



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



HI3

HEALTH INNOVATION
IMPLEMENTATION AND IMPACT

PROIECTUL DE INOVARE A SĂNĂTĂȚII

Inovare, implementare și impactul asupra sănătății(HI3) -Un program funcțional de instruire cu privire la modul de implementare a schimbării durabile a sistemului de sănătate la nivel clinic.

ASPECTE PEDAGOGICE ALE INSTRUIRII PROFESIONIȘTILOR DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII CARE LUCREAZĂ ÎN DIVERSE MEDII CLINICE

Anna G. Faustova and Thomas Nilsen, Triskelion Norway



CONTINUT:

<u>CONTINUT:</u>	<u>2</u>
<u>INTRODUCERE</u>	<u>3</u>
<u>PROVOCARI IN PREDAREA PROFESIONISTILOR DIN DOMENIUL SANATATII</u>	<u>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</u>
<u>OBIECTIVELE INVATARII SI REZULTATELE</u>	<u>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</u>
<u>METODE CARE POT FI UTILIZATE</u>	<u>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</u>
<u>STRESUL EMOTIONAL</u>	<u>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</u>
<u>LUCRATORI IN DOMENIUL SANATATII SI PEDAGOGIEI</u>	<u>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</u>
<u>REFERINTE</u>	<u>19</u>

Introducere

Rezumând tendințele educației medicale contemporane din SUA și UE, putem menționa următoarele aspecte (*Custers & ten Cate, 2018; ten Cate, 2014*):

- Dezbateri active cu privire la cantitatea de ore academice necesare, în special atunci când vine vorba de practică în clinici și spitale;
- Opoziția ideologică între abordările teoretice și cele orientate spre practică pentru formarea practicienilor medicali;
- Individualizarea termenilor (duratei) stăpânirii programului educațional de bază (în conformitate cu un curriculum obligatoriu);
- Dezvoltarea diverselor modalități de licențiere a activităților profesionale.

Uniunea Europeană, cercetând standardele educaționale naționale din câteva zeci de țări face propuneri de organizare nu numai a zonei economice potrivite pentru toți, cât și pentru cea academică. Există o mare nevoie de standardizare (sau chiar universalizare) a programelor de învățământ (programe educaționale), inclusiv domeniul educației medicale. La vremea respectivă, Cadrul European de calificare părea a fi o soluție destul de bună.

Conform opiniei creatorilor săi, Cadrul European al calificărilor este un instrument cuprinzător care vizează să transforme calificările naționale mai transparente și comparabile în întreaga Europă (*Cadrul European al calificărilor (EQF) - Poziția oficială a consiliului de administrație al Institutului Federal pentru Educație și Formare Profesională, 2005*). Alte funcții ale cadrului European de calificare sunt:

- Promovarea mobilității profesionale între țările Uniunii Europene;
- Promovarea mobilității educaționale (academice) între diferitele sisteme naționale de formare;
- Facilitarea învățării pe tot parcursul vieții specialiștilor.

În plus, structura Cadrului European de Calificare poate oferi un anumit potențial „pentru promovarea transferabilității între formarea profesională inițială și ulterioară și învățământul

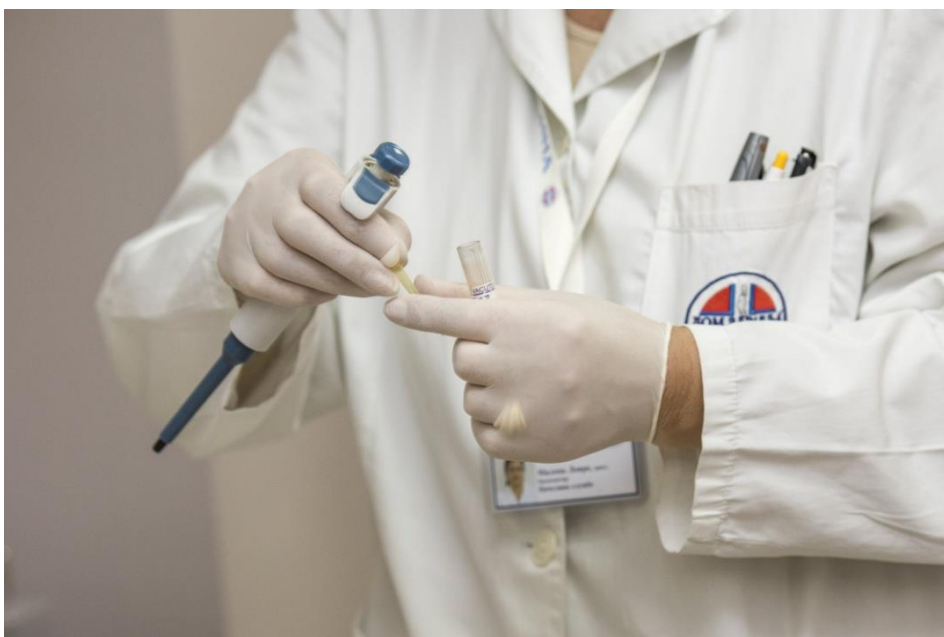
superior” (*Cadrul European al calificărilor (EQF) - Poziția oficială a consiliului de administrație al Institutului Federal pentru Educație și Formare Profesională, 2005*).

