

Учебное издание

Березовская Наталья Анатольевна

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск О. А. Скугаревский
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 11.11.11 . Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,65. Тираж 150 экз. Заказ 846.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Оглавление

Введение.....	3
Педагогическая ситуация в работе врача	3
Психолого-педагогическая деятельность врача в практическом аспекте.....	4
Взаимодействие с родственниками пациентов.....	7
Особенности взаимодействия врача с медицинской сестрой.....	8
Взаимоотношения между врачами	10
Литература	13

Литература

1. *Биомедицинская этика* : слов.-справ. / Т. В. Мишаткина [и др.] ; под ред. Т. В. Мишаткиной. Минск : БГЭУ, 2007. 90 с.
2. *Биомедицинская этика* : учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Минск : БГЭУ, 2003. 268 с.
3. *Бордовская, Н. В.* Педагогика : учеб. для вузов / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. Спб : Питер, 2000. 304 с.
4. *Немов, Р. С.* Психология : слов.-справ. : в 2 т. / Р. С. Немов. М., 2003. Т. 1. С. 220–221.
5. *Педагогика в медицине* : учеб. пособие для студ. высш. мед. учебных заведений / Н. В. Кудрявая [и др.]. М. : Академия, 2006. 320 с.
6. *Станкин, М. И.* Если мы хотим сотрудничать : книга для преподавателя и воспитателя / М. И. Станкин. М., 1996. 107 с.
7. *Треногов, А. В.* Психолого-педагогические основы обучения в медицинском вузе : учеб. пособие для студ. / А. В. Треногов, Е. Р. Исаева. СПб., 2006. 87 с.

– быть великодушным, снисходительным, готовым к спокойному повторению фундаментальных положений (воспитание — это спокойное, многократное, доброжелательное повторение);

– занимать позицию незаметного руководителя и заметного помощника, избегать поучительного тона, помнить и выполнять правило: «помогая, не унижайте»;

– быть всегда и во всем пунктуальным, так как волевые качества личности начинаются с пунктуальности. Воля формируется через преодоление трудностей, поэтому надо научиться не избегать их, а встречать и преодолевать;

– уметь прощать бестактность в словах и действиях больных, так как доброта нужна для души точно так же, как и здоровье для тела;

– совершенствовать себя, свои знания, характер, неустанно находить новые, более эффективные пути решения терапевтических задач в своей работе;

– делиться своим опытом с коллегами, уметь слушать, развивать в себе не только речь, но и искусство молчания.

шению к коллеге, но он не должен показывать их (особенно если они негативные).

3. Недоверие и неприязнь между коллегами часто вызваны завистью к имиджу коллеги, его должности, уважению, которое выражают ему коллеги и больные, его материальному благополучию и т. д. Это приводит к напряженности, которая может перерасти в конфликт. Зависть оправдана, если она является стимулом для профессионального и нравственного совершенствования, пробуждает здоровое и полезное честолюбие. Зависть же, направленная на разрушение статуса коллеги, для врача недопустима.

4. Врач должен постоянно учиться у более опытных и знающих коллег. Это способствует не только профессиональному росту, но и установлению взаимных уважительных отношений. Опытные, искусные врачи обязаны мягко и тактично учить и направлять врачей менее опытных и искусных. Однако недопустим менторский тон, насмешки над ошибками молодых врачей, грубые «разносы» за ошибки, которые могут лишить молодого врача уверенности в себе.

5. Коллектив современного лечебного учреждения — единый организм, объединенный общей целью: заботой о жизни и здоровье пациентов, поэтому ответственность одного врача должна разделяться всеми врачами коллектива. Коллеги обязаны приходить на помощь друг другу, не считаясь с тем, чей это пациент, не зависимо от времени и места нахождения.

