

Список литературы

1. Давыдова Г. Социальная ответственность бизнеса – на уровне стандарта // Российское предпринимательство. – 2009. № 10-2. – С. 21-27.
2. Козина И.М. Особенности «социально ответственного бизнеса» российских предприятий // Журн. исследований соц. политики. Т.3. – 2005. №3. – С. 367-378.
3. Микеев В.А., Микеев А.В. Социальное партнерство: теория, политика, практика. учеб. пособие. – М.: Институт экономики, управления и социальных отношений, 2003. – С. 25.
4. Мухомин Г.Ю., Чистяков И. Социальное партнерство, предпринимательство и гендерные отношения // Общество и экономика. – 1999. № 10-11. – С. 129-130.
5. Нарбит Н.П., Мамникова В.М., Олишанка Людмила Ж.Б. Развитие малого предпринимательства и бизнеса: постановка проблемы // Вестник РУДН. Социология. – 2007. № 3. – С. 46-51.

Зюкова М.С., Исупова О.Г.

ПАЦИЕНТ КАК СУБЪЕКТ СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫХ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЦЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕДИНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ВРТ

*Общественное объединение ассоциация пациентов ВРТ "Все получится"
Институт Демографии НИУ ВШЭ, Москва*

По оценкам Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в России около 15% бесплодных пар, однако в отдельных регионах распространённость этого состояния может быть и выше.

В последние годы Правительство Российской Федерации стало уделять особое внимание репродуктивным проблемам своих граждан. Был разработан и принят закон "Об охране здоровья граждан", в котором 55 ст. регламентирует применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Минздравсопразвита разработал проект приказа "Об утверждении порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаний и ограничений к их применению" – единообразно регулируя деятельность и частные, и государственных клиник.

С 2006 г. выделяются федеральные квоты на проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – самого эффективного на данный момент метода преодоления бесплодия. Число квот растёт с 3000 в год до 10000 в 2011 г.

Однако этого все равно недостаточно для улучшения ситуации в области репродуктивного здоровья россиян.

Квот, вполне возможно, требуется гораздо больше. Во многих развитых странах – во Франции, Бельгии, Дании, Швеции – государством оплачивается три и более попытки ЭКО одной и той же паре без каких-либо ограничений общего количества квот в стране в целом.

В отличие от российского опыта в смежных областях (применение родовых сертификатов), у нас пациенты ВРТ не имеют права выбирать, в какую клинику по лечению бесплодия они принесут государственные деньги – только 14 федеральных центров по закону могут принимать таких пациентов, при этом 9 из них расположены в Москве и Санкт-Петербурге, остальные 5 – на территории европейской части РФ и на Урале. В результате для большинства бесплодных семей Сибири и Дальнего Востока сделать бесплатное ЭКО за счет федеральных средств оказывается намного дороже (перелет и проживание – только за свои деньги), чем оплатить его в ближайшей к дому частной ЭКО-клинике.

Кроме того, в некоторых из государственных медицинских учреждений куда направляются пациенты-"квотники", далеко не самые высокие показатели результативности лечения:

"А недавно я позвонила с отчетом одного федерального учреждения: на 256 циклов ЭКО – 24 беременности, то есть 7% эффективности. Зато чиновники с гордостью оптимизируют о декретном увеличении объема

освоённых средств" (Вадислав Корсак, глава Российской ассоциации репродукции человека, из интервью на сайте Международного центра репродуктивной медицины, 2011 г.).

Частные медицинские центры, которых в нашей стране уже более 100, не могут помочь исправить положение – при примерной стоимости 150-200 тыс руб за одну попытку ЭКО (а для наступления "успешной" беременности и рождения ребенка требуется в среднем две-три попытки), эта процедура недоступна для большого количества граждан РФ. В результате в России на 1 млн жителей приходится менее 300 процедур экстракорпорального оплодотворения в год. К примеру, в Дании и Бельгии – более 2000, в Израиле – 3400.