În contextul raportului pedagogic actual, putem considera Cadrul European de calificare drept ghid pentru crearea programelor de învățământ și a rezultatelor învățării pentru fiecare țară europeană în ceea ce privește mentalitatea, infrastructura, nivelul de digitalizare și resursele umane disponibile.

În Rusia, sistemul de învățământ medical superior și secundar atrage atenția în zilele noastre, fiind determinată de mobilitatea crescută academică și de disponibilitatea oportunităților de îmbunătățire a bazei materiale și tehnice. Cele mai populare tendințe sunt:

- Redactarea programelor educaționale în conformitate cu abordarea orientată către competențe (cu unele elemente ale modelului bazat pe rezultatele învățării);
- Dezvoltarea educației incluzive în medicină (implicarea persoanelor cu constrângeri fizice, vedere deficitară și / sau auz).

În încercarea de a acoperi starea actuală și perspectivele educației medicale din lume, putem concludiona că acum se acordă o mare atenție nu numai cunoștințelor speciale ale disciplinelor medicale și stăpânirii abilităților profesionale, ci și dezvoltării caracteristicilor personalității din punct de vedere profesional, precum și aspecte pedagogice ale activității profesionale.



Provocări în predarea profesioniștilor din domeniul sănătății

Pregătirea unor profesioniști de înaltă calificare depinde atât de calificarea cadrelor didactice (lectori, mentori) cât și de atitudinea lor creativă față de disciplină (*Ermalovich, 2017; Laptieva & Rublevskaya, 2014*). Întotdeauna, mentorul este cel care oferă studenților orientarea asupra dezvoltării lor și asupra dezvoltării calificărilor și abilităților lor. El/ea își formează atitudinea față de instruire, educație și viitoarea profesie. Profesorii (lectorii, mentorii) pregătesc nu numai teoretic lucrătorii din domeniul asistenței medicale dar și din punct de vedere practice, aceștia fiind mai bine instruiți. Este mai important ca profesorii să antreneze individul în gândirea holistică și creativă cu simț format al responsabilității profesionale și civice (datorie).

Utilizarea tehnologiilor informaționale în spațiul activității profesionale a devenit un atribut obligatoriu al societății moderne de tip occidental. Nu ar fi o exagerare să spunem că activitatea profesională a unui asistent medical este aproape întotdeauna legată de utilizarea realizărilor digitalizării: de la înregistrări medicale electronice stocate în „cloud” la telechirurgie (chirurgie la distanță). Este evident că, oricât de diligenti și eficienți sunt, profesorii pregătesc o nouă generație de profesioniști pentru a lucra în condițiile socio-economice actuale. Cunoașterea acestor specialiști va fi inadecvată de îndată ce platforma tehnologică de bază va fi înlocuită. Schimbarea platformei tehnologice de bază este din ce în ce mai regulată și se întâmplă o dată în 3-5 ani. Prin urmare, obsolescența cunoștințelor specialiștilor se dovedește a fi un factor care surprinde fatal toate sferile societății. Aceasta înseamnă că principalul imperativ pedagogic al erei moderne presupune ca instituția de învățământ să învețe un elev cum să gândească și cum să învețe (*Denisov, 2004*). Activitatea educațională a unui student de la o instituție de învățământ superior presupune existența și dezvoltarea ulterioară a competențelor pentru muncă independentă, precum și autocontrolul și reglementarea independentă a comportamentului.

Trecerea de la principiul educației „pentru viață” la principiul „de-a lungul vieții” este deosebit de relevantă în domeniul educației medicale și ar trebui realizată utilizând trei aspecte ale procesului educațional (*Ermalovich, 2017; Laptieva & Rublevskaya, 2014*):



-
-
- Resurse educaționale tradiționale (prelegeri, cursuri practice, ateliere de lucru, prezentări, modele, control analitic al înregistrărilor video etc.);
- Resurse educaționale independente care necesită participarea profesorului (pregătirea rapoartelor pentru prezentări la conferințele studenților, pregătirea pentru competiții de măiestrie profesională, supraveghere controlată independentă a pacienților, monitorizarea rezultatelor etc.);
- Resurse educaționale autonome care nu necesită participarea profesorului (învățare la distanță, un curs multimedia pentru autoformare, copii electronice manuale, resurse de internet etc.).



Obiectivele învățării și rezultatelor

Obiectivele cursului sunt afirmații clare și concise care descriu ceea ce intenționați să învețe elevii dvs. până la sfârșitul cursului. Diferența dintre obiectivele cursului și rezultatele învățării - și motivul pentru care acești termeni se întâlnesc atât de des între ei - este că primul descrie o stare intenționată (ceea ce speri că studenții tăi să învețe), în timp ce cel din urmă exprimă o stare prezentă sau observată

(ceea ce elevii dvs. au învățat de fapt). Atât obiectivele cursului, cât și rezultatele învățării sunt distincte de obiectivele de învățare, care sunt concepute mai pe larg.