6. Врачи обязаны обмениваться профессиональной информацией, не пытаясь монополизировать ее в ущерб делу. Ее сокрытие (как и неуместное разглашение) может стать причиной гибели пациента, нанесения ущерба его здоровью. Это не противоречит соблюдению авторских прав. Если врач в процессе исследований сделал открытие, он должен его зарегистрировать и предать гласности, так как от этого может зависеть жизнь и здоровье людей. Необходимость создания единого информационного пространства требует интенсивного обмена информацией, что предполагает установление доброжелательных отношений с коллегами из других медицинских учреждений и стран.

Трудности в налаживании отношений с коллегами являются частью человеческого опыта. Они напоминают сорняки в саду: благодаря постоянному уходу за садом мы можем уменьшить их количество до приемлемого уровня, но не можем устранить их полностью.

Для успешной работы в области врачебной педагогики, психогигиены, психопрофилактики необходимо воспитать в себе некоторые профессионально важные качества личности:

— умение отдавать себя людям, искреннее быть полезным, сохраняя при этом доброжелательность, соучастие, достоинство;

2. Станьте «своим» в «сестринской комнате», выделяйте время для ее посещения, будьте в курсе проблем младшего персонала.
3. Будьте в курсе изменений их обязанностей (знайте, кто замещает старшую медсестру).
4. Делайте указания в смягченной форме: «Введите, пожалуйста...», «Не могли бы Вы проверить...»
5. Если предстоит сложное задание, а медсестер несколько, то лучше спросить «Кто возьмется?»
6. Если вы замечаете первые признаки раздражения, сразу наедине спросите: «В чем дело?» (при этом будьте готовы к критике).
7. Создайте такую культуру отношений, которая стимулирует всех членов бригады вносить свой вклад, а также открыто выражать свои взгляды.
8. Будьте готовы разделить работу в случае опасности.
9. Принимайте риски на себя в случае опасности.
10. Поддерживайте и признавайте мастерство медсестер, информируйте об этом руководство.
11. Будьте готовы поддержать медсестер как на работе, так и в жизни.
12. Участвуйте в неформальных собраниях отделения, не игнорируйте медсестринское общество.

Взаимоотношения между врачами

Важным звеном четкой работы лечебных учреждений являются доброжелательные, уважительные отношения врачей между собой, соблюдение необходимой субординации, правильное поведение по отношению к старшим коллегам, которые по своему опыту и служебному положению несут большую ответственность за работу в лечебном учреждении.

Практические рекомендации по созданию продуктивных коллегиальных отношений:

1. Для установления доверительных отношений врач, прежде всего, должен уметь слушать, вникать и стараться понять точку зрения коллеги по любому (не только профессиональному) вопросу. Он может не принимать его мнение, не разделять жизненную позицию, но должен убеждать коллегу и даже идти на конфликт, когда на карту поставлены жизнь и здоровье пациента. Во всех других случаях следует избегать возникновения конфликта между коллегами. Врачи должны быть лояльными, терпимыми друг к другу, признавать свои ошибки и заблуждения, ведь это укрепляет авторитет врача.
2. Врач не имеет права быть высокомерным, заносчивым по отношению к коллегам, даже если он убежден в своем профессиональном превосходстве и более богатом опыте. В противном случае отношения будут напряженными в силу взаимной неприязни, что обязательно отразится на их совместной работе. Врач может испытывать разные чувства по отно-

функциональном ограничении, то есть медсестра из всего круга своих обязанностей выполняет только те, на которые указал врач.

Данный принцип фактически снимает с медсестры ответственность за свои действия, так как за все отвечает врач. Она отвечает только за качество выполненного поручения, да и то только перед врачом, а не перед пациентом. Принцип «делай то, что скажет врач» обесценивает опыт медсестры и блокирует инициативность и самостоятельность ее мышления.

3. Принцип партнерства. Современная идеология врачевания должна быть построена на принципах партнерства и взаимопомощи.

Медсестра должна быть в определенной мере самостоятельна. Разумеется, она не должна самостоятельно расписывать карту медицинских назначений, но она должна планировать свои действия в зависимости от терапевтической ситуации.

