

Высшее медицинское образование ставит своей целью формирование нравственно и духовно развитого человека – будущего специалиста, вне зависимости от его национальной и культурной принадлежности, готового и способного гармонично сочетать образованность, профессионализм, духовность, нравственную воспитанность; это процесс, направленный на усвоение личностью гуманитарного знания и культуры. Профессиональная культура будущих врачей включает отношение к профессии, к себе и окружающим людям. Важной задачей профессорско-преподавательского коллектива является профориентационная работа с обучающимися всех курсов, направленная на формирование мотивационной готовности к обучению и получению профессии врача-педиатра, а также становлению всесторонней развитой личности.

Литература

1. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Наука, 1994. – 325 с.

УДК 378.064.2

УЧИТЕЛЬ – УЧЕНИК: «НЕ СОТВОРИ СЕБЕ КУМИРА»?

Пасиешвили Л.М.

*Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней*

Современная педагогическая школа медицинских вузов за последние четверть века претерпела значительные изменения. Еще совсем недавно при проведении практического занятия или чтении лекции личностные отношения преподавателя и студента строились таким образом, что педагог на всех этапах общения со студентом выступал как неоспоримый носитель профессиональной информации, как в качественном, так и количественном эквиваленте. Учитель занимал определенный «пьедестал» на этом этапе, подняться до уровня которого было практически не возможно. При этом оговаривались вопросы не только возможного использования учебной литературы, но и конкретного учебного пособия, предлагаемого для прочтения. В тоже время небольшой арсенал учебников (2-3) по каждой дисциплине, ограничивал студента в возможном поиске ответов за затронутые на занятии вопросы. Довольно часто педагоги предлагали учебник конкретного автора, как с их точки зрения, наиболее адекватного программе и написанного с учетом рассматриваемого материала. При этом каждый педагог ориентировался на свои предпочтения. Такое ограничение в получении знаний не давало «простора» к полемике и довольно часто ограничивало кругозор студента. Использование монографических изданий или периодической медицинской литературы также не блистало разнообразием: выходявших медицинских журналов и сборников конференций было не так много, а издание монографической и учебной литературы порой запаздывало за нарастающим объемом знаний. В тоже время необходимо отметить и приоритеты в таких изданиях. Во-первых, издаваемая учебная литература была написана специалистами с большим клиническим опытом и хорошей школой профессиональной подготовки, последователями знаменитых по своим достижениям медицинских школ. Эти учебные пособия не допускали плагиата, недосказанности в представленном материале и были хорошо аргументированы. Кроме того, особенностью такой учебной литературы было не простая констатация фактов – перечисление симптомов или синдромов заболевания, но и рассматривались вопросы механизмов их формирования, что способствовало не простому запоминанию довольно большого объема знаний, а позволяло осмыслить прочитанный материал. Во-вторых, данная методическая литература имела приемлемую цену, которая позволяла ее приобрести любому студенту. В-третьих, издавалась серия литературы «в помощь практическому врачу», в которой по нозологическим формам были представлены отдельные заболевания, позволяющие студентам, врачам-интернам и молодым специалистам глубже изучать необходимый материал. И хотя, казалось бы, литературный голод был удовлетворен не полностью, но качество издаваемой литературы отвечало потребностям. В-четвертых, отношение педагога и студента было академиче-

ским, т.е. учитель всегда занимал свое высокое место в проблеме подготовки будущих специалистов.

Изменения в тандеме преподаватель – студент постепенно шли по нарастающей. Так, количество выпускаемой в настоящее время литературы очень велико, но не всегда соответствует истинному качеству. Доступность интернет ресурсов привела к тому, что стали появляться учебники, являющиеся переводными изданиями зарубежных авторов (без ссылки на последних), которые не всегда отражают наработки отечественной школы корифеев медицины. Довольно часто эти переводы носят механический характер и не адаптированы к условиям нашей работы – не только по схемам лечебных мероприятий и используемым препаратам (большинство из которых у нас нет), но и по отсутствию таких необходимых разделов, как реабилитация и диспансеризация пациентов, что является приоритетом нашей медицинской школы. Не очень удачным, не всегда обоснованным и приемлемым, на наш взгляд, является создание «Протоколов ведения больных...» по различным нозологическим формам, которые издаются по образцу зарубежных аналогов. С одной стороны они, вроде бы, помогают в диагностике и определении круга лечебных мероприятий, но с другой стороны, врач теряет такой необходимый навык, как клиническое мышление. Именно клиническим мышлением славилась наша школа врачевания! А если учесть тот факт, что в настоящее время все больные с хроническими неинфекционными заболеваниями внутренних органов имеют сочетанную патологию (коморбидное течение), то «Протоколы...» только усиливают путаницу в ведении таких больных.

