

УДК 37.013.77

ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Марцева А.П., Родиков М.В., Пахомова Р.А.

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, e-mail: pra5555@mail.ru*

Одним из вспомогательных методов обучения и совершенствования практических навыков является работа около постели больного. Курация пациентов развивает у студентов самостоятельность, уверенность, раскрывает профессиональные качества будущего специалиста, создает творческий подход к организации своей работы. Опытные преподаватели определяют научное направление, учат работать с литературой, проводят тренинги и мастер-классы, помогают обобщить и систематизировать полученные результаты. В медицинском образовании в качестве основного способа обучения традиционно использовалось совместное (а потом и самостоятельное) «ведение» пациента врачом-педагогом и студентом. Этот реальный процесс включал все этапы обследования и диагностики, составления и реализации плана лечения, последующего обсуждения динамики состояния пациента и оценки результатов лечения. Это способствует овладению студентами первых навыков и методологии ведения пациентов, проведения обследования, дифференциальной диагностики, составления плана лечения.

Ключевые слова: педагогика, практическое занятие

FEATURES OF EDUCATION OF FUTURE DOCTORS ON PRACTICAL OCCUPATION IN MEDICAL SCHOOL

Martseva A.P., Rodikov M.V., Pakhomova R.A.

*SEI VPO «Krasnoyarsk state medical university of a name of professor V.F. Voyno-Yasenetsky
of Ministry of Health Russian Federation», Krasnoyarsk, e-mail: pra5555@mail.ru*

One of auxiliary methods of training and improvement of practical skills is work about the patient's bed. Kuration of patients develops independence, confidence at students, opens professional qualities of future expert, creates creative approach to the organization of the work. Skilled teachers define the scientific direction, learn to work with literature, provide trainings and master classes, help to generalize and systematize the received results. In medical education as the main way of training «maintaining» the patient by the doctor-teacher and student was traditionally used joint (and then and independent). This real process included all stages of inspection and diagnostics, drawing up and implementation of the plan of treatment, the subsequent discussion of dynamics of a condition of the patient and an assessment of results of treatment. It promotes mastering students of the first skills and methodology of maintaining patients, carrying out inspection, differential diagnostics, treatment scheduling.

Keywords: pedagogics, practical occupation

Модернизация учебной деятельности существенно влияет на эффективность обучения, так как позволяет опираться на основные компоненты ориентировки в реальной структуре действий врача (для студента – в ходе курации пациентов): анализ исходной ситуации, этапы, орудия и средства, критерии и способы самоконтроля. В медицинском образовании в качестве основного способа обучения традиционно использовалось совместное (а потом и самостоятельное) «ведение» пациента врачом-педагогом и студентом. Этот реальный процесс включал все этапы обследования и диагностики, составления и реализации плана лечения, последующего обсуждения динамики состояния пациента и оценки результатов лечения. В нем происходила передача опыта врачевания от одного специалиста к другому и присвоение обучаемым профессиональных ценностей, знаний, навыков и даже индивидуальных приемов, стиля поведения и общения с па-

циентами и коллегами. Обучение у наставника, учителя, мастера – одно из важнейших достижений медицинского образования [1, 3, 5]. Вместе с тем этот способ передачи опыта имеет определенные ограничения. Обучение рядом с профессионалом ведет к усвоению «видимой» части опыта и к опасной недооценке «невидимой», скрытой от наблюдения, осуществляемой как бы автоматически или на основе уже сложившегося у мастера интуитивного чувства. Дистанция от «Смотри, как это делаю я» до «Делай, как я» в обучении огромна. Этот путь был весьма типичен для обучения методом «проб и ошибок» со всеми характерными для него недостатками: эмпирическими обобщениями наиболее часто встречающихся в практике случаев, увеличением сроков обучения, трудностями и ошибками в нестандартных и нетипичных ситуациях. Проходило немало лет, прежде чем начинающий врач вырабатывал свой стиль действий, обретал свой опыт (а не повторял

