Таблица 1

Ступень классического университета	Единая цель (сверхзадача, миссия)	Цели каждой ступени	Прикладная цель	Позиция по отношению к науке
Научная школа	взращивание будущей ***профессиональной, духовной и интеллектуальной элиты*** государства	высококлассный организатор научного направления	*высококлассный* ***педагог-мастер***	руководитель
Докторантура		высококлассный учёный-теоретик		теоретик
Аспирантура		высококлассный учёный-исследователь		исследователь
Магистратура		высококлассный управленец-аналитик		участник
Бакалавриат		высококлассный исполнитель-универсал		наблюдатель

Вместо заключения считаем необходимым отметить, что мы ни в коем случае не считаем многоступенчатую модель университетского образования удачной, а тем более оптимальной для России. Мы уверены в том, что вхождение в 2003 году России в Болонский процесс, переход к компетентностному подходу и превращение образования в часть сферы потребительских услуг привели к принудительно-революционному изменению системы высшего образования по принципу «до основанья, а затем». И результаты деградации образования сегодня уже очевидны. Повторная реорганизация (модернизации, реформирование) системы образования по тому же принципу сегодня её просто добьёт. Поэтому предлагаемая нами модель может служить средством компенсации издержек «болонизации», «компетентизации» и реформирования высшей школы без резкой её реорганизации, а предложенные подходы (антропологический, деятельностный с элементами мыследеятельностного) и принципы (педагогизации через даяние и сопряжённости) могут быть вполне реализованы в других (более удачных, чем болонская) организационных моделях университетского образования.

Литература

1. Новиков А.М. Что такое элитарное образование? // Народное образование. – 2004. – № 1. – С. 62-66.

2. Слободчиков В.И., Зверев С.М. Научно-технические уклады и подходы в профессиональном образовании. Введение в антропологию образования. М.: Спутник+, 2014. – 190 с.

ПРОБЛЕМЫ ПОГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К РАБОТЕ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ В ПЕРИОД ПРАКТИКИ

Петросян А.А., Татевосян А.С., Ковалёва А.С.

МАОУ ВПО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» Краснодар, Россия

Настоящая общественно-политическая обстановка в стране выдвинула и новые требования к коммуникативным навыкам и маркетингу взаимоотношений. Маркетинг взаимоотношений - это процесс создания, поддержания и расширения полноценных взаимоотношений с пациентами конкретной медицинской

организации. Он включает в себя установление взаимоотношений на многих уровнях: экономическом, социальном, техническом, юридическом, результатом которых должна стать высокая приверженность потребителей медицинских услуг к данному ЛПУ. В настоящее время в интерактивном маркетинге выделяют следующие уровни взаимоотношений с потребителем: базисный, реагирующий, ответственный, активный, партнёрский

Базисный: оказал услугу (продал) и забыл. Так медицинские организации работать практически не могут: им не "дают" пациенты.

Реагирующий: оказал услугу (продал) и готов отвечать за качество оказанных услуг. Предоставление письменных гарантий - самый распространённый способ работы с пациентами. Но он не даёт эффекта прочной связи между потребителем услуг и медицинским персоналом.

Ответственный: оказал услугу (продал) проинформировал пациента о методах и технологиях диагностики, лечения, преимуществах, стоимости, предоставил гарантии, выяснил мнение о качестве оказания медицинской помощи, самочувствии и удовлетворённости.

Активный: оказал услугу (продал) и периодически поддерживает связь (звонит), чтобы предложить бесплатное проведение профилактических мероприятий, информирует о введении ноу-хау и других изменениях, которые могут заинтересовать пациента.

Партнёрский: оказал услугу (продал) и, концентрируясь на пожизненной ценности пациента и взаимном доверии, организует диспансерный учёт, постоянно поддерживает связь (звонит), чтобы предложить возможность лечения со скидкой или в кредит, приглашает на корпоративные мероприятия, поздравляет с праздниками и юбилеями.