Modul de definire a obiectivelor este destul de tehnic. Esențial este că obiectivele educaționale sunt formulate prin rezultatele învățării.

Aceste rezultate ale învățării sunt descrise în acțiunile elevului care ar putea fi identificate și evaluate în mod clar de către un profesor (mentor).

În practica de zi cu zi a activității educaționale, se pot sugera următoarele soluții:

- Construirea sistemului de obiective cu categorii și niveluri consecințiale (ierarhie); astfel de sisteme sunt numite acum taxonomii.
 - Crearea unui limbaj clar și cuprinzător, potrivit pentru descrierea obiectivelor educaționale.
- În prezent, modelul rezultatelor învățării este preferat. La un moment dat, am putea numi EQF ca fiind acest sistem de limbaj (instrument, instrument) la obiectivele statului.

Putem considera următoarele instrumente potrivite pentru realizarea obiectivelor educaționale în sfera afectivă (emoțională): prelegeri, învățare prin observare (prin exemplu personal), discuții de grup, experiment mental (minte), sarcini situaționale (inclusiv cele etice), grupul de caritate etc.

Aptitudinile psihomotorii au o aplicație specială în domenii precum științele naturii, medicina clinică, prevenirea bolilor, artele, muzica, ingineria și educația fizică. Cu toate acestea, din motive necunoscute, B. Bloom și echipa sa au decis să nu formuleze posibile obiective pentru acest domeniu, însă mai târziu au fost alți specialiști care au dezvoltat acest lucru. Iată de exemplu, R.H. Dave (1970) a sugerat următoarea ierarhie pe 5 niveluri:

1. Imitație. Observarea și copierea comportamentului altor persoane. Un student observă acțiunile mentorului și le copiază în situații de siguranță.

2. Managementul. Capacitatea de a efectua anumite acțiuni urmând instrucțiunile și aplicând abilitățile obținute anterior. Un student urmează instrucțiunile, algoritmul sau protocolul și reproduce acțiunile necesare, așa cum este necesar, fără nici o improvizație.

3. Corectitudinea. Îndemânarea este dobândită, lucru destul de evident din performanțele sale clare și precise. La acest nivel, un student este capabil să îndeplinească o sarcină cu mai puține greșeli. Îndemânarea devine mai precisă fără nici un exemplu, algoritm sau schemă.

4. Conexiune. Este vorba despre capacitatea de a coordona o serie de acțiuni prin combinarea a două sau mai multe abilități motorii. Un student este capabil să îndeplinească o sarcină dificilă care constă din câteva etape (elemente) folosind diverse abilități obținute anterior. Algoritmii se pot schimba în conformitate cu cerințele precise sau pentru a rezolva o problemă.

5. Naturalizare. Aptitudinile sunt combinate, integrate și utilizate durabil și fără luptă. Un student demonstrează un nivel ridicat de executare a unei abilități în mod automat (fără considerente).

Ulterior, E. Simpson (1972) a dezvoltat o ierarhie mai detaliată a obiectivelor educaționale în sfera psihomotorie ce constă în 7 niveluri:

1. Percepție. Este vorba despre capacitatea de a utiliza semnale observate pentru a stimula propria activitate fizică.

2. Atitudine (mentalitate). Este vorba despre pregătirea pentru un anumit mod de operare. Poate include predispoziții psihologice, fizice și emoționale. Un student are o anumită stare de spirit și este gata să întreprindă unele activități medicale.

3. Reacție condusă. Este vorba despre obținerea unei abilități motorii prin așa-numita metodă de încercare și eroare. Un student antrenează o aptitudine motorie într-o situație sigură, repetând, analizând greșelile și îmbunătățind acțiunile ce vor urma. O astfel de abordare duce la executarea mai eficientă a unei aptitudini.

4. Acțiune automată. Este o etapă intermediară de instruire a unei abilități motrice. Un student poate demonstra deja abilități motorii obținute în circumstanțe controlate. Reacțiile dobândite devin mai obișnuite. Acțiunile pot fi efectuate cu o încredere și o măiestrie evidentă.

5. Reacții aparent complicate. Activitatea fizică cu un caracter complicat al mișcărilor este posibilă la acest nivel. Un student practică o abilitate în condiții sensibilizate (de exemplu, cu factori de distrugere prezentate în apropiere). Reacțiile sunt automate; măiestria este evidentă din performanța coordonată, cu eforturi minime sau deloc eficiente.

6. Adaptare. La acest nivel, abilitățile motorii sunt bine dezvoltate. Un student poate modifica unele mișcări în conformitate cu cerințele precise sau condițiile sarcinii.

7. Creare. Aptitudinile motrice sunt dezvoltate atât de bine încât este posibil să se facă improvizație. Un student are încredere în abilitățile sale profesionale și este capabil să facă improvizație sau să întreprindă acțiuni în situații profesionale neobișnuite.

Alte exemple de taxonomii în ceea ce privește abilitățile psihomotorii sunt taxonomia lui Harrow (1972) și taxonomia lui Dawson (1998).