или копировал пусть даже очень ценный, но чужой). Среди врачей бытует трагический афоризм «У каждого доктора – свое кладбище», отражающий ту боль и цену, которую платит профессионал за обретение своего опыта. Достижения педагогической психологии – науки, изучающей закономерности развития и изменения человека в процессе обучения и те условия, которые делают обучение успешным, – позволили сформировать новый взгляд на профессиональное образование и иной подход к процессу становления профессионала [2, 4, 7]. В высшем медицинском образовании для развития клинического мышления и профессиональных навыков стали применяться методики, созданные на основе теории поэтапного формирования умственных действий и понятий П.Я. Гальперина. Ведущие ее идеи удивительно созвучны всей логике становления медицинского образования в России. (Уже с середины XIX в. в клиническую подготовку врачей были включены три этапа: пропедевтический, факультетский и госпитальный, – которые студенты проходят в соответствующего типа клиниках терапевтического и хирургического профилей.) Современное медицинское образование ориентировано на активную деятельность самого обучаемого при решении профессиональных задач (реальных или моделируемых). Согласно такому подходу, теоретические знания усваиваются одновременно с практическим освоением профессиональных норм и способов деятельности, а не отдельно и заранее. Эта теория предусматривает практику подготовки специалиста на основе овладения конкретными профессиональными действиями (диагностикой, лечением, профилактикой, реабилитацией) и концептуальными знаниями и навыками (профессиональным мышлением, способами общения, мануальными клиническими навыками). При этом концептуальные знания становятся «обеспечением», условием и залогом точного выполнения практических действий. Для реализации данного подхода создаются психологические модели деятельности, благодаря которым обучаемым становится понятным, как, в какой последовательности и почему следует делать определенные операции, чтобы правильно осуществить всю деятельность [3, 8, 10]. Такие модели разрабатываются на основе психологического анализа осваиваемой деятельности. Подобный анализ дает возможность понять объективную логику деятельности: что является ее целью, в какой конечный результат эта цель должна воплотиться и благодаря каким конкретным действиям она достигается на

практике; и субъективную (психологическую) составляющую этой логики, в частности, почему допускаются ошибки, характерные для начинающих. Затем проводится структурирование деятельности – ее разделение на последовательные действия и операции, выделение в них ориентировочной, исполнительской и контрольной частей; выявление типичных ошибок и трудностей в процессе работы. Созданная таким образом структура деятельности представляет наглядную картину всего: что за чем, с помощью чего и для чего выполняется. Такая уточненная структура позволяет составить подробную ориентировочную основу формируемого действия, указать конкретные ориентиры, которыми может руководствоваться обучаемый, осваивая новую для него деятельность. Такими ориентирами могут служить: последовательность этапов действия (что за чем?); используемые орудия и средства (с помощью чего?); критерии и способы самоконтроля (для чего выполняется?); оценка завершающих действий (какой достигается результат?). Четкое описание ориентировочной основы действия обеспечивает правильное выполнение исполнительской части. Таким образом, в учебном процессе модель осваиваемой деятельности представлена двумя взаимосвязанными частями: первая из них – схема ориентировочной основы действия (учебная карта), т.е. система последовательных указаний на то, что, когда и как следует делать, которая отражает логику и технологию процесса; вторая часть – учебные практические задачи, моделирующие сам процесс деятельности, охватывающие все варианты, встречающиеся в практике (фактический материал для задач, соответствующий логике профессиональной деятельности, которая едина в различных ситуациях, может быть подобран из реальной практики или моделирован). Ориентирующие средства, используемые в обучении, должны обеспечить обучаемому безошибочное выполнение с первого раза ранее незнакомого действия. Для этого схемы должны соответствовать определенным требованиям [4, 7, 9]. Для изучения каждой темы составляется своя схема ориентировки. В ней должны быть учтены все признаки понятий и их проявления в клинической ситуации, все условия, влияющие на выполнение действия. Логика анализа клинической ситуации должна быть представлена в виде четкой структуры, чтобы исключить выбор неправильного направления действий обучаемого. Достигается это системой поставленных вопросов, которые формулируются также с учетом определенных