На рынке стоматологических услуг существует острая конкуренция, и предпринимателям приходится использовать различные методы и средства по привлечению потенциальных пациентов.

Руководство медицинской организации должно стремиться к тому, чтобы нормы поведения персонала ориентировали бы его на уважение запросов пациентов. Это формирует такой интересный социально-психологический феномен, как "клиентурный тип поведения персонала. Он возникает на определённой фазе развития медицинской организации, когда она перемещается от традиционной (бесплатной) сбытовой ориентации предоставления услуг к коньюнктурной и от коньюнктурной - к маркетинговой.

Очень важным является поведение сотрудника медицинской организации при контактах с пациентом. Необходимо, прежде всего, создать атмосферу заботы, сострадания и доброжелательности. Здесь важен профессионализм, такт и вежливость, определённый позитивный настрой.

Структуру "клиентоориентированного" поведения можно представить в следующем виде:

- учитывать накопленную базу данных: микроинформатизацию, мезоинформатизацию, макроинформацию;
- отрегулировать ценовую политику, проведя расчёт себестоимости услуг и бенчмаркетинг (сравнение с конкурентами);
- вводить оригинальные сервисные услуги;
- тщательно продумать справочно-информационную политику медицинской организации (инструкции, описания, схемы, адреса и телефоны);
- обеспечить дизайн помещения, соответствующий типовому образу пациента;
- постоянно расширять ассортимент услуг, вводить новые технологии диагностики, профилактики, лечения, реабилитации;
- требовать соблюдения соответсвующих норм поведения от персонала.

Именно содержательная обратная связь с клиентами помогает сформировать эффективное "клиентурное" поведение персонала медицинской организации.

Для того, чтобы формировать "клиентурное" поведение сотрудников медицинской организации, важно создать команду единомышленников, которая могла бы стать прообразом новой организационной среды.

Образование как общественный и государственный институт выполняет в формировании личности 3 функции: профессиональную, культурную и социальную. В юношеском возрасте завершается становление основных структур, сознание личности: мышление, эмоциональной сферы, воли студентов.

Большинство стоматологических клиник являются частными, и от самопрезентации студента в период производственной практики нередко зависит его трудоустройство. Аспект отношений складывается из двух значений: Ты - сообщение: "Вот ты какой в моих глазах" и Мы - сообщение: "Так мы относимся друг к другу, не так ли?" Стиль отношения к другому складывается из оценки партнёра и управления им.

Реверсивность в виде шкалы оценивания собеседника, вежливости, тактичности, одобрения или сходной манеры отношения может быть представлена как фактор оценки.

На другом полюсе находятся отрицательные значения, когда собеседника не принимают всерьёз, относятся насмешливо, т.е. нереверсивность поведения.

Фактор управляемости другими включает на одном полюсе полную инициативность другого, доверие, возможность полного раскрытия личности другого, а на противоположном полюсе - опеку, управление, ограничение инициативности партнёра [1].

Модус реализации отношений складывается из недооценки человека (авторитарный, либеральный стиль управления), или опеки (патриархально-заботливый, социально-интегративный), или из инициативности и свободы принятия решений. Поскольку сегодняшняя жизнь дает богатый и разнообразный материал, в том числе и по маркетингу наших взаимоотношений, мы воспитываем новое мышление у студентов на конкретных примерах, в том числе и учебных занятиях. Студенты знают принципы трансакционного анализа, в основе которого находится три базовых образования психики человека: " Я-родителя ", позиция "Я-взрослого ", позиция "Я - ребёнка", которые, пересекаясь влияют друг на друга. позиция "Я-ребёнок" реализуется тремя способами: естественным (игривость, спонтанность, развязность); приспособительским (покорность, беспомощность, безынициативность); бунтарским (упрямство, наглость, обидчивость).

"Я-взрослому" свойственны следующие базовые характеристики - деловой, информирующий, анализирующий, знающий. Состояние сознания " Я-родитель" реализуется тремя способами: заботливый родитель, предубежденный родитель и неполное сознание "Я-родителя".