Dacă vorbim în general, toate taxonomiile din sfera psihomotorie descriu trecerea de la observație simplă la abilități fizice (psihomotorii) învățate (obținute).

În zilele noastre, taxonomia Bloom este folosită pe scară largă nu numai în educație, ci și în alte domenii ale activității umane, însă mulți oameni o critică. S-a observat că pot exista șase categorii în sfera cognitivă, dar ca nu există neapărat o conexiunea ierarhică consecventă între ele. Oricum, relevanța nu se pierde, așa că toată lumea poate găsi ceva interesant și util în ea.

Scopul unui modul sau program este o declarație general, un plan cu privire la ceea ce un mentor trebuie să învețe elevii. De obicei, obiectivele sunt descrise din punctul de vedere al profesorului pentru a arăta conținutul principal și direcția unui modul (program).

Obiectivul unui modul sau program pare adesea o declarație precisă a intențiilor activității educaționale. Se referă la unul dintre câmpurile precise pe care un profesor intenționează să le explice elevilor.

Din numeroasele definiții ale conceptului „rezultatele învățării”, putem extrage următoarele:

- rezultatele învățării sunt axate pe realizările elevilor, nu pe conținutul a ceea ce a fost învățat.
- rezultatele învățării sunt axate pe ceea ce stagiarii vor fi capabili să demonstreze până la sfârșitul unui studiu.

Așadar, acum întrebarea principală pentru un student sau absolvent este „Ce poți face acum după ce ai obținut diploma?” în loc de „Ce faci pentru a obține o diplomă?”. Abordarea bazată pe rezultatele învățării este, mai ales, un punct de vedere și un mod de gândire care permit construirea de module suficiente (programe).

J. Moon (2002) a propus idea că, în timp ce scrii un modul (program) educațional, important este să descrii două tipuri de rezultate ale învățării. Primul tip constă în rezultatele învățării care pot fi evaluate în cursul studiului - în contextul diferitelor module (programe). Celălalt tip de rezultate ale învățării, din păcate, nu poate fi evaluat pe parcursul studiului. Cu toate acestea, oferă angajatorilor și altor părți interesate un fel de impresie asupra nivelului performanței reale a specialiștilor. Aceste rezultate de învățare „declarative” sau „dezirabile” arată ceea ce un elev bun poate să atingă până la sfârșitul unui curs.

Este posibil să găsim o mulțime de informații despre cea mai bună practică de a scrie rezultatele învățării (*Fry si colab., 2000, Jenkins si Unwin, 2001, Moon, 2002*).

În activitatea sa, R.M. Harden (2002b) are în vedere utilizarea rezultatelor învățării prin crearea unui anumit model educațional adecvat pregătirii profesioniștilor din domeniul sănătății. Rezultatele învățării trebuie definite astfel încât să poată acoperi întreaga gamă de competențe necesare și să pună accentul pe integrarea diverselor competențe în practica medicală. Modelul grafic al rezultatelor învățării lui Harden arată ca un complex format din trei cercuri plasate unul în altul. În cercul interior, există șapte rezultate de învățare legate de ceea ce poate face un medic (profesionist în domeniul

sănătății) sau ceea ce înseamnă competențele tehnice așteptate („să facă un lucru cerut”). În cercul de mijloc, există rezultate de învățare asociate cu modul în care un medic (profesionist în domeniul sănătății) îndeplinește o sarcină profesională: cu cunoștințe și înțelegere, cu atitudine și strategie adecvate de luare a deciziilor („a face o manipulare corectă și atentă”).

Cercul exterior include rezultatele învățării care caracterizează dezvoltarea profesională continuă a unui medic ca specialist și ca personalitate („omul potrivit face acest lucru”) (*Harden, 2002b*).

Când scrieți rezultatele învățării pentru un modul/program, trebuie descris nivelul minim adecvat pe care trebuie să-l stăpânească un student pentru obținerea creditelor aferente. Prin urmare, este mai bine să fie un număr limitat de rezultate importante ale învățării, decât un număr foarte mare de rezultate secundare.

Un alt lucru important în scrierea rezultatelor învățării este că acestea ar trebui să fie în strânsă legătură cu activitatea educațională și procesul de evaluare. Nu este un secret faptul că mulți studenți preferă să învețe materialul care cred ei că va fi evaluat (prin test, interviu sau examen) și nu materialul inclus în programul educațional în general. Obiectivul profesorului este de a garanta că metodele de instruire, procedurile de evaluare, criteriile de evaluare și rezultatele învățării sunt în general congruente. S.Toohy (1999) consideră că cea mai bună metodă de a ajuta elevii să realizeze cum pot obține rezultatele învățării pentru ei, este să explice cu exactitate tehnicile și criteriile procesului de evaluare. Prin urmare, rezultatele învățării ar trebui să fie enunțate într-un mod clar și simplu și să permită evaluarea eficientă.

Este important să se asigure că instrumentul de evaluare selectat să permită estimarea cu exactitate a rezultatelor învățării. S-ar putea să nu existe un mod universal de evaluare adecvat tuturor rezultatelor învățării. Prin urmare, poate apărea necesitatea utilizării mai multor instrumente de evaluare.