требований: а) быть понятными обучаемому; б) быть краткими и однозначными; в) предусматривать четкий и однозначный ответ; г) содержать основные понятия в соответствии с научной, медицинской терминологией. Каждый вопрос схемы, отражая логику и смысл осваиваемого действия, должен четко ориентировать исполнителя в последовательности выполняемых операций. Цепочка таких вопросов, четкость их формулировок направляют мысль обучаемого, постепенно подводя его к решению (акцент делается не на механическую память и припоминание правильного ответа, а на рассуждения и поиск решения и его обоснование). Система учебных задач – это своеобразный тренажер, благодаря которому студент учится выполнять действия (деятельность). При формировании новых действий (а не просто новых знаний) важно учиться им в реальной практической ситуации или на адекватных ей моделях. Поэтому система учебных задач охватывает все возможные варианты, встречающиеся в деятельности врача, и содержит модели разнообразных практических ситуаций, с которыми он может сталкиваться часто, а иногда, напротив, достаточно редко. Обучаемый должен приобрести умение действовать во всех случаях. Именно в этом и состоит необходимость обращения к психологическому моделированию деятельности. Профессиональные умения и навыки, как и знания, не передаются преподавателем студенту «из рук в руки». Они формируются в самостоятельной безошибочной деятельности студента, которая организована педагогом [3, 5, 9, 10]. Главная особенность такого обучения в том, что студент действует (решает задачи) с опорой на ориентирующие средства – схемы ООД. Задача преподавателя – четко организовать и адекватно управлять самостоятельной деятельностью студентов: ставить задачи, корректировать ход их решения на основе схем ООД, фиксировать и оценивать результаты усилий обучаемых. Для этого он сознательно отказывается от привычной позиции «давать знания». Своеобразие методики требует, чтобы в начале обучения педагог ознакомил студентов с порядком действий на занятиях, т.е. с процедурной стороной учебной деятельности. Очень важно и самому педагогу, и студенту преодолеть «школярские» установки, согласно которым сначала предьявляется «вся теория», а потом на примерах показывается, как она реализуется в жизни. Благодаря этой методике мотивирующим становится понимание того, что только самостоятельные действия по решению профессиональных задач приво-

дят к пониманию «теории». А поэтому роль преподавателя состоит не в навязывании учебного материала, а в предоставлении студенту возможности успешно учиться самому, в создании для этого соответствующих благоприятных условий – разработке учебно-методических материалов, схем ориентировки, выборе задач, пробуждающих активность и заинтересованность, подготовке адекватных вопросов и заданий для контроля результатов обучения [3, 4, 6, 8]. Для обретения студентом мотивационной готовности к самообучению необходима общая ориентировка в особенностях обучения по методике поэтапного формирования умственных действий. Задача студентов состоит в самостоятельном обучении в присутствии преподавателя – наставника и консультанта. Прежде всего для этого требуется готовность с точки зрения мотивации – понимание своих целей и ценностей: «Хочу научиться этому (для чего или ради чего)». Не менее важно осмысление и интеллектуально-познавательных устремлений – приобретение концептуальных знаний, норм и способов деятельности: «Могу научиться (знаю, чему именно и как)». Согласованное принятие педагогом и обучаемым учебных задач и установок открывает перед ними широкое пространство совместной деятельности как условие реализации лично ориентированного подхода. В ситуациях, связанных с оказанием реальной помощи пациенту, роль преподавателя заключается в создании условий для рефлексии обучаемого – обдумывания, анализа предстоящих и уже выполненных действий, их обоснования, оценки их правильности или ошибочности с точки зрения требований, которые диктует всякая конкретная ситуация (клиническая, деонтологическая, социальная). Этому служат так называемые целевые паузы, выделяемые на тех этапах, когда необходимо проанализировать меняющуюся клиническую картину, сравнить свои действия с профессиональной нормой, предупредить возможное осложнение ситуации. В качестве речевого этапа – проговаривания – используются обсуждения клинических случаев (аналогичные врачевным конференциям и анализу записей в историях болезни) [1, 3, 8]. Главной целевой установкой для студента является вдумчивый, заинтересованный подход ко всем своим действиям, а не стремление «все знать и все уметь». При очевидном различии учебных (модельных) и реальных ситуаций их объединяет одно: если будущий врач стремится действовать профессионально, то ему надо уметь правильно рассуждать и мыслить в соответствии с логикой норм и способов