Каждое поведение по отношению к другому представляет попытку определения отношений: реагировать, соглашаясь или отвергая. Поэтому различают три типа отношений: симметричная коммуникация (одинаковое поведение собеседников); комплементарная коммуникация (оба поведения дополняют друг друга); метакомплементарная коммуникация (когда один собеседник побуждает другого быть равноправным по отношению к нему).

В.Франкл уделял достойное внимание смыслу жизни [2]. Смысл коммуникативной культуры преподавателя - в его умении компетентно взаимодействовать со студентами на всех уровнях его развития; способствовать формированию самооценки и самоценности студента как личности, и это возможно в системе непрерывного медицинского образования.

Важно отметить, что только после практики в лечебно-профилактических учреждениях можно достаточно чётко оценить личностные характеристики вы-

пускника, выраженные уже в форме определённого мировоззрения, типа личности; определить перспективы с продолжением образования на стоматологическом факультете медицинского вуза и т.п. Анализ результата трудоустройства выпускников и отзывов работодателей об их работе показывает достаточный уровень подготовки студентов специальности "Стоматология ортопедическая"- стержня в воспитании личности студента, его "аппарата переживания", "аппарата осмысления" [3].

Литература:

1. Сухих С.А., Зеленская В.В. Репрезентативная сущность личности в коммуникативном аспекте реализаций: Учеб. пособие / С.А. Сухих, В.В. Зеленская. Краснодар, 1997. С. 24.

2. Франкл В. Человек в поисках смысла: Сборник /Пер. с англ. и нем. Д. А. Леонтьева, М. П. Папуша, Е. В. Эйдмана. — М.: Прогресс, 1990. - 368 с.

3. Станиславский К.С. Собрание сочинений в 9 т. М.: Искусство,1989.

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Райский Д.В., Джумагазиев А.А., Бахмутова Л.А., Безрукова Д.А., Зацарная А.Л.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Астрахань, Россия

Зачастую не только начинающие, но и стажированные врачи, иммунопрофилактику в педиатрии представляют, как метод первичного предупреждения детских инфекций, ориентированный, исключительно, на создание иммунной прослойки среди населения, а сами прививки – как потенциальный источник реакций и осложнений, связанных с побочным действием вакцин. Нечистоплотные представители средств массовой информации, опирающиеся на мнение малокомпетентных информаторов, доводят до состояния ажитации читателей, зрителей и слушателей репортажами о губительных последствиях прививок, разжигая нездоровые дискуссии о вреде или пользе вакцинации. Все чаще приходится сталкиваться с тем, что под влиянием подобных дискуссий и псевдонаучных публикаций, в различных вариациях подающие идеи, высказанные Р.Мендельсоном в 1984 году [2], в медицинском сообществе появляются «антипрививочные настроения». Поводом зарождения у врача сомнений в рациональности иммунопрофилактики могут стать: а) ситуации, связанные с наблюдением случая истинного осложнения на прививку в личной практике врача; б) ситуации, связанные с наблюдением случая не обусловленного, но хронологически связанного с прививкой заболевания, манифестные проявления которого не были распознаны до иммунизации; в) ситуации, связанные со случаем инфицирования возбудителем или развитием заболевания у ранее иммунизированного пациента. Поскольку частота случаев истинных осложнений (1 случай афебрильных судорог на 200тыс. детей, привитых живой коревой вакциной, 1 случай аллергических реакций немедленного типа на 120 тыс. вакцинаций) настолько мала [1], что встретиться с ними за 10 лет работы может лишь один российский педиатр из двухсот, врачам первичной системы здравоохранения чаще приходится сталкиваться с состояниями, связь которых с вакцинацией не подтверждается, но отсутствие собственных клинических наблюдений истинных осложнений на вакцинацию и личного опыта диагностики столь же редко встречающихся орфанных болезней, препятствует установлению истинной причины расстройства здоровья, хронологически связанных с прививкой.

Причины, по которой медицинский работник утрачивает толерантность к прессингу «желтой прессы» также разно-