



- **Магистерская программа «Интегрированная разработка лекарственных средств» – возможность гарантировать инновационное развитие отечественной фармацевтической отрасли** **10**
- **Педагогическое проектирование электронного образовательного модуля** **15**
- **Деловые игры в формировании профессиональных компетенций врача-педиатра** **40**
- **Новые форматы обучения иностранному языку в контексте профессионального развития специалиста в области здравоохранения** **57**

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ № 1 (8) И вузовская наука 2016

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ
ГБОУ ВПО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. И.М. СЕЧЕНОВА

Периодичность выхода: 4 номера/год

Учредитель

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Адрес редакции

119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Телефон редакции

8 (499) 766-44-28

Директор издательства: *Г.В. Кондрашов*

Редактор: *Ж.В. Логунова*

Корректор: *В.В. Прокопенко*

Верстка: *Е.В. Комарова*

Издатель

Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2
Телефон: 8 (499) 766-44-28

Издается с 2012 г.

Формат 60×90 1/8. Печать цифровая. Печ. л. 10,75. Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии

Издательства Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2

Перепечатка и воспроизведение в любом виде материалов и иллюстраций из журнала «Медицинское образование и вузовская наука» допускается только с письменного разрешения учредителя и издателя

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-48843 от 7 марта 2012 года

ISSN 2227-1759

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Глыбочко П.В.

Заместитель главного редактора

Свистунов А.А.

Ответственные секретари

Литвинова Т.М.

Юдина Л.Ю.

Редакционная коллегия

Баранов А.А.

Глебова Л.Н.

Дедов И.И.

Маев И.В.

Котельников Г.П.

Найговзина Н.Б.

Каграманян И.Н.

Печатников Л.М.

Чазов Е.И.

Ющук Н.Д.

Редакционный совет

Есауленко И.Э.

Зеленская Н.В.

Мошетова Л.К.

Наркевич И.А.

Павлов В.Н.

Петров В.И.

Камкин А.Г.

Хурцилава О.Г.

Янушевич О.О.

СОДЕРЖАНИЕ



Эффективность использования системы объективного контроля качества в симуляционном обучении
(*В.А. ЛАЗАРЕНКО, П.В. КАЛУЦКИЙ, И.И. ДОЛГИНА, С.А. СУМИН, А.В. РЕПАЛОВ*) 6

Магистерская программа «Интегрированная разработка лекарственных средств» – возможность гарантировать инновационное развитие отечественной фармацевтической отрасли
(*Ж.И. АЛАДЫШЕВА, Н.В. ПЯТИГОРСКАЯ, Ю.В. ФЕДОРОВА, В.В. БЕЛЯЕВ, В.В. БЕРЕГОВЫХ*) 10

Педагогическое проектирование электронного образовательного модуля (*Ю.В. ФЕДОРОВА, Н.Л. БОРЩЕВА*) 15

От сертификации к аккредитации специалистов: состояние проблемы и пути решения
(*В.И. ПЕТРОВ, В.Б. МАНДРИКОВ, В.И. САБАНОВ, А.Н. ГОЛУБЕВ*) . . 21

Опыт внедрения единого стандарта преподавания алгоритма базовой сердечно-легочной реанимации
(*Е.В. ТАПТЫГИНА, Е.Г. МЯГКОВА, А.И. ГРИЦАН, А.А. ГАЗЕНКАМПФ, Г.В. ГРИЦАН*) 26

Развивающая среда как ключевой фактор качества образования (*В.А. ЛЕВИНА*) 31

Информационно-образовательная среда вуза в обеспечении качества образования
(*В.Н. ПАВЛОВ, А.А. ЦЫГЛИН, Э.Г. МУТАЛОВ, Р.М. ФАЙЗУЛЛИНА*) . . 36

Деловые игры в формировании профессиональных компетенций врача-педиатра
(*Д.А. МОРОЗОВ, Е.И. АЛЕКСЕЕВА, А.П. АВЕРЬЯНОВ, И.В. ГОРЕМЫКИН, Ю.В. ФИЛИППОВ, С.Ю. ГОРОДКОВ, Е.С. ПИМЕНОВА, Е.Г. ЧИСТЯКОВА*) 40

Тренинг в высшем медицинском образовании
(*Д.В. САДЧИКОВ*) 43

Особенности преподавания нервных болезней и психиатрии в современных условиях
(*И.В. ДАМУЛИН, М.А. КИНКУЛЬКИНА, Р.В. ШУРУПОВА*) 47



Гигиеническое состояние полости рта
и стоматологическая просвещенность студентов
различных факультетов Первого МГМУ
имени И.М. Сеченова
(И.М. МАКЕЕВА, З.С. БУДАЙЧИЕВА,
З.М. КУЛИЕВ, А.А. КУРТЫШОВ) 53

Новые форматы обучения иностранному языку
в контексте профессионального развития специалиста
в области здравоохранения (И.Ю. МАРКОВИНА) 57

Медицинское образование глазами иностранных
студентов: возможности, проблемы и перспективы
(М.С. МИКЕРОВА, К.К. УИ, О.С. ГЛАЗАЧЕВ, В.А. РЕШЕТНИКОВ) 61

Использование имитационных технологий
в среднем профессиональном образовании
(Е.В. МЕЩАНКИНА) 67

Балльно-рейтинговая система контроля знаний –
важнейшее звено качества подготовки студентов
медицинских вузов (Н.В. ПОЛУНИНА, Г.Н. БУСЛАЕВА,
Н.М. АШАНИНА, В.С. ПОЛУНИН) 72

Опыт организации подготовки специалистов
по вопросам оказания медицинской помощи
в экстремальных ситуациях природного
и техногенного характера на основе интеграции
современных достижений науки, практики и образования
(И.Э. ЗАЙКИНА) 76

Политика качества в медицинском образовании:
выбор региональных приоритетов
(Е.А. КИСЕЛЕВА) 79

Мониторинг качества образования Дагестанской
государственной медицинской академии
(М.А. ХАМИДОВ, М.Н. ГАДЖИМУРАДОВ, Э.К. РАМАЗАНОВА) 83





УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Организационный комитет VII Общероссийской конференции с международным участием «**НЕДЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ – 2016**» приглашает Вас принять участие в работе конференции

VII Общероссийская конференция с международным участием «**НЕДЕЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ – 2016**»

27–30 сентября 2016 года • МОСКВА

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

27–28 сентября 2016 года – Конгресс-центр Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

В рамках мероприятия пройдут пленарные и секционные заседания, мастер-классы, выставка медицинского оборудования, заседание Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России и заседание Совета деканов медицинских и фармацевтических факультетов, а также Международный саммит «Превентивно-предиктивная и персонализированная медицина – основа новой системы здравоохранения».

29–30 сентября 2016 года – Ивент-холл «ИнфоПространство»

Подробная информация размещена на сайтах:

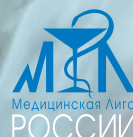
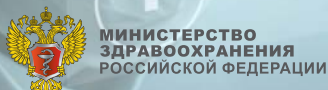
www.medobr-conf.ru и pppm.confreg.org

Ответственный секретарь Оргкомитета конференции:

Литвинова Татьяна Михайловна, проректор по учебной работе Первого МГМУ имени И.М. Сеченова

Адрес проведения конференции:

119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, Конгресс-центр Первого МГМУ имени И.М. Сеченова





Уважаемые коллеги!

Сегодня во всем мире идет осмысление того, каким должно быть медицинское образование, каковы его миссия, роль и место в укреплении здоровья населения.

Ключевой составляющей системы здравоохранения являются кадры. Без качественных кадров не бывает качественной медицины, а для создания хороших кадров нужно хорошее образование.

Сегодня у нас есть все возможности для модернизации российского медицинского образо-

вания в соответствии с требованиями времени. При этом важно сохранить и развить то лучшее, что было заложено в отечественной медицине и медицинском образовании великими российскими врачами и педагогами. Это гуманизм, милосердие, любовь к профессии, самоотверженность, активная жизненная позиция.

В этом номере журнала Вы найдете ответы на вопросы о качественном медицинском образовании в России, основанном на современных технологиях.

Главный редактор

П.В. ГЛЫБОЧКО



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

РОЛЬ СИСТЕМЫ объективного контроля в формировании профессиональных КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ

Цель работы – оценить эффективность использования системы объективного контроля качества. Оценка проводилась во время комплексных тренингов по проведению сердечно-легочной реанимации в группах клинических интернов и ординаторов по специальности анестезиология-реаниматология. Показано, что при дебрифинге с видеодемонстрацией выполняемых действий быстрее достигается выполнение эталонного задания.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

В.А. ЛАЗАРЕНКО

д-р мед. наук, профессор, ректор Курского государственного медицинского университета

П.В. КАЛУЦКИЙ

д-р мед. наук, профессор, проректор по образовательной деятельности и общим вопросам Курского государственного медицинского университета

И.И. ДОЛГИНА

канд. мед. наук, доцент, начальник центра практической подготовки Курского государственного медицинского университета

С.А. СУМИН

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии Курского государственного медицинского университета

А.В. РЕПАЛОВ

ординатор, инженер обучающего симуляционного центра Курского государственного медицинского университета

EFFECTIVENESS OF SYSTEM OF OBJECTIVE QUALITY CONTROL SIMULATION TRAINING

**V.A. LAZARENKO, P.V. KALUTSKY, I.I. DOLGINA,
S.A. SUMIN, A.V. REPALOV**

The purpose of the work is evaluation the effectiveness of using the system of objective quality control. The evaluation was conducted during the comprehensive training in cardiopulmonary resuscitation in groups of clinical interns and residents in the specialty Anaesthetist. It is shown that the debriefing with video demonstrations of actions performed quicker the execution of the reference job.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: симуляционное обучение, дебрифинг, контроль качества обучения, сердечно-легочная реанимация.

KEYWORDS: a simulation training, debriefing, monitoring the quality of teaching, cardiopulmonary resuscitation.

Введение. Симуляционное обучение в подготовке медицинских работников в России — современная реальность, которая позволяет сделать акцент на практическую составляющую формирования профессиональных компетенций специалистов. В настоящее время широко применяются не только базовые (простые) тренинги, направленные на формирование отдельных навыков, но и комплексные профессиональные тренинги, в которых отрабатываются профессиональные действия индивидуально и в команде в условиях моделирования профессиональной среды с использованием навыков, полученных на базовых тренингах в качестве инструментов для решения клинической задачи [1, 3]. Эффективность тренингов зависит от качества симуляционной среды, уровня реалистичности симуляции, возможностей объективного контроля качества выполняемых действий. Совершенствуя отдельные составляющие эффективности тренингов, мы способствуем повышению качества подготовки специалистов [1, 2]. Следуя данной тенденции в условиях лаборатории интерактивного тренинга обучающего симуляционного центра (ОСЦ) Курского государственного медицинского университета (КГМУ), нами создана максимально приближенная к реальным условиям оказания догоспитальной медицинской помощи среда с использованием макета автомобиля скорой медицинской помощи (АСМП), укомплектованного по классу С (реанимобиль), и создана система объективного контроля качества выполняемых действий

с использованием видеорегистрации всех этапов проведения тренинга (на месте происшествия, во время транспортировки в АСМП, в самом автомобиле) (рис. 1).

По оценке первых обучающихся, проводимые тренинги эффективны не только по причине высокой реалистичности ситуационной имитации, но и благодаря расширившимся возможностям дебрифинга. Таким образом, **целью исследования** явилось изучение эффективности дебрифингов с использованием средств объективного контроля качества выполняемых действий при проведении симуляционного обучения.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие интерны и клинические ординаторы первого года обучения по специальности «Анестезиология-реаниматология» (всего 40 человек). Испытуемые были разбиты на бригады, по 2 человека в бригаде. Таким образом, было получено 20 бригад, которые были разделены на группу контроля и экспериментальную группу, по 10 бригад в каждой группе. Испытуемым предлагалось в составе бригады пройти тренинг по проведению расширенной сердечно-легочной реанимации (СЛР) в условиях автомобиля скорой медицинской помощи, снабженного системой видеонаблюдения, позволяющей проводить объективный контроль во время тренингов на манекене расширенного жизнеобеспечения (рис. 2). Действия испытуемых обеих групп оценивались на основе чек-листов, разработанных в ОСЦ КГМУ с использованием компьютерной



РИСУНОК 1. Вид макета АСМП при проведении объективного контроля качества выполняемых действий

программы оценки качества выполнения СЛР [1, 2]. После тренинга с испытуемыми проводился дебрифинг с разбором ошибок. В экспериментальной группе дебрифинг проводился с демонстрацией видеозаписи тренинга, а в группе контроля – без таковой. В дальнейшем испытуемые повторно проходили тренинг по расширенной сердечно-легочной реанимации до достижения эталонного выполнения задания.

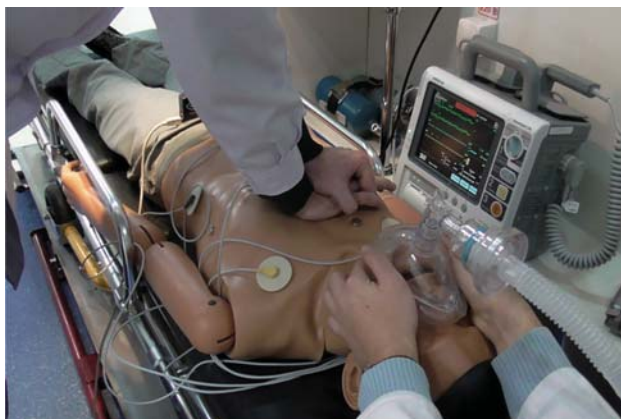


РИСУНОК 2. Эпизод выполнения комплексного тренинга по проведению расширенной СЛР

Результаты и их обсуждение. При проведении первого тренинга по расширенной СЛР в бригадах контрольной и экспериментальной групп были допущены следующие ошибки: неправильная установка рук при проведении непрямого массажа сердца (30% и 20% бригад соответственно), отсутствие полной релаксации грудной клетки пострадавшего при проведении непрямого массажа сердца (50% и 60% бригад соответственно), неадекватная глубина компрессий (по 30% бригад обеих групп), отсутствие должного обеспечения проходимости дыхательных путей при проведении искусственной вентиляции легких методом «ото рта ко рту» и че-

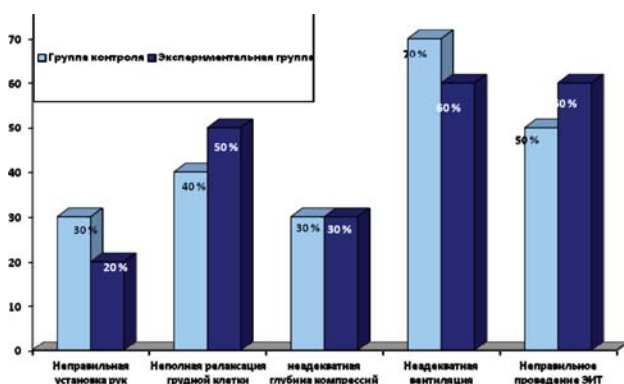


РИСУНОК 3. Распространенность основных ошибок при проведении расширенной СЛР в экспериментальной и контрольной группах после первого тренинга

рез лицевую маску с помощью аппарата ИВЛ (70% и 60% бригад соответственно), неправильная установка электродов при проведении дефибрилляции (50% и 60% бригад соответственно). Лишь по 1 бригаде (10%) в каждой группе добились эталонного выполнения задания при первом прохождении тренинга (рис. 3).

После проведенного дебрифинга и второго прохождения тренинга количество ошибок в группе контроля было следующим: в 10% бригад сохранялась неправильная установка рук при проведении непрямого массажа сердца. Отсутствие полной релаксации грудной клетки пострадавшего при проведении непрямого массажа сердца, равно как и неадекватная глубина компрессий, по-прежнему наблюдалось в 40% и 30% бригад контрольной группы соответственно. Отсутствие должного обеспечения проходимости дыхательных путей при проведении искусственной вентиляции легких наблюдалось у 60% бригад. Однако неправильная установка электродов при проведении дефибрилляции наблюдалась лишь у 20% бригад. Эталонного выполнения задания в группе контроля достигла по-прежнему лишь 1 бригада из 10 (10%).

После дебрифинга с демонстрацией ошибок испытуемых (рис. 4.) и второго выполнения задания количество ошибок в экспериментальной группе существенно снизилось.



РИСУНОК 4. Эпизод дебрифинга с использованием видеодемонстрации системы объективного контроля качества выполняемых действий

Неправильная установка рук при проведении непрямого массажа сердца наблюдалась у 10% бригад, отсутствие полной релаксации грудной клетки пострадавшего при проведении непрямого массажа сердца сохранялась у 30% бригад. Неадекватная глубина компрессий была зафиксирована у 10% бригад, а отсутствие должного обеспечения проходимости дыхательных путей при проведении искусственной вентиляции легких методом «ото рта ко рту» и через лицевую маску с помощью аппарата ИВЛ – у 30% бригад. При этом все 10 бригад экспериментальной группы при проведении

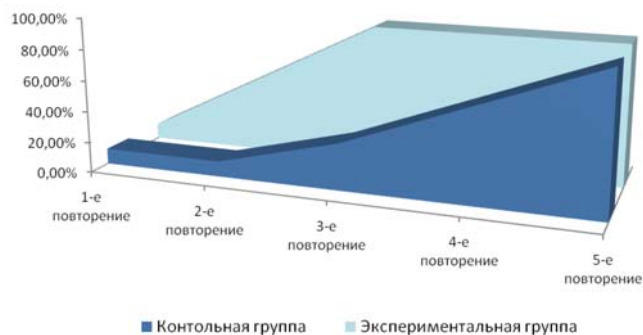


РИСУНОК 5. Соотношение достижения эталонного выполнения задания между группами

дефибрилляции правильно установили электроды. По итогам второго выполнения задания половина бригад экспериментальной группы достигла эталонного выполнения задания.


Следует отметить, что при третьем прохождении тренинга по проведению расширенной сердечно-легочной реанимации в экспериментальной группе эталонное выполнение задания было достигнуто в 90% бригад. Аналогичный результат в группе кон-

троля был достигнут после 5-го повторения тренинга (рис. 5).

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что использование системы объективного контроля при проведении тренингов в рамках симуляционного обучения значительно увеличивают эффективность обучающего процесса и ускоряют выработку профессиональных компетенций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Долгина И.И., Конопля А.И., Харченко В.В., Сумин С.А. Оценка эффективности обучения базовой сердечно-легочной реанимации студентов медицинских специальностей // Сборник тезисов IV Общероссийской конференции с международным участием «Медицинское образование – 2013» (4–5 апреля 2013 года, г. Москва). – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. – С. 155–158.
2. Лазаренко В.А., Конопля А.И., Долгина И.И. и др. Изучение эффективности обучения сердечно-легочной реанимации на базе обучающего симуляционного центра КГМУ // Тезисы XIV съезда Федерации анестезиологов и реаниматологов. – М., 2014. – С. 185–186.
3. Шубина Л.Б., Грибков Д.М. Вопросы организации симуляционного центра // Симуляционное обучение в медицине / под ред. проф. Свистунова А.А. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. – С. 54–72.



МАГИСТЕРСКАЯ ПРОГРАММА «ИНТЕГРИРОВАННАЯ РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ» – ВОЗМОЖНОСТЬ ГАРАНТИРОВАТЬ ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

33% россиян
считают медицину
и фармацевтику
САМОЙ
ПЕРСПЕКТИВНОЙ
СФЕРОЙ
профессионального
образования

Авторами обосновывается необходимость и востребованность разработанной магистерской программы по фармацевтической медицине/разработке лекарственных средств, позволяющей развить у студентов системный междисциплинарный подход, что дает возможность достаточно легко менять сферы деятельности в области здравоохранения и решать самые разные задачи.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

Ж.И. АЛАДЫШЕВА

канд. мед. наук, ФГБОУ ВО Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

Н.В. ПЯТИГОРСКАЯ

д-р фармацевт. наук, доц. ФГБОУ ВО Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

Ю.В. ФЕДОРОВА

д-р экон. наук, профессор ФГБОУ ВО Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

В.В. БЕЛЯЕВ

канд. фармацевт. наук ФГБОУ ВО Первый МГМУ
имени И.М. Сеченова Минздрава России

В.В. БЕРЕГОВЫХ

чл.-корр. РАН, д-р техн. наук, профессор ФГБОУ ВО
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России

MASTER'S PROGRAM INTEGRATED DEVELOPMENT OF DRUGS – THE POSSIBILITY TO ENSURE INNOVATIVE DEVELOPMENT OF NATIVE PHARMACEUTICAL INDUSTRY

**Z.I. ALADYSHEVA, N.V. PYATIGORSKAYA, Y.V. FEDOROVA,
V.V. BELYAEV, V.V. BEREGOVYKH**

Authors explain the need and demand for developed master's program in Pharmaceutical Medicine/Drug Development that allows students to develop a systematic interdisciplinary approach, which gives the opportunity to fairly easy change the scope of activities in the field of healthcare and solve a variety of tasks.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: повышение квалификации/переподготовка фармацевтических кадров, укрупненное направление подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», магистратура.

KEYWORDS: advanced training/retraining of pharmaceutical personnel, major «Healthcare and Medical Sciences», Masters.

Основами политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу предусматривается, что стратегической целью государственной политики в области развития науки и технологий является обеспечение к 2020 г. мирового уровня исследований и разработок и глобальной конкурентоспособности Российской Федерации.

Значительные изменения в здравоохранении и ускорение научно-технического прогресса (персонифицированная медицина, всеобщее старение населения, фармакогеномика, трансляционная медицина, нанотехнологии, генная и клеточная терапия и др.) оказывают существенное влияние на формирование фармацевтических кадров во всем мире [1].

В отчете Международной фармацевтической федерации (International Pharmaceutical Federation – FIP) о глобальном состоянии кадрового рынка в области фармации в 2012 г. [2] указано, что в целом в мире около 55% провизоров работает в аптеках, 18% – в клиниках, около 10% специалистов с фармацевтическим образованием заняты в области промышленной фармации, 5% – в научно-исследовательских и образовательных учреждениях и еще 5% – в регуляторных органах. По данным Бюро по статистике труда США, количество рабочих мест для фармацевтов, включая промышленных фармацевтов, увеличится на 17% за период с 2008 по 2018 г., что превышает прогнозы по другим отраслям (по прогнозам, дефицит фармацевтических кадров составит до 150 тыс. человек к 2020 г.) [3]. В Канаде и Австралии прогнозируется дефицит в фармацевтических кадрах до 10 тыс. человек [2], при этом основным потребителем специалистов с фармацевтическим образованием будут сектора здравоохранения. Также будет возрастать потребность в переподготовке уже работающих кадров. Данная мировая тенденция применима и к Российской Федерации и должна учитываться при прогнозировании развития отечественного образования.

Согласно данным опроса ВЦИОМ (январь 2012 г.), 33% россиян считают медицину и фармацевтику самой перспективной сферой профессионального образования [4].