Существует и проблема информационной неосведомленности граждан о возможностях ВРТ и наличии квот на бесплатные попытки ЭКО. Пациентов зачастую годами лечат в поликлиниках и женских консультациях устаревшими и малоэффективными методами, не предлагая прибегнуть к современным технологиям (результативность ЭКО – около 30-40% на одну попытку, в то время как эффективность других методов не превышает 10%, а обычно еще ниже):

"У нас некоторые женщины десятилетиями лечатся на уровне женских консультаций. Какими-нибудь инъекциями алос и бесконечными гинекологическими исследованиями. Когда же, наконец, дело доходит до ЭКО, врачи разводят руками – время ушло". (Олег Филипов, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсопразвита России, из интервью газете "Комсомольская правда", 2012 г.).

У бесплодных семей в нашей стране есть и социальные проблемы. Практически нет просветительской работы среди населения, пропаганды "нормальности" процедуры экстракорпорального оплодотворения, объяснения на доступном языке принципа ее действия. Все еще распространено отношение к бесплодию и ЭКО как к чему-то "враньему", "тревожному":

"Ага, блях... если бы все было так просто – абортос надежда и познанию бесплодия. Не делала абортов – никакого тебе бесплодия, забол и хлопот... Людям все равно, о чем языки чешут, лишь бы повод был". (Пациентка ВРТ на форуме для бесплодных семей РодЫнка.ру)

До сих пор Минздрав не проводил никаких официальных и достоверных исследований здоровья ЭКО-детей, однако некоторые специалисты берут на себя смелость заявлять, что 75% "детей из пробирки" – инвалиды:

"Появилось очень много детей "из пробирки". Даже на уровне правительств акушеры проводили финансовую поддержку искусственного оплодотворения, якобы за счет этого можно решить демографическую проблему в России. Ничего подобного. Я вычитала в Думе и прямо сказала: если вы увеличиваете финансирование на эту технологию, вы сразу увеличиваете деньги на увеличение денег-циклопов" (Александр Баранов, главный редактор РФ, выступление на пресс-конференции "Интерфакс" в городе Томске, 2009 г.)

В связи с наличием такой стигматизации большинство семей, столкнувшихся с репродуктивными проблемами, предпочитают не распространяться о своем бесплодии и его лечении с помощью ЭКО.

В нашей стране до сих пор не существует института специализированной психологической помощи бесплодным парам. Психологическое напряжение – связанное с отсутствием подробной и понятной информации о бесплодии и методах его преодоления, финансовыми затруднениями, сложностями при получении квот на бесплатное ЭКО, негативным отношением общества –

вынуждает ЭКО-пациентов искать себе подобных и среди них получать необходимые информацию и помощь.

Учитывая все вышеперечисленное, а именно:

1. На социальном уровне, недостаточное количество федеральных государственных квот на бесплатное ЭКО,
2. Невозможность для пациента самому выбрать ЭКО-клинику, в которую он принесет государственные деньги,
3. На региональном уровне, отсутствие федеральных центров по высокотехнологичному лечению бесплодия на территории Сибири и Дальнего Востока,
4. Высокую стоимость ЭКО в условиях сложной экономической ситуации в большинстве регионов,
5. На межличностном уровне, непосредственно окружающей пациентов социальной среде – отсутствие доступной и подробной информации о ВРТ.

6. Негативное, стигматизирующее отношение общества к бесплодным парам и к ВРТ.

7. Навязывание непроверенной информации из сомнительных источников про здоровье детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения (стигматизации детей ВРТ).

8. Отсутствие узкоспециализированной социально-психологической помощи для адаптации как к самому факту собственного бесплодия, так и к серьезному социально-экономическому и психологическому напряжению, связанному с его преодолением, пациенты ВРТ вынужденно объединяются в сообщества, чтобы самостоятельно бороться за свои права, добывать информацию и помогать друг другу. Именно этим в первую очередь и было обусловлено создание силами самих бесплодных семей Ассоциации пациентов ВРТ России осенью 2011 г.

Таким образом, из пассивного объекта социально-медицинского процесса пациенты становятся, или по крайней мере пытаются стать, одним из активных в этот процесс полноправных субъектов.