Часто врач просто не в состоянии подойти к пациенту, которому стало хуже. Он может быть на срочном вызове либо проводить реанимационные мероприятия. В этом случае медсестра обязана правильно оценить ситуацию и оказать помощь.

Кроме того, медсестра должна стараться оказывать максимум внимания пациенту. Это и морально-информационное сопровождение, и связь с родственниками пациента в случае необходимости. Медсестра должна работать в «опережающем отражении», то есть взаимодействовать с врачом так, словно она знает его следующее действие или распоряжение без слов. Кроме того, она должна быть инициативной. Инициатива может проявляться в усовершенствовании своих навыков, определенной находчивости и скорости работы.

Современные тенденции таковы, что медсестра все чаще выполняет роль настоящего ассистента врача, его помощника и партнера.

Для пары врач – медицинская сестра очень важно быть «сработанными», придерживаться стиля совместной деятельности, который приводит к хорошим результатам без лишних затрат энергии. В процессе взаимодействия очень важно доверять друг другу. Профессиональное доверие — фундамент синергетического взаимодействия. Очень важно понимание такого аспекта, как взаимозависимость врача и медсестры и нацеленность на достижение командного результата.

Для врача важно уважение медсестер. Дело в том, что это не только облегчает и улучшает терапевтический процесс, но и оказывает на пациентов магическое воздействие.

Практические рекомендации для укрепления авторитета врача среди медсестер:

1. Всех медсестер желательно знать по именам. Если в отделении появился новый сотрудник, представьтесь сами, она это очень оценит и запомнит.

следующего лечебно-оздоровительного периода.

Особое значение проблема врач – родственник приобретает в случае смерти больного. Говорить о ней всегда трудно. Для сообщения об этом необходимо лично встретиться с родственниками.

Основные правила передачи плохих новостей:

1. Передавать следует только ту информацию, в правильности которой врач уверен.

2. Это нужно делать в уединенном, спокойном месте с глазу на глаз, а не в присутствии пациентов или медперсонала.

3. Прежде, чем сообщать о плохих новостях, нужно иметь план, как это будет происходить в каждом конкретном случае.

4. Нужно говорить четко и внятно, избегая медицинского жаргона.

5. После этого желательно сказать о том, что родственники могут вновь обратиться к врачу, если возникнет необходимость в уточнении каких-либо деталей или получении дополнительной информации.

6. Важно позволить родственникам умершего пациента свободно выразить свои чувства, не пытаясь остановить поток эмоций, посочувствовать, оказать психологическую поддержку.

Особенности взаимодействия врача с медицинской сестрой

Терапевтический процесс в значительной степени зависит от взаимоотношений между врачами и медицинскими сестрами. Для пациентов важны не только диагностические манипуляции и медикаментозная терапия, но и профессиональный уход. Средний медицинский персонал следует обучить некоторым манипуляциям, умению поддержать пациента психологически. Организация слаженного взаимодействия в триаде врач – медсестра – пациент является одной из основных педагогических задач врача.

Возможные принципы взаимного поведения в системе врач – медсестра:

1. Принцип четкого разграничения функций. Когда обязанности медсестры четко регламентированы и строго определены, они не пересекаются с обязанностями врача. Случаи, когда врач взялся за работу медсестры либо медсестра за работу врача, рассматриваются как «посягательство» на сферу компетенции коллеги. Такой подход приводит к тому, что медсестра не чувствует ответственности за результат лечения в целом, что дает ей возможность самоустраняться от терапевтических задач как таковых и заниматься только механической работой. Часто поведение такой медсестры бывает формальным и безучастным: она не подбадривает пациента психологически, не занимается его информационным сопровождением.

2. Принцип «делай то, что скажет врач». Он основан на четком

Учитывая предыдущее общение и подготавливая ответы на эти вопросы, врач примерно представляет позицию пациента и, следовательно, может планировать свои действия не только в процессе встречи, но и заранее.

Взаимодействие с родственниками пациентов

Особой психологической проблемой является общение с родственниками всех категорий больных.