Формирование системы опережающей подготовки и переподготовки кадров является одной из стратегических задач развития отечественной медицины и фармации, которая будет способствовать решению задач федеральных целевых программ «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», «Исследования и разработки по приоритетным направлениям развития научно-технического комплекса России на 2014–2020 годы»,

«Развитие науки и технологий» на 2014–2020 годы», «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года».

Эта задача приобретает особую актуальность, учитывая задачи по переходу отечественной фармацевтической промышленности на инновационную модель развития, повышение международного престижа научных разработок в области промышленной фармации.

Соответственно, в области образования в отношении фармацевтической отрасли в настоящее время имеются две основные задачи:

1) постоянное повышение квалификации/переподготовки работающих в отрасли специалистов (для приведения их знаний и навыков к современному уровню НТП, современным регуляторным требованиям, которые достаточно быстро изменяются) по сопровождению лекарственных препаратов на протяжении их жизненного цикла;

2) воспроизведение кадрового ресурса, способного обеспечить экспортно ориентированное и инновационное развитие отечественной фармацевтической отрасли – другими словами, введение соответствующих междисциплинарных курсов в программы высшего образования, новых образовательных программ высшего образования.

Анализ ситуации в отношении образовательных программ, проведенный EFPIA (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations) в 2005 г., показал, что многим специалистам, участвующим в процессе разработки лекарственных препаратов, необходим интегрированный подход и видение всего процесса разработки продукта с различным уровнем его детализации – от поиска нового фармакологически активного вещества до поступления препарата пациентам и понимания связей научно-исследовательских работ с тремя основными разделами регистрационного досье: доклинические данные, клинические данные и фармацевтические данные. Было отмечено, что классические академические образовательные программы по медицине, фармации, биологии, другим наукам о жизни не обеспечивают формирование у выпускников междисциплинарных компетенций, необходимых для успешной разработки лекарственных препаратов и управления такими проектами [1, 7].

Одной из наиболее удачных междисциплинарных программ для этих целей была признана образовательная программа по фармацевтической медицине, учитывая, что в ряде европейских стран уже имеется многолетний опыт подготовки специалистов в этой области (Великобритания, Ирландия, Испания, Бельгия, Швеция, Германия, Франция и Швейцария) и общая структура образовательной программы, разработанная Международной федерацией ассоциаций фармацевтических

медиков (International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians – IFAPP) [5, 6, 8].

Учитывая, что в фармацевтической отрасли и уполномоченных регуляторных органах работают не только специалисты с классическим медицинским образованием, но и специалисты с другим образованием в области наук о жизни (фармация, биология и др.), в рамках Инициативы по инновационным лекарственным препаратам (Innovative Medicines Initiative – IMI) была поставлена задача по созданию пан-европейской образовательной программы более высокого уровня, т.е. магистерской программы по фармацевтической медицине/разработке лекарственных средств, ее распространению во всех странах Европейского Союза, а также возможности использовать образовательные модули в качестве дополнительных профессиональных образовательных программ (повышения квалификации и профессиональной подготовки) [5, 6].

Фармацевтическая медицина – это научная дисциплина, изучающая процессы поиска, разработки, оценки, регистрации, мониторинга и медицинских аспектов маркетинга лекарственных препаратов с позиций пользы для пациента и общественного здоровья, а также проведения клинических исследований, включая их регуляторные и этические требования, появившаяся около 40 лет назад. Ранее специалисты, занимающиеся вопросами разработки лекарственных препаратов, назывались медицинскими советниками [8], и были переименованы в 1975 г. при создании IFAPP, чтобы подчеркнуть общие отличия «промышленных медиков» от обычных медицинских советников.

В настоящее время ассоциации таких специалистов есть на всех континентах: в 16 европейских странах, 7 странах Азии, 4 странах Южной Америки, в ЮАР, Австралии и США. По данной специальности уже 29 лет издается одноименный научный журнал, в котором публикуются рецензируемые научные статьи по всем аспектам фармацевтической медицины – от процессов идентификации новой молекулы, разработки лекарственного препарата и его регистрации до мониторинга медицинского применения лекарственных препаратов [9]. Изданный впервые в 1993 г. учебник по фармацевтической медицине уже пережил 7 изданий [10].

Междисциплинарный характер выполняемых работ и тесная связь с научными разработками в области биологии, биофизики, генетики и медицинской науки приводят к достаточно быстрому развитию новых трудовых функций, целых областей деятельности и, соответственно, к новым компетенциям, которые осваиваются специалистами посредством внутреннего обучения, самообучения, дополнительных профессиональных образовательных про-

грамм и магистратур, как правило, без отрыва от производства. Также следует отметить достаточно большое количество работающих специалистов, не имеющих профильного и востребованного работодателями образования, что было нами объяснено неравномерностью кадрового рынка по регионам, низкой мобильностью высококвалифицированных специалистов и их дефицитом.

На наш взгляд, магистратура – это не только шанс продолжить научную карьеру, это возможность формирования навыков научного методологического подхода к решению профессиональных задач, часто междисциплинарного характера, что так важно для современных высококвалифицированных специалистов, занятых в фармацевтической отрасли.

К сожалению, в отличие от зарубежных систем подготовки в области фармации, в настоящий момент в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (входят укрупненные группы специальностей «Клиническая медицина», «Фармация») имеется одна магистратура – «Общественное здравоохранение» [11], которая до 2014 г. реализовывалась только в ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России. Наш опыт показывает, что магистратура, построенная на проблемном принципе, развивает у наших студентов системный междисциплинарный подход, позволяющий достаточно легко менять сферы деятельности в области здравоохранения и решать самые разные задачи. В магистратуру идут люди, стремящиеся к продолжению своего образования, совершенствованию своих профессиональных знаний и личной эффективности, развитию своей карьеры. Для успешного развития магистерских программ крайне важно учитывать как потребности работодателей и абитуриентов, так и общие тенденции развития отрасли экономики, для которой готовятся специалисты, использовать современные образовательные технологии. Так, в 2014 г. наш вуз, учитывая результаты опроса работодателей и специалистов фармацевтической отрасли, запустил новую образовательную программу – программу магистратуры с направленностью «Интегрированная разработка лекарственных средств/Фармацевтическая медицина» совместно с колледжем Гиберния, Ирландия [12]. Образовательная программа разработана по модульному принципу с учетом жизненного цикла лекарственного средства «от молекулы до выпуска на рынок» и включает 183 темы в 14 разделах, в каждом из которых рассматриваются различные аспекты, связанные с лекарственными средствами и (или) здравоохранением:

- (1) Поиск лекарственных средств;
- (2) Разработка лекарственных средств: планирование;

- (3) Доклинические исследования;
- (4) Фармацевтическая разработка;
- (5) Предварительная оценка молекулы (до стадии подтверждения фармакологического действия);
- (6) Основная разработка: стратегии (от стадии подтверждения фармакологического действия до рынка);
- (7) Клинические исследования;
- (8) Этика и юридические аспекты;
- (9) Управление данными и статистика;
- (10) Регуляторные вопросы;
- (11) Безопасность лекарственных препаратов и фармаконадзор;
- (12) Информация, продвижение и обучение;
- (13) Экономика здравоохранения;
- (14) Фармакология.

Например, в модуле, посвященном этапам жизненного цикла лекарственного средства, последовательно рассматриваются стадии разработки, клинических исследований, вопросы международного регулирования и тенденции его реформирования, фармаконадзор и размещение продукта на рынке с учетом особенностей медицинского рынка, эффективные маркетинговые стратегии и подходы к прогнозированию будущего фармации. Более подробное описание магистерской программы, ее структуры приведены на портале Университета (<http://www.mma.ru>). Наряду с использованием проблемного подхода в данной магистерской программе использованы современные образовательные технологии и новый педагогический дизайн электронного обучения, позволяющие обеспечить определенный уровень персонализированного обучения без отрыва от трудовой деятельности.

Наш европейский партнер – колледж Гиберния, Ирландия – признан платформой Pharmatrain центром совершенства, что означает высокое качество образовательного процесса, реализуемого путем электронного обучения. Он выиграл множество международных наград за применяемые инновационные образовательные технологии – например, в 2013 г. получил «Золотого паука» за выдающиеся достижения и успехи в электронных и интернет-технологиях в Ирландии. Образовательные программы колледжа реализуются в 30 странах мира, в разработке и реализации образовательных программ участвуют преподаватели различных университетов мира – от старейшего ирландского медицинского колледжа «Тринити» до университета Кейп-Тауна.

Реализация образовательных программ совместно с зарубежными образовательными организациями, на наш взгляд, является серьезным аргументом о качестве образования, получаемого по магистерским программам, и его целесообразности в целом

отражают тенденции в российском образовательном пространстве [13].

Реализуемая магистерская программа предназначена для специалистов в области промышленной фармации: врачей и научных сотрудников, занимающихся медицинскими и регуляторными вопросами, управлением рисками лекарственных средств, продажами и маркетингом, научно-исследовательскими и конструкторскими работами, экономикой здравоохранения и другими связанными вопросами, которые стремятся к развитию своих знаний и навыков в области разработки лекарственных средств – от научно-поисковых работ, клинических исследований до продаж и маркетинга – и планируют занять руководящие позиции в своих организациях.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что магистерские программы по фармацевтической медицине/разработке лекарственных средств направлены на формирование у действующих и будущих лидеров в фармацевтической отрасли научных, клинических и управленческих компетенций, навыков и знаний по эффективному управлению локальными и глобальными проектными группами, на подготовку высококвалифицированных экспертов в экономике здравоохранения, регуляторных вопросах и фармаконадзоре, специалистов в области поиска и разработки новых лекарственных препаратов, фармакологии, управления клиническими исследованиями. Другими словами, эти магистерские программы предназначены для создания благоприятной среды для инновационных проектов на глобальном уровне (на уровне ЕС), на национальном уровне и на уровне организации.

Наш опыт показывает, что для эффективного развития магистерских программ для фармацевтической отрасли в Российской Федерации недостаточно только мнения работодателей о востребованности определенных специалистов. Необходима активная позиция работодателей и их готовность финансировать обучение сотрудников, активная позиция самих специалистов, широкая популяризация не только отдельных образовательных программ, но и идеи магистратуры в целом, определенные государственные, общественные и социальные гарантии качества предлагаемых образовательных услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Береговых В.В.* Регуляторная наука: современные тенденции в науке и образовании в области лекарственных средств / В.В. Береговых, Н.В. Пятигорская, Ж.И. Аладышева // Вестн. Рос. акад. мед. наук. – 2012. – № 12. – С. 41–46.
2. FIP Global Pharmacy Workforce reports 2012. URL: <http://www.fip.org/static/fipeducation/2012/FIP-Workforce-Report-012/?page=hr2012#/0> (дата обращения: 20.04.2014).

3. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, The Adequacy of Pharmacist Supply: 2004–2030, December 2008. URL: <ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/workforce/pharmacy.pdf> (дата обращения: 20.04.2014).
4. ВЦИОМ – Пресс-выпуск № 1935 от 25.01.2012 «Зачем, куда и на кого учиться. Мнение учеников, студентов и родителей». URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=112358> (дата обращения: 20.04.2014).
5. About IMI. URL: <http://www.imi.europa.eu/content/mission> (дата обращения: 18.01.2016).
6. IMI interim evaluation. URL: <http://www.imi.europa.eu/sites/default/files/uploads/documents/Governance/2ndInterimEvaluationIMI.pdf> (дата обращения: 20.04.2014).
7. IMI achievements. URL: http://www.efpia.eu/uploads/imi_achievements.pdf (дата обращения: 20.04.2014).
8. History of IFAPP. URL: <http://ifapp.org/About-ifapp/History> (дата обращения: 20.04.2014).
9. Pharmaceutical medicine journal. URL: <http://link.springer.com/journal/40290> (дата обращения: 20.04.2014).
10. The textbook of pharmaceutical medicine / ed. by John P. Griffin, John Posner, Geoffrey R. Barker. – 7th ed. John Wiley & Sons Ltd, 2013. – 833 p.
11. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12.09.2013 № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (действующая редакция).
12. Перспективы специализированных магистерских программ для специалистов фармацевтической отрасли / А.А. Свистунов [и др.] // Разработка и регистрация лекарств. средств. – 2014. – № 3 (8). – С. 46–51.
13. *Алексанков А.М.* Интернационализация высшего образования: вызовы и реалии // Аккредитация в образовании: электрон. журн. об образовании. – 2013. URL: http://www.akvobr.ru/internacionalizacia_vysshego_obrazovania.html (дата обращения: 20.04.2014).



ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ПРОЕКТИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ

**ДИСТАНЦИОННЫЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ**
и электронное обучение –
основа повышения
качества высшего
образования

Расширение использования дистанционных образовательных технологий и электронного обучения является одной из приоритетных задач в плане повышения качества высшего образования. Однако отсутствие опыта преподавателей и отсутствие единых требований и шаблонов к образовательному контенту тормозит внедрение электронных учебных материалов. В статье изложены требования к содержанию, структуре и техническому исполнению электронных курсов, а также выделены основные этапы педагогического проектирования.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

INSTRUCTIONAL DESIGN OF ELECTRONIC EDUCATIONAL MODULE

YU.V. FEDOROVA, N.L. BORSHCHEVA

Ю.В. ФЕДОРОВА

д-р экон. наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и менеджмента ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Н.Л. БОРЩЕВА

канд. экон. наук, доцент кафедры экономики и менеджмента ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Increased use of distance learning technologies and e-learning is a priority in terms of improving the quality of higher education. However, the lack of experience of teachers and the lack of uniform standards and templates to educational content inhibits the introduction of e-learning materials. The article describes the requirements for the content, structure and technical design of e-learning courses, as well as the main stages of the instructional design.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: электронное обучение, педагогический дизайн.

KEYWORDS: e-learning, pedagogical design.

Говоря о месте электронных курсов в учебном процессе, необходимо учитывать особенности современного состояния образовательной системы, в которой существуют различные формы обучения, в том числе комбинированные, а для них очень важно соответствующее методическое обеспечение самостоятельной работы. В соответствии с этим необходимо, чтобы структура и способ представления учебно-методических материалов в электронном виде не только могли, но и должны были бы легко варьироваться в зависимости от конкретной формы их использования. В конечном счете необходимо обеспечить доступ к большому объему учебно-методических ресурсов для максимально возможного числа пользователей, а также поддержку индивидуального подхода и активных методов обучения и обратной связи.

С технологической точки зрения, основными задачами в этом направлении являются разработка методически обоснованных принципов представления учебно-методических ресурсов и организация доступа к системе учебно-методических, научно-исследовательских и информационных ресурсов с учетом возможностей и потребностей всех участников образовательного процесса.

В практику педагогической деятельности все шире входит использование различных электронных учебных материалов — например, таких как учебные и рабочие программы, планы-графики лекционных и практических занятий, теоретический материал, хрестоматии, энциклопедии и словари, карты, схемы, иллюстрации, сборники задач и упражнений, методические рекомендации по их выполнению, темы рефератов и т.п., вопросы и тесты для самопроверки, моделирующие программы для проведения компьютерных экспериментов и деловых игр (с возможным использованием специализированных баз данных), программы для проведения контроля качества обучения и развития обучаемых.

Соответствующая методическая и технологическая систематизация вышеперечисленных электронных материалов, по сути дела, и обеспечивает поэтапное формирование (проектирование) электронных курсов, которые могут совмещать в себе функции автоматизированных обучающих и контролируемых систем, моделирующих программ и других программных средств.

Требования к электронным курсам. Электронные курсы (ЭК) активно внедряются в вузах. ЭК применяются в различных целях: для обеспечения самостоятельной работы обучаемых по овладению новым материалом, реализации дифференцированного подхода к организации учебной деятельности, контроля качества обучения и т.д., при этом в различных учебных заведениях разрабатывается достаточно большое количество ЭК, охватываю-

щих самые разнообразные предметные области. Однако иногда авторы подобных курсов подходят к их построению в соответствии со своими субъективными представлениями о требованиях, предъявляемых к ЭК. Это приводит к тому, что в некоторых случаях ЭК ограничены с функциональной точки зрения, а это не позволяет добиться с их помощью улучшения качества обучения и развития обучаемых.

К числу наиболее распространенных недостатков относятся сложная, подчас запутанная навигация, излишне усложненная структура рабочей области, перенасыщенность ЭК демонстрационными материалами в ущерб содержательному наполнению и, наоборот, отсутствие примеров, иллюстрирующих теоретические положения, и т.п.

В первую очередь при проектировании ЭК необходимо заложить в него технологические характеристики, позволяющие впоследствии сделать учебный процесс максимально эффективным.

Выступая в качестве автоматизированной обучающей системы, ЭК должен выполнять следующие функции:

- 1) эффективно управлять деятельностью обучаемого по изучению учебной дисциплины;
- 2) стимулировать учебно-познавательную деятельность;
- 3) обеспечивать рациональное сочетание различных видов учебно-познавательной деятельности с учетом дидактических особенностей каждой из них и в зависимости от результатов освоения учебного материала;
- 4) рационально сочетать различные технологии представления материала (текст, графику, аудио, видео, анимацию);
- 5) при размещении в сети обеспечивать организацию виртуальных семинаров, дискуссий, деловых игр и других занятий на основе коммуникационных технологий.

Однако, кроме общих требований, существуют и специальные, которые предъявляют к электронным изданиям учебного назначения. Они могут быть условно разбиты на три основных категории: требования к содержанию, требования к структуре и требования к техническому исполнению.

Требования к содержанию ЭК. С точки зрения содержания, ЭК должен обеспечивать полноту представления конкретной предметной области, эффективность используемых педагогических и методических приемов, а именно:

- 1) достаточный объем материала, соответствие ГОС, ФГОС, актуальность, новизну и оригинальность;
- 2) фактографическую, практическую содержательность, системность и целостность;
- 3) педагогическую состоятельность продукта посредством используемых методик представления

учебного материала, системы контроля, соответствия принципам вариативности и дифференцированного подхода для организации самостоятельной работы обучаемого с ЭК.

Учитывая особую важность ЭК для обеспечения самостоятельной работы, необходимо включить в систему требований следующие:

- реализацию четкой логики изложения теоретического материала с возможностью прослеживания обучаемым всех цепочек рассуждений с помощью специальных схем;
- особую четкость постановок задач;
- подробное комментирование примеров выполнения заданий, хода решения учебных и прикладных задач;
- использование различных методов и средств активизации познавательной деятельности обучаемых для всех форм учебного процесса (изучение проблемных ситуаций, постановка задач исследовательского характера, требующих для своего решения привлечения знаний из других источников, и т. п.).

При проектировании ЭК необходимо учитывать, что обучение и развитие являются взаимосвязанными процессами, причем обучение может быть развивающим только лишь при условии выполнения требований соответствующих психолого-педагогических принципов и закономерностей. В связи с этим необходимо использовать различные методы и средства для активизации познавательной деятельности студентов, используя для этого проверенные дидактические приемы и методы: генерировать при изложении материала проблемные ситуации, предлагать задания проблемного и логического характера, ставить познавательные задачи, требующие для своего решения не только привлечения знаний из других источников, но и широкого обсуждения возможных решений с другими студентами и т. п.

Требования к структуре ЭК. В современном понимании ЭК представляет собой сложную дидактическую систему, функционирование которой поддерживает учебный процесс средствами информационных образовательных технологий. Система ЭК может совмещать в себе функции автоматизированных обучающих и контролирующих систем, моделирующих программ и других программных средств информационных технологий в образовании. В целях мониторинга и необходимой коррекции процесса обучения в рамках ЭК также могут быть сформированы базы данных для хранения текущей и обобщенной информации о результатах работы студентов.

В процессе разработки и в законченном виде ЭК нужно рассматривать как целостную систему, которая включает в себя следующие основные функциональные блоки:

- 1) информационно-содержательный;
- 2) контрольно-коммуникативный;
- 3) коррекционно-обобщающий.

1. *Информационно-содержательный блок* в свою очередь включает два подблока.

- *Информационный:*
 - общие сведения об изучаемом курсе или о конкретной теме;
 - сроки изучения данного курса (темы);
 - график прохождения тем и разделов по данной учебной дисциплине;
 - формы и время отчетности;
 - график проведения практических и семинарских занятий с использованием современных средств коммуникации (электронная почта, теле- и видеоконференции и др.);
 - график консультаций.
- *Содержательный:*
 - учебные планы, учебные и рабочие программы;
 - учебники, сборники задач, учебные пособия, методические рекомендации, справочники, энциклопедии, хрестоматии;
 - развернутые планы семинаров;
 - список основной и дополнительной литературы, включающий также гиперссылки на ресурсы электронной библиотеки (ФЭМБ) и единого образовательного портала Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, материалы Internet;
 - список тем творческих работ (рефератов, докладов) по дисциплине;
 - методические рекомендации по работе с электронными материалами.

Проектируя информационно-содержательный блок, преподаватель должен также принять решение о его *внутренней структуре*, включая относительные пропорции отдельных элементов и взаимосвязи между ними.

Анализ опыта применения ЭК в учебном процессе показывает, что наиболее эффективными являются курсы, основанные на альтернативных способах предъявления учебного материала (и в пределах одной темы, и в целом курсе): на основе линейной и нелинейной схем.

В рамках линейной схемы ЭК предъявляет учебные материалы, последовательная работа с которыми позволяет студенту достигнуть уровня компетентности, необходимого в соответствии с требованиями соответствующего федерального государственного образовательного стандарта.

Нелинейная схема обеспечивает работу с ЭК на более высоком уровне, когда обучаемому в зависимости от успешности освоения той или иной темы предлагаются дополнительные теоретические, практические или демонстрационные материалы, к которым он может обратиться для углубленного изучения рассматриваемого вопроса. Кроме того, студенту могут быть предложены дополнительные

разделы курса, материал которых важен для его профессионального и творческого роста; этот вопрос должен быть изучен преподавателем при отборе содержания.

Практика работы с электронными материалами показывает, что единица учебной информации, усваиваемая обучаемым при самостоятельной работе с ЭК, определяется контекстом – это может быть и один, и пять экранов. Однако порция информации подчиняется вполне естественному требованию – ее содержание должно иметь логически целостный характер (постановка проблемы, отдельный логически заверченный вопрос темы или целиком вся тема, разбор решения задачи). Оптимальный же разовый «неделимый» объем учебной информации, предлагаемый обучаемому для самостоятельной работы, определяется продолжительностью допустимой непрерывной работы за компьютером – не более 30–40 минут.

При организации самостоятельной работы обучаемый может использовать это время в соответствии с наиболее приемлемым для него стилем изучения материала, но можно распределить время и по аналогии с привычным занятием. Например, в самом начале отвести 5–10 минут повторению, необходимому для понимания новой темы ранее изученного материала, около 20–30 минут – работа с новым материалом (включая использование демонстрационных и моделирующих программ, разбор решений задач и т. п.) и, наконец, 5–10 минут – текущий контроль за качеством усвоения пройденного материала (тест, решение задач). Необходимо отказаться от жесткой регламентации времени: обучаемым должны предлагаться гибкие графики, позволяющие реализовать индивидуальный подход к организации «электронного занятия».