деятельности. Практические или моделирующие практику задачи и упражнения, решаемые студентами с использованием ориентирующих схем, исключающих ошибки, направляют их мыслительные действия в нужное русло, приводят к овладению общим способом целенаправленного анализа условий ситуации (что дано и что надо найти) и в конечном счете к освоению данной деятельности. Однако следует отметить, что игнорирование принципиальных различий между практическими и моделирующими задачами недопустимо, ибо встреча и работа с реальными проблемами пациентов учит студентов принимать и справляться с неопределенностью ситуации, критически относиться к своему опыту, творчески применять профессиональные навыки. Работа с конкретными реальными проблемами является особым видом совместной деятельности студентов и преподавателей, в которой заключены возможности для создания творческой развивающей атмосферы. Успешная профессиональная практика в условиях клиники (умение работать с проблемами пациентов в реальных условиях и в контакте с другими подразделениями на основе междисциплинарного подхода) может быть осуществлена через рефлексивное проектирование и системное построение учебной ситуации [1, 4, 6, 10]. При этом необходимо учитывать специфику обучения на каждой из клинических кафедр, в процессе которого могут возникать определенные трудности: при использовании схем ориентировки в условиях реальной помощи пациенту невозможно действовать по схеме (в последнее время функции таких схем стали выполнять разработанные преподавателями кафедр «схемы истории болезни», в которых формулируется последовательность этапов действий при диагностике, лечении и оценке его результатов); при решении всевозможных проблемных задач, которые не имеют однозначного (правильного или неправильного) ответа и предполагают неопределенность, критерием адекватного выбора является необходимость оказать помощь пациенту, а не требования собственно процесса обучения; освоение системы профессиональных отношений и ценностей, навыков межличностного общения, которые формируются через организацию взаимодействия между людьми в совместной деятельности, происходит в иной логике, чем усвоение знаний и действий. В учебной ситуации диалог осуществляется в триаде «врач-педагог—пациент—студент-будущий врач», где первый выступает в качестве эксперта, приглашающего студента к проведению экспертизы

и показывающего ему, что исследование проблемы включает не только выявление симптомов, анализ анамнеза заболевания, адекватную трактовку объективных данных осмотра (опроса, обследования), но и постижение их ценностно-смысловых оснований и причин. При этом врач-педагог неизбежно сталкивается с особенностью гуманистического подхода — признанием сложности, противоречивости, постоянной изменчивости, неповторимости человеческого в человеке. В нашем понимании метод обучения — это способ совместной деятельности врача-педагога и студента, направленный на реализацию целей и ценностей, предопределяющих становление личности будущего врача и овладение им основами профессиональной деятельности. Методы обучения являются одним из важнейших компонентов педагогического процесса наряду с его целями и задачами, содержанием, организационными формами и результатами. Так, метод обучения служит: для обмена информацией между преподавателем и студентом (словесной, наглядной, практической); управления познавательной деятельностью студентов (непосредственного, опосредованного, самоуправления); общения преподавателей и студентов (фронтального, группового, индивидуального); стимулирования и мотивации учения и деонтологического воспитания; контроля за эффективностью учебной деятельности [1, 3, 5, 10]. Вначале метод обучения существует как проектируемая преподавателем модель учебно-профессиональной деятельности, а затем реализуется на практике как совокупность конкретных приемов, действий, операций. Например, метод решения задачи состоит из различных приемов: выделения существенных и несущественных симптомов заболевания; формирования учебных гипотез (предположение о диагнозе); их доказательства (обоснование диагноза, способов лечения, профилактики); формулирования выводов, обобщений и др. В практике медицинского образования закрепился термин «активные методы обучения». В свое время он отражал общую тенденцию отхода педагогики от традиционных догматических пассивных методов обучения, в которых преподаватель выступал транслятором знаний, информации, а используемые им методы должны были облегчить студентам ее восприятие. Происхождение этого термина связано также с педагогическими течениями начала XX в. за демократизацию образования в Западной Европе и Америке. В тот период данный термин относился к педагогическому процессу в начальной и средней