Однако, несмотря на весь высказанный пессимизм настоящей подготовки студентов, несомненно, есть и положительные моменты. Во-первых, это свободный доступ к интернет-ресурсам, что, с одной стороны, позволяет получать современную литературу, а не покупать дорогостоящие издания, и, порой не всегда полноценные учебники. При этом публикуются современные достижения во многих областях медицины, представляются различные медицинские школы и направления. Но, с другой стороны, данные интернета не всегда добросовестно представлены и вносят путаницу в знания студентов. Эти публикации пестрят многими неточностями и ошибками. Кроме того, для ленивых студентов опубликованы рефераты по различной тематике, которые не всегда качественны, что «обеспечивает» списывание ими в большинстве своем поверхностно представленных работ. На наш взгляд, сложности (не технические) работы в интернете также обусловлены различными взглядами авторов публикаций (очень часто не имеющих отношения к медицине), а просто «вбивших» на определенный сайт откуда-то (непонятно откуда) взятую информацию. И такой «винегрет» знаний не только не помогает в учебе, но и вносит значительную несуразицу при их получении. Еще один момент современного освоения интернета. Это желание некоторых студентов не столько получить определенные знания, сколько найти какие-то частности, иногда не существенные, но позволяющие поставить преподавателя в неудобное положение. Эта тенденция, к сожалению, у ряда студентов проявляется желанием не столько научиться чему-нибудь, сколько занять время занятия в надежде, что он не будет опрошен и сможет «проскочить» отработку. Т.е. таким образом, технический прогресс в получении информации, с одной стороны, значительно расширяет возможности студентов и молодых специалистов в получении информации, но с другой стороны, ограничивает возможность клинически мыслить и синтезировать полученные данные.

Что и говорить, в такой связи резко изменились отношения преподаватель – студент. Первый не очень спешит учить – делиться знаниями при коммерческих отношениях в медицине не способствует воспитанию ученика, а с другой стороны – студент не очень мотивирован на получение знаний, имея такое подспорье, как интернет и «Протоколы ведения больных...». Возникающий замкнутый круг, таким образом, тормозит развитие новых отношений между данными оппонентами.

В тоже время, что греха таить, часть преподавателей – случайные люди, не имеющие навыков преподавательской деятельности, а порой и клинического стажа. В такой ситуации трудно научить кого-либо, если сам не совсем компетентен в вопросе.

Еще одна проблема, которая привела к нарушению отношений «учитель – ученик». Неадекватная заработная плата врача приводит к тому, что уже на старших курсах медицинских вузов студенты разочаровываются в выборе профессии, они перестают быть мотивированными на по-

лучение знаний и в большей степени присматривают работу, не связанную с практическим здравоохранением – это различные фармакологические фирмы, общественные организации и т.д. Все эти моменты приводят к потере ведущей роли преподавателя в таком тандеме. И вместо того, чтобы научить, довольно часто преподаватель становится менеджером, только контролируя знания студента, которые он получил из непонятного источника.

Опыт подготовки студентов-медиков за границей разительно отличается от основ нашей высшей школы. Мы всегда пытались учить, конкретизируя полученные знания, объясняя причину возникновения клинической симптоматики с упором на этиологию и патогенез, откуда «проистекает» объем лечебных мероприятий. Зарубежные школы не ставят перед собой задачу научить, а в большей степени контролируют самостоятельно полученные студентом знания, порой, не вмешиваясь в их рассуждения, а наблюдая со стороны их подходы к различным вопросам. Наверное, эти предпосылки также нашли свое отражение в написании итогового экзамена «Крок» («Шаг») по контролю знаний. И в этой ситуации наши цели различны. В частности, при написании таких итоговых работ в Голландии, контроль подразумевает помощь студенту в определении слабых моментов в знаниях. При этом работы возвращаются после проверки студентам, что позволяет им уточнить свои ошибки и работать над ними. Причем результаты этих работ не влияют на оценочный балл успеваемости студентов, а лишь помогают в освоении материала. Наши «Кроки» ставят своей целью проверку знаний не с возможностью последующей ликвидации пробелов в них, а лишь контроля с последующим учетом этой оценки в дипломе. На наш взгляд, данный контроль знаний не является объективным, т.к. есть много моментов, которые могут повлиять на итог работы, тем самым хорошего, знающего студента низвести до не прошедшего данный контроль.

Как было сказано, отношения между преподавателем и студентом существенно изменились, но вот в лучшую ли сторону, или нет – ответ неоднозначный. Т.е., с одной стороны мы дали студенту свободу действий и возможность свободной полемики с преподавателем, с другой стороны, сместили преподавателя с пьедестала Учителя, знаниями которого можно пренебречь, а иногда и им самим. Наши студенты получили возможность свободного общения, усвоения современных знаний, дискуссии как со своими однокурсниками и коллегами, так и возможность постигать международный опыт. Но дало ли это толчок к коренным изменениям и педагогическим инновациям. Т.е., говоря о прогрессе в обучении, об использовании современных знаний и достижений технического прогресса, мы в тоже время потеряли что-то очень важное – возможность преемственности и воспитания ученика, не только привнесением своих знаний и умений, но и своей личностью, отношением к профессии, пациенту, коллегам. Кумира мы потеряли, а вот создали ли ученика?

УДК 37.013.004.615

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ФАРМАКОГНОЗИИ

Попов И.В.

Пятигорский медико-фармацевтический институт (филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России)

Кафедра фармакогнозии и ботаники

Освоение новых информационных технологий становится одним из важных условий, определяющих вектор развития системы образования, так как они создают условия для формирования творческой и активной личности в различных видах деятельности, а также предоставляют неограниченные возможности для самообразования [1].

Под информационной технологией понимается процесс, использующий совокупность средств и методов сбора, обработки и передачи данных (первичной информации) для получения информации нового качества о состоянии объекта, процесса или явления (информационного продукта) [8].