2. *Контрольно-коммуникативный блок* включает в себя:

- системы тестирования с реализацией обратной связи для определения уровня начальной подготовки обучаемого, промежуточного и итогового контроля;
- вопросы для текущего самоконтроля;
- вопросы к зачетам и экзаменам;
- критерии оценивания.

Программно-информационная составляющая в контрольно-коммуникативном блоке может обеспечивать несколько видов контроля: предварительный, текущий, рубежный и итоговый. В ЭК возможна реализация нескольких подходов к организации работы систем тестирования. Так, для самоконтроля и текущего контроля могут использоваться контролирующие программы с обратной связью, интегрированные в основной теоретический и практический материал и доступные обучаемому в любое удобное для него время, в том числе и при работе на локальном компьютере. В этом

случае интеграция будет обеспечивать реализацию индивидуальной образовательной траектории в зависимости от результатов текущего контроля качества обучения. А для преподавателя наиболее приемлем сетевой вариант контролирующей систем, при котором механизмы оценивания могут обеспечивать оптимальную обратную связь между обучаемым и преподавателем (например, направляя преподавателю результаты контроля по электронной почте или формируя электронный журнал успеваемости).

Итоговое тестирование должно основываться на базах данных с вопросами и заданиями, размещенных на сервере Internet или локальной сети высшего учебного заведения. Для вузов дополнительную возможность организовать независимую и объективную проверку качества обучения дает централизованное тестирование.

3. *Коррекционно-обобщающий блок* (результаты педагогического мониторинга образовательного процесса) включает:

- итоговые результаты учебной работы обучаемого;
- диагностику учебно-познавательной деятельности;
- анализ результатов различных видов контроля.

Из этих данных в вузе может быть сформирована база данных, включающая информацию о каждом обучаемом. Право доступа к ней должны иметь администрация учреждения и преподаватели, ведущие соответствующие учебные дисциплины. Корректно организованный мониторинг позволяет прогнозировать развитие обучаемых, совершенствовать содержание, структуру ЭК и принципы организации учебного процесса.

Определяя структуру ЭК, необходимо рассматривать его в качестве подсистемы информационной образовательной среды вуза (Единого образовательного портала Первого МГМУ имени И.М. Сеченова), для которой более органичным является использование общих подходов к формированию коррекционно-обобщающего и контрольно-коммуникативного блоков – не для отдельного учебного курса, а для учебного процесса в целом.

Требования к техническому исполнению ЭК. Для эффективного использования ЭК в учебном процессе важно не только его содержание, но и технические параметры – работоспособность, эргономические и художественные особенности. Основные требования при этом таковы:

- оптимальность объема требующейся памяти, корректность автоматической установки, ее доступность для пользователя-непрофессионала;
- выполнение всех заявленных для ЭК как программного продукта функций и логических переходов;

- качественность программной реализации, включая поведение при запуске параллельных приложений, скорость ответа на запросы, корректность работы с периферийными устройствами;

- адекватность использования и гармония средств мультимедиа, оригинальность и качество мультимедиа-компонентов;

- оптимальность организации интерактивной работы ЭК;

- эргономичность программного продукта, обеспечение требований НСИ (интуитивная ясность, дружелюбность, удобство навигации и проч.).

Этапы проектирования ЭК. Возможности современных информационных технологий, рост информационной культуры преподавательских кадров позволяют привлечь к разработке ЭК самих преподавателей, а потребность обучаемых в учебных материалах нового поколения делает эту сторону профессиональной деятельности преподавателя просто необходимой. Однако широкое вовлечение преподавателей в создание ЭК требует разработки определенных технологических принципов, позволяющих и облегчить эту работу, и добиться эффективных результатов.

В проектировании ЭК можно выделить следующие основные направления деятельности:

- идентификацию проблемы;
- концептуализацию;
- формализацию;
- реализацию;
- тестирование.

Идентификация включает определение ролей участников процесса, характеристик решаемых задач, целей и используемых ресурсов. На этом этапе определяется состав рабочей группы, при необходимости решаются вопросы дополнительной подготовки: для преподавателей – в области информационных технологий, для программистов – по вопросам, связанным с особенностями представления дидактических материалов конкретной предметной области.

Концептуализация предполагает определение содержания, целей и задач изучения учебной дисциплины, что фиксирует концептуальную основу базы знаний. Преподаватель определяет, какие виды информации будут представлены в ЭК (тексты, графика, анимация, звуковые и видеофрагменты), какие связи должны будут устанавливаться между ними. Например, какое звуковое сопровождение наиболее предпочтительно при проверке знаний, а какие материалы должны быть представлены и в виде статичных графиков с текстовым комментарием и т. д.

Формализация предполагает анализ дидактических задач, которые должны решаться путем использования ЭК, поиск и формализацию возможных методов их решения на основе модели процесса

обучения и характеристик, имеющихся данных и технологий, лежащих в основе ЭК. На этом этапе изучаются возможные сценарии предъявления обучаемым дидактических материалов, принципы оценивания и обратной связи, а затем строятся алгоритмы, по которым будет проходить взаимодействие обучаемых с ЭК.

Реализация проекта подразумевает перевод формализованных методов решения дидактических задач в окончательную схему – сценарий действий ЭК – в качестве автоматизированной обучающей системы, особенности которой определяются выбранными для ее реализации информационными технологиями.

На этапе *тестирования* обучаемым предлагаются такие задачи, которые с наибольшей вероятностью подвергнут испытанию работоспособность ЭК и позволят выявить его возможные слабости. Наиболее важно проверить сценарии, заложенные в ЭК, доказав или опровергнув эффективность используемых методов обучения.

Проектирование может вестись и с учетом *оптимизации* ряда параметров ЭК: это может быть и минимизация затрат на его создание, и повышение качества обучения, и расширение доступности учебных материалов, и т. п.

В основу технологии подготовки ЭК можно заложить один из возможных альтернативных подходов: снизу-вверх или сверху вниз.

Подход *снизу вверх* предполагает постепенное выстраивание ЭК на основе поэтапного внедрения в учебный процесс электронных учебных материалов различного характера, что на практике является наиболее доступным для педагога. В этом случае для процесса создания ЭК может быть характерна такая последовательность этапов:

- подготовка и апробация демонстрационных материалов для чтения лекций и проведения практических занятий;
- разработка и апробация электронного конспекта лекций, заданий для практических (лабораторных) занятий и семинаров;
- разработка и апробация заданий для промежуточного и итогового контроля и самоконтроля;
- проектирование и апробация принципов обратной связи;
- структурирование электронных материалов и формирование базы знаний;
- формирование базы данных для мониторинга и коррекции учебного процесса;
- создание целостного ЭК.

Преподаватель – автор курса – играет основную роль в оперативной апробации подготавливаемых материалов, их необходимой коррекции и адаптации в соответствии с результатами их применения в учебном процессе. Содержанием заключительного этапа является наиболее сложная и продолжитель-

ная работа по систематизации всех отдельных работок в единый ЭК. В качестве очень важного положительного момента в таком подходе к проектированию необходимо отметить, что процесс создания ЭК предусматривает последовательную и органичную интеграцию создаваемых электронных учебных материалов в учебный процесс.

Проектирование *сверху вниз* предполагает весьма основательную предварительную концептуальную и технологическую проработку создаваемого продукта с учетом всех предполагаемых способов его применения и особенностей интеграции в учебный процесс.

Перечислим основные этапы проектирования ЭК в данном подходе:

- определение учебных целей (знаний, умений и навыков), развивающих целей с учетом тех допол-

нительных возможностей, которые дает применение ЭК;

- формирование содержания учебной дисциплины, которое может быть расширено в случае использования ЭК;

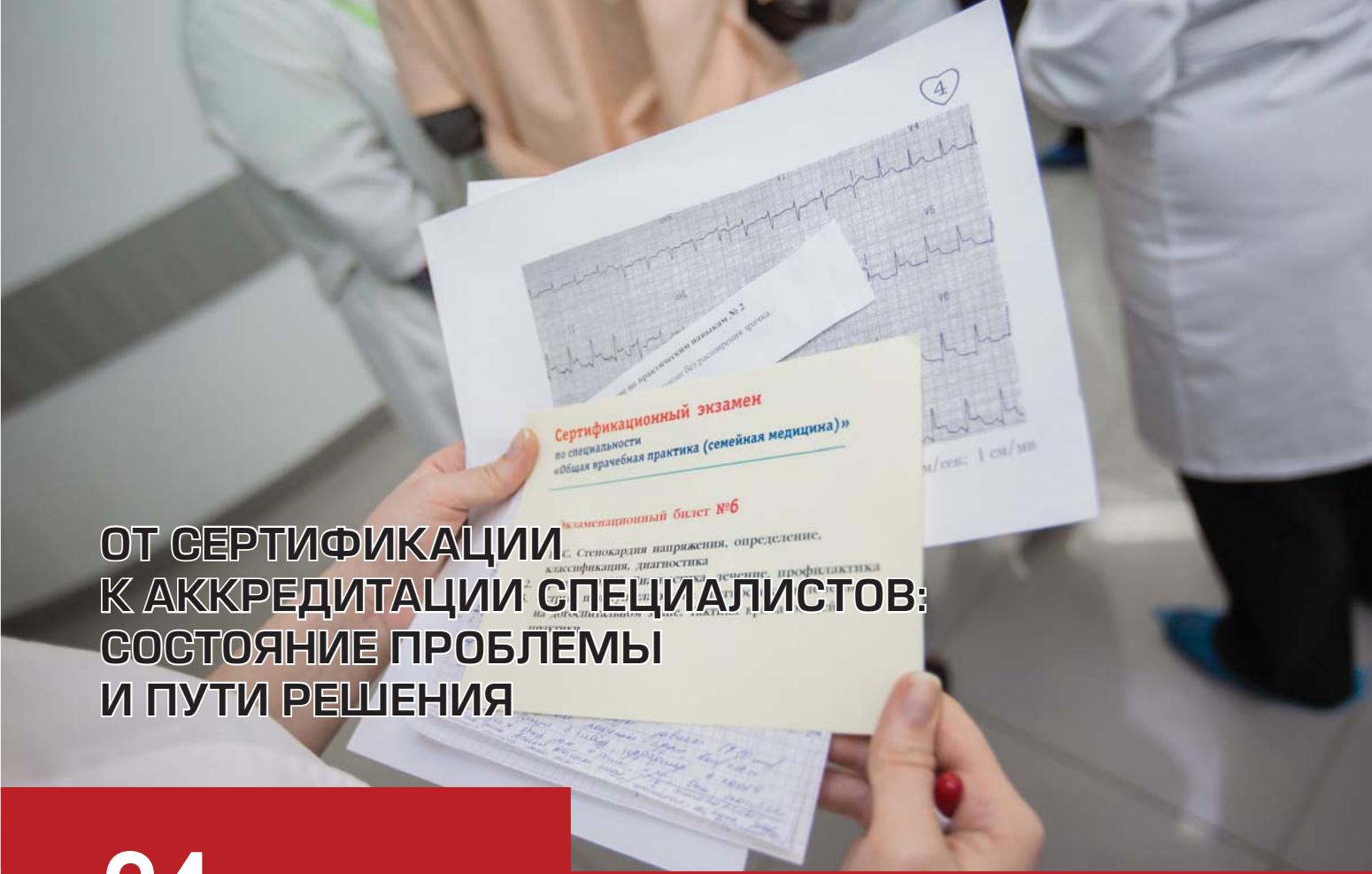
- детализация программы по темам или модулям, выбор методов обучения;

- проектирование модулей и сценариев работы ЭК;

- решение вопросов по созданию и ведению базы данных для мониторинга и управления процессом обучения на основе ЭК (при использовании сетевых технологий);

- апробация ЭК.

Рассмотренный подход по педагогическому дизайну применим при разработке ЭК на базе специальных программных комплексов.



ОТ СЕРТИФИКАЦИИ К АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

24-ЛЕТНИЙ ОПЫТ
системы сертификации
специалистов
В РОССИИ

В 2016 г. в России изменяются правила допуска к медицинской деятельности. Сертификация специалистов заменяется системой аккредитации кадров здравоохранения. Эти изменения коснутся всех медицинских работников. В данной статье приводится мнение преподавателей медицинского вуза, участвующих в допуске специалистов к работе в сфере здравоохранения.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

В.И. ПЕТРОВ

акад. РАН, заслуженный деятель науки РФ,
ректор ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

В.Б. МАНДРИКОВ

д-р пед. наук, профессор, первый проректор ФГБОУ ВО
ВолГМУ Минздрава России

В.И. САБАНОВ

канд. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения с курсом
общественного здоровья и здравоохранения
ФУВ ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

А.Н. ГОЛУБЕВ

канд. мед. наук, директор Межкафедрального
центра сертификации специалистов
ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

FROM CERTIFICATION TO ACCREDITATION OF SPECIALISTS: THE STATE OF PROBLEMS AND SOLUTIONS

V.I. PETROV, V.B. MANDRIKOV, V.I. SABANOV, A.N. GOLUBEV

This article discusses problems related to different of medical work
permission in Russia starting with 2016.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сертификация специалистов, аккредитация
специалистов, тестирование знаний, электронные учебники, дистанционное
образование.

KEYWORDS: certification of specialists, professional accreditation, testing of
knowledge, educational resources, electronic textbooks, distance education.

Введение. Современная образовательная политика Российской Федерации развивается с учетом тенденций, происходящих в Европейском образовательном сообществе, ориентированном на Болонский процесс. Основной инновацией Болонской декларации, которая принята на вооружение высшим образованием России, является формирование компетентностной модели специалиста [1, 2], которая существенно изменяет сложившиеся стереотипы. Несмотря на значительный период внедрения указанной модели, на сегодняшний день остается ряд нерешенных вопросов, связанных как с внедрением альтернативных методов обучения, так и сложностью разработки образовательных стандартов различных уровней подготовки специалистов.

В этой ситуации возрастает роль методик контроля знаний и оценки качества подготовки обучающихся. Технологией, позволяющей частично решить указанную проблему в здравоохранении, является действующая в настоящее время система сертификации специалистов, приходящая ей на смену в 2016 г. аккредитация, в соответствии со статьей 69 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Изменения технологии допуска к практической медицинской деятельности затронут всех медицинских работников. В основе вновь создаваемой технологии аккредитации специалистов, очевидно, необходимо учесть накопленный за 22 года опыт функционирования системы сертификации с её недостатками и достоинствами.

Материалы и методы. На примере деятельности специализированного подразделения, осуществляющего подготовку специалистов к сертификационному экзамену и его организацию, выполнен анализ задач, связанных с допуском к профессиональной деятельности медицинских работников на территории Российской Федерации. Используются экспертные заключения специалистов, непосредственно участвующих в указанной работе.

Результаты. Создание в России системы сертификации медицинских кадров было начато в

1993 г. после принятия «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и соответствующих приказов министерства здравоохранения. Волгоградский государственный медицинский университет (ВолгГМУ) одним из первых вузов России приступил к решению задачи сертификации специалистов здравоохранения. Для координации этих работ в 1997 г. был создан межкафедральный центр сертификации специалистов (далее МЦСС) [3]. Основной задачей этого подразделения является подготовка слушателей к сертификационному экзамену, сбор документов соискателей, осуществление допуска и проведение этапа тестирования знаний специалистов на сертификационном экзамене. С момента организации центра сертификации его работа была основана на информационной системе, разработанной специалистами ВолгГМУ для автоматизации учета подготовки и проведения сертификации специалистов [4].

Требования к процедуре и форме проведения экзамена на сертификат специалиста в период с 1993 по 2000 г. были установлены приказами МЗ РФ от 19.12.1994 г. № 286 «Об утверждении положения „О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности“» и от 17.11.1995 г. № 318 «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста». Указанные приказы были отменены в 2000 г. и до 2013 г. экзамен на сертификат специалиста проводился по технологии, утвержденной региональными нормативными документами и распоряжениями учебных заведений, где действовали сертификационные комиссии. В настоящее время процедура сертификационного экзамена и форма бланка сертификата специалиста установлены приказом МЗ РФ от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».

В соответствии с требованиями пунктов 13 и 14 указанного приказа в ВолгГМУ разработан и утвержден регламент сертификационного экзамена [5]. Он содержит подробный алгоритм работы всех подразделений и ответственных лиц университета, участвующих в подготовке и проведении указанного экзамена. Организацию экзамена и этап тестирования знаний проводит центр сертификации специалистов. Ежегодно в ВолгГМУ успешно сдают сертификационный экзамен более 4 тысяч специалистов. Экзамен принимается в 43 сертификационных подкомиссиях по 76 врачебным и провизорским специальностям, а также по 10 специальностям среднего специального медицинского образования. Состав подкомиссий установлен совместным приказом руководителя территориального органа Росздравнадзора по Волгоградской



области и ректора ВолгГМУ. В состав каждой подкомиссии входят ведущие ученые и преподаватели кафедр университета, сотрудники Росздравнадзора и представители практического здравоохранения Волгоградской области.

Помимо деятельности, связанной с проведением экзамена, необходимо учесть объем работы, который предшествует и сопровождает процедуру допуска к нему. Для автоматизации указанных задач была разработана и внедрена автоматизированная технология, которая обеспечивает учет всей информации, сопровождающей сертификацию специалистов, от приема заявлений до выписки и выдачи сертификатов (рис. 1).

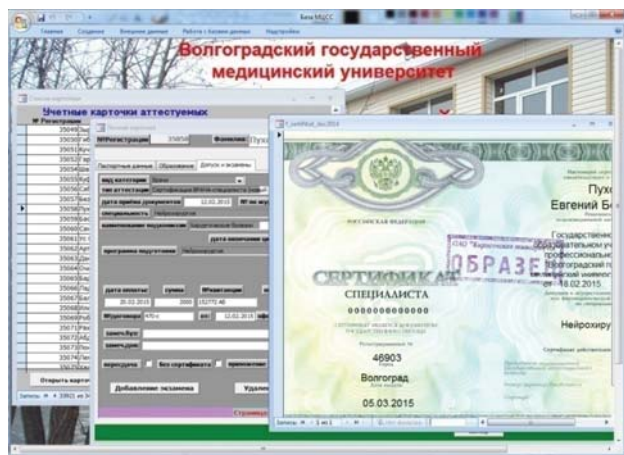


РИСУНОК 1. Рабочий стол информационной системы МЦСС

Направление специалиста на обучение и подготовку к сертификационному экзамену, как правило, выполняется учреждениями здравоохранения, в которых медицинские работники трудоустроены на соответствующих должностях или в качестве врача-стажера.

Перечень документов, необходимых для допуска к сертификационному экзамену, а также информационные материалы о требованиях к уровню подготовки лиц, претендующих на получение сертификата, процедуре проведения сертификационного экзамена размещаются на стендах МЦСС и официальном сайте университета www.volgmed.ru [4]. Расписание сертификационного экзамена на неделю доступно на указанной странице официального сайта ВолгГМУ, а также на сайте банка тестовых заданий www.disttest.ru [6].

В соответствии с регламентом сертификационный экзамен проходит в три этапа: 1) тестовый контроль знаний на компьютере (компьютерное тестирование); 2) оценка практических навыков; 3) собеседование.

Тестовый контроль знаний экзаменуемых проводится в двух компьютерных классах МЦСС. Они

оснащены 44 автоматизированными рабочими местами, подключенными к корпоративной сети университета с выходом в Интернет. Для ознакомления экзаменуемых с тестовыми заданиями и особенностями работы с компьютерной программой за несколько дней до экзаменационного тестового контроля проводится обучающее пробное тестирование.

Продолжительность сеанса тестирования составляет два академических часа (1,5 часа астрономического времени). Каждый экзаменуемый получает индивидуальную выборку вопросов, содержащую не менее 100 тестовых заданий в соответствии с утвержденной подкомиссией структурой тестовых заданий, выносимых на экзамен (профилем тестирования).

Полученный результат тестового контроля сохраняется в базе данных сертификации и автоматически заносится в протокол сертификационного экзамена, формируемый с помощью информационной системы на бумажном носителе. Лицам, успешно сдавшим сертификационный экзамен, производится выписка сертификата специалиста. Бланк сертификата специалиста заполняется с применением оргтехники в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 29.11.2012 г. № 982н. Данные для заполнения бланка хранятся в информационной системе МЦСС, что оптимизирует процесс его распечатки и ускоряет оформление.

Дополнительно к основной деятельности МЦСС выполняет ряд близких по форме работ. Организует специальный экзамен по направлениям Росздравнадзора врачей и провизоров, получивших подготовку в иностранных государствах. Проводит тестовую часть экзамена лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования для допуска к медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего звена. Также в МЦСС проводится этап тестирования знаний студентов старших курсов и выпускников при Итоговой Государственной аттестации.

Решением ректората ВолгГМУ от 23.04.2007 г. МЦСС поручено создание и сопровождение компьютерного банка тестовых заданий, а также обеспечение доступа к нему пользователей корпоративной компьютерной сети.

Полученный опыт свидетельствует, что в процессе реформирования системы допуска медицинских работников к профессиональной деятельности, необходимо использовать возможности применения инновационных методов обучения и контроля знаний на основе интернет-технологий. Они способствуют обучаемым более эффективно усваивать учебный материал, а преподавателям оптимизировать педагогический процесс, что, несомненно, повышает качество подготовки [7]. В дополнение к ним современные компьютерные симуляторы и

фантомы позволяют выполнять не только освоение новых способов диагностики и лечения, но и осуществлять контроль полученных навыков применительно к условиям практической деятельности.

Контроль знаний обучаемых на основе тестирования повсеместно применяется как метод оценки качества знаний специалистов, выпускаемых учебным заведением. В последнее время наблюдается процесс изменения роли тестирования знаний в учебном процессе. Если до недавнего времени тест считался исключительным механизмом проверки знаний, то сегодня наблюдается постепенное изменение позиционирования этого метода в сторону уменьшения его изолированного применения. Он продолжает использоваться как один из инструментов оценки качества обучения в связке с рядом других методик. Свидетельствами этому являются исключение тестовой части из Единого Государственного экзамена и появление экзаменационных сочинений в общеобразовательной школе, внедрение методик оценки практических навыков и умений на фантомах и симуляторах, возврат к вступительным испытаниям в высшие учебные заведения России и так далее. Тем не менее тестовый контроль не теряет своей актуальности как объективный и беспристрастный механизм проверки уровня знаний обучающихся. Но он должен развиваться и совершенствоваться как инструмент формирования базовых теоретических знаний обучающихся, необходимых для освоения компетенций и практических навыков по выбранной специальности.