Нередко родственники могут быть больше обеспокоены состоянием больного, чем сам пациент. Их внимание сосредоточено только на том, чтобы больной как можно скорее поправился. Сведения родственников могут определяться разговорами их ближайшего окружения, противоречивой информацией как о болезни, так и о медперсонале, медучреждении, полученными при беседе с другими посетителями. «Старания» родственников могут привести к созданию затруднительных отношений между больным и врачом. Кроме того, при пациенте они могут проявлять свое недовольство врачом, лечением, говорить, что пациент не перенесет операцию, не выдержит такого лечения, в мельчайших подробностях разбирать с больным признаки его заболевания, закармливать больных, мешать соблюдать режим диеты и лечения. Бестактные родственники задают вопросы следующего типа: «Почему ты так плохо выглядишь?» или «Что с тобой сделали?», — рассказывают о конфликтах дома или на работе, засыпают проблемами и заданиями с работы. Подобное поведение негативно влияет на состояние пациента. Врач должен замечать и знать взаимоотношения больного с родственниками и быть в курсе того, как последние влияют на эмоциональное состояние пациента. Таким образом, общение с некоторыми родственниками иногда следует ограничить.

Нередко родственники предъявляют врачу самые высокие требования, не прощая ему малейшей ошибки. К сожалению, нередко и сам врач не желает устанавливать контакт с родственниками.

Беседа врача с родственниками должна носить целенаправленный характер. Необходимо получить как можно более полную и объективную информацию о пациенте и сделать родственника союзником в борьбе с болезнью. Нужно знать, что ждет пациента дома после выписки. Главная роль во взаимоотношениях врач – родственник должна принадлежать врачу. Родственникам следует сообщать только самые главные и проверенные сведения о больном. Не всегда легко добиться сотрудничества с ними, положительного отношения к лечению. Сложность диагностики, тяжесть течения нередко создают негативную психологическую установку, поэтому приходится затрачивать немало сил, времени, терпения, чтобы близкие люди стали единомышленниками для необходимых условий лечения и по-

10. В конце беседы суммируйте полученную информацию и подведите итог встречи (предположительный диагноз, рекомендации по изменению образа жизни, необходимые способы лечения, прогноз). Уточните, все ли понятно пациенту и не испытывает ли он каких-либо затруднений в следовании рекомендациям.

Создание терапевтического альянса. В педагогике давно укрепились положение о том, что осуществление людьми совместных действий является залогом успешного продолжительного общения, связанного с передачей знаний и опыта. Для того чтобы их усилия стали по-настоящему совместными, служили одной цели, врач должен взять на себя задачу «открытого планирования». Здесь имеется в виду регулярное обсуждение с больным хода лечения и возможных последствий, ожиданий пациента, комментирование действий, которые совершает врач (назначения, направления и пр.). Опыт показывает, что наибольшая эффективность в совместной деятельности достигается при активности «ученика» (пациента), которая создает для «педагога» (врач) благоприятные условия для уточнения и проверки замыслов, корректировки действий, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

Таким образом, в беседе с пациентом врач должен не только объяснить ему, какие действия он собирается совершить, но и показать, в чем роль и ответственность пациента, выявить уровень понимания сделанных им назначений. Для того чтобы пациент имел более четкое представление о том, как идет лечение, можно предоставить ему план лечения (в печатном виде с отметками о том, какие этапы были или будут пройдены), дать визитку с указанием телефона и даты следующей встречи, предложить ему вести дневник встреч, делая в нем отметки о своем состоянии и записывая возникающие вопросы и т. д. В этом и есть возможность пациента участвовать в лечении и быть ответственным за происходящее.

В планировании лечения, которое лучше проводить совместно с пациентом, врач в той или иной форме должен донести до него ответы на следующие вопросы:

1. Ясно ли он понимает природу проявляющихся симптомов и существует ли способ их лечения?
2. Если болезнь неизлечима, можно ли облегчить ее проявления?
3. Если болезнь опасна для жизни, каковы ближайшие и отдаленные перспективы?
4. Если она не опасна для жизни, может ли состояние стабилизироваться или будет прогрессировать?
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании и как их избежать? Как это отразится на образе жизни?
6. Может ли изменение образа жизни существенно повлиять на развитие болезни?