Защита прав пациентов подразумевает под собой:

- привлечение внимания общества и государства к тому, что уровень бесплодия может как расти, так и падать, последнее реально при позитивном отношении к ВРТ, тогда возможно статистически значимое улучшение демографической ситуации;
- стремление способствовать развитию вспомогательных репродуктивных технологий как основного метода преодоления бесплодия;
- стремление добиваться от государства увеличения квот на ЭКО, которые было бы возможно использовать в любой клинике по усмотрению пациента;
- просвещение и информационная поддержка граждан в области репродуктивного здоровья человека, применения методов ВРТ;
- формирование позитивного отношения к ВРТ в обществе и в государстве, добровольного отношения к бесплодным семьям;
- защита интересов пациентов ВРТ и бесплодных семей на государственном уровне и в медицинских учреждениях РФ.

Итак, сложившаяся в России ситуация привела к тому, что пациенты взяли на себя функции, которые часто выполняются другими социальными институтами. Это – пример мобилизации стигматизируемого меньшинства, обладающего, однако, некоторыми экономическими и личностными ресурсами, и формирования, на базе Интернет-сообщества, как это в настоящее время часто бывает, социальной группы людей, объединенной общими интересами, и вступающей в социальный институт медицины (которому изначально она и обязана своим возникновением) уже на совершенно иных основаниях: вместо разобщенных изолированных

личностей, угнетенных своим состоянием, наличием взаимодействующая группа, усиленная взаимной эмоциональной и информационной поддержкой.

Список литературы

1. Куснова О.Г., Руснова Н.Е. Социальный переплет пациентов репродуктивной медицины/Сборн. исследования. – 2010. № 4. – С. 111–119.
2. Sapkota O.G., Sapkota Nirupati rajan internet-committee. Lived experience of Russian in vitro fertilization patients/Intentional Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2011. № Vol.6, no.3.
3. Куснова Е.Т. (2008). Социально-психологическая адаптация бесплодных пар к проблеме бесплодия. Unpublished thesis for the degree of Candidate of Medical Science, Russian Academy of Medical Sciences at Siberia.
4. Westingford H. (1993). The virtual community. Investigating on the electronic frontier. Reading, M.A.: Addison-Wesley Publishers.

Исцова О.Г., Руснова Н.Е. ИЗМЕНЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОРТРЕТА ПАЦИЕНТОВ РЕПРОДУКТИВНЫХ КЛИНИК ПОСЛЕ ШИРОКОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КВОТ НА ВРТ

Институт Демографии НИУ ВШЭ, Москва

Проблема бесплодия и его коррекции не теряет актуальности в России уже много лет. Реальные результаты стали появляться сравнительно недавно, в начале 2000-х г., когда в практику общественной медицины вошли вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), основанные на дорогостоящем методе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В последнее время ежегодно в стране выполняется более 25000 операций ЭКО, но доступность этой процедуры для населения повысилась после включения ЭКО в перечень высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оказываемой в федеральных клиниках и лечебных учреждениях, подведомственных РАМН, в 2006 г. Однако, за счет квот федерального бюджета проводится не более 12% всех циклов ЭКО, проводимых в стране. К 2011 г. число бесплодных для населения циклов приблизилось к 10000 в год при затратах из бюджета около 1,2 млрд руб. Реальное количество квот выше за счет дополнительного финансирования из региональных бюджетов (см. ниже).

Параллельно с расширением квотирования происходит процесс совершенствования регулирования доступности квот. С 2008 г. МЗиСР РФ дважды выпускало приказы, регламентирующие порядок оказания гражданам РФ ЭКО за счет федерального бюджета, поскольку требовалось одновременно предоставлять такую помощь наиболее нуждающимся и повысить эффективность лечения. Главным изменением стало то, что с января 2010 г. бесплатно ЭКО делают не только в случае женского бесплодия, но и в случае мужского, однако лишь при условии, что мужчина официально женат на бесплодной женщине.

Федеральные и региональные квоты на ЭКО в 2010 г.