Учитывая роль тестирования, как одного из важных компонентов оценки знаний на сертификационном экзамене, перед МЦСС была поставлена задача создать интернет-ресурс тестового контроля, который бы мог применяться на всех этапах подготовки специалистов. Первоначально сайт центра сертификации был разработан в 2007 г. как банк тестовых заданий, содержащий электронные книги тестов, используемых преподавателями ВолгГМУ для контроля знаний учащихся, студентов и курсантов ФУВ. Такой подход позволил организовать самостоятельную подготовку к тестированию на основе изучения полученных через Интернет электронных книг. В 2010 г. был создан ресурс www.disttest.ru [6], предназначенный не только для хранения файлов с электронными книгами, но и включающий систему интернет-тестирования знаний в дистанционной форме (рис. 2). С 2013 г. сайт постоянно применяется для экзаменационного тестового контроля, и в настоящее время включает электронные книги тестов по 67 специальностям-последипломной подготовки врачей и провизоров, а также 72 дисциплинам студентов и учащихся медицинского колледжа. Для проведения тестирования задействованы 224 файла баз тестов с общим объемом более 108 тысяч тестовых заданий.

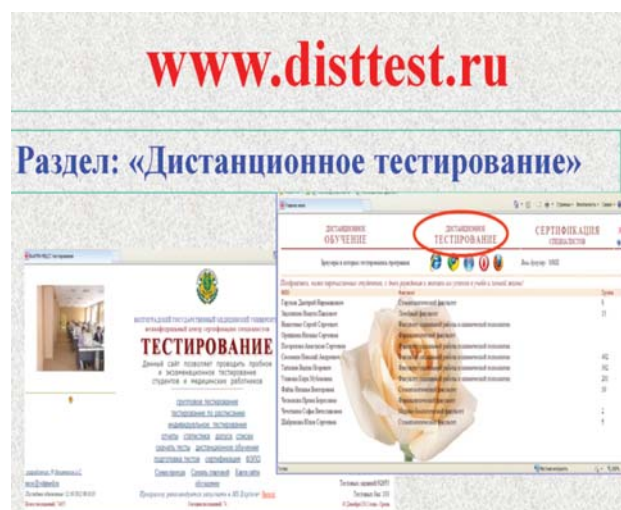


РИСУНОК 2. Сайт банка тестовых заданий ВолгГМУ

Обсуждение. По нашему мнению, вышеизложенная технология проведения сертификационного экзамена может быть взята за основу при разработке системы аккредитации медицинских кадров. При этом региональные центры аккредитации могут быть созданы в каждом медицинском вузе, например, как научно-образовательные центры (НОЦ). Они могут функционировать и на условиях государственно-частного партнерства в соответствии со стратегией инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 г.

К задачам Федеральных структур аккредитации целесообразно отнести вопросы по подготовке методических и нормативных документов, в том числе формирования банка тестовых заданий для системы аккредитации с их регулярным обновлением и коррекцией, разработке требований к оценке практических навыков и умений, вопросов к собеседованию и т. д. Также одной из основных задач федеральных структур аккредитации специалистов может являться ведение общероссийского реестра свидетельств об аккредитации с предоставлением доступа заинтересованным структурам к этой информации, в том числе через Интернет. Федеральный центр аккредитации медицинских и фармацевтических работников должен осуществлять контроль за деятельностью региональных представительств посредством регулярной отчетности и анализа результатов проделанной работы. При создании такой структуры возможно использование опыта аттестационной работы, накопленной в системе аккредитации образовательных учреждений.

Существенными вопросами функционирования создаваемой системы являются источники финансирования указанных работ. Для специалиста прохождение аккредитации должно быть бесплатным, а затраты на деятельность региональных центров

могут быть компенсированы за счет средств направляющей стороны. Работа федеральных структур аккредитации может быть профинансирована из средств федерального бюджета.

На уровне Министерства образования и Министерства здравоохранения Российской Федерации существует острая потребность в скорейшей регламентации системы и процедуры аккредитации специалистов. Необходимо разработать исчерпывающий регламент, предусмотреть материально-техническое оснащение, полномочия и ответственность центров аккредитации. С целью устранения возможных несоответствий, проекты этих документов целесообразно вынести на обсуждение медицинской общественности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Амиров А.Ф.* Медицинское образование России в условиях реализации Болонских соглашений / А.Ф. Амиров // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. Научно-практический журнал. – 2008. – № 2 (9). – С. 19–21.
2. *Вербицкий А.А.* Реформирование образования в России и Болонский процесс / А.А. Вербицкий // Высшее образование сегодня. – 2008. – № 11. – С. 51–55.
3. *Сабанов В.И.* О деятельности специализированного вузовского центра по сертификации медицинских и фармацевтических работников / В.И. Сабанов, Е.Р. Комина, А.Н. Голубев // Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации. Материалы 5-й ежегодной Российской научно-практической конференции НПО «МедСоцЭкономИнформ». – М., 1998. – С. 67–69.
4. Межкафедральный центр сертификации специалистов // Волгоградский медицинский университет (ВолГМУ); сайт. URL: <http://www.volgmed.ru/ru/depts/list/87/> (дата обращения: 18.03.2015).
5. Приказ ВолГМУ от 23.06.2014 847-КМ «Об утверждении регламента проведения сертификационного экзамена в ВолГМУ» с приложениями // Волгоградский медицинский университет (ВолГМУ); сайт. URL: http://www.volgmed.ru/uploads/files/2014-6/31009-prikaz_volggmu_ot_23_06_2014_847-km_ob_utverzhenii_reglamenta_provedeniya_sertifikacionnogo_ekzamena_v_volggmu_s_prilozheniyami.pdf/ (дата обращения: 18.03.2015).
6. Волгоградский медицинский университет. Межкафедральный центр сертификации специалистов. Тестирование // Волгоградский медицинский университет (ВолГМУ); сайт. URL: <http://www.disttest.ru/default.asp> (дата обращения: 18.03.2015).
7. *Кузнецов В.В.* Технологии Интернет-образования // Новые информационно-коммуникационные технологии в социально-гуманитарных науках и образовании. – М.: Логос, 2003. – 424 с.



ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЕДИНОГО СТАНДАРТА ПРЕПОДАВАНИЯ АЛГОРИТМА БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

**ПРОВЕДЕНИЕ
ранней сердечно-легочной
РЕАНИМАЦИИ
и быстрой дефибрилляции
повышают выживаемость
пациентов при внезапной
остановке кровообращения**

В данной статье представлен порядок выработки единого подхода к выполнению базовой сердечно-легочной реанимации – практическому навыку, преподаваемому на ряде кафедр в разделах различных клинических дисциплин. Проведенные организационно-методические мероприятия позволят унифицировать преподавание данного навыка на всех этапах обучения студента, а внедрение единой карты экспертной оценки позволит экзаменаторам оценивать выполнение практического навыка по единым стандартам.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

Е.В. ТАПТЫГИНА

канд. мед. наук, декан факультета довузовского и непрерывного профессионального образования, заведующий кафедрой-центром симуляционных технологий ФГБОУ ВО КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Е.Г. МЯГКОВА

начальник учебно-методического управления, доц. кафедры медицинской информатики и инновационных технологий с курсом ПО ФГБОУ ВО КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

А.И. ГРИЦАН

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

А.А. ГАЗЕНКАМПФ

канд. мед. наук, ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Г.В. ГРИЦАН

д-р мед. наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ИПО ФГБОУ ВО КрасГМУ имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

THE EXPERIENCE OF THE UNIFIED TEACHING STANDARD IMPLEMENT OF CARDIO-PULMONARY REANIMATION ALGORITHM

**E.V. TAPTYGINA, E.G. MYAGKOVA, A.I. GRITSAN,
A.A. GAZENKAMPF, G.V. GRITSAN**

This article presents a unified approach procedure to perform basic cardio-pulmonary resuscitation which is the practical skill, taught in a number of departments in the various sections of the clinical disciplines. Organizational and methodical activities will unify the teaching of this skill at all the stages of student learning. The introduction of a unified expert assessment card will allow examiners to assess the performance of practical skill in accordance with the unified standards.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: базовая сердечно-легочная реанимация, практические занятия, карта экспертной оценки.

KEYWORDS: basic cardiopulmonary resuscitation, practical training, expert assessment card.

Введение. Ранняя сердечно-легочная реанимация и быстрая дефибрилляция обеспечивают выживаемость пациентов при внезапной остановке кровообращения [2]. В связи с этим базовая сердечно-легочная реанимация (БСЛР) — один из основных практических навыков, которым должен овладеть студент, обучающийся по специальности «Лечебное дело».

Сегодня в реаниматологии существует серьезная доказательная база по проведению БСЛР [1, 3], на которую, безусловно, необходимо опираться в процессе обучения студентов и врачей данному практическому навыку.

Цель — предоставить опыт внедрения единого стандарта преподавания проведения алгоритма БСЛР в ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (КрасГМУ).

Материалы и методы. Изучение БСЛР осуществляется на протяжении всего периода обучения студентов лечебного факультета на различных дисциплинах, а оценка данного практического навыка происходит в период проведения промежуточной аттестации по дисциплинам, экзамена после прохождения летней производственной практики, на втором этапе государственной итоговой аттестации.

Изучая этапы формирования практического навыка, мы проанализировали, на каких курсах, в рамках каких дисциплин студенты данного факультета осваивают практический навык БСЛР (табл.).

Как мы видим, студенты лечебного факультета отрабатывают данный практический навык на протяжении всего периода обучения, ежегодно, начиная со 2-го курса, и сдают его на 2-м этапе государственной итоговой аттестации (ГИА), который является обязательным (т. е. данный навык сдает каждый выпускник).

Анализ оценок ГИА выпускников 2014 г. показал, что не все студенты овладели данным навыком в полной мере, а оценивание навыка преподавателями носит субъективный характер. Не исключалась возможность упущения одного из этапов выполнения навыка или повышенного влияния одного из факторов на оценку (эффект ореола).

С целью выработки единых подходов и повышения качества в формировании практического навыка был проведен ряд организационно-методических мероприятий. Разработан стандарт и снят видеоролик выполнения практического навыка. На базе кафедры — центра симуляционных технологий учебно-методическим управлением совместно с кафедрой анестезиологии и реаниматологии Института последипломного образования (ИПО) была организована конференция, в рамках которой был проведен мастер-класс по обучению преподавателей кафедр БСЛР у взрослых, состоящий из двух этапов: теоретического обзора основных аспектов проведения БСЛР и практической отработки навыка. За основу построения семинара был взят курс Европейского совета по реанимации «Базовая сердечно-легочная реанимация и автоматическая наружная дефибрилляция».

Таблица

Учебные дисциплины, в рамках которых происходит отработка БСЛР на кафедрах

№ п/п	Название кафедры	Название учебной дисциплины	Курс	Семестр
1.	Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО	Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф	2	3
2.	Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана	Общая хирургия, лучевая диагностика	3	5
3.	Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана	Первая помощь при кровотечениях и травмах	3	5
4.	Внутренние болезни № 1	Факультетская терапия, профессиональные болезни	4	7
5.	Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО			
6.	Кафедра детских болезней с курсом ПО	Педиатрия	5	10
7.	Внутренние болезни № 1	Госпитальная терапия, эндокринология	5	10
8.	Кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО			
9.	Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом ПО им. проф. Л.Л. Роднянского	Травматология, ортопедия	6	11
10.	Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	6	11
11.	Кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО	Поликлиническая терапия	6	12
12.	Внутренние болезни № 1	Неотложные состояния в кардиологии	6	12



РИСУНОК 1. Демонстрация инструктором комплекса БСЛР

Теоретическая часть включала в себя лекцию, в которой пошагово обговаривался каждый элемент алгоритма БСЛР. Данный этап, во-первых, был направлен на формирование представления у преподавателей о современных подходах к алгоритму БСЛР и, во-вторых, позволял лектору предоставить научное обоснование всех действий спасателя.

Практическое обучение осуществлялось на специализированных тренажерах, под контролем двух инструкторов, в группах было до 12 человек.

Обучение проводилось по следующему алгоритму.

1. Инструктор без объяснений показывал весь комплекс БСЛР (рис. 1). На этом этапе было необходимо сформировать у преподавателей, ставших на время обучающимися, общее представление правильного выполнения навыка. Важно, чтобы инструктор в совершенстве владел всеми элементами БСЛР (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание) и не совершал ошибок во время демонстрации, так как обучающиеся могли на подсознательном уровне запомнить эти недочеты и в будущем повторить их.

2. Инструктор повторял весь алгоритм, но уже с подробным объяснением каждого своего действия. Инструктор четко проговаривал каждое свое действие, например: «кладу одну руку на лоб пострадавшего, второй придерживаю подбородок». Это необходимо для того, чтобы не упустить никаких мелочей в процессе объяснения алгоритма. Кроме того, это позволило обучающимся точно повторить действия инструктора.

3. Инструктор повторно проводил БСЛР, но уже под команды обучающихся. Они по очереди говорили инструктору, что он должен был делать. «Подойдите к пострадавшему, спросите у него его имя». Таким образом, обучающиеся проговаривали алгоритм, что способствовало лучшему запоминанию.

4. Вопросы и обсуждение. После того, как обучающиеся получили полную информацию о БСЛР, они могли задать вопросы инструктору.

5. Обучающиеся поочередно проводили весь комплекс БСЛР (рис. 2). Действия каждого обучающегося обсуждались в группе. Сначала отмечались положительные моменты, потом – недоработки. Инструктор подробно разбирал с каждым обучающимся все ошибки.

6. Повторное выполнение алгоритма обучающимися выполнялось с учетом разобранных ранее недочетов.

7. Демонстративное выполнение инструкторами алгоритма БСЛР в паре. Работа в парах связана с определенными особенностями (расположение спасателей относительно пострадавшего и друг друга, распределение функций и пр.).

8. Выполнение обучающимися алгоритма БСЛР в парах.

9. Финальное обсуждение алгоритма БСЛР. У обучающихся была возможность задать вопросы, обсудить спорные моменты.



РИСУНОК 2. Отработка обучающимся БСЛР под контролем инструктора

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**БАЗОВЫЕ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК**

Дата _____

Check – card

Ф.И.О. обучающегося _____ Группа _____

Специальность _____ Цикл /Дисциплина _____

Параметр	Оценка правильности выполнения		
1. Оглядеться, проверить собственную безопасность	+		-
2. Спросить у пострадавшего его имя	+		-
3. Позвать на помощь окружающих	+		-
Проверить наличие самостоятельного дыхания			
4. положив руки на лоб и подбородок, разогнуть шею	+	+/-	-
5. попытаться услышать дыхание пострадавшего	+	+/-	-
Проверить наличие пульсации на сонной артерии			
6. выполнить одновременно с оценкой дыхания	+		-
7. поместить 1-2 пальца в проекции сонной артерии	+	+/-	-
Вызвать бригаду скорой медицинской помощи			
8. с проговариванием номера в слух (112,103)	+	+/-	-
Начать выполнение компрессий			
9. руки – в центр грудной клетки	+		-
10. постановка рук – в замок, разогнуты в локтях	+	+/-	-
11. глубина компрессий 5 – 6 см.	+		-
12. частота компрессий 100 – 120 в мин.	+		-
13. компрессии ритмичны, единообразны	+		-
14. выполнение 30 компрессий	+		-
Выполнить искусственные вдохи			
15. положив руки на лоб и подбородок, разогнуть шею	+	+/-	-
16. закрыть нос большим и указательным пальцами	+		-
17. воспользоваться средством защиты	+		-
18. плотно прижать губы	+		-
19. выполнить два вдоха с интервалом 1 сек	+	+/-	-
20. Продолжить компрессии грудной клетки	+	+/-	-

Каждое нарушение последовательности алгоритма оценивается в 0,5 ошибки

+	нет ошибок	+/-	0,5 ошибки	-	одна ошибка
0 – 1,0 ошибки – «отлично»; 1,5 – 2,0 ошибки хорошо; 2,5 – 3,0 ошибки – «удовл.»; более 3,5 ошибок – «неудовл.»					

ОЦЕНКА _____

Экзаменатор _____

РИСУНОК 3. Лист экспертной оценки проведения базовой сердечно-легочной реанимации

10. Проведение зачета. Прием зачета проводили оба инструктора вместе. Обучающиеся по одному заходили в комнату и проводили алгоритм БСЛР. После обсуждения инструкторы озвучивали результат, с разьяснением ошибок, при их наличии.

Для объективизации приема зачета по БСЛР нами разработан лист экспертной оценки, который позволяет зафиксировать и правильно оценить все ошибки обучающегося при их наличии. После зачета заполненный лист экспертной оценки оставался у обучающегося (рис. 3).

Результаты и обсуждение. В рамках проведенной работы 24 преподавателя 12 кафедр прошли обучение по проведению БСЛР согласно рекомендациям Европейского совета по реанимации. На наш взгляд, это позволит унифицировать преподавание данного навыка на всех этапах обучения студента, что, безусловно, повысит качество освоения навыка, а также повысит объективность оценивания навыка в рамках ГИА.

Внедрение единой карты экспертной оценки позволит исключить при проверке навыка разночтения и недоработки со стороны экзаменаторов как на промежуточных этапах, так и на государственной итоговой аттестации.

В дальнейшем планируется проведение подобного обучения преподавателей вуза по навыкам, формируемым различными кафедрами, на различных этапах подготовки студентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации (пересмотр 2010 г.) / под ред. В.В. Мороза. – Рыбинск: Гран При, 2011. – 521 с.
2. *Bobrow B.J., Spaite D.W., Berg R.A. [et al.]*. Chest compression-only CPR by lay rescuers and survival from out-of-hospital cardiac arrest // JAMA. – 2010. – Vol. 304, № 13. – P. 1447–1454.
3. Guidelines for resuscitation 2010 / European Resuscitation Council // Resuscitation. – 2010. – Vol. 81. – P. 1219–1276.



РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА КАК КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Современное СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

в большей мере
ориентировано
на человека
(группу людей),
чем на болезнь

В данной статье рассмотрены вопросы формирования развивающей образовательной среды в условиях среднего медицинского образования.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

DEVELOPING ENVIRONMENT AS KEY FACTOR OF THE QUALITY OF EDUCATION

V.A. LEVINA

В.А. ЛЕВИНА

ГБОУ СПО «Свердловский областной медицинский колледж», зав. отделом психологического сопровождения образовательного процесса

In the article questions of developing educational environment in nursing education.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: компетенция, развивающая образовательная среда, непрерывное профессиональное развитие, среднее медицинское образование.

KEYWORDS: competence, developing educational environment, continuous professional development, nursing education.

Введение. Профессиональная подготовка специалистов-медиков определяется спецификой профессий типа «человек – человек», когда главное содержание труда сводится к взаимодействию между людьми, что предполагает наработку необходимых качеств и соответствие определенным требованиям, в том числе:

1) в части исполнительно-двигательной стороны труда (необходимость речевых действий, выразительность движений и физического облика (мимика, пантомимика), точность и координация рабочих движений);

2) в части познавательной деятельности (неоднозначность процесса труда, умение накапливать и использовать жизненный опыт, широкий кругозор, наблюдательность, способность прочувствовать внутренний мир конкретного человека, избегая проекций, оптимизм, творческий подход к деятельности, постоянное саморазвитие);

3) в части коммуникативной деятельности (внимание, чуткость, умение слушать и понимать другого человека, не приписывая ему своих предпочтений, работа в условиях «здесь и сейчас» с учетом всего контекста обстоятельств, эмпатия, способность корректно и адекватно выражать свои чувства, терпение, альтруизм, навык саморегуляции);

4) в части выполнения непосредственных профессиональных задач (владение профессиональными знаниями, умениями, навыками, формирование необходимых для выбранного вида деятельности компетенций, проявление готовности и способности к оказанию необходимого объема медицинской помощи).

Требования современных образовательных стандартов среднего профессионального образования (ФГОС СПО 3+) максимально приближены к этим характеристикам, поскольку компетентностный подход направлен на реализацию аксиологической сути профессии в ее социально-гуманитарном выражении, что раскрывает взаимосвязь между ценностными потребностями общества и престижем определенных профессий.

Целью профессиональной деятельности медицинского работника со средним профессиональным образованием является уход за пациентом, который изначально представлял собой оказание медико-психосоциальной помощи. В последние годы роль специалистов со средним медицинским образованием значительно возросла, так как помимо выполнения основных функций в лечебно-профилактических учреждениях расширяется также участие сестринского персонала в новых организационных формах внебольничной помощи (медицинская профилактика, медико-социальная помощь, ведение школ здоровья и др.). Современное сестринское дело в большей мере ориентировано на человека (группу людей), чем на болезнь, так как

акцент ставится на решение проблем и нужд людей, их семей и общества в целом, связанных с изменениями и нарушениями здоровья.

Эффективность профессиональной деятельности медицинского работника со средним профессиональным образованием в значительной степени определяется развитием трех сфер личности:

– потребностно-мотивационной (преобладание альтруистических и гуманистических ценностей, ориентация на общечеловеческие потребности, преобладание интернального локуса контроля);

– когнитивной (стабильность и высокий уровень развития когнитивных процессов, прежде всего внимания, памяти, речи, постоянное развитие и реализация на практике интеллектуальных возможностей);

– коммуникативной (рефлексия, эмпатия, развитые навыки общения).

В соответствии с современными взглядами на профессиональную роль медицинского работника среднего звена изменились требования к условиям подготовки специалистов. С позиции компетентностного подхода одним из критериев, определяющих качество образования как результат, является развитие таких черт личности обучающихся, без которых человек не может состояться в профессии, связанной с оказанием медицинской помощи.

Целью настоящей работы стало рассмотрение возможностей создания развивающей образовательной среды. Под развивающей средой мы подразумеваем некое intersubъектное поле, которое служит задачам непосредственного развития обучающихся в рамках их целевой подготовки.

Материалы и методы исследования. Профессиональное становление представляет собой сложный и длительный динамический процесс. Выбор вида профессиональной деятельности осуществляется, в значительной степени, на основе объективных критериев, таких как престижность и востребованность профессии в социуме, наличие потенциальных вакансий на рынке труда и уровень оплаты, требования конкурентоспособности и многое другое. Кроме того, в медицине немаловажными, а иногда и определяющими, являются предпочтения и возможности самого индивидуума: отношение к профессии, требования к себе как профессионалу, выраженность профессиональных способностей и планируемый уровень подготовки, профессиональные идеалы, переживание успехов и неудач в профессиональной деятельности, готовность к самореализации и т. п.

Таким образом, в основе профессионального становления лежит профессиональное самосознание, профессиональная Я-концепция, которая включает представление человека о себе как о члене профессионального сообщества, носителе определенной профессиональной культуры, в том числе

присущих ей норм, правил, традиций. В эти представления входят также характеристики человека, которые определяют успешность его деятельности как профессионала, в том числе индивидуально-психологические свойства и отношения личности.