или, наоборот, грубо обращает на себя внимание (кричит, требует участия), задает неуместные, на взгляд врача, вопросы (например, личного характера), много говорит о себе и т. п. Эти и другие подобные «симптомы» могут исчезнуть или существенно измениться, как только врач создаст условия для откровенного и спокойного разговора с пациентом, касающегося не только «технических» деталей лечения, учитывая его жизненную ситуацию. «Врач должен владеть двумя искусствами, — подчеркивает Б. Лоун, — искусством лечить, которое немислимо без обладания научными знаниями, и искусством исцелять. Наука никогда не сможет полностью подменить человеческие отношения, как не сможет подменить искусство».

Организовывая пространство встречи, врач должен позаботиться о психологическом комфорте пациента. Поэтому особое значение приобретает характер беседы, которую ведет врач. Чем лучше он организует первый контакт с пациентом, тем более глубокий уровень дальнейшего взаимодействия станет возможен.

Практические советы:

1. В начале беседы сделайте знак приветствия, который будет символом того, что вы настроены доброжелательно. Форма приветствия должна соответствовать возрасту, социальному статусу пациента. Вербальная часть должна подтверждаться невербальной. Если вы начнете встречу с рукопожатия, то, кроме жеста вежливости, это может дать вам важную информацию. То, как человек пожимает руку, может многое рассказать о его характере, физическом и психологическом состоянии.

2. Выберите удобное место для общения, которое подчеркнет равноправность ваших позиций в диалоге.

3. После вашего приветствия или первого сообщения сделайте паузу, позволив вступить в диалог вашему партнеру.

4. Объясните, каким вы видите ход встречи, ее цели, основные вопросы, которые должны быть решены. Обозначьте время, в течении которого продлится беседа, уточните, когда пациент сможет задать вам вопросы.

5. Предложите пациенту самому сформулировать проблему, которая привела его к врачу, ожидания от консультации.

6. Обязательно время от времени задавайте уточняющие вопросы.

7. В ходе беседы соблюдайте баланс открытых и закрытых вопросов (открытые вопросы преобладают в начале беседы, закрытые в конце).

8. Правильно используйте паузы и молчание, облегчайте и проясняйте высказывания пациента.

9. При разговоре демонстрируйте заинтересованность, старайтесь смотреть собеседнику в глаза. Не забывайте, что кивки головой, фиксация взгляда, наклон тела в сторону пациента — невербальные признаки внимания и активного слушания.

функции, так же как и на лектора или выступающего по отношению к аудитории. И пациент почти всегда ждет от врача не только профессиональной помощи, но и человеческой поддержки, которая не в последнюю очередь связана с передачей опыта, руководством, обучением определенным навыкам. Таким образом, пациент достаточно часто в той или иной степени готов быть «учеником». Он нуждается в том, чтобы врач занял по отношению к нему позицию, сходную с педагогической. Важно подчеркнуть, что особое значение имеет умение врача распознать такую ситуацию и принять на себя ответственность и руководство пациентом при условии партнерских отношений.

Вместе с тем, в повседневной работе врач выступает в роли педагога не только с пациентом. В качестве его партнера-ученика могут выступать другой работник здравоохранения (коллега или средний медицинский персонал), родственники пациента, работники смежных с медициной специальностей (социальные работники, психологи и др.). В работе врача в качестве психолого-педагогических могут быть признаны следующие случаи:

- терапевтические отношения с пациентом;
- общение с родственниками пациентов;
- взаимодействие с младшим медицинским персоналом и коллегами.