- Москва – 1200 квот – бюджет г. Москвы
- Московская область – 400 квот – федеральный бюджет
- Санкт-Петербург – 600 квот – бюджет г. Санкт-Петербурга
- Ленинградская область – 90 квот – федеральный бюджет
- Республика Карелия – 9 квот – федеральный бюджет
- Республика Татарстан – 200 квот – федеральный бюджет, бюджет Татарстана
- Алтайский край – 100 квот – бюджет Алтайского края
- Краснодарский край – 130 квот – бюджет Краснодарского края
- Пермский край – 170 квот – федеральный бюджет
- Вологодская область – 270 квот – федеральный бюджет

Мурманская область – 20 квот – федеральный бюджет
Нижегородская область – 80 квот – федеральный бюджет
Челябинская область – 250 квот – федеральный бюджет
Государство финансирует три способа ВРТ: ЭКО, ИКСИ (введение сперматозоида в яйцеклетку) и редукция эмбриона. Все остальные (искусственная инсеминация, хирургические методы получения сперматозоидов, донорство спермы и яйцеклеток, суррогатное материнство) в квоту не входят. Для заключения договора на государственную программу лечения бесплодия супружеская пара должна соответствовать определенным био-социальным параметрам (официальный брак, постоянная регистрация, диагноз, при котором ЭКО наиболее эффективно и проч.). Знакомым является увеличение возраста пациентов – он повышен до 39 лет для женщины на момент включения в программу федеральных квот, и отсутствие ограничений по числу попыток – теоретически можно несколько раз провести ЭКО бесплатно, но на практике достаточно длительное нахождение в листе ожидания этого не позволяет.

Некоторые региональные критерии отбора пациентов в 2010 г.

Московская область – женщина не старше 37 лет, две попытки ЭКО
Чувашия – женщина не старше 45 лет, можно участвовать в программе один раз в год

Краснодарский край – возраст женщины от 22 до 38 лет (включительно), супружеские пары, проживающие в сельской местности или работающие в социальной сфере, имеют право стать участниками Программы в приоритетном порядке.

Ханты-Мансийский АО – возраст женщины не старше 37 лет, квота предоставляется не чаще одного раза в год и не более двух раз.

Омская область – возраст пациенток до 35 лет.

Оренбургская область – женщины в возрасте до 40 лет.

Пензенская область – возраст женщины от 22 до 38 лет (включительно) на момент рассмотрения вопроса на комиссии.

Самарская область – женщины без медицинских противопоказаний для вынашивания беременности и не достигшие 38-летнего возраста. При средней величине среднегодового дохода семьи на момент принятия решения о направлении на лечение с применением ВРТ ниже 2-кратной величины прожиточного минимума, установленной в Самарской области для трудоспособного населения, медицинская услуга ЭКО в полном объеме оплачивается за счет средств областного бюджета; от 2 до 4-кратной – оплачивается 50% размера стоимости ЭКО.

Свердловская область – возраст женщины до 39 лет на момент включения в регистр.

Томенская область – четких критериев отбора нет, отбор пациентов на ЭКО проводится врачебной комиссией с индивидуальным подходом к каждой супружеской паре.

Региональное квотирование ЭКО регулируется органами исполнительной власти соответствующего уровня, и его критерии несколько отличаются от федеральных. Право наывать дополнительные ограничения или расширять круг пациентов есть у правительства регионов, поскольку оплата процедур ВРТ осуществляется за счет региональных бюджетов. Это особенно важно, поскольку в 2010 г. лишь 10 муниципальных учреждений (около 10% всех российских репродуктивных клиник) получили государственный заказ на проведение ЭКО из федерального бюджета (четыре в Москве, два в Санкт-Петербурге, по одному в Иваново, Екатеринбург, Ростове-на-Дону, Нижнем Новгороде). Усиление доли региональных бюджетов можно рассматривать как благоприятную тенденцию, поскольку теоретически появляется

возможность учета демографической ситуации в регионе и локальных традиций доходности (числа детей в семье, возраста материнства и проч.). Это также позволяет регионам адаптировать программы финансирования ЭКО за счет оплаты дополнительных расходов, связанных с участием в программах ВРТ (поезд в столичные клиники, проживание в гостинице), что актуально в тех случаях, когда возможность квотирования для пациента исчерпаны и необходимо проведение повторных циклов.

Таким образом, государственное регулирование ЭКО как разновидности ВМП совершенствуется. Это создает новый портрет пациентов российских репродуктивных клиник, расположенных в разных регионах страны.