Поскольку профессиональная Я-концепция является частью общей Я-концепции личности, возникает вопрос об их соотношении, при решении которого необходимо учитывать место конкретной деятельности в жизни личности, место личности в этой деятельности, место личности в собственной жизнедеятельности, место профессионального самоопределения в жизненном самоопределении личности. Направление, в котором изменяется личность в процессе профессионализации, и движение личности к более общим целям и смыслам должны совпадать, поскольку при рассогласовании этих ориентаций возможна остановка личностного развития и расщепление сознания по типу «для работы» и «для себя». Работа с профессиональной Я-концепцией должна осуществляться с фазы оптации (по Е.А. Климову) и продолжаться на протяжении всего профессионального пути специалиста. Развитие профессиональной Я-концепции, с нашей точки зрения, является ведущим фактором профессионального здоровья, а также лежит в основе мотивации к непрерывному профессиональному развитию. Однако для преодоления рисков дезинтеграции профессиональной Я-концепции медицинского работника каждой фазе профессионального развития необходим свой ресурс, в создание и поддержание которого определен вклад должна вносить рассматриваемая нами развивающая среда. В табл. 1 представлено соотношение фазы профессионализации, рисков дезинтеграции профессиональной Я-концепции и интегрирующих ресурсов.

Результаты. Задача формирования профессиональной Я-концепции указывает на необходимость комплексной, системной работы, в которую должны быть вовлечены все субъекты образовательного процесса. Возможная структура данной системы как элемента развивающей среды представлена ниже.

1. *Взаимодействие специалистов структурных подразделений.* Вопросы воспитания обучающихся так или иначе касаются всех субъектов образовательного процесса, включая директоров и завучей училищ и колледжей, кураторов, заведующих отделениями, преподавателей, родителей, педагогов-психологов, социальных педагогов и т. д. Каждый субъект работает на основании определенной методологии и выполняет свои задачи, поставленные перед ним, исходя из общих задач развивающей среды. То же относится и к родителям: важно помнить, что какими бы не были, они являются полномочными представителями своих детей и несут основную воспитательную нагрузку. Аналогично студенты, как субъекты учебно-воспитательного процесса и будущие профессионалы, несут основную ответственность за формирование и развитие своей личности. Исключение составляют несовершеннолетние до 18 лет, ответственность за которых юридически возложена на родителей либо иных законных представителей. Субъекты образовательного процесса не должны дублировать друг друга: более перспективно для них осуществлять взаимодействие по типу мультидисциплинарной бригады с учетом всех особенностей созданной развивающей среды.

2. *Построение индивидуальной траектории развития.* Возможность субъекта разрешать различные профессиональные задачи может быть сформирована только путем приобретения соответствующего

Таблица 1

Развитие личности специалиста со средним медицинским образованием в процессе профессионализации

ФАЗА	ЗАДАЧА	ЭТАП	РИСК	РЕСУРС
Оптации	Профессиональный выбор	Абитуриент	Случайный выбор	Осмысление деятельности
Адепта	Освоение профессии	Обучение	Неумение учиться, неуспех	Ситуация успешности
Профессиональной адаптации	Начало профессиональной деятельности	Начало работы в ЛПУ	Разочарование в профессии	Система наставничества молодых специалистов
Интернала	Профессиональное развитие	Опытный специалист	«Выгорание»	Копинг-стратегии
Мастерства	Индивидуальный стиль профессиональной деятельности	Стабильно высокие результаты	«Застывание» в деятельности	Профессиональное сообщество
Авторитета	Презентация собственного опыта	Участие в профессиональном сообществе	Ощущение предела развития	Научная деятельность, передача опыта
Наставничества	Передача опыта	Наставничество	Недостаток педагогического мастерства	Обучение

опыта, то есть посредством деятельности. Изучение любого предмета должно позволять студенту получить опыт самостоятельного участия в освоении надлежащего материала, однако простого увеличения количества практических занятий явно недостаточно. Самостоятельная работа студентов должна раскрывать перспективу и быть им интересной. С целью эффективного формирования компетенций и развития личности будущего специалиста необходимо создавать ситуацию успеха, то есть контроль должен нести адекватную обратную связь, но никак не являться средством подавления личной инициативы и нормальных реакций на предлагаемые обстоятельства. Студента имеет смысл сравнивать не с другими, а только с ним самим на предыдущем этапе развития, отмечая его продвижение и комментируя допущенные ошибки как маркеры нераскрытых возможностей. Индивидуальная траектория развития должна быть детерминирована зоной ближайших достижений студента. Следовательно, необходим регулярный мониторинг соответствия уровня сформированных компетенций и имеющихся условий развивающей среды, так как только таким образом можно получить информацию о качественных показателях образовательного процесса и наметить пути последующей корректировки осуществляемых между субъектами взаимодействий.

3. *Преподавательское творчество.* В новой образовательной парадигме преподаватель выполня-

ет функцию наставника, который создает условия для наиболее полного развития обучающихся. Соответственно, это требует от педагога творческого подхода и готовности к собственному постоянному развитию. То есть преподаватель должен быть способен не только выстраивать индивидуальную траекторию развития студента, но и следить за повышением уровня своего педагогического мастерства. Планирование преподавателем каждого занятия при компетентностном подходе опирается на три параметра: связь учебного материала с профессиональной деятельностью будущих медицинских работников, уровень сформированности компетенций студентов; психологическая безопасность. Последний параметр означает позицию педагога, характеризующуюся позитивным индивидуальным подходом, уважительным и бережным отношением к личному опыту студента, использованием конструктивной критики.

4. *Работа с рисками.* Развивающая среда подразумевает готовность субъектов к непрерывному диалогу, а, следовательно, к столкновению с гетерологической неопределенностью в поликультурном контексте взаимодействия. С этой точки зрения, принимая во внимание различные условия формирования личностей, а также множественность и разнородность человеческих типов и характеров, возможны следующие риски: аксиологическая и культурная инаковость субъектов; личностная несовместимость вследствие отсутствия эмпатической

Таблица 2

Методы профилактики ситуаций риска в компонентах образовательного процесса

Элемент образовательного процесса	Зона влияния	Риск	Методы профилактики
Педагогический	Подсистема педагогических взаимодействий	Сопrotивление преподавателей инновациям современного образования	Поощрение педагогического творчества; психолого-педагогическое сопровождение профессиональной деятельности преподавателей; создание условий для творческой реализации личности преподавателей
Психологический	Подсистема психологического аспекта отношений субъектов	Интерсубъективная напряженность субъектов, внутрличностные конфликты	Мониторинг психо-эмоционального климата; система психологической помощи субъектам образовательного процесса в кризисной ситуации; мероприятия, направленные на развитие корпоративной культуры; медиация межличностных конфликтов
Социальный	Подсистема социально-правовых отношений	Низкая правовая грамотность, использование правовых ресурсов как средства межличностной агрессии	Создание культуры правовой грамотности; развитие этической культуры образовательной организации
Методический	Подсистема учебно-методического оснащения	Темп создания научно-методической продукции отстает от темпа общих изменений системы образования	Стимулирование педагогического творчества, вовлечение всех преподавателей в методическую работу; создание рабочих групп
Административно-управленческий	Подсистема управления образовательным процессом	Низкая мотивация субъектов образовательного процесса на выход из зоны стабильности	Мониторинг удовлетворенности субъектов образовательного процесса качеством образования, условиями труда; выстраивание индивидуальной траектории развития субъектов образовательного процесса

направленности взаимодействия; психологические блоки, детерминированные внутриличностными конфликтами субъектов образовательного процесса; неумение работать в команде.

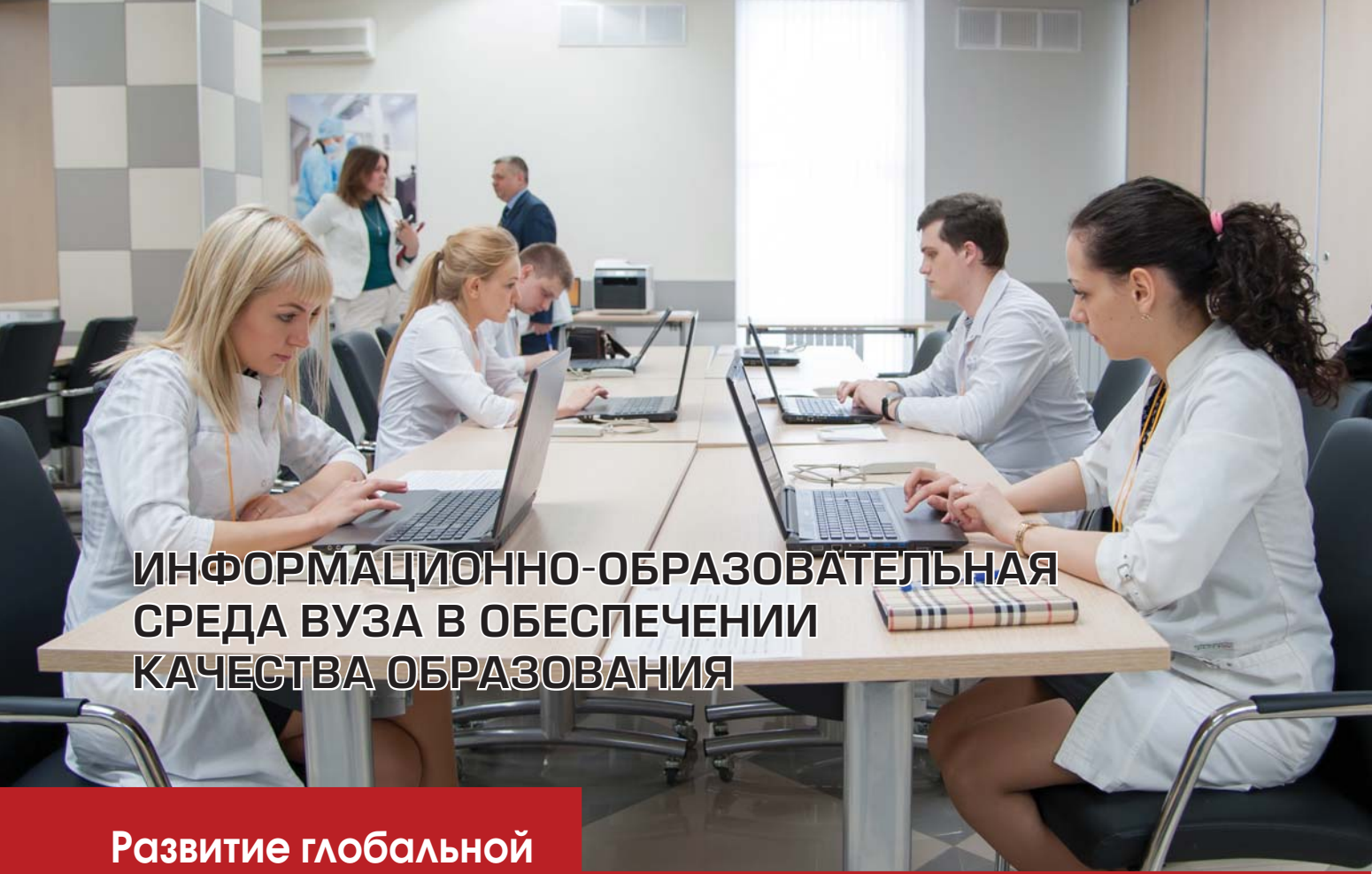
Принцип интегрального развития состоит в гармоничном использовании всех компонентов образовательного процесса, в том числе развивающей среды, с учетом его системных характеристик (целостность, способность поддерживать структуру, взаимосвязь всех элементов). Недоразвитие либо чрезмерное развитие одного элемента в ущерб другим неизбежно приведет к неустойчивости системы и снижению ее эффективности, что, в конечном итоге, окажет негативное влияние на показатели качества образования и уровень подготовки специалистов.

Методы, способствующие разрешению вероятных ситуаций риска в различных компонентах системы образовательного процесса, представлены в табл. 2.

Таким образом, создание единой развивающей среды, отвечающей современным требованиям, является условием реализации компетентностного подхода и фактором качества образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Выготский Л.С.* Педагогическая психология. – М., 2008. – С. 671.
2. *Гинзбург М.Р.* Личностное самоопределение как психологическая проблема // *Вопр. психол.* – 1988. – № 2. – С. 35–40.
3. *Елдышова О.А.* Профессиональное самосознание как психологическая составляющая профессионального становления // *Фундаментальные исследования.* – 2006. – № 7. – С. 101–102.
4. *Зеер Э.Ф.* Психология профессионального образования: Учебник для студентов высш. учебных заведений / Э.Ф. Зеер. – М.: Академия, 2009. – 456 с.
5. *Зимняя И.А.* Ключевые компетенции – новая парадигма результата современного образования // *Компетенции в образовании: сб. науч. тр. / под ред. А.В. Хуторского.* – М.: ИНЭК, 2007. – 327 с.
6. *Климов Е.А.* Психология профессионала. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1996. – 442 с.
7. *Левина В.А.* Развитие коммуникативной сферы у будущих медицинских работников // *Непрерывное профессиональное развитие специалистов со средним медицинским образованием – основа качества медицинской помощи: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (Н. Новгород, 25–26 марта 2010 г.) / под ред. проф. С.И. Двойникова, проф. В.П. Смирнова, канд. мед. наук, ст. научн. сотрудника А.А. Андрущакевича.* – Н. Новгород: Дятловы горы, 2010. – С. 269–270.
8. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении / под ред. И.А. Баевой. – СПб.: Речь, 2006. – С. 31–40.
9. *Ясвин В.А.* Образовательная среда: от моделирования к проектированию. – М.: Смысл, 2001. – С. 189–201.



ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА ВУЗА В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Развитие глобальной
компьютерной
СЕТИ ИНТЕРНЕТ
открыли новые перспективы
совершенствования
мировой образовательной
системы

В данной статье рассматриваются вопросы, связанные с внедрением новых подходов к обучению дипломированных специалистов на основе потенциальной многовариантности содержания и организации образовательного процесса.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

INFORMATION-EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF A HIGHER EDUCATION INSTITUTION AND THE QUALITY OF HIGHER PROFESSIONAL TRAINING

V.N. PAVLOV, A.A. TSYGLIN, E.G. MUTALOVA, R.M. FAYZULLINA

The article discusses the issues of introduction of new approaches to the training of qualified specialists based on the multi-variant approach to the content and organization of the education process.

В.Н. ПАВЛОВ

д-р мед. наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

А.А. ЦЫГЛИН

канд. мед. наук, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Э.Г. МУТАЛОВА

д-р мед. наук, профессор, начальник учебно-методического управления ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Р.М. ФАЙЗУЛЛИНА

д-р мед. наук, профессор, начальник методического отдела УМУ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: информационно-образовательная среда, информатизация образования, электронные образовательные ресурсы, образовательные процессы.

KEYWORDS: information-educational environment, informatization of education, on-line educational resources, education processes.

Развитие системы образования предъявляет повышенные требования к качеству подготовки дипломированных специалистов. От современного высшего учебного заведения требуется внедрение новых подходов к обучению, обеспечивающих, наряду с его фундаментальностью и соблюдением требований образовательных стандартов, развитие коммуникативных, творческих и профессиональных компетенций, потребностей в самообразовании на основе потенциальной многовариантности содержания и организации образовательного процесса.

Широкое внедрение компьютеров в учебный процесс и развитие глобальной компьютерной сети интернет открыли новые перспективы совершенствования мировой образовательной системы. Это отражается как на технической оснащенности образовательных учреждений, их доступе к мировым информационным ресурсам, так и на использовании новых видов, методов и форм обучения, ориентированных на активную познавательную деятельность обучающихся.

Информатизация образования обеспечивает достижение двух стратегических целей. Первая из них заключается в повышении эффективности образовательной деятельности, вторая — в повышении качества подготовки специалистов с новым типом мышления, соответствующим требованиям информационного общества. Информатизация образования, обеспечивая интеграционные тенденции познания закономерностей развития предметных областей, актуализирует разработку современных теорий обучения, основанных на эффективном использовании потенциала компьютерных технологий.

Изучение особенностей разработки и применения в учебном процессе электронных образовательных ресурсов становится все более актуальной задачей, которая обусловлена целым рядом организационных, дидактических, содержательных причин. К числу таких причин можно отнести:

1. потребность использования видео- и аудиоизображений, позволяющих более наглядно отразить содержание разделов курса;
2. необходимость быстрого изменения содержания в соответствии с новыми научными достижениями;
3. возможность предоставить студентам доступ к обширным объемам справочных данных, касающихся специфики изучаемого объекта;
4. необходимость использования вычислительной мощности компьютера в процессе проведения лабораторных работ;
5. отсутствие полиграфических проблем при использовании электронных образовательных ресурсов, низкая стоимость копирования данных на электронных носителях.

Основой внедрения электронных образовательных ресурсов оказывается информационно-образовательная среда (ИОС) вуза. Под ИОС понимается система компьютерных сетей и средств телекоммуникаций, средств дистанционного обучения, справочных материалов, словарей, дополнительной литературы, всех сопутствующих учебному процессу материалов, необходимых и достаточных для получения качественного образования по определенным специальностям или программам, а также средства их разработки, хранения, передачи и доступа к ним.

Можно выделить основные признаки ИОС вуза:

1. ИОС выступает в качестве условия и средства сложных взаимодействий следующих типов: «человек — человек»; «человек — техника»; «человек — знаковая система»; «человек — художественный образ».

2. ИОС выступает в качестве системного объекта и развивается в виде открытой самоорганизующейся системы в соответствии с закономерностями и логикой собственного развития, а также в неразрывной связи с развитием педагогической системы вуза.

3. Развитие ИОС связано с постоянным повышением уровня ее организации и технического оснащения.

4. Единство и целостность структуры ИОС определяются единством педагогических целей; взаимосвязью решаемых педагогических задач; взаимодействием участников образовательного процесса.

ИОС вуза должна обеспечивать:

- наличие единой базы данных;
- однократный ввод данных с возможностью их последующего редактирования;
- многопользовательский режим использования данных;
- разграничение прав доступа к данным;
- использование одних и тех же данных в различных приложениях и процессах;
- возможность обмена данными между различными прикладными программами без выполнения операций экспорта-импорта.

Подсистемами информационно-образовательной среды вуза являются система автоматизации делопроизводства, система подготовки расписания занятий, система автоматизации учебного процесса, предусматривающая работу с электронными ведомостями оценки текущего, рубежного и итогового контроля уровня знаний студентов, а также целый ряд других систем, обеспечивающих эффективную работу вуза.

Современные образовательные процессы не могут проходить без включения в обучение широкого спектра информационных ресурсов, без развития умений обработки и представления информации. Информационная среда, созданная на базе

симуляционного и дистанционного центров обучения с использованием высокотехнологических средств информатизации, видится как составная часть среды процесса обучения в вузе. Можно выделить три типа сред: ориентированные на представление знаний, на самостоятельную деятельность по приобретению знаний и профессиональных навыков (компетенций), а также смешанный тип сред.

Анализ современных российских и зарубежных исследований показывает, что в последние годы происходит стирание различий между этими типами сред и формируются среды, которые интегрируют оба подхода, т.е. среды, представляющие собой источник учебно-методического знания в конкретной области и одновременно высокоструктурированную среду для организации различных форм самостоятельной работы. Они открыты как для педагога, так и обучающегося. Кроме того, среды позволяют дополнять содержание и вносить в него коррективы, а также представлять результаты учебной деятельности в этой среде, формировать педагогический мониторинг. Коммуникационные процессы в такой ИОС обеспечивают дидактический, методический, психологический и организационный фон обучения и являются центральным элементом педагогического процесса в учебном заведении.

Структура ИОС нашего вуза интегрирована с системой электронного образования Республики Башкортостан и представлена разделами:

- а) дидактического обеспечения по отдельным курсам или циклам курсов (конспекты, учебники, учебные пособия, задачки, тренажеры, тесты, контрольные задания, глоссарии, справочная и дополнительная литература и др.);
- б) электронной библиотекой (книги, журналы, справочники, статьи и др.);
- в) субъектами процесса обучения (педагоги, обучающиеся и др.);
- г) компьютерной поддержкой (CD-ROM, файлы различного вида и назначения программ и др.);
- д) техническим и программным обеспечением.

Построение ИОС в вузе основано на системе взаимосвязанных и обусловленных принципов: многофункциональность, самодостаточность, целеустремленность, организованность, эволюционность, приспособляемость, динамичность, воспроизводимость, открытость, технологичность, целостность, реализуемость.

Важнейший компонент информационно-образовательной среды вуза – дистанционное обучение, которое является одной из удобных форм получения знаний, особенно курсантов (слушателей), при организации программ дополнительного профессионального образования, а также выполнении НИР студентами, где происходит взаимодействие преподавателя и обучающихся между собой на рас-

стоянии, реализуемое всеми присущими учебному процессу компонентами (целями, содержанием, методами, организационными формами, средствами обучения), специфическими средствами интернет-технологий, а также других технологий, предусматривающих интерактивность. Дистанционное обучение, основанное на использовании технологии интернета, выполняет ряд новых функций и предполагает реализацию определенных принципов, среди которых большое значение имеет принцип распределенного сотрудничества, интеграции, вхождения в мировое сетевое образовательное сообщество.

В БГМУ усилиями преподавателей, сотрудников и студентов ведутся работы по созданию ИОС вуза: на сервере размещаются все учебно-методические материалы по преподаваемым дисциплинам, которые доступны по локальной сети, а ряд материалов – и по сети интернет. Все большее число преподавателей привлекается к созданию электронных учебников. В учебном процессе широко используются компьютерные презентации. Внедряется комплексная система автоматизированного тестирования уровня знаний студентов, включающая текущий (рейтинговый) и итоговый виды контроля. Освоен опыт проведения телеконференций, когда ведущие преподаватели, находясь в центре дистанционного обучения, читают лекции обучающимся, при этом обучающиеся имеют возможность задавать вопросы преподавателю и тут же получать на них ответы. Имеется также опыт проведения интернет-телемостов с ведущими клиниками Москвы, Германии при совместном проведении лечебных манипуляций в режиме реального времени. Использование интернет-телемостов для связи с зарубежными партнерами вуза позволяет значительно расширить коммуникационные процессы между различными учебными заведениями на уровне общения студентов и преподавателей, что также повышает эффективность учебного процесса.

Однако анализ процессов информатизации системы образования выявляет существенные проблемы. В большинстве учебных заведений отсутствуют специалисты по разработке и эксплуатации информационных систем, отмечается недостаточный опыт и квалификация у педагогического и административного персонала в области использования информационных технологий. Отдельную нерешенную проблему представляет собой качество и разобщенность существующих средств информатизации, применяемых в образовательных целях. Несмотря на то, что с каждым годом выпуск подобных средств неуклонно растет, большинство из них находятся в стадии развития. Отсутствие единых подходов к созданию новых средств информатизации сдерживает разработку, внедрение

и эффективное совместное использование информационных технологий в образовании. Это связано в первую очередь с неоправданным стремлением к созданию новых специализированных технологий разработки и подходов к формированию содержательного наполнения практически для каждого нового электронного учебника, пособия или методического руководства, в то время как наличие единообразных технологий, а также методов их разработки и применения позволило бы авторам не только повысить количество и качество создаваемых средств информатизации, но и уделить больше внимания содержательным и методическим аспектам своей деятельности.