METODE CARE POT FI UTILIZATE

Una dintre problemele principale ale activității de pregătire modernă presupune pregătirea teoretică extinsă în asociere cu abilitățile practice profesionale de slabă calitate. Ea explică tendința către implementarea pe scară largă a metodelor de instruire interactive, în special în domeniul educației medicale, unde combinația armonioasă dintre teorie și practică contează foarte mult (*Artjukhina & Chumakov, 2012*). Semnificația auto-instruirii (auto-pregătire) la elevi devine tot mai vie. Aceasta presupune schimbarea calitativă a formelor tradiționale de activitate educațională în conformitate cu scopurile și obiectivele dezvoltării potențialului intelectual al elevilor.

Metodele educaționale interactive (formare) sunt de acord cu abordarea centrată pe personalitate, în cea mai mare măsură, deoarece presupuneau să existe coeducare (formare în cooperare). În contextul coeducării, atât un profesor, cât și un elev devin subiecți ai procesului educațional.

Jocurile pot fi utilizate ca metodă pedagogică. În general, putem diferenția jocurile cu scenariu, rigide și jocuri de rol care permit includerea improvizației pe tema oferită. Jocurile de afaceri variază în funcție de tehnica de gestionare și de obiectivele indicate:

1. Jocurile educaționale sunt orientate spre apariția de noi cunoștințe și consolidarea abilităților necesare.
2. Jocurile de căutare sunt orientate spre detectarea problemelor și găsirea unor modalități posibile de rezolvare a acestora.
3. Jocurile de imitație au scopul de a crea o idee despre cum să acționeze în anumite circumstanțe.
4. Jocurile inovatoare formează gândirea inovatoare la cursanți.
5. Jocurile de activitate organizațională nu au reguli rigide: participanții nu joacă roluri prescrise. Astfel, aceste jocuri au ca scop rezolvarea unor probleme interdisciplinare.

O condiție prealabilă pentru eficiența învățării este schimbarea rolurilor și a jocului pentru mai multe jocuri, având în vedere gradul crescând de complexitate, deoarece participarea la jocuri similare nu dau de obicei rezultatul dorit.

În educația medicală sunt utilizate diverse tipuri de jocuri de afaceri. Putem menționa doar câteva:

1. “Medicul (profesionistul medical) și pacientul”. Aceasta este o formă clasică a jocului clinic, care modelează circumstanțele (condițiile) activității profesionale intelectuale a unui medic (medic de sănătate). Poate fi utilizat într-o varietate de setări - de la un student care se joacă cu mentorul la mentorul care folosește această metodă la prelegere și la jocul cu grupul de studenți.
2. “Consiliu” (consultare). Studenții, la obținerea anumitor informații, încep să discute între ei despre ce să întreprindă în această situație clinică propusă. Aceștia trebuie să decidă dacă au nevoie de informații suplimentare (consultări ale altor specialiști, rezultate ale testelor de laborator etc.). Când elevii au luat o decizie, ei trebuie să o prezinte mentorului verbal sau prin intermediul calculatorului. După aceasta, liderul (mentor, instructor, profesor) care ghidează scenariul standard, oferă studenților informațiile necesare (de exemplu, informații despre problemele familiei) sau informațiile referitoare la modificarea stării pacientului.

Uniunea Europeană a realizat un cadru standard, care descrie diferitele niveluri de calificări. În proiectul nostru ne-am concentrat asupra nivelului EQF 4, așa că mai jos sunt descriptorii pentru Cadrul European de Calificare Nivelul 4 (Descriptorii care definesc nivelurile din Cadrul European de Calificare (EQF)).



Tabelul1.

Instrumente educaționale (de formare) asociate cu descriptorii nivelului EQF 4

<i>Cunoștințe</i>	<i>Cunoașterea faptică și teoretică în contexte largi în cadrul unui domeniu de muncă sau de studiu</i>	<i>Prelegeri *, seminarii **, lucrări în grupuri mici, discuții în grup, lucru cu documente (documente), momente complexe de discuții și ambigue (concepte, modele, ipoteze etc.) în materialele studiate și observații empirice, lucrul cu modele grafice (ajutoare vizuale), utilizarea resurselor publice (sociale) (invitația unui specialist, excursie)</i>
<i>Aptitudini</i>	<i>O gamă de abilități cognitive și practice necesare pentru a genera soluții la probleme specifice într-un domeniu de muncă sau de studiu</i>	<i>Sarcini creative, jocuri educaționale (de formare) (jocuri de rol, de afaceri, educaționale), învățare prin imitație, antrenament de simulare, proiecte sociale, metodă de caz, sarcini situaționale, „toată lumea învață pe toată lumea”, discuții despre cazurile din propria practică, analiză video-înregistrări.</i>
<i>Responsabilitate și autonomie</i>	<i>Exersează autogestionarea în conformitate cu ghidul contextelor de muncă sau de studiu, care sunt de obicei previzibile, dar pot fi modificate; supervizează activitatea de rutină a altora, asumându-și o anumită responsabilitate pentru evaluarea și îmbunătățirea activităților de muncă sau de studiu</i>	<i>Jocuri de afaceri, modelarea activității profesionale care implică tehnologii de învățare prin simulare, sarcini creative, proiecte sociale, competiții, utilizarea resurselor publice(sociale) (excursii, testare, examen urmat cu discuții, supraveghere de grup, discuții de grup, interviu.</i>

