

**«Внедрение новых образовательных технологий
и принципов организации учебного процесса»,
Индонезия (о. Бали), 10-17 декабря, 2010 г.**

Медицинские науки

**НЕОБХОДИМОСТЬ
ФОРМИРОВАНИЯ ЛИДЕРСКОЙ
ПОЗИЦИИ В ВУЗЕ
МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ**

Доника А.Д., Карпович А.В.

*Волгоградский государственный
медицинский университет, Волгоград,
Городская стоматологическая
поликлиника № 8, Саратов,
e-mail: addonika@yandex.ru*

Функционирование медицины в условиях рынка требует высокой конкурентоспособности как отдельного профессионала, так и медицинской организации в целом. Особенно заметно проявляется расширение профессионально-ролевого репертуара врача, выполняющего функции руководителя лечебно-профилактического учреждения. Руководитель, как общественная позиция в коллективе, и его личностные характеристики, как предмет исследования, особенно актуальны в условиях современного конкурентного рынка, так как от уровня квалификации, направленности его деятельности во многом зависят не только качество производства, но и психологический климат в коллективе, удовлетворенность работой исполнителей (А.М. Приведенцев, О.В. Голубь, 2004). В ряде исследований была исследована зависимость проявления синдрома профессионального выгорания от эффективности руководства. Так, в работе Е.А. Матяшевой и О.В. Голубь, (2004) было показано, что «эмоциональное выгорание у респондентов ассоциируется, прежде всего, внутри коллектива, а именно с «профессиональной компетентностью руководителя», «конфликтами с начальником», «конфликтами с коллегами», «взаимопонимание с коллегами». Были получены пять значимых положительных корреляций (r от 0,899 до 0,955) между «эмоциональным выгоранием» и «конфликтами с начальником».

Проведенный в авторском исследовании социологический анализ ролевых характеристик врачей позволил эксплицировать специфические особенности феномена лидерства в меди-

цинской профессии. Несмотря на легитимное происхождение, лидерство во врачебных профессиях имеет экспертную природу влияния. Врачи-руководители представляют собой, как правило, состоявшихся профессионалов со стажем работы не менее 10-15 лет, имеющих определенные лидерские качества и навыки. Так, в нашем исследовании у подавляющего большинства руководителей отмечены градации высокого и очень высокого уровня показателей коммуникативных и организаторских качеств, выше, чем у врачей других модельных групп. У руководителей лучше развиты целеустремленность, ответственность за других, способность к принятию волевых решений, сильнее выражена риск-рефлексия. В то же время, у 15-25 % руководителей (по разным показателям) отмечены факторы риска неэффективного руководства: низкий уровень коммуникативного контроля, доминирование негативных эмоций и нежелание сближаться с людьми, эгоцентрические установки. Отмеченные негативные тенденции в личностных позициях врачей-руководителей осложняют реализацию лидерских ролей и приводят к напряжению психологической обстановки в коллективе, что является фактором риска для развития социально-профессиональной дезадаптации.

Выявленные у ряда врачей группы начальников низкий уровень коммуникативного контроля и эмоциональные помехи в общении – являются факторами риска для реализации такой формы неэффективного руководства, как «сопротивление» подчиненных. В свою очередь, высокий уровень коммуникативных и организационных способностей у большинства исследуемых – позволяет прогнозировать высокую эффективность ролевых функций этих руководителей в форме «приверженности» подчиненных.

Высокий уровень развития коммуникативных качеств, выявленный у большинства руководителей, а также выраженная альтруистическая направленность личности врача-руководителя, во многом, на наш взгляд, детерминированы профессионально-ролевыми требованиями к врачебной деятельности. Безусловно, специфическая профессиональная компетентность, определенный комплекс поведения, уровень

профессиональной культуры, развитое чувство корпоративности врачей – заведомо наделяют профессионала необходимыми для лидерских ролей качествами. В то же время для успешного руководства помимо профессиональных необходимо высокое развитие и специфических лидерских качеств (так называемых межличностных и концептуальных).

В этой связи, представляется практически востребованным обучение лидерству на додипломной стадии профессионального роста врача с целью формирования определенной культуры руководителя, социальной позиции, необходимых социолого-психологических и специальных (например, основ менеджмента и администрирования) знаний. Мероприятия такого плана будут способствовать более эффективному руководству в медицинских коллективах, и, следовательно, созданию необходимого для реализации профессиональных ролевых функций психологического климата. Целесообразным, на наш взгляд, является не только организация специализированных факультетов в медицинских вузах, но и обучение по специальности «менеджмента» как второго высшего образования на базе основных врачебных специальностей.

Список литературы

1. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Изд-во «Академия естествознания», 2009.

ОПЫТ РАБОТЫ ЧАСТНОГО ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Марфина О.В., Сухарев А.Е.

АРОУ по содействию научным исследованиям «ГРАНТ», Астрахань, e-mail: alexandr.suharev2010@yandex.ru

Для детей с первично сохранным слухом, интеллектом, нормальным психическим развитием для преодоления нарушений речи в России существует сеть логопедических учреждений. Однако, из-за недостаточного финансирования, таких учреждений и специалистов не хватает. В связи с этим, с сентября 2007 года организован частный логопедический кабинет при муниципальном Центре дополнительного образования № 2. За этот период зарегистрировано 311 обращений родителей с детьми (57,9% мальчиков и 42,1% девочек в возрасте от 2,5 до 14 лет). Из них 19 (6,1%) детей (7 мальчиков и 12 девочек) имели речь, соответствующую возрастным

нормам (звукопроизношение, словарный запас, фразовая речь, согласование слов в предложении, восприятие звуков речи – по возрасту). У 292 – зарегистрированы различные варианты её нарушения. Из них 164 пациента ограничили себя диагностикой и консультацией, а за логопедической помощью в форме индивидуальных занятий обратились 128 человек (43,8%). В числе нарушений отмечены: дизартрия (стертые формы, дизартрический компонент) в 43,7%, дислалия – 21%, задержка речевого развития (ЗРР) – выход из моторной алалии задержкой психического развития (ЗПР, F83) – 13,3%, фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – 17,2%, общее нарушение речи (ОНР) 1–2 уровней – 12,5%, ОНР 3–4 уровней в 32,8%. Обычно сочетаются два – четыре симптома. В среднем, курс занятий в условиях частного логопедического кабинета при дислалии от двух до пяти месяцев, в зависимости от сложности дефекта и количества нарушенных звуков. При дизартрии речь исправляется за 6–8 месяцев, а в сложных случаях время лечения увеличивается до двух лет; при ФФН – за 3–6 месяцев, ОНР 1–2 уровней – до 2 лет; ОНР 3–4 уровней – от 3 до 12 месяцев.

В результате полного курса занятий речевое развитие достигло границ возрастной нормы у 63 (49,2%) детей, значительное улучшение – у 12 (9,4%). Не прошли полный курс занятий (выбыли по различным причинам), но на занятиях наблюдалась положительная динамика – 16 (12,5%). Выбыли без положительной динамики после непродолжительных занятий 3 ребёнка (2,3%). Продолжают заниматься до настоящего времени 34 человека (26,6%). Таким образом, частный логопедический кабинет – эффективен и может быть включён в систему педагогического образования.

(Научный проект №10-06-00621а, поддержан грантом РГНФ)

ИНТЕРАКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Парахонский А.П.

Медицинский институт высшего сестринского образования, Краснодар, e-mail: para.path@mail.ru

Непрерывная проблемно-ориентированная подготовка медицинских сестёр-менеджеров с высшим образованием осложняется отсутствием