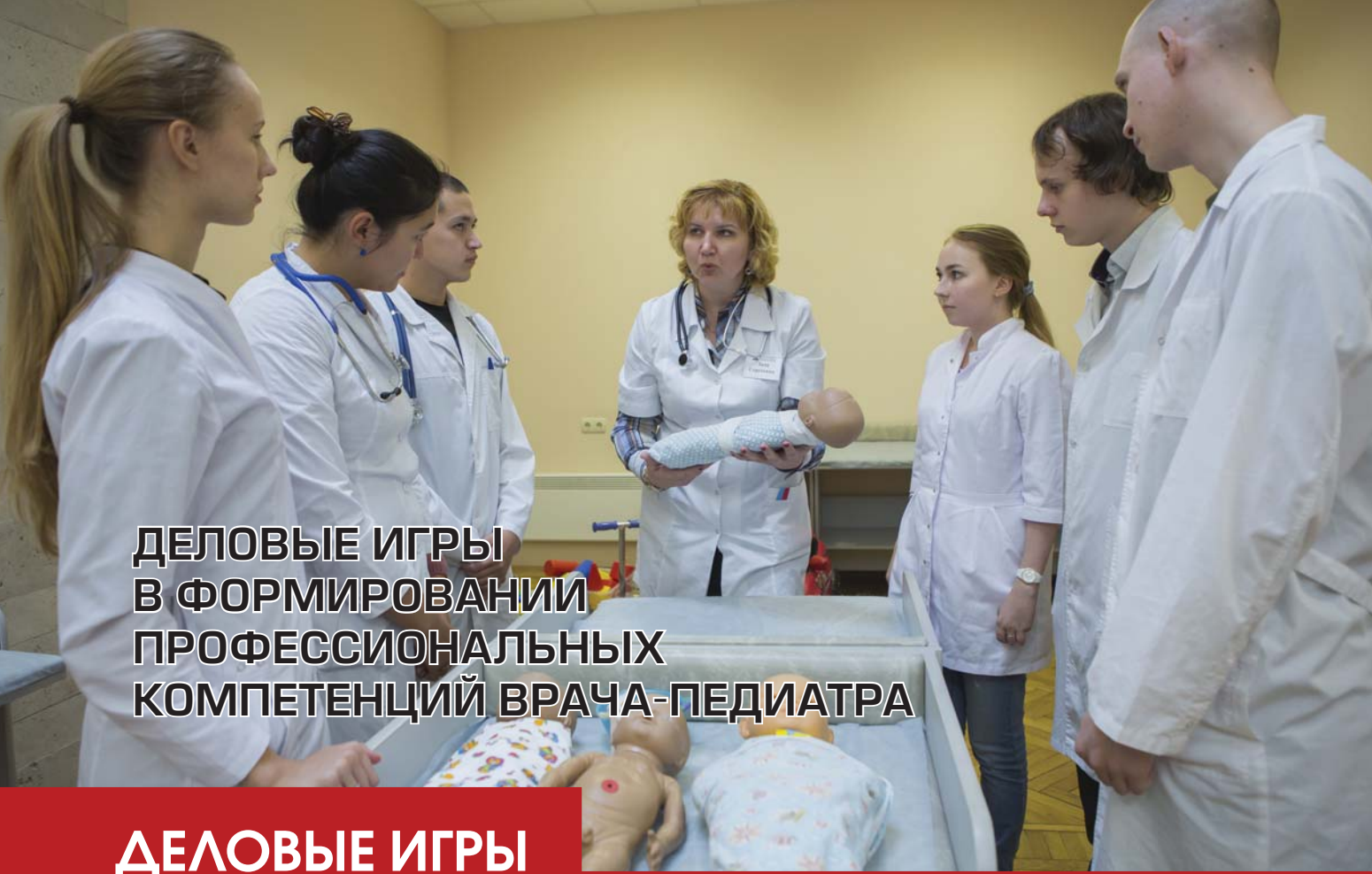
Еще одной проблемой, связанной с разработкой и использованием информационных технологий и ресурсов в образовании, является практическая невозможность универсальной подготовки педагогических кадров, способных комплексно использовать преимущества информационных технологий в профессиональной деятельности. Нередки ситуации, когда участникам образовательного процесса приходится овладевать ненужными дополнительными приемами оперирования с техническим оборудованием, программным обеспечением и содержательным наполнением для каждого отдельного средства информатизации.

В связи с этим существует необходимость разработки педагогических и информационных техноло-

гий и средств, создаваемых в общем концептуальном и технологическом ключе, обеспечивающем тесную интеграцию между медицинскими вузами. Становится очевидным, что жизнеспособность и эффективность педагогического применения средств информатизации определяется не только их высокими психолого-педагогическими, технико-технологическими и эргономическими показателями, но и степенью единообразия (унификации) содержательных, методических и технологических подходов к реализации и эксплуатации подобных средств при подготовке специалистов высшей квалификации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьев С.Г., Гриншкун В.В. Образовательные электронные издания. – М.: ИСМО, 2006.
2. Гриншкун В.В. Развитие интегративных подходов к созданию средств информатизации образования. URL: <http://www.dissertations/archive/index.php> (дата обращения: 20.01.2016).
3. Методические рекомендации по использованию новых педагогических технологий и учебных материалов нового поколения в условиях реального учебного процесса (сборник) / Институт стратегических исследований РАО. – 2008.
4. Образцов П.И. Обеспечение учебного процесса в условиях информатизации высшей школы URL: <http://www.kind@orel.ru> (дата обращения: 20.01.2016).
5. Роберт И.В. Теория и методика информатизации образования (психолого-педагогический и технологический аспекты) / Институт стратегических исследований РАО. – 2-е изд., доп. – М., 2008. – 274 с.



ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

**ДЕЛОВЫЕ ИГРЫ
ПОВЫШАЮТ
УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ
ОБУЧАЕМЫХ, ОДНАКО
ТРЕБУЮТ СУЩЕСТВЕННОЙ
МОДЕРНИЗАЦИИ ВСЕГО
УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

Статья посвящена анализу первого опыта внедрения в педагогический процесс одного из методов активного обучения – деловых игр. Необходимость интенсификации медицинского образования связана в первую очередь с быстрым увеличением объема необходимой для усвоения студентами информации и дефицитом учебного времени. Анализ показал, что деловые игры достоверно повышают уровень знаний обучаемых, однако требуют существенной модернизации всего учебного процесса.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

Д.А. МОРОЗОВ

д.м.н., проф., зав. кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Е.И. АЛЕКСЕЕВА

д.м.н., проф., декан педиатрического факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России; зав. отделением ревматологии ФГАУ «Научный центр здоровья детей»

А.П. АВЕРЬЯНОВ

д.м.н., декан педиатрического факультета Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского

И.В. ГОРЕМЬКИН

д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского

Ю.В. ФИЛИППОВ

к.м.н., доц. кафедры хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского

С.Ю. ГОРОДКОВ

к.м.н., доц. кафедры хирургии детского возраста им. проф. Н.В. Захарова Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского

Е.С. ПИМЕНОВА

к.м.н., доц. кафедры детской хирургии и урологии-андрологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России; врач – детский хирург ФГАУ «Научный центр здоровья детей»

Е.Г. ЧИСТЯКОВА

к.м.н., доцент кафедры педиатрии Первого МГМУ имени И.М. Сеченова; врач-педиатр ФГАУ «Научный Центр здоровья детей»

BUSINESS GAMES IN THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCIES OF A PHYSICIAN PEDIATRICIAN

**D.A. MOROZOV, E.I. ALEKSEEVA, A.P. AVERIANOV, I.V. GOREMYKIN,
Y.V. FILIPPOV, S.Y. GORODKOV, E.S. PIMENOVA, E.G. TCHISTYAKOVA**

This article analyzes the first experience in the implementation of the pedagogical process of one of the methods of active learning – role Playing. The need for intensification of medical education process is linked primarily to the rapid increase in the volume required to provide students with information and lack of training time. The analysis showed that role Playing significantly increase the level of students' knowledge, but require substantial upgrading of the educational process.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: деловые игры, педагогический процесс, активное обучение, детская хирургия.

KEYWORDS: role playing, pedagogical process, active learning, pediatric surgery.

Рассматривая педагогический процесс с позиций теории управления и используя классическую классификацию монодидактических систем (разомкнутая и цикличная, рассеянная и направленная, ручная — «непосредственная» и опосредованная — «автоматическая»), мы обязаны четко понимать, что конечный уровень овладения профессиональными компетенциями врачом может быть достигнут только с помощью пятой монодидактической системы — системы «малых групп» (цикличная, рассеянная, ручная). Классический педагогический опыт определяет оптимальный численный состав этой группы не более шести учащихся. Любые увеличения группы, необходимые обычно по объективным обстоятельствам, для достижения уровня «умения» требуют, по-видимому, модификации дидактических методик.

В рамках этой статьи мы предлагаем вниманию наш опыт использования деловых игр в формировании профессиональных компетенций по детской хирургии студентов педиатрических факультетов медицинских вузов. Деловая игра является формой воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности врача, моделирует систему отношений между участниками лечебного процесса.

Мы анализируем использование трех деловых игр: «Подозрение на острый аппендицит у ребенка. Выбор оптимальной диагностической и лечебной тактики», «Инвагинация кишечника у ребенка» и «Диагностика и лечение атрезии двенадцатиперстной кишки у новорожденного».

Выбор тем обусловлен двумя главными обстоятельствами:

1) трудностью диагностики и лечения, вариабельностью клинической картины, методов диагностики и способов лечения этих смертельно опасных заболеваний;

2) участие в диагностике этих urgentных состояний врачей многих специальностей: общих хирургов, педиатров, инфекционистов, неонатологов, врачей скорой медицинской помощи, детских хирургов. От их согласованной работы и взаимопонимания, в конечном итоге, зависит жизнь пациента.

Существующая в стране организация экстренной медицинской помощи детям несовершенна: отсутствует структурированность в соответствии с современными требованиями, нет обоснованных и утвержденных стандартов лечения и четкого определения функций каждого ее участника. Большое количество заболевших детей первично осматривается не детскими врачами, что увеличивает процент диагностических ошибок. Более того, хирургическое лечение нередко осуществляется общими хирургами, не знающими специфических приемов детской хирургии. В результате сохраняются диагностические и тактические ошибки. Анализ ре-

альных ситуаций показывает, что частой причиной ошибок являются, в том числе, нарушения деонтологических принципов при общении врача с больным, его родственниками и коллегами по работе. Умение предупреждать их является важной составной частью квалификации специалиста.

Задачи описываемых деловых игр:

— (1) погружение студентов в атмосферу интеллектуальной деятельности, предельно близкую к реальной деятельности врача при лечении ребенка с экстренной хирургической патологией.

— (2) создание динамически меняющейся картины в зависимости от правильных и ошибочных действий участников, постановка задач, предполагающих на каждом этапе альтернативные решения.

— (3) формирование умения проводить дифференциальную диагностику и выбирать оптимальное решение наиболее простым и доступным способом (амбулаторный прием в поликлинике, на скорой помощи, в роли участкового врача, консультанта, администратора).

— (4) обучение приемам создания оптимального психологического климата при общении с больным ребенком, его родственниками, коллегами по работе.

— (5) на хирургическом этапе лечения следует обосновывать необходимость выбора наиболее простого, эффективного и безопасного способа интенсивной терапии и оперативного лечения.

Вид деловой игры — «имитационно-ролевая», «обучающая». На каждую игру выделялось одно академическое занятие.

Практическая реализация основной цели игры — эффективная диагностика острого хирургического заболевания у ребенка в конкретной жизненной ситуации — позволяла ведущему игры (преподавателю) выбрать любой из четырех имеющихся сценариев. Его особенности определялись возрастом ребенка, полом, вариантами развития заболевания, профессиональной специализацией участников игры. В качестве основного сценария обычно предлагался наиболее частый и типичный вариант развития заболевания.

В игре, как правило, участвовало 9 «игроков». Роли («занимаемые должности») и функции определялись инструкцией, которую участник получал накануне игры для подготовки. Рекомендовалась современная литература. Количество участников всегда зависело от выбранного сценария, имитировавшего реальную жизненную ситуацию. В отдельных играх роль «матери» или «отца» ребенка брал на себя преподаватель. Одна короткая фраза «мамы»: «...я забыла сказать, что позавчера Миша был у бабушки в деревне, а вчера вечером у него два раза был жидкий стул...» или «...три дня назад сын начал кашлять...» — могла радикально изменить всю диагностическую цепочку.

В зависимости от количества студентов в группе и их специализации было возможно завершение

игры при постановке окончательного диагноза и исключение «хирургического» этапа игры.

Основными задачами преподавателя-арбитра, ведущего игру, были следующие.

1. Обучить деонтологическим, диагностическим, организационным и лечебным навыкам будущих врачей различных специальностей, которые в реальной жизни будут оказывать помощь детям с рассматриваемой патологией.

2. Фиксировать внимание на реальных трудностях работы: часто возникающих проблемах при установлении контакта с волнуемыми родственниками ребенка и коллегами, противоречиях в позиции врачей при определении рациональной тактики, возможных сложностях при решении вопроса о госпитализации, выполнении противоречащих друг другу приказов и нормативов.

3. Выступать в качестве генератора ситуаций, отражающих вероятностный характер решений и тактики. Направлять развитие сценария по наиболее выгодному для достижения целей игры руслу.

4. Контролировать игровой режим, решать спорные вопросы игры, оценивать качество работы участников.

Игра состояла из нескольких этапов, имитирующих реальный жизненный процесс:

- (1) первичный осмотр ребенка в детской поликлинике или врачом скорой помощи на дому.
- (2) приемный покой отделения детской хирургии.
- (3) детский хирургический стационар.

Оценка участников игры производилась преподавателем, ведущим игру. Поскольку игра предполагает активное и незапрограммированное участие, принятие оригинальных решений, оценка каждого участника осуществлялась отдельно по четырем критериям с последующим суммированием баллов (максимум – 10 баллов). Оценка базовой подготовки к игре – 1–3 балла. Оценка правильности принятия решений – 1–3 балла. Умение действовать в нестандартной ситуации – 1–3 балла. Творческая активность игрока – 1 балл. Штрафные баллы за неподготовленность к игре – 3 балла.

По окончании игры каждый участник заполнял анкету: «Считает ли он игру состоявшейся, если нет, то почему? Какие причины проблем, по мнению игрока, были главными в лечении больного: несовершенство системы здравоохранения, неподготовленность руководителей, некомпетентность отдельных врачей, тяжесть заболевания, «своеобразие» родителей и т. п.? Кто из игроков понравился больше всего? Предложения по усовершенствованию игры».

По результатам анкетирования преподаватель представлял краткий отчет с выводами, которые использовались в работе по дальнейшему совершенствованию учебного процесса.

До недавнего времени в дидактике высшей школы доминировал энциклопедический, знание-ориентированный метод преподавания, основной задачей которого являлось «наращивание объема» знаний обучаемого. Такой подход ограничивал возможность быстро ориентироваться в возникающих реальных учебных и жизненных ситуациях. Альтернативное энциклопедическому – компетентностное – обучение соединяет в единое целое образовательный процесс и его осмысление, что способствует выработке привычки думать и принимать грамотные решения в будущей профессиональной жизни [3].

Перегруженность учебных программ излишней, часто устаревшей и ненужной специалисту информацией одновременно с лавинообразным ростом объема новых знаний, усложняет применение современных дидактических приемов в связи с острым дефицитом учебного времени. Однако наш опыт показал, что, используя внутренние резервы, модернизация педагогического процесса вполне реальна.

Преимущества активного обучения, когда обучаемый сам с помощью педагога ведет активный поиск новой информации, были поняты еще в античные времена. В системе активного обучения педагог направляет и контролирует учебный процесс, а не является главным источником информации.

Ведущим дидактическим методом активного обучения большинство педагогов справедливо считают деловые игры. Их преимущество состоит в том, что только в деловой игре одновременно задействованы все виды активности учащегося: мышление, действие, речь и эмоционально-личностное восприятие информации. Именно это обстоятельство определяет результаты экспериментальных данных, свидетельствующих, что при лекционной подаче материала усваивается не более 20–30% информации, при самостоятельной работе с литературой – до 50%, при проговаривании – до 70%, а при личном участии в изучаемой деятельности (например, в деловой игре) – до 90% [1, 2].

Ускорение темпов развития общества, новые требования к выпускникам на рынке труда диктуют реализацию основной задачи образования – реализацию принципа творческого саморазвития, который должен стать одним из приоритетных и системообразующих в формировании педагогических стратегий. Эта цель требует обязательного использования методов активного обучения и деловых игр.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Кругликов В.Н.* Деловые игры и другие методы активизации познавательной деятельности / В.Н. Кругликов, Е.В. Платонов, Ю.А. Шаранов. – СПб.: П-2, 2006. – 190 с.
2. *Платов В.Я.* Деловые игры: разработка, организация, проведение / В.Я. Платов. – М.: Профиздат, 1991. – 156 с.
3. *Инновации и перспективы развития довузовского образования СГМУ / В.М. Попков [и др.] // Саратов. научно-мед. журнал. – 2011. – № 7. – № 3. – С. 727–730.*



ТРЕНИНГ В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Ни один тренажер, ни одна симуляционная технология не может воссоздать реальную ситуацию, в том числе и в отношениях между учеником и учителем

По-прежнему многие исследователи при обсуждении проблемы познания предмета обучения с легкостью подменяют понятия, отождествляя их содержание – симуляционное обучение, симуляционный тренинг, симуляционная клиника. При этом настаивают на легкости достижения познавательных навыков во врачевании, отдавая приоритет мануальным навыкам. Ни один тренажер, ни одна симуляционная технология не может воссоздать реальную ситуацию, в том числе и в отношениях между учеником и учителем. Обучение – неразрывная совокупность перцепций, мышления и эффекта. Именно отход от реальности в научно-образовательном процессе и создает условия для пополнения образования научной информацией сомнительной достоверности. Упрощение проблемы с приоритетом маргинальных элементов обучения неизбежно приведет к неэффективным решениям, особенно там, где требуется врачевание высокого качества, и медицинский тренинг вряд ли решит проблему дефицита врачебных кадров высокотехнологической медицинской помощи.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

TRAINING IN HIGHER MEDICAL EDUCATION

D.V. SADCHIKOV

Д.В. САДЧИКОВ

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой скорой неотложной и анестезиолого-реанимационной помощи ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ имени В.И. Разумовского Минздрава России

Many researchers are still prone to switch concepts concerning problems of cognition in studying certain subjects, falsely identifying them with each other; those concepts are educational simulation, training simulation and clinical simulation. They keep insisting that cognitive skills in medicine are easily achieved, while manual skills should be given priority. No training apparatus, no simulation technology may fully represent real situation, including relationship between the teacher and the trainee. Learning is a continuous sequence of perceptions, thinking and results. It is the deviation from reality that creates conditions in scientific and educational process which make education vulnerable to doubtful scientific information. Simplification of this problem by setting marginal priorities in education will inevitably lead to ineffective decisions, especially when high-quality medical management is required, and medical training is unlikely to solve the problematic lack of personnel in high-technology medical care.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: высшее медицинское образование, симуляционные технологии в обучении, мануальный тренинг.

KEYWORDS: higher medical education, simulation technologies in education, manual training.

Скажи мне — и я забуду,
покажи мне — и я,
может быть, запомню,
вовлеки меня — и я пойму.

Китайская пословица

Многофакторная проблема повышения качества подготовки врачей, работающих в чрезвычайной ситуации, не имеет однозначного, одномоментного решения. Опыт оказания медицинской помощи при массовом поступлении пострадавших указывает на огромное значение обученности медицинского персонала любого профиля навыкам как первой медицинской помощи, так и в форме само- и взаимопомощи на догоспитальном этапе. Весь персонал медицинских служб в чрезвычайной ситуации обязан владеть навыками скорой медицинской и реанимационной помощи в базовом варианте. Кроме того, владение населением навыками доврачебной медицинской помощи является проявлением культуры и единства общества и одним из главных механизмов выживания населения в любой чрезвычайной ситуации [1, 2, 3].

Поточная страховая медицина все больше затрудняет обучение студентов на клинических базах, особенно в вузах, которые не имеют своих клиник. Нарастают юридические (правовые) механизмы отношений не только больного и врача, но и больного и обучающегося. Все чаще справедливо действует приоритет прав больного, что затрудняет обучение, особенно врачей, имеющих дело с критической ситуацией больного. Поэтому создание центров медицинского тренинга может стать национальной программой повышения безопасности и готовности населения к гуманитарным катастрофам [4]. Однако там, где требуется врачевание высокого качества, медицинский тренинг вряд ли решит проблему дефицита врачебных кадров высокотехнологической медицинской помощи.

Симуляционно-аттестационный центр (САЦ) — это не только сложные и дорогостоящие тренажеры III и IV поколения, но и подготовка провайдера, дорогостоящее обслуживание, обеспечение расходными материалами. В целом требуются большие финансово-экономические затраты, что в настоящих условиях финансирования трудно решаемо. Кроме того, система здравоохранения опять попадает в зависимость от западно-европейских поставщиков и производителей с целым рядом других трудностей. Поэтому организация САЦ требует системных взаимосвязанных решений, иначе получится по В.С. Черномырдину: «Хотели как лучше, а получилось как всегда» (1993).

Стремление к инновации в научно-образовательной деятельности тогда оправдано и эффективно, когда действительно будут новые философско-антропологические и научно-педагогические

основания. Упрощение проблемы с приоритетом маргинальных элементов обучения неизбежно приведет к неэффективным решениям. Необходимость подготовки специалистов современного уровня резко обострила вопросы преподавания в вузах, особенно медицинского профиля [5, 6]. Однако проблема формируется однобоко, также как и однобоки предлагаемые решения. Мотив создания САЦ рассматривается только с позиций социального заказа, игнорируются особенности обучаемого, обучающегося, философско-этические особенности предмета обучения. Кроме того, игнорируется и собственно обучающий, преподаватель. Нужна система решений, где преподаватель (провайдер) и стандарт специалиста должны занять ведущее значение. Иначе опять возникает опасность «телеги впереди лошади». Кроме того, современные тренажеры III и IV поколения стоят больших денег, также как и их обслуживание. Следует учесть и увеличение количества студентов в группах, что приведет к неизбежному преждевременному износу тренажеров и нехватке времени практического занятия. Заменить тренажеры будет весьма сложно в сегодняшних социально-экономических условиях.

Философские и социально-экономические особенности (сложности) высшей медицинской школы требуют взвешенных решений, а не подражаний западно-европейским системам подготовки специалистов, в которых не учитываются не только философско-антропологические особенности преподавания, но и реальные внешние и внутренние социально-экономические условия.