Sursa: <https://ec.europa.eu/ploteus/content/descriptors-page> (12. Ianuarie 2018)

* Ținând cont de disponibilitatea unei cantități enorme de informații (date teoretice) prin internet, este necesar să se recunoască că profesorii încearcă cu greu să capteze interesul (atenția) elevilor. Nici măcar influența personalității (psihologice) nu funcționează, dacă conținutul studiului nu pare să aibă nici o valoare sau studenții o pot găsi în cărți sau pe internet, pe cont propriu. Prin urmare, conținutul normativ (minim teoretic obligatoriu) este mai bine oferit folosind tehnologii informaționale precum învățarea la distanță (internet) cu verificări obligatorii.

Aceste puncte de control (după studierea unor materiale noi) ar trebui să necesite nu numai acțiuni reproductive mentale (cognitive), ci și acțiuni cognitive creative. Salvarea prelegerilor ca modalitate de transfer a cunoștințelor teoretice către studenți pare rațională numai dacă aceste prelegeri sunt prezentate de cercetători celebri sau practicieni care sunt capabili să ofere studenților date unice. De exemplu, ar putea fi rezultatele celor mai noi proiecte de cercetare, observații clinice proprii, prezentări ale metodei sau tehnicii exclusive.

** Până în prezent, seminariile sunt considerate a fi modalitatea de a controla cunoștințele elevilor într-un anumit spațiu pentru a împărtăși și a schimba opinii, fiind în mare parte o modalitate de a obține informații noi. În plus, participarea la seminarii îi ajută pe elevi să elimine momente ambigue în studierea materialului. Aceste obiective educaționale pot fi realizate, de asemenea, lucrând în grupuri mici sau purtând discuții în grup.

Stresul emotional

Studierea medicinei la universitate necesită o muncă grea și multă motivație. Curriculumul este vast și, pe lângă faptul că este riguros academic, prezintă și provocări emoționale. Acest lucru poate predispuce studenții la probleme de sănătate mintală, precum depresia și gândirea suicidară. Întrucât acestea sunt probleme semnificative, este important să se menționeze motivele care stau la baza lor și opțiunile disponibile pentru studenți.

În timpul examenelor (finale), sunt prezentate cerințe ridicate pentru abilitățile intelectuale și rezistența emoțională a elevilor. Determină hiper-excitația (hiperstimularea) sistemului nervos central și caracterul hiper-compensator al reacțiilor de ajustare ale organismului elevului.

Prin urmare, sănătatea fizică și bunăstarea psihologică a viitorilor profesioniști din domeniul sănătății sunt amenințate.

Prin urmare, un astfel de regim (program) nu este înlocuit cu unul favorabil (de exemplu, îngrijire de sine, comportament de protecție a sănătății etc.) după obținerea unui grad / pregătire avansată. De regulă, medicii de la începutul carierei continuă să lucreze în același ritm (Kay, 2018). În zilele noastre, mai mult decât oricând, problema sănătății profesionale a lucrătorilor din domeniul sănătății se accentuează. În Rusia, există un subiect separat pentru cercetarea în psihologie clinică (Ulanova, 2016). În Statele Unite și în Uniunea Europeană, autoritățile de reglementare s-au gândit la raționalizarea programului de muncă și de odihnă pentru studenții la medicină, rezidenții și practicienii de asistență medicală, aflați la începutul carierei.

Nevoia de monitorizare atentă a stării funcționale și a performanței elevilor în procesul de învățare devine tot mai evidentă. Pentru a preveni suprasolicitarea, studiul conformității programelor cu capacitățile funcționale de vârstă ale organismului elevului (în medie) este foarte relevant în zilele noastre. În conformitate cu cunoștințele noastre, cercetarea pe acest subiect este fragmentară și echivocă. Sunt necesare mai multe cercetări pe această temă.

Lucrători în domeniul sănătății și pedagogie

Îngrijirea și educația au multe în comun, iar activitatea în domeniul sănătății este strâns asociată cu învățarea și predarea. Se consideră că multe persoane din asistența medicală nu sunt conștienți de abilitățile lor pedagogice și de modul în care pot fi dezvoltate.

CADRU DE REFERINȚĂ: Apartenența la o comunitate medicală înseamnă să împărtășiți perspective, metode și limbaj. Scopul este descrierea discursului pedagogic prin identificarea proceselor pedagogice și studierea conștientizării personalului despre situațiile în care o abordare pedagogică ar fi utilă în activitatea lor cu pacienții sau alături de o rudă. Un studiu calitativ bazat pe interviuri individuale și de grup. Analiza este condusă de teoria fundamentată. Procesele pedagogice au variat ca lungime și calitate. Majoritatea erau neplanificate și erau de obicei încorporate în tratament.