Сейчас, когда уже накоплен опыт лечения большого числа "квотных" пациентов, можно сделать некие предварительные выводы о том, как изменился социальный портрет пациентов ЭКО в России по сравнению с 2008-2009 гг., когда большинство составляли те, кто оплачивал лечение собственными средствами.

По сравнению с тем временем, по наблюдениям на наиболее массовом сайте общения таких пациентов Рубикалг, произошли следующие изменения:

- единое сообщество "раскололось" на большее число региональных сообществ, заинтересованных прежде всего в обсуждении проблем ЭКО в своем регионе;

- снизился уровень дохода (поскольку квоты подразумевают доступность ЭКО для любых групп населения) и образования участвующих в обсуждениях на форуме пациентов;

- по наблюдению врачей-андрологов, при массовом введении квот значительно увеличилось число пар со сложнейшими вариациями мужского фактора бесплодия – это заставляет задуматься о социальном неравенстве в области мужского здоровья в детстве и в юности, а также о том, что "квотники" – это представители более "опасных" профессий.

Социально-психологические характеристики "новых" пациентов также изменились – они менее уверены в себе, хуже умеют искать и анализировать информацию, в большей степени склонны доверять и подчиняться авторитету врача. Поскольку зарегистрированный брак дает преимущество, "квотники" откладывают большей традиционностью в семейно-гендерной области (что, в современном российском варианте, означает скорее всестороннюю женскую самоотверженность и всепрощение, а не статус неработающей домохозяйки – слишком мало хорошо зарабатывающих мужчин).

Кроме того, меньше стала и целенаправленность в отношении достижения беременности и рождения ребенка – когда "квотные" деньги кончаются, эти пациенты могут оставить лечение, не достигнув цели: отчасти потому, что у них может действительно не быть больше денег; но иногда и потому, что они воспринимают лечение от бесплодия иначе, ведь отношение к "бесплатному" часто более легкомысленное, чем к дорогостоящему.

В то же время, это не совсем бедные люди, поскольку для многих расходы на поездку в один из крупных городов страны для лечения оказываются гораздо выше тех сумм, которые они потратили бы, проходя курс ЭКО в частной платной клинике в своем собственном городе.

Нельзя также исключать и использование "квотниками" социальных ресурсов – но, поскольку в отдаленных регионах, как видим, выгоднее делать ЭКО платно в своем или ближайшем городе, то это, возможно, более специфические ресурсы – а именно, квотниками могут оказываться обладатели различных льгот, например, настоящие и бывшие военные и т.д., что может косвенно объяснить и "ухудшение" диагнозов пациентов в целом в последние годы.

Как бы то ни было, все это позволяет сделать вывод о том, что квоты выполняются свою роль, расширяя круг людей, которым доступно лечение бесплодия современными высокотехнологичными методами. Темерь, это уже в меньшей степени авангардная целеустремленная группа, обладающая высокими личностными ресурсами, и в большей – представители "населения в целом", "средние" российские граждане, чьи проблемы наконец-то тоже начинают решаться. Это позволяет надеяться на то, что если государственная политика в этой области не изменится в более неблагоприятную для ЭКО сторону, а напротив, количество квот будет расти, у России когда-нибудь появятся шансы войти в число стран, где применение этого метода в демографическом отношении наиболее эффективно.

Список литературы

1. Динина М.В. История и эволюция методов лечения бесплодия // Проблемы репродукции. – 1995. №1 – С. 9–14.
2. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины // Экономика здравоохранения. – 2000. № 5. 6. <http://med1.nidoc8200517.htm>
3. Фролов М. Рождение клиники: археология врачебного экзамена. – М.: Смысл, 1998.
4. <http://www.robitryka.ru/dostup/10.03.2012>
5. Сайт: <http://nabur.narod.ru> – все о лечении бесплодия. ЭКО, полновом доверие.

КОЛОМЦЕВ О.М. МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧА-ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Происходящие сегодня во всех областях современного российского образования изменения требуют адекватной перестройки и в подготовке врача-преподавателя в системе высшей школы. Опыт проведения занятий с педагогами медицинского университета показывает, что они не имеют необходимых знаний о психолого-педагогических закономерностях процесса усвоения, о способе формирования у студентов умственных действий и понятий, мышления, внимания и других психических процессах, о психологической структуре и содержании педагогической деятельности и учебной деятельности студентов и т.д., без которых невозможно методически грамотно организовать учебный процесс. Врачи-преподаватели не осознают психолого-педагогические причины "трудного" восприятия студентами учебного материала и их наиболее распространенных ошибок, следовательно, не могут принять адекватных методических мер для их предупреждения.