В системе подготовки кадров настало время обратить внимание на условия подготовки педагогов высшей школы, где допуском для преподавания является диплом ученой степени разного достоинства по результатам защиты высокоспециализированной медицинской темы, далекой от программ обучения и стандарта специалиста. Последнее все больше требует обобщений, практической направленности, а не расширений высокоспециализированной дополнительной информации сомнительной достоверности и далекой от реального врачевания.

Профессиональный стандарт специалиста любого профиля включает как познавательные, так и мануальные навыки. Соотношение их определяется спецификой профессиональной деятельности, особенно врача скорой медицинской помощи, а также анестезиолога-реаниматолога. Указанные выше специальности характеризуются поливалентными знаниями, выраженной сложностью и интенсивностью не только в принятии, но и в исполнении принятых решений. Кроме того, критическое состояние больного практически исключает возможность повторения мануального навыка в случае первоначальной ошибки. Поэтому характер реанимационной

ситуации требует от обучающего и обучаемого исполнения лечебно-диагностических действий на уровне навыка. Указанные особенности обучения усиливаются при чрезвычайной ситуации, что повышает психоэмоциональное напряжение во время лечебно-диагностического процесса на всех этапах реанимации и интенсивной терапии.

Выход из описанной ситуации известен – формирование навыка путем тренинга обучающихся. Тренинг, в общем смысле, это обучение в интерактивной форме до уровня навыка. В отличие от других форм обучения и передачи опыта (лекции, семинары и другие), тренинг обладает специфическими чертами, такими как:

– *активность и интерактивность* обучения в действии и через действия, через взаимодействие участников ситуации;

– *моделирование* основной деятельности участников; в любом тренинге невозможно полностью воспроизвести реальность, которой посвящен данный тренинг, но смоделировать отдельные мануальные и познавательные действия можно;

– ориентировка на *изменение поведения* (в широком смысле это и элементарные операции, и последовательность действий (алгоритмы), и сценарии (наборы алгоритмов для разных задач и ситуаций), и мотивация поведения, и т.д.

В тренинговых смоделированных ситуациях обучающийся может испытать новые, не характерные для обычной реальности навыки и способы поведения без рисков и издержек, с которыми он впервые бы столкнулся в профессиональной деятельности.

В настоящее время общепризнанной классификации тренингов не существует, деление можно проводить по различным основаниям. Можно предложить классифицировать тренинги по существу и направленности действия. В этом случае тренинг может быть познавательным, мануальным и сочетанным [7]. Последний наиболее соответствует врачеванию.

Познавательный тренинг представляет собой изменение в сознании личности. Основное внимание уделяется осознанию способов, которыми человек изменяет стереотипный способ поведения и создает поле своей реальности. Нет необходимости учебного углубления патогенетического состояния больного до субмолекулярного уровня. Достаточно сущности типовых патологических процессов (например, нарушений механизмов газообмена и др.) и их взаимозависимости как в форме взаимоотношения, так и взаимооблегчения, т. е. приспособления. Научить будущего врача видеть приспособительные механизмы в сложном функционально-биохимическом переплетении в состоянии тяжелого больного – главная задача специфики образования анестезиолога-реаниматолога.

Мануальный тренинг предполагает развитие действия до навыка, что сокращает время успешного

выполнения лечебно-тактических задач и повышает эффективность интенсивной терапии и реанимации. Цель мануального тренинга – получение навыка сердечно-легочной реанимации и приобретение опыта применения современного аппаратно-инструментального оснащения, особенно на догоспитальном этапе в чрезвычайной ситуации. Однако мануальный навык не может быть достигнут без познавательных основ. Именно в деятельности человека, где значительный объем знаний и навыков связан с гуманитарными причинами, неизученными и вероятностными, трудно гарантировать достижение эффективного конечного результата. Мануальный навык или навык в целом может быть достигнут только в целостном контексте знаний реальной ситуации. Игнорирование подобного целостного подхода приведет к неизбежному упрощению врачевания, что не соответствует сути больного человека.

Сочетанный тренинг направлен на изменения в сфере познания и формирование мануального навыка. Как правило, сочетанный тренинг направлен на развитие знаний и навыка в области личностно-профессиональной деятельности в критической ситуации.

Поиск меры в соотношении познавательных и мануальных навыков – главная задача в повышении эффективности учебного процесса, особенно при подготовке врачебных кадров для критической ситуации. Мера должна быть не только в хронометрии форм учебного процесса, но и в сущности конкретного содержания последнего.

В медико-биологических вероятностных системах, с трудом поддающихся описанию, здравомыслие прослеживается не столько в достижении абсолютных знаний и ряда действий, сколько в их взаимосвязи [8]. Обучать приходится тому, что сам с большим трудом понимаешь, что собственно и заставляет взглянуть на предмет по-новому. Однако знакомясь с системным подходом в медицине и во врачевании, становится очевидной необходимость достижения интеграции в нарастающем объеме информации, что возможно только на основе системного подхода [9]. Последний активно применяется при научных исследованиях различных форм моделирования процессов и объектов, особенно в детерминированных технических системах, в частности в авиакосмической деятельности. Однако в вероятностных системах с высоким гуманитарным уровнем, а именно в высшем медицинском образовании, т.е. там, где действие требуется на уровне навыка, по-прежнему существует чрезмерное анатомирование предмета обучения и методология познания, в частности, задерживается. Психоэмоциональная мотивация взаимодействия преподавателя и студента имеет место только в рассуждениях о способах повышения качества медицинского образования. Кроме того, развитие университет-

ского медицинского образования предполагает познание универсалий медицины, а не увеличение современной информации в тематическом учебном плане, что без интеграции на основе функциональных систем труднодостижимо и малоэффективно по результату. Нужна интенсификация обучения, а не его симуляция на тренажерах. Тренинг эффективен только при определенном упрощении предмета, что удобно при обучении общеврачебным мануальным навыкам на догоспитальном уровне. В другом случае САЦ — только дополнительное звено в подготовке медицинских кадров, весьма затратное при организации, с сомнительным конечным положительным результатом. Симуляция и имитация — тени предмета обучения, и чем больше теней, тем вероятнее развитие тьмы в целом.

Одной из особенностей медико-биологических систем является вероятность в получении конечного положительного результата в отличие от технических, авиакосмических систем, где деятельность персонала практически реализуется на уровне навыка. Подражать в целом подходу к обучению в детерминированных системах ошибочно по существу. Симуляционные и дистанционные технологии в современном обучении все больше устраивают посредников в отношениях учителя и ученика, все больше уводят отношения последних в тень предмета и явлений, и устраняют образование от реальности. Ждать повышения усвоения учебного материала и качества подготовки кадров в подобной ситуации, а тем более при нарастании информационного шума без учета философско-антропологических особенностей современности, не приходится.

Симуляционное обучение не имеет объективных философско-антропологических обоснований (основ) для повышения эффективности подготовки высокоспециализированных кадров, особенно в специальностях, где мануальные навыки явно уступают место познавательным навыкам и правилам мышления. Современные философские позиции подчеркивают метафизичность логических оснований в познании сущности реальных предметов и явлений. Человек как бы находится в тени понятий, имеющих гуманитарную природу. Поэтому в процессе обучения врачеванию усиливаются проблемы герменевтики, акмеологии, и тень реальности может превратиться в полную тьму. Поэтому симуляционные технологии без должных базовых знаний, когда обучающийся будет взаимодействовать с тенью реальности — тренажером, который не рождает истинных ощущений, способных создать представление и воображение о реальных объектах, только усилят существующие проблемы высшей школы, особенно в преподавании медико-биологических систем. Качество ощущений не всегда соответствует качеству отраже-

ния реальности в сознании. Кроме того, механизм трансформации ощущений в образное представление остается сокрытым от понимания. Тренажеры и мануальный тренинг любого уровня, в первую очередь, вызывают зрительные ощущения (ощущение ленивого ума), особенность которых связана с низкой смысловой нагрузкой. Симуляционное обучение отрывает от реального предмета обучения и замыкает познание в умозрительных технических аналогах реальных объектов, что противоречит художественно-образному стилю русской философии. В этом случае предложение о создании САЦ больше напоминает социальный блеск в подготовке высококвалифицированных кадров. Возникает и закрепляется симуляционное, дистанционное, виртуальное и стандартное образование, способное создать только тень познания большого человека. Такой специалист будет вынужден создавать новый навык, переучиваться, оказавшись в реальной ситуации.

Итак, действительно ли симуляционно-аттестационные центры смогут решить проблему нехватки медицинских кадров? Для какого уровня медицинской помощи, на каком этапе непрерывного медицинского образования, как дорого эта технология обучения будет стоить... Есть еще много других вопросов, которые неизбежно возникают при обсуждении данной темы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Зильбер А.П.* Этюды критической медицины. — М.: МЕД пресс-информ, 2006. — 568 с.
2. *Bohm K., Rosenqvist M., Herlitz J., Hollenberg J.* Survival is similar after standard treatment and chest compression only in out-of-hospital bystander cardiopulmonary resuscitation // *Circulation*. — 2007. — Vol. 116. — P. 2908–2912.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 № 30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам» // *Российская газета*. — 2007. — 16 февраля. — № 4297.
4. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 18.04.2012 № 16-2/10/2-3902 «О порядке организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам». URL: <http://7law.info/zakonodatelstvo/legal7p/r577.htm> (дата обращения: 25.01.2016).
5. Лечебное дело. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования (квалификация специалист), 2010 г.
6. Приказы Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 № 1475 и № 1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования» // *Российская газета*. — 2011. — 30 декабря. — № 5672.
7. *Садчиков Д.В., Кулигин А.В.* Проблемы единой системы подготовки специалиста // *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. — 2012. — Т. 9 (5). — С. 56–67.
8. *Анохин П.К.* Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. — М.: Наука, 1978. — 400 с.
9. *Ардаматский Н.А.* Врачевание и его методология. Учебно-методическое руководство. — Из-во СГМУ, 1996. — 100 с.



ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ПСИХИАТРИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**НЕВРОЛОГИЯ
И ПСИХИАТРИЯ**
традиционно
рассматриваются
как одни из наиболее
сложных для изучения
медицинских дисциплин

В статье рассматриваются особенности преподавания нервных болезней и психиатрии в современных условиях, подчеркивается сложность изучения данных дисциплин. Успешное изучение нервных болезней и психиатрии невозможно без наличия хороших познаний в области фундаментальных нейронаук (нейроанатомия, нейрофизиология и др.). Немаловажным для повышения эффективности процесса обучения является наличие обратной связи между преподавателем и студентами. Одной из проблем в процессе обучения студентов является совмещение уровня теоретического познания с формированием навыков практической деятельности. В этой связи огромное значение приобретает формирование умения молодого специалиста общаться с больным. Следует воспитывать индивидуальное отношение к данному конкретному больному, умение выслушать пациента.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

FEATURES OF TRAINING OF NERVOUS DISEASES AND PSYCHIATRY IN MODERN CONDITIONS

И.В. ДАМУЛИН

д-р мед. наук, профессор, кафедра нервных болезней и нейрохирургии ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

М.А. КИНКУЛЬКИНА

д-р мед. наук, профессор, кафедра психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Р.В. ШУРУПОВА

д-р социол. наук, доцент, кафедра теории и технологии обучения в высшей школе ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

I.V. DAMULIN, M.A. KINKULKINA, R.V. SHURUPOVA

The article discusses the features of the teaching of nervous diseases and psychiatry in modern conditions, the study highlights the complexity of these disciplines.

Successful study of nervous diseases and psychiatry is impossible without good knowledge in basic neuroscience (neuroanatomy, neurophysiology, and others.).

Important to improve the efficiency of the learning process is the presence of feedback between teachers and students. One of the problems in the learning process of students is to combine the level of theoretical knowledge with practical skills formation. In this regard, great importance is the formation of the young specialist skills to communicate with patients. It is necessary to educate careful attention to each patient, ability to listen to the patient.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: преподавание неврологии, преподавание психиатрии, фундаментальные нейронауки, система ценностей, гуманистические традиции, педагогическая составляющая.

KEYWORDS: teaching of neurology, teaching of psychiatry, the fundamental neuroscience, system of values, humanistic traditions, pedagogical component.

Неврология и психиатрия традиционно рассматриваются как одни из наиболее сложных для изучения медицинских дисциплин. Проведенные в последние годы исследования показывают большие сложности с привлечением молодых специалистов в психиатрию [1]. В той или иной степени проявления нейробофии испытывают почти 50% студентов, что в немалой степени связано с неспособностью использовать в практической деятельности знания в области фундаментальных нейронаук [2]. Помимо традиционных для врача любой специальности навыков правильного сбора анамнеза – расспроса больного, его родственников и окружающих, а также изучения имеющейся медицинской документации, высококвалифицированный специалист в области нейронаук (а к ним относятся и неврологи, и психиатры) должен владеть навыками оценки современных методов нейровизуализации, умением (как ни в одной другой специальности) правильно общаться с больными. Помимо объективно существующих сложностей нейроанатомии и трудностей приобретения навыков неврологического и психиатрического осмотра, одной из причин нейробофии являются недостатки преподавания этих дисциплин. По сравнению с другими медицинскими дисциплинами нервные и психические болезни остаются наименее понятными для врачей общей практики. Стоит заметить, что гастроэнтерология, гериатрия и пульмонология считаются наиболее легкими для изучения дисциплинами [2].

Можно выделить ряд условий, определяющих эффективность процесса обучения. Среди них основными являются мастерство и опыт преподавателя, интерес и связанная с этим интересом мотивация студентов к изучению предмета, степень подготовленности студентов к занятию [3]. Кроме того, важное значение придается повышению компетенции специалистов [4]. В отечественной психологии мотивация рассматривается как сложный многоуровневый регулятор жизнедеятельности человека – его поведения, деятельности [5]. Воздействовать на мотивацию можно как с помощью чисто формальных приемов – например, объясняя важность данного раздела темы для успешной сдачи зачета или экзамена, так и более эффективно – показывая, насколько важен тот или иной раздел изучаемой темы для правильного ведения больных для формирования специалиста. Внимание аудитории при этом может быть повышено, если преподавателем используются ссылки на ранее изученные фрагменты темы.

Существуют объективные причины, затрудняющие изучение нейронаук. Тот органический подход, существующий, например, при изучении патологической физиологии, когда сходные по своей природе механизмы могут нарушать деятельность различных органов и систем, при изучении нейронаук

не всегда адекватен [6]. Ситуация еще больше усугубляется тем, что в процессе изучения как нервных болезней, так и психиатрии будущие врачи сталкиваются, как правило, с необычными случаями, с большими, которые госпитализированы и имеют весьма своеобразные клинические проявления, отличные от тех, с чем будут иметь дело будущие врачи, избрав своей специальностью не неврологию или психиатрию. Все это приводит к впечатлению о малокурабельности больных психического или неврологического профиля, что в настоящее время весьма далеко от реальности [1]. Поэтому так важно в процессе обучения наладить функционирующую «обратную связь» между преподавателем и студентами. Эта связь может быть как отрицательной (например, выявление недостаточно хорошо усвоенных студентами разделов изучаемого предмета с помощью тестовых заданий), так и положительной (констатация хорошо усвоенных разделов); последнее является одним из методов повышения мотивации к изучению предмета. В этой связи представляется весьма важным активное использование в процессе обучения возможностей современных методов исследования, показывая не столько их потенциальные возможности, сколько актуальность применения у данного конкретного больного.

Эффективным методом повышения мотивации является активное вовлечение обучаемых в процесс преподавания. Опытный преподаватель использует для этого различные приемы – например, задавая «неразрешимые» вопросы или предлагая для обсуждения по изучаемой теме неоднозначно трактуемые проблемы. Подобная методика «мозгового штурма» в конечном итоге способствует не только повышению интереса к изучаемому предмету, но и обеспечивает качественно более высокий уровень знаний.

Следует подчеркнуть, что комплексность подачи материала в значительной степени определяет интерес к рассматриваемому вопросу. Поэтому больший интерес вызывает не столько перечисление тех или иных фактов, определения понятий и т. п., сколько представление глобальных принципов, концепций или теорий. И здесь нейронауки предоставляют значительные возможности. Фактический материал может быть эффективно изучен в процессе самостоятельной подготовки студентов, а во время семинарских занятий, а тем более лекций, более целесообразным является изучение общих представлений либо разбор ситуаций нестандартных, но потенциально курабельных. Все это способствует повышению интереса студентов к изучаемому вопросу и позволяет сформировать базис будущего врачебного опыта, лишённого необоснованного нигилизма.

При этом важна положительная связь между больным и лечащим его врачом [7]. Формирование

чувства эмпатии — процесс сложный и не всегда возможный, но стремиться к нему нужно. Именно в ситуации доверия пациента врачу удастся добиться наилучшего результата лечения, идет ли речь о неврологии или психиатрии. В основе этого лежит желание помочь больному человеку, используя все возможности, существующие на данный момент.

Медицина является одновременно и искусством, и наукой [8]. Гуманистическая основа медицины заключается в искусстве слушать больного, в эмпатии к нему, в способности правильно построить межличностные отношения. Необходимо развивать понимание комплексности и уникальности работы нервной системы человека. Ни одна из экспериментальных моделей за рамками клинического опыта не может служить для изучения таких неотделимых от личности свойств, как речь, поведение или сознание [8].

Профессионализм в неврологии и психиатрии складывается из знания специальной литературы, собственного опыта и приложения научных принципов к конкретным клиническим ситуациям [9]. Важное значение имеет постоянное повышение профессиональных знаний, совершенствование умений и навыков, овладение современными технологиями [10]. В современных условиях неоценимую помощь оказывают информационные технологии — электронные базы данных, наличие электронных версий специализированных журналов, широкие возможности интернета.

Следует подчеркнуть и еще один момент, связанный с всеобщей компьютеризацией, — информация о больном, несмотря на то, что она часто фиксируется в электронной форме, должна быть конфиденциальной. Закрытость этой информации является одним из условий работы врача — на этом основывается доверие к нему пациента.

Однако традиционный подход к больному остается прежним. Так, огромное значение имеет способность правильно интерпретировать анамнестические сведения. Кроме того, лишь постоянное образование врача позволяет использовать в практической деятельности достижения в области нейронаук — при обязательном учете этических аспектов. Наиболее эффективна деятельность, когда она базируется на фундаментальных знаниях [11]. При этом новые достижения в фундаментальной медицине должны менять и нашу практическую деятельность [11]. Важно подчеркнуть, что процесс обучения происходит не столько в лекционных аудиториях, сколько непосредственно в практической деятельности, ежедневно у постели больного [12–14].

Обучение — это в значительной мере искусство, основанное на опыте хорошо проверенного старшего и постоянном привлечении новых методов. Ошибочно представлять себе процесс обучения

как лекцию, наиболее эффективен интерактивный диалог с обязательным использованием обратной связи [12]. Успешность обучения в немалой степени определяется стимулированием интереса студента к изучаемым темам, что может быть достигнуто опорой на клиническую практику. Также важное значение имеет выработка способности правильно приводить описание клинических случаев, акцентируя внимание на тех или иных особенностях течения заболевания, неврологического и психического статуса и результатов параклинических методов исследования. В большинстве случаев рассказ больного отражает особенности имеющегося заболевания, однако у 20–30% больных жалобы не позволяют судить об актуальном процессе, а являются отражением сопутствующей патологии.

При описании клинических случаев необходимо четкое соблюдение хронологии, отражающей динамику появления и развития (или исчезновения) тех или иных симптомов. Подобное описание может охватывать значительную часть жизни больного или даже нескольких поколений его родственников, если речь идет о генетически детерминированных заболеваниях. Эти детали часто позволяют судить о механизмах, лежащих в основе неврологических и психических расстройств. Некоторые симптомы являются своеобразными «маркерами» тех или иных заболеваний [9]. Умение вычлнить среди многих жалоб эти симптомы-«маркеры» позволяет проводить диагностический поиск более эффективно. Например, жалобы больного на то, что он «не может повернуть ключ в замке» или «при ходьбе возникает ощущение, что иду по ватной поверхности» являются образцами таких «маркеров» [9]. В отличие от художественной литературы, где подобный символизм скорее служит для отражения эмоциональной составляющей состояния героя, в специальной литературе он является отражением патофизиологических изменений, характерных для того или иного заболевания. При этом от опыта врача зависит как качество описания, поскольку нередко привлекаются особенности случаев, которые встречались раньше, так и способность воспринять важную в диагностическом плане информацию. В некоторых случаях подобные описания прямо указывают на имеющееся заболевание.

Необходимо, чтобы врач в первую очередь исходил из интересов данного конкретного больного, а не рассматривал, ведя больного, ту или иную научную проблему. Если удастся достичь этого, то отношение пациента к врачу будет как к настоящему Врачу с большой буквы. Следует воспитывать индивидуальное отношение к данному конкретному больному, умение выслушать пациента, оставляя за рамками этих отношений формализованные истории болезней или стандартизированные тесты. Без сомнения, и то, и другое является важным в наш

век компьютеризации всех и вся, однако при подобном формальном подходе теряется ключевая, еще со времен Гиппократы, составляющая медицины — ее гуманистическая направленность.

Разумеется, для того чтобы выслушать больного, необходимо иметь достаточно времени. Однако ключевым является не временной фактор, а умение сочувствовать больному и его близким. Таким образом, фактор эмпатии приобретает ведущее значение в обучении врача, в частности невролога или психиатра [7, 15]. Несомненную помощь оказывают специально разработанные программы обучения [16], помогающие подготовить специалиста, умеющего думать, сравнивать и делать правильные выводы.

Качество подготовки специалистов в немалой степени определяется возможностями современных методов подачи материала. Особое значение имеет использование визуального материала в лекционной деятельности. Правильно подобранный иллюстративный материал не только позволяет сделать лекцию более интересной и способствует повышению качества обучения, но также повышает интерес студентов к изучаемому предмету.

Лектору, который широко использует в своей деятельности визуальный иллюстративный материал, при прочих равных условиях удастся быстрее и качественнее донести собственные идеи и представления до слушателей. В этой связи иллюстрация излагаемого лекционного материала данными современных методов исследования, знание возможностей которых жизненно необходимо для подготовки эрудированного профессионально грамотного специалиста, представляется целесообразной. Однако использование визуального материала во время лекции обязательно должно проводиться с учетом затрачиваемого на него времени. Поэтому хронометраж является необходимым условием эффективного применения этого метода обучения. При планировании лекций следует обязательно учитывать темп подачи материала, который определяется сложностью и важностью того или иного фрагмента изучаемой темы. Недоучет этого может привести либо к потере важной информации, если материал излагается излишне быстро, либо к снижению внимания аудитории к обсуждаемому вопросу, если вполне очевидные вопросы обсуждаются неоправданно длительно.

