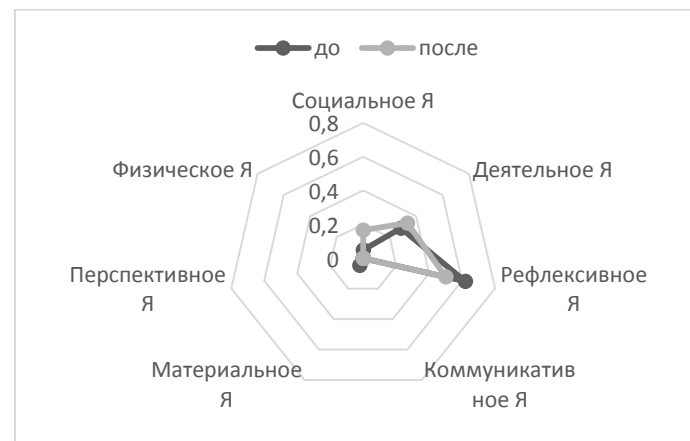
Александра Л.

	до	после
Социальное Я	0,2727	0,0714
Деятельное Я	0,4545	0,0714
Рефлексивное Я	0,2727	0,8571
Коммуникативное Я	0	0
Материальное Я	0	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0
Критерий Вилкоксона	0,00	
p	1,000000	



Николай Б.

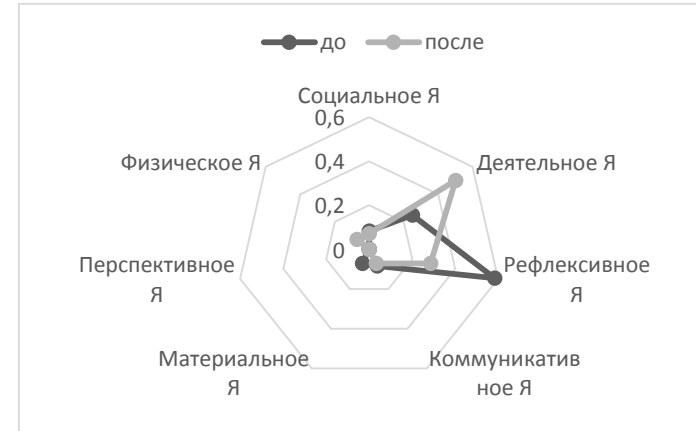
	до	после
Социальное Я	0,047619048	0,166666667
Деятельное Я	0,285714286	0,333333333
Рефлексивное Я	0,619047619	0,5
Коммуникативное Я	0	0
Материальное Я	0,047619048	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0
Критерий Вилкоксона	0,182574	
p	0,855132	



ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Дарья С.

	до	после
Социальное Я	0,083333333	0,071428571
Деятельное Я	0,25	0,5
Рефлексивное Я	0,583333333	0,285714286
Коммуникативное Я	0,083333333	0,071428571
Материальное Я	0,071428571	0
Перспективное Я	0	0
Физическое Я	0	0,071428571
Критерий Вилкоксона	0,419314	
p	0,674987	



Таб. 7 . Сравнение результатов по тесту уверенности в себе Рейзаса до и после проведения эксперимента

Испытуемые	Показатели до проведения эксперимента	Показатели после проведения эксперимента
Светлана З.	71	78
Елена С.	59	69
Ольга Д.	61	68
Анна	78	80
Александра Л.	71	83
Николай Б.	83	90
Дарья В.	73	94
Среднее значение	70,86	80,29
Ст. отклонение	8,57	9,78
Критерий Вилкоксона	2,366	
p	0,018	

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таб. 8. Сравнение результатов самостоятельной оценки по экспертной карте до и после формирующего эксперимента, баллы

Испытуемые Действия		Светлана З.		Елена С.		Ольга Д.		Анна Б.		Александра Л.		Николай Б.		Дарья В.	
		до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы		Баллы	
1	Установление контакта														
	Представление	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3
	Информирование по плану встречи (буду задавать вопросы, после этого сделаю осмотр, в случае необходимости назначу дополнительное обследование, поставлю диагноз, предложу варианты лечения, если будут какие-то пожелания, учту их)	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3
2	Презентация услуги														
	Проговаривание диагноза в двух вариантах - медицинским языком и "человеческим" языком	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3
	Планируемое лечение (консервативное, хирургическое, комплексное и т.д.)	2	3	3	3	2	3	3	3	1	3	1	3	2	3
	Этапы лечения (диагностический, лечение, профилактика)	3	3	1	3	1	2	2	3	1	3	2	2	2	3

	Содержание каждого этапа лечения (что будет делать врач, пациент)	3	2	3	2	2	2	1	3	1	3	1	2	1	2
	С какой целью проводится то или иное действие (обследование, врачебная манипуляция и т.п.)	3	2	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	1	3
	Продолжительность каждого этапа лечения	3	2	2	2	1	2	1	3	2	2	3	3	2	2
	Ожидаемый положительный эффект от каждого этапа лечения	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3
3	Ориентация на сотрудничество														
	Аргументация собственной врачебной позиции и плана лечения	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3
	Ответы на вопросы пациента	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3
	Работа с возражениями пациента	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Формирование у пациента положительной установки на лечение	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3
4	Выход из контакта														
	Запись на повторный прием - итоговая договоренность здесь и сейчас	1	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3	3
	Сумма баллов	29	38	32	40	26	38	28	41	28	37	27	38	29	39
	Критерий Вилкоксона	1,921856		2,132456		3,059412		2,803060		1,987624		2,665570		2,665570	
	p	0,054625		0,032970		0,002218		0,005062		0,046854		0,007686		0,007686	