Procesul pedagogic este liniar (planificarea, stabilirea obiectivelor, predarea și evaluarea) într-un cadru educațional, dar s-a constatat că începutul și sfârșitul pot fi neclare și obiectivele pot fi vagi sau inexistente. Procesul pedagogic este cel mai bine descris folosind conceptele CITIȚI, GHIDAȚI și OFERIȚI suport pentru învățare. Discursul pedagogic în asistență medicală este aproape tăcut. Datele indică faptul că la nivel colectiv există foarte puțin sprijin pentru dezvoltarea profesională a capacității pedagogice.

Cunoașterea tacită poate, așadar, să rămână tăcută, chiar dacă poate fi posibilă formularea și descrierea ei. Există o nevoie puternică de a se concentra pe părțile pedagogice ale lucrării și de a încuraja și de a susține dezvoltarea cunoștințelor pedagogice profesionale.

Educația publică în medicină implică în mod necesar un impact psihologic mai mare și se concentrează în principal pe formarea personalității sănătoase, obiceiurile unui stil de viață sănătos, atitudinea conștientă a pacientului față de propria sănătate și crearea motivației de a utiliza tehnologiile de sănătate. În același timp, educația se realizează într-o manieră cuprinzătoare - în relația dintre aspectele mentale, morale, estetice și patriotice.

Putem formula următoarea taxonomie a funcțiilor pedagogice referitoare la activitatea profesională a lucrătorilor din domeniul sănătății (*Kulikov, 2011; Matvejchik, 2005*):

1. **Funcția constructiv-informativă** ajută:

- să selecteze și să organizeze conținutul care ar trebui învățat de către pacienți sau alți participanți la procesul terapeutic și de reabilitare;
- proiectarea procesului de activitate educațională în care informațiile ar putea fi asimilate;
- să instruiască și să repete propriile activități și comportamente pedagogice viitoare ale unuia, așa cum trebuie să fie atunci când interacționează cu cursanții.

Metode pedagogice utilizate: căutare de informații; sublinierea și evidențierea informațiilor din text; scrierea de note și recenzii; pregătirea unor cadre și scenarii.

2. **Funcția instructiv-metodică** implică diferite tipuri de interacțiune între un asistent medical, pacienți și ceilalți participanți la procesul terapeutic și de reabilitare, precum:

- Predarea metodelor și tehnicilor de îngrijire personală de asistență medicală;



- Demonstrarea succesiunii tuturor operațiilor care constituie o acțiune medicală / de reabilitare deosebit de complexă;

- Consultări individuale și / sau de grup pe probleme de îngrijire medicală, prevenirea anumitor boli și obiceiuri rele, planificare familială, stil de viață sănătos, etc.;
- Activitatea și comportamentul pedagogic al unuia în procesul de interacțiune directă cu pacienții și alți participanți la procesul terapeutic și de reabilitare.

Metode pedagogice utilizate: conversație, explicație, demonstrație, consultare, discuții de grup, prezentare.

3. **Funcția comunicativă** presupune stabilirea de relații profesionale și interacțiuni ale lucrătorilor din domeniul sănătății cu pacienții și alți participanți la procesul terapeutic și de reabilitare, ținând cont de sex, vârstă, statut social, temperament, condiție fizică și psihică, identitate etnico-culturală etc. folosirea comunicării verbale și non-verbale.

Metode pedagogice utilizate: observație, conversație, interviu, analiză, sondaj, jocuri de afaceri.

4. **Funcțiile de corecție și control** sunt indicatori ai activității de control ca parte a procesului educațional. Ele servesc ca bază principală pentru controlul rezultatelor interacțiunii efectuate în procesul de tratament și reabilitare. Cu alte cuvinte, acesta este feedback. „Feedback”-ul permite evaluarea dinamicii nivelului educațional la pacienți, efectuarea ajustărilor corespunzătoare.

Metode pedagogice utilizate: analiza documentelor și rapoartelor de reglementare, un studiu al opiniilor participanților la procesul de tratament și reabilitare cu privire la rezultatele lucrărilor desfășurate, test, interviu, sondaj.

Recent, cărțile de știință populară despre subiecte medicale (Enders, 2015; Moalem, 2007; van de Laar, 2018) au câștigat o mare popularitate. Personalul medical realizează bloguri scrise și bloguri video, unde comunică cu pacienții și promovează cunoștințe medicale populare.