Психолого-педагогическая деятельность врача в практическом аспекте

Цель действий человека, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию в практике медицины, заключается во взаимодействии с другими людьми, в основе которых лежат идеи здоровья, здорового образа жизни, его сохранение и поддержание. Эта позиция должна стать определяющей в профессиональных установках и действиях врача. И пациент, и врач, и другие «действующие лица» медицинской практики по-разному причастны к индустрии здоровья, но врач является ее олицетворением, и именно поэтому его обязанность — психолого-педагогическое взаимодействие с пациентом.

Передача знаний пациенту невозможна без доверительного полноценного партнерского общения, уважения к его личности.

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.

Построение пространства встречи. Каждый пациент стремится добиться от врача индивидуального подхода именно к его случаю заболевания: ищет контакт при взгляде, желает выделиться, сделав приятное,

Введение

Исследование рынка трудовых ресурсов показывает, что конкурентоспособность специалистов определяется не только глубокими знаниями и профессиональными навыками, но и высоким творческим, интеллектуальным потенциалом, формируемым общетеоретическим циклом.

Врачебная профессия требует профессиональной компетентности, высокой нравственности и ответственности, милосердия и гуманности, душевной теплоты и других общечеловеческих качеств, которые формируются в процессе образования, воспитания и жизненного опыта.

Педагогическая ситуация в работе врача

В основе деятельности врача лежат специальные знания, в целом относящиеся к естественным наукам. Однако нередко возникают ситуации, при которых обращение к таким знаниям помочь не может. К ним можно отнести общение с подчиненными и начальством, разрешение деловых конфликтов, установление отношений с пациентом и его родственниками и т. п.

В таких ситуациях врач выступает и как сотрудник определенного лечебного учреждения, представитель индустрии здоровья, и как человек, выстраивающий определенные личные отношения и связи с пациентом и другими людьми, как профессионал, обязанный действовать согласно нормам, принятым в этой деятельности, и постоянно повышать уровень своего мастерства. Для того чтобы действовать, любой человек первоначально оценивает (более или менее целенаправленно) ситуацию с разных сторон. При этом его взгляды часто предопределены предыдущим опытом и полученными в ходе образования знаниями.

Особым образом можно выделить случаи, в которых врач не только ответственен за принятие решений в своей деятельности, но и имеет непосредственное отношение к действиям других, руководит ими. Здесь недостаточно только осознания собственной позиции, требуются дополнительные знания о возможных вариантах совместной деятельности в коллективе и факторах, способствующих ее организации. Таким практическим знанием, отражающим опыт организации и руководства другими людьми, может служить педагогика.

Схематично педагогическую ситуацию можно описать как наличие 3 составляющих и их связей: педагог, ученик и та информация, которая приготовлена к передаче.

Часто позиции ученика и педагога обозначены социальными ролями или их жизненным опытом. Так, дети почти автоматически воспринимаются в качестве учеников, а на родителей возлагаются педагогические

УДК 378.14 (075.8)
ББК 74.58 я73
Б48

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 09.11.2011 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т ы: канд. пед. наук, доц. каф. тифлопедагогики факультета специального образования Белорусского государственного педагогического университета И. Н. Миненкова; канд. мед. наук, доц. каф. общей и клинической психологии Белорусского государственного университета А. И. Авин

Березовская, Н. А.

Б48 Психолого-педагогические аспекты врачебной деятельности : учеб.-метод. пособие / Н. А. Березовская. – Минск : БГМУ, 2011. – 15 с.

ISBN 978-985-528-515-2.

Приводятся ситуации, в которых становятся понятными педагогические аспекты деятельности врача. Даны практические рекомендации по созданию эффективных взаимоотношений между врачом и пациентом, врачом и родственниками пациента, коллегами и средним медицинским персоналом.

Предназначено для студентов 1-го курса лечебного, педиатрического, фармацевтического факультетов, медицинского факультета иностранных учащихся, 4-го курса медико-профилактического факультета, изучающих курс «Основы педагогики и психологии», а также для студентов 5-го курса, изучающих специальный курс «Конфликтология».

УДК 378.14 (075.8)
ББК 74.58 я73

ISBN 978-985-528-515-2

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Н. А. БЕРЕЗОВСКАЯ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011