школе. И только в ходе реформ высшего образования в 60-е гг. XX в. в США, Франции, Великобритании и ряде других стран он стал использоваться применительно к высшему образованию в противовес «пассивным методам обучения» [1, 6, 9, 10]. Среди активных методов обучения в медицинских вузах выделяются: лабораторные практикумы (изучение материальных и материализованных объектов; препаратов, муляжей, приборов, макетов, фантомов); решение клинических задач, выполнение мануальных действий на моделях или пациентах (навыки пальпации, перкуссии, аускультации, остановка кровотечения, искусственное дыхание и т.д.); учебные ролевые и деловые игры; учебно-исследовательская работа студентов (УИРС) и научно-исследовательская работа студентов (НИРС); рецензирование и реферирование литературы, выполнение курсовых и дипломных работ, составление учебной истории болезни. Большинство указанных методов обучения носит проблемный характер. Они наиболее адекватно соответствуют логике врачебного (профессионального, клинического) сознания и мышления, поэтому они предпочтительны для всего периода обучения в вузе. Степень самостоятельности студентов должна возрастать по мере продвижения, т.е. в самом начале быть частично-поисковой, а затем приобретать не только поисковый, но и в ряде случаев исследовательский характер. Функция проблемного обучения состоит в том, чтобы сформировать у сту-

дентов способность к творческой профессиональной деятельности и потребность в ней, развить мыслительные способности, рефлексии и целеполагание. Использование проблемно-поисковых и исследовательских методов обучения во внеаудиторное время определяет систему учебно-исследовательской работы (УИРС), научно-исследовательской работы студентов (НИРС).

Список литературы

1. Гойхман О.Я., Надеина Т.М. Речевая коммуникация. – М.: ИНФРА-М, 2001. – 272 с.
2. Зарецкая Е.Н. Риторика: Теория и практика речевой коммуникации. – М., 1998.
3. Клюев Е.В. Риторика: учебное пособие для вузов. – М.: Приор-издат, 2005. – 270 с.
4. Леонтьев А.А. Психология общения. – М.: Смысл, 1999. – 365 с.
5. Мурашов А.А. Педагогическая риторика. – М., 2001.
6. Перовская Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг. – М.: Изд. МГУ, 1989. – 216 с.
7. Реан А.А. Характеристика деятельности преподавателя высшей школы через параметры вербального взаимодействия. – В кн.: Совершенствование научно-педагогической работы преподавателя высшей школы. – Казань, 1992. – С. 22–28.
8. Творогова Н.Д. Деловое общение преподавателя медицинского вуза / Учебно-методическое пособие для слушателей системы дополнительного образования, преподавателей медицинских и фармацевтических вузов, факультетов университетов. – Омск: Отдел международного сотрудничества ОмГМА, 2012. – 188 с.
9. Шакуров Р.Х. Психологические основы педагогического сотрудничества. – Казань, 1994.
10. Шеин С.А. Диалог как основа педагогического общения. // Вопросы психологии. Выпуск 12. – Челябинск: Изд. ЧГПУ, 2001.