Серьезную трудность для многих преподавателей представляет методическое проектирование занятия с учетом психолого-педагогических закономерностей учебного процесса. Смысл и содержание своей деятельности врачи-педагоги сводят к объяснению материала, передаче студентам "готовых" знаний и демонстрации способов решения практических задач конкретно-предметной области в виде образцов или схем с алгоритмами. Мало внимания уделяется построению в учебном процессе именно учебной деятельности студентов, в которой они бы являлись учащимися – знающими, как учиться самостоятельно, умениями это делать и реально это делавшими.

Не случайно на проходившей с 27 по 29 января 2010 г. в городе Москве V Всероссийской научно-практической конференции по проблемам психологии образования большое внимание было уделено вопросам психолого-педагогического образования педагогов, формирования у них психолого-педагогической компетентности в связи с изменением парадигмы педагогического образования, вызванного модернизацией всей российской образовательной системы и переходом на новые стандарты среднего и высшего образования. Для проектирования преподавателем своей

педагогической деятельности он должен владеть *методической компетентностью*, которая является интегративной, включающей в себя знания психолого-педагогических наук, и именно поэтому являющейся базой в системе профессиональной подготовки врача-преподавателя, создавая другие возможности для качественного развития его педагогической деятельности.

Выстраивание системообразующих связей между блоком психолого-педагогических наук и реальной практикой методической подготовки врача-преподавателя в системе высшего медицинского профессионального образования возможно на основе идей психологической теории деятельности (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Гальперин П.Я., Решетова З.А., Нечаев Н.Н. и др.) и системного подхода к организации процесса усвоения (Решетова З.А., Дербунина Н.Е., Коломцев О.М., Логниова Е.Н., Малыгина О.А., Шамгулина И.Г. и др.).

Нами выделены три блока методических умений, которые необходимо формировать у врача-преподавателя в процессе его профессиональной подготовки.

К I блоку методических умений относятся те, которые направлены на раскрытие *структуры и содержания* подлежащего усвоению *конкретного предметного материала*: распределение учебного материала по медицинским и построение схем ориентировочной основы деятельности системного типа. Одни схемы представляют весь объем дидактических единиц (знаний) как целостную концептуальную систему с внутренними системообразующими связями. Другие раскрывают структуру и содержание осуществляемой деятельности при решении практических задач (ситуационных, клинических и др.).

Для того чтобы врач-преподаватель мог проектировать свою педагогическую деятельность, посредством которой организуется учебная деятельность студентов, и психологическая сущность которой должна быть адекватна психологической структуре и содержанию учебной деятельности студентов, педагог должен владеть методическими умениями, которые мы относим ко 2 блоку. Они связаны со структурой и содержанием учебной деятельности студентов: проведение анализа учебной деятельности, осуществимой при исследовании изучаемого конкретно-предметного материала и проявлении новых знаний о нем; их теоретическое обобщение и фиксация знаково-символическими средствами в схеме ориентировочной основы деятельности; проведение анализа деятельности самоконтроля, самооценки и самокоррекции допущенных отклонений от нормативного выполнения деятельности; проектирование способов формирования логического, системного, понятийного, творческого мышления, которые выступают основой клинического мышления; проведение рефлексии учебной деятельности (через категории деятельности, категории системного подхода, в т.ч. метода системного анализа, категории логики); проведение психолого-методического анализа любого вида деятельности (ее структуры и содержания) и т.д.

К 3 виду методических умений относятся те, которые связаны с проектированием структуры и содержания *педагогической деятельности*: построение исследовательской деятельности по распределению изучаемого конкретно-предметного материала и проявлению новых знаний; построение схем ориентировочной основы деятельности системного типа на исследовательскую деятельность; проведение теоретического обобщения произведенных в исследовательской деятельности новых знаний и фиксированных их знаково-символическими средствами в схеме ориентировочной основы деятельности; построение схем ориентировочной