REFERINTE

1. Artjukhina A.I., Chumakov V.I. Interactive teaching methods in a medical university: study guide. Volgograd, Russia: Volgograd State Medical University Publishing; 2012.
2. Bezrukova V.S. Pedagogics. Projective Pedagogics: textbook. Ekaterinburg, Russia: Business Book; 1999. (In Russian).
3. Bloom B.S., Engelhart M.D., Furst E.J, Hill W.H., Krathwohl D.R.A. Taxonomy of educational objectives. Volume I: The cognitive domain. New York, New York: McKay; 1956.
4. Bloom B.S., Masia B.B., Krathwohl D.R.A. Taxonomy of Educational Objectives. Volume II: The affective domain. New York, New York: McKay; 1964.
5. Carraccio C., Englander R., van Melle E., et al. Advancing competency-based medical education: A charter for clinician-educators. *Academic Medicine*. 2016; 91: 645-649.
6. Custers E.J.F.M., ten Cate O. The History of Medical Education in Europe and the United States, With Respect to Time and Proficiency. *Academic Medicine*. 2018; 93 (3 suppl): S49-S54.
7. Dave R.H. Psychomotor levels. In R.J. Armstrong (Ed.), *Developing and Writing Behavioral Objectives*. Tucson, Arizona: Educational Innovators Press; 1970.
8. Dawson W.R. Extensions to Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Sydney, Australia: Putney Publishing; 1998.
9. Denisov I.N. Medical education: the situation today and ways to improve the training of doctors. *Medical Doctor*. 2004; 4: 4-7. (In Russian).
10. Descriptors defining levels in the European Qualification Framework (EQF). Available at: <https://ec.europa.eu/ploteus/en/content/descriptors-page>
11. Egorov V.V., Skibitskiy E.G., Khrapchenkov V.G. Higher Education Pedagogics. Novosibirsk, Russia: SAFBD; 2008. (In Russian).
12. ECTS Users' Guide. Brussels: Directorate-General for Education and Culture. 2005. Available at: http://ec.europa.eu/education/programmes/socrates/ects/doc/guide_en.pdf
13. Enders G. Gut: The Inside Story of Our Body's Most Under-Rated Organ. Vancouver, Canada: Greystone Books; 2015.
14. Ermalovich A.V. Pedagogical aspects of medical education. "Graduate School": scientific and journalistic journal. 2017; 1(117): 60-64. (In Russian).
15. European Qualifications Framework (EQF) – Official position of the board of the Federal Institute for Vocational Education and Training. 2005. Available at: https://www.bibb.de/en/pressemitteilung_995.php
16. Frank J.R., Mungroo R., Ahmad Y., Wang M., De Rossi S., Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: A systematic review of published definitions. *Medical Teacher*. 2010; 32: 631-637.
17. Fry H., Ketteridge S., Marshall S. A Handbook for Teaching and Learning in Higher Education. London, UK: Kogan Page Limited; 2000.



18. Harden R.M. Developments in outcome-based education. *Medical Teacher*. (2002a); 24 (2): 117-120.
19. Harden R.M. Learning outcomes and instructional objectives: is there a difference? *Medical Teacher*. (2002b); 24(2): 151-155.
20. Harrow A. A taxonomy of the psychomotor domain – a guide for developing behavioral objectives. New York, New York: McKay; 1972.
21. Hodges B.D. A tea-steeping or i-Doc model for medical education? *Academic Medicine*. 2010; 85 (9 suppl): S34-S44.
22. Jenkins A., Unwin D. How to write learning outcomes. Available at: <https://www.ubalt.edu/cas/faculty/faculty-matters/How%20to%20write%20student%20learning%20outcomes.pdf>
23. Kay A. This is going to hurt: secret diaries of a junior doctor. London, UK: Pikador; 2018.
24. Kudrjavaja N.V. (Ed.) Pedagogics in Medicine: tutorial. Moscow, Russia: Academia; 2012. (In Russian).
25. Kulikov S.I. Pedagogical foundations of professional activities of a modern doctor (*Unpublished PhD dissertation*). Kaliningrad, Russia. 2011. (In Russian).
26. Laptieva L.N., Rublevskaya E.I. Pedagogical aspects of the professional activity of healthcare workers. *Bulletin of MGPU named after I.P. Shamyakin*. 2014; 1(42): 82-89. (In Russian).
27. Mager R.F. Preparing instructional objectives. Belmont, California: Pitman Learning; 1984.
28. Matvejchik T.V. Nurse and socially significant patient: basics of nursing pedagogy and professional development. Minsk, Belarus: Department for the Execution of Punishments of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Belarus; 2005.
29. Moalem A. Survival of the sickest. New York, New York: HarperCollins Publishers; 2007.
30. Moon J. The Module and Programme Development Handbook. London, UK: Kogan Page Limited; 2002.
31. Simpson E. The classification of educational objectives in the psychomotor domain: The psychomotor domain. Vol. 3. Washington, DC: Gryphon House; 1972.
32. Snell L.S., Frank J.R. Competencies, the teabag model, and the end of time. *Medical Teacher*. 2010; 32: 629-630.
33. Ten Cate O. What is a 21st-century doctor? Rethinking the significance of the medical degree. *Academic Medicine*. 2014; 89: 966-969.
34. Toohey S. Designing Courses for Higher Education. Buckingham, UK: SRHE and Open University Press; 1999.
35. Ulanova N.N. Psychology of occupational health of the doctor – a new direction of psychological research. *Personality in a changing world: a network journal*. 2016; 1(12): 21-26. Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=191>
36. Van de Laar A. Under the Knife: A History of Surgery in 28 Remarkable Operations. New York, New York: St. Martin's; 2018.