Важно заметить, что, закончив излагать какой-либо раздел и переходя к следующему, следует убирать использованные визуальные материалы — в противном случае можно снизить усвоение материала студентами, отвлекая их внимание. Крайне нежелательным является использование материала, подготовленного для других выступлений (лекций, научных докладов и т. п.), тематика которых выходит за рамки данной лекции. Привнесение дополнительной, хотя и, возможно, потенциально

интересной информации, может существенно затруднить усвоение излагаемого материала. И уж совсем недопустимым является использование материала, специально подготовленного для иноязычной аудитории [17].

Желательно, чтобы слушатели были не пассивными зрителями, а активными участниками. Одним из эффективных путей является рассмотрение на лекции конкретных случаев заболеваний, демонстрация больных с различной патологией.

Само по себе обучение навыкам клинического осмотра подразумевает не только умение вызвать тот или иной рефлекс или проверить те или иные функции, но обязательно правильно интерпретировать выявленные симптомы с учетом возраста больного, анамнестических особенностей, наличия сопутствующих соматических заболеваний. Еще одной проблемой является привнесение в педагогический процесс понимания того, что не существует изолированных заболеваний той или иной системы, т. е. необходимо формирование еще на студенческом этапе навыков оценки целостного состояния больного.

Основной целью обучения является формирование клинического мышления будущего врача, что определяется как приобретенным в процессе обучения уровнем фундаментальных знаний по базовым дисциплинам, так и знаниями специальными. Одной из проблем в процессе обучения студентов клиническим дисциплинам является совмещение уровня теоретического познания с овладением навыками практической деятельности. Улучшение качества подготовки специалиста, интенсификация учебного процесса в немалой степени зависит от применения новых методов обучения. Одним из методов решения задачи междисциплинарной интеграции как «по вертикали» (между базовыми теоретическими и клиническими дисциплинами), так и «по горизонтали» (между отдельными клиническими дисциплинами) призвано служить использование новейших технологий в учебном процессе.

Качественным шагом вперед представляется использование мультимедийных средств обучения, возможности которых гораздо шире, чем возможности традиционно применяемых в учебном процессе иллюстративных материалов. Разработка для педагогического процесса программ, реализованных на персональном компьютере, в которых используются интерактивные элементы, — крайне трудоемкий процесс. Однако использование этих программ не только (и не столько) для контроля знаний студентов, а в качестве метода, повышающего интерес к процессу обучения, моделирующего некие пока простые клинические ситуации, представляется весьма перспективным.

Важное значение в курсе обучения имеет одна из форм контроля — решение клинических задач.

Разумеется, нельзя предусмотреть и отразить в клинических задачах весь тот широкий спектр ситуаций, с которыми могут столкнуться выпускники вуза. Однако при подготовке задач необходимо акцентировать внимание на наиболее широко распространенных клинических ситуациях, неотложных состояниях, а не на раритетах, изучение которых более оправдано на этапе постдипломной подготовки. Основные принципы разработки клинических задач для студентов едины – во главу угла ставится их практическая направленность, а не изощренность клинических рассуждений. Разумеется, для каждой специальности существует своя специфика, при этом важен комплексный, интегральный подход к обсуждаемой клинической проблеме.

В процессе обсуждения отраженной в задаче клинической ситуации следует использовать методические приемы, направленные на активное вовлечение студента в процесс обсуждения, поскольку простое изложение однажды усвоенных знаний по проблеме является явно недостаточным. Применение мотивационной составляющей функции контроля позволяет более полно оценивать как сильные, так и слабые стороны студента. Клинические задачи представляют собой эффективный способ моделирования и решения проблем, с которыми в дальнейшем может столкнуться выпускник вуза. При этом имеется возможность приложения общих концепций, основанных на фундаментальных представлениях, полученных в курсе изучения базовых дисциплин, к конкретной клинической ситуации, отраженной в задаче. Использование клинического анализа и синтеза, приводящее в конечном итоге к построению логически выверенной структуры, является одной из первостепенных целей подобного собеседования.

Еще одна важная проблема – методика проведения собеседования по решению задач. Следует заметить, что от экзаменатора в немалой степени зависит то, как будет проходить это собеседование. Четкая формулировка вопроса с ясно прослеживаемой его целью требует столь же четкого и конкретного ответа. Акцентирование внимания на правильных сторонах ответа способствует лучшей мотивации экзаменуемого, однако это не исключает и детальное конструктивное обсуждение допущенных ошибок. Если не удается сразу получить правильный ответ, можно повторить вопрос, перефразировав или сделав его более конкретным. Необходимо избегать неопределенных вопросов или вопросов, которые подразумевают односложные ответы.

Обучение навыкам общения с больным является одной из наиболее важных задач в медицине в целом. Получить эти навыки можно только путем самостоятельной работы с пациентами, поскольку никакие сколь угодно глубокие теоретические знания дать этого не могут.

Немаловажным для создания взаимопонимания между врачом и пациентом является тщательный индивидуализированный осмотр больного. Именно при таком условии можно понять специфические проблемы этого конкретного больного, что является одним из важных, если не основным, фактором успешности лечения. Участию пациента и его родственников и близких в процессе успешного лечения в немалой степени способствует объяснение на доступном уровне всех тех сложных научных проблем и деталей данного заболевания у данного пациента. И для достижения этого опыт врача является необходимым условием, что позволяет создать атмосферу доверительности между врачом и больным, столь необходимую для успешного лечения. Важно уже на этапе обучения прививать умение объяснить пациенту значение порой весьма психологически тяжелых результатов параклинических тестов (например, генетических), чтобы, передавая важную информацию, не вызывать тяжелых переживаний и не будить напрасных надежд. При этом сопереживание пациенту, страдающему тяжелым, порой некурабельным заболеванием, является необходимым условием ведения таких больных, которое нельзя заменить никакой фармакотерапией.

Необходимо достижение правильного взаимодействия с больным – и в плане диагноза, и в плане лечения, поэтому при общении с пациентом следует избегать медицинского жаргона, объясняя простым, понятным больному языком суть имеющегося у него заболевания и планируемое лечение. Еще лучше в письменной форме изложить это больному, с тем чтобы он потом в домашних условиях мог контролировать проводимое лечение. Выработке навыков общения с больным помогают специально разработанные симуляционные видеокорусы [2].

Необходимость защиты пациентов от неправильных действий медиков не вызывает сомнений – только в Соединенных Штатах каждый год от 44 000 до 98 000 летальных исходов в стационарах обусловлены подобными ошибками [19], при том что каждый год в США отмечается 1,5 млн потенциально предотвратимых побочных реакций на лекарственные препараты, а у 3–17% госпитализированных больных возникают побочные реакции, которые в половине случаев предотвратимы [19].


Среди наиболее часто упоминаемых лекарственных препаратов, при применении которых возникают побочные реакции, – антикоагулянты, антидепрессанты, нейролептики, анальгетики и сердечно-сосудистые средства [19]. Поэтому при принятии решения о назначении того или иного препарата следует учитывать возможный риск такого назначения – в сопоставлении с ожидаемой эффективностью. Так, например, мета-анализ

показал несомненную эффективность атипичных нейролептиков, однако на фоне их назначения существенно выше оказался риск возникновения цереброваскулярных нарушений и летальных исходов [19]. Важное значение имеет беседа с больным, в которой следует обязательно уточнить, какие лекарственные препараты он получает. Так, например, некоторые больные не считают нужным упомянуть о принимаемых регулярно витаминах, растительных препаратах, аспирине или контрацептивах, не считая их лекарствами, и лишь при специально заданном вопросе факт приема этих препаратов удастся выяснить.

Таким образом, в настоящее время не вызывает сомнений необходимость совершенствования преподавания нервных болезней и психиатрии как на додипломном, так и на постдипломном уровне. И возможности для этого есть, включая более активное привлечение современных информационных технологий. Однако при этом ведущим в подготовке специалиста, как и в любой другой медицинской дисциплине, остается формирование личностных качеств врача, этических принципов, которые должны лежать в основе всей его деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Павленко А.В. Как привлечь студентов в психиатрию? Психиатрия и психофармакотерапия / А.В. Павленко, О.Ф. Панкова // Журнал им. П.Б. Ганнушкина. – 2011. – № 13 (6). – С. 49–53.
2. Schon F., Hart P., Fernandez C. Is clinical neurology really so difficult? // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2002. – № 72. – P. 557–559.
3. Шурупова Р.В., Косарев И.И., Ачкасов Е.Е. и др. В поиске педагогического идеала: Учебное пособие. – М.: Известия, 2010. – С. 146–161.
4. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Ковалева И.Ю., Лебедева А.В. Непрерывное медицинское образование в российской неврологии // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 108 (6). – С. 61–65.
5. Ефименко С.А., Шурупова Р.В., Зайцева Н.В. Формирование мотивации медицинских специалистов как фактор эффективной кадровой политики руководителя медицинской организации // Врач скорой помощи. – 2013. – № 3. – С. 76–81.
6. Bowen J.L. Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning // New Engl. J. Med. – 2006. – № 355. – P. 2217–2225.
7. Decety J., Jackson P.L. The functional architecture of human empathy // Behav. Cognit. Neurosci. Rev. – 2004. – № 3 (2). – P. 71–100.
8. American Academy of Neurology Ethics, Law, and Humanities Committee. Humanistic dimensions of professionalism in the practice of neurology // Neurology. – 2001. – № 56. – P. 1261–1263.
9. Kempster P.A. Neurological case theory. Reading a story // J. Clin. Neurosci. – 2006. – № 13. – P. 14–17.
10. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Володин Н.Н. и др. Продолженное медицинское образование в российской неврологии и нейрохирургии // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 109 (5). – С. 5–9.
11. Pedley T.A. The changing face of academic neurology: Implications for neurologic education at the millennium // Neurology. – 1999. – № 53. – P. 906–914.
12. Sheth K.N., Yu T.W., Vossel K.A., Cho T.A. Education Research: A program perspective on learning how to teach // Neurology. – 2008. – № 70. – P. E75–77.
13. Talbot M. Good wine may need to mature: a critique of accelerated higher specialist training. Evidence from cognitive neuroscience // Medical Education. – 2004. – № 38. – P. 399–408.
14. Warlow C. Teaching medical students clinical neurology: an old codger's view // Pract. Neurol. – 2005. – № 5. – P. 318–321.
15. Watling C.J., Brown J.B. Communication skills for neurology residents: Structured teaching and reflective practice // Neurology. – 2007. – № 69. – P. E20–26.
16. Schuh L.A., Burdette D.E. Initiation of an effective neurology resident ethics curriculum // Neurology. – 2004. – № 62. – P. 1897–1898.
17. Шурупова Р.В., Дамулин И.В. Современные образовательные технологии при изучении нервных болезней. Ученые записки // Вестник академии. – 2014. – № 6 (1). – С. 113–120.
18. Smith P.E.M., Fuller G.N., Kinnersley P. et al. Using simulated consultations to develop communications skills for neurology trainees // Eur. J. Neurol. – 2002. – № 9. – P. 83–87.
19. DePold Hohler A., Doyle Lee J., Schulman E.A. et al. Improving safety for the neurologic patient: Evaluating medications, literacy, and abuse // Neurology. – 2010. – № 75. – P. 742–746.
20. Шурупова Р.В. Специфика педагогической и социологической подготовки специалистов-медиков // Социология образования. – 2010. – № 12. – С. 41–46.



ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОСВЕЩЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ФАКУЛЬТЕТОВ ПЕРВОГО МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА

**Состояние
стоматологического
здоровья московских
студентов является
неудовлетворительным.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
КАРИЕСА ЗУБОВ
составляет 98,1%**

Гигиенический уход за полостью рта является основой профилактики стоматологических заболеваний, однако даже среди будущих врачей гигиеническое состояние полости рта оставляет желать лучшего. В статье дана оценка гигиенического статуса студентов 1–2-го курсов и выявлены источники, которыми они пользуются для получения знаний по уходу за полостью рта.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

И.М. МАКЕЕВА

д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

З.С. БУДАЙЧИЕВА

врач-стоматолог, старший лаборант кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

З.М. КУЛИЕВ

врач-стоматолог, старший лаборант кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

А.А. КУРТЫШОВ

старший лаборант кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

HYGIENIC CONDITION OF THE ORAL CAVITY AND DENTAL ENLIGHTENMENT OF STUDENTS FROM DIFFERENT FACULTIES OF THE FIRST MGMU SECHENOV

I.M. MAKEEVA, Z.S. BUDAYCHIEVA, R.M. KULIYEV, A.A. KURTYSHOV

Hygienic oral care is the basis of prevention of dental diseases, but even among future doctors hygienic oral health is poor. The article assesses the hygienic status of students of 1–2 courses and identified sources, which they use to gain knowledge on oral care.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гигиена полости рта, индивидуальная гигиена полости рта, индекс гигиены.

KEYWORDS: oral hygiene, personal oral hygiene, hygiene index.

Актуальность. Несмотря на доступность информации о правильном питании и средствах индивидуальной гигиены полости рта, проблема заболеваемости зубов остается актуальной. Это обусловлено рядом причин: определенный страх посещения врача-стоматолога вследствие неудачного, «болезненного» опыта; постоянной нехваткой времени своевременного посещения врача в условиях мегаполиса; высокой стоимостью стоматологических услуг в частных клиниках; низкой медицинской грамотностью населения, слабой мотивацией к сохранению стоматологического здоровья. Неправильный образ жизни, вредные привычки (табакокурение, постоянное применение сладостей и напитков с подсластителями) негативно сказываются на здоровье в целом, а также на здоровье зубов. Недавние исследования Л.Ю. Ореховой (2014) показали, что стаж курения более 5 лет усугубляет развитие кариеса в 1,5 раза, а его осложнений – в 2,7 раза [3].

Ситуация, к сожалению, год от года не меняется в лучшую сторону [Проценко, 2010]. По ее данным, состояние стоматологического здоровья московских студентов является неудовлетворительным. Распространенность кариеса зубов составляет 98,1% [4]. В структуре патологии на первом месте стоит кариес зубов и его осложнения. Погрешности в питании и присутствие в рационе современного человека большого количества быстрых углеводов, а также преобладание пищи, не требующей интенсивной механической обработки [Боровский, 2011], ведут к возникновению кариеса зубов [2].

Одним из основных патогенных факторов воспалительных заболеваний пародонта является скопление зубного налета [Грудянов, 1992], что является следствием плохой гигиены полости рта [1].

Целью настоящего исследования явилась оценка уровня гигиены полости рта у студентов и обучение гигиене полости рта.

В связи с этим нами были поставлены следующие задачи.

1. Провести анкетирование для выяснения уровня просвещенности студентов о различных заболеваниях полости рта и выявление субъективного мнения о своем стоматологическом статусе.

2. Оценить гигиеническое состояние полости рта у студентов различных факультетов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова путем определения упрощенного индекса гигиены полости рта – ОНІ-S.

3. Оценить состояние твердых тканей зубов с помощью индекса КПУ.

4. Обучить студентов гигиене полости рта.

Материалы и методы. Стоматологическое обследование студентов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова проводили на кафедре терапевтической стоматологии с участием интернов и ординаторов. Нами были обследованы и проанкетированы

200 студентов 1–3-го курсов лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов в возрасте от 16 до 37 лет (из них 59 человек – юноши, 141 человек – девушки). Работа была организована таким образом, что в первую очередь проводилось анкетирование студентов с целью выяснения уровня их просвещенности в вопросах заболеваний полости рта. Вторым этапом был осмотр полости рта, во время которого оценивали общее состояние зубов, определялся гигиенический индекс (ГИ) ОНІ-S, индекс КПУ(з). Третьим этапом было обучение индивидуальной гигиене полости рта: на пластмассовых макетах челюсти человека демонстрировали различные техники чистки зубов (стандартный метод чистки зубов Г.Н. Пахомова), вели ознакомительную беседу о дополнительных средствах гигиены полости рта (ополаскиватели, щетки для языка, ершики, флоссы, выдавали памятки с рекомендациями, читали короткую лекцию о роли профилактики в предупреждении возникновения заболеваний полости рта).

Результаты исследования. Возраст пациентов, принявших участие в обследовании, составил от 16 (1%) до 33 лет (0,5%). Однако большинству опрошенных было 18 лет (63,5%).

Распределение обследованных по возрасту: 16 лет – 1%; 17 лет – 21,5%; 18 лет – 63,5%; 19 лет – 4%; 20 лет – 13,5%; 21 год – 3%; 22 года – 0,5%; 23 года – 0,5%; 24 года – 0,5%; 33 года – 0,5%; 37 лет – 0,5%.

Большинство опрошенных респондентов проживали в семье с родителями – 69,5%. Никто из них дополнительно не работал.

У 18% респондентов уровень осведомленности о гигиене полости рта и стоматологических заболеваниях был средним, у 73% – низким, а 9% ничего не смогли сообщить по данному вопросу.

Знания о заболеваниях полости рта 23,5% опрошенных студентов приобрели в учебных заведениях (школа, колледж, вуз), 20,5% – от своего врача-стоматолога, 12,0% отметили, что это их личный опыт, 4,5% получили информацию из средств массовой информации (телевидение, газеты, журналы), 3,0% – из рекламы, 1,0% – из специальных стендов, брошюр.

При этом 27,0% опрошенных считают, что стоматологическому просвещению в нашей стране на сегодняшний день уделяется недостаточно внимания, в то время как более значительная часть опрошенных (73,0%) считают стоматологическое просвещение достаточным.

Наиболее эффективными формами стоматологического просвещения были названы беседа с врачом-стоматологом (26,5%), а также специальные лекции и занятия в школах, колледжах, вузах (13,5%). Немаловажная роль, по мнению опрошенных, принадлежит интернету – 11,0%. 3,0% опрошенных назвали основным источником

стоматологического просвещения передачи по телевидению, 1,5% – журналы и газеты. Специальные стенды, стенгазеты в поликлиниках (1,0%) и реклама красивых зубов (1,0%) на сегодняшний день, по признанию опрошенных, играли наименьшую роль. Неоднозначный ответ на данный вопрос дали 42,5% опрошенных. Они считали, что наилучший результат можно получить, только сочетая несколько видов просвещения.

Участникам опроса было предложено оценить состояние своих зубов. Большая часть респондентов оценила состояние здоровья своих зубов как «хорошее» (58%), «удовлетворительное» – 32,0%, «отличное» – только в 10,0% случаев. В то же время 14,5% респондентов указали, что у них часто болели зубы, у 84,0% зубы болели редко и только 2,0% анкетировавшихся никогда не испытывали зубную боль.

В детском возрасте регулярно посещали врача-стоматолога 49% опрошенных, 49% делали это редко. Были здоровы и не нуждались в лечении – 2%.

О связи заболеваний полости рта и соматических заболеваний из 200 респондентов не знал никто, при этом только 54% не имели соматических заболеваний и считали себя здоровыми; 46% имели различные заболевания, причем 13,5% опрошенных имели сочетанную патологию. На момент опроса 11,5% респондентов принимало различные лекарственные средства (инсулин, зиртек, ноотропил, магнерот, дюфастон, фенотропил, фарингосепт, бромгексин, ригевидон, лизобакт, кларитин, кагоцел, обезболивающие препараты). Кальций, фторсодержащие препараты и витамины принимают периодически 34,0% обследованных. Также было выявлено, что не имеет вредных привычек большая часть студентов – 88,5%, курят – 6%, употребляют алкоголь – 3%, употребляют психотропные вещества – 0,5%, курят и употребляют алкоголь – 1%.

Более всего внушило оптимизм то, что спортом занимается большая половина опрошенных – 55,5%.

Также 65,0% опрошенных заявили, что никогда не испытывают стрессов, для 30,0% студентов причиной стресса является учеба; 3,5% указали, что стресс они испытывают только по семейным причинам, 1,5% студентов испытывали стрессы крайне редко.

Особое внимание при анкетировании было уделено питанию. Выяснилось, что только 28,5% опрошенных считают свое питание регулярным и правильным; постоянно перекусывают 14,5% студентов; 38,5% стараются питаться правильно, но без «перекусов» не получается.

Каждый день употребляют углеводистую пищу (булочки, печенье, пирожные) 78,5% респондентов, при этом употребляют сладкое (шоколадки, конфеты, напитки с подсластителями) в промежутках между приемами пищи 67,0% человек.

Овощи и фрукты ежедневно употребляют в сыром виде только 46,5% анкетированных, после кулинарной обработки – 9,5%, 44,0% респондентов употребляют как сырые, так и кулинарно обработанные овощи и фрукты.

В качестве варианта обеда большинство выбрало булочку с кофе – 24%, йогурт (или какие либо другие кисломолочные продукты) – 17,5%, какой-либо фрукт – 14,5%, овощной салат – 6,0% опрошенных, чипсы или сухарики – 3,0%, другое (шоколад или что-то сладкое) – 35%.

Согласно рекомендациям врачей-стоматологов, 2 раза в год посещали стоматолога всего 24,0% опрошенных, один раз в год – 23,0%, реже 1 раза в год стоматолога посещали 3,0% опрошенных.

Установлено, что большинство обследованных посещали стоматолога по необходимости, т.е. когда появлялись конкретные проблемы и боль – 36%, при этом важное значение индивидуальной гигиене полости рта придают 90% респондентов и не очень обращают на это внимание – 10%.

Основным фактором, от которого зависит здоровье зубов, опрошенные назвали частоту чистки зубов (только 19,0% будущих врачей). 8,5% считают, что оно зависит от образа жизни – 8,5%, и 3,5% – от характера питания. Это указывает на то, что будущие врачи в большинстве своем не представляют причин возникновения стоматологических заболеваний.

Оценивая гигиенические навыки студентов, мы получили следующие данные: зубной щеткой средней жесткости пользовалось 85% анкетированных, мягкой – 9,5%, жесткой – 0,5%, очень жесткой – 0,5%. Очень мягкую зубную щетку, которая показана практически 100% пациентов, не использовал никто. Электрическими зубными щетками пользовался 1,0% опрошенных. Удивительно было то, что 42,5% респондентов не смогли назвать фирму своей зубной щетки. Как «отличную» свою зубную щетку оценили 18,5% исследуемых, «хорошую» – 65,5%, «удовлетворительную» – 16,5%, как «плохую» или «очень плохую» свою зубную щетку не оценил никто. О существовании электрических зубных щеток знают 69,0% опрошенных, про ионные зубные щетки – 3,0%, про монопучковые – 2,0%, ультразвуковые – 1,0%, а 6,5% анкетированных не знали ни о каких других щетках, кроме мануальных.

Половина опрошенных меняла зубную щетку 1 раз в 2 месяца (50,0%), 1 раз в 3 месяца – 27,5%, 1 раз в полгода – 17,0%, реже чем 1 раз в полгода меняли свою зубную щетку 5,5% респондентов.

Значительная часть исследованных студентов чистит зубы 2 раза в день – 78,0%, 1 раз в день – 15,5%, а остальные 6,5% людей делают это 3–4 раза в день.

Около 29,0% опрошенных чистят зубы 3 минуты, большинство же опрошенных – 46% – чистят зубы 2 минуты, 10,5% – больше 3 минут, а 14,0% уделяют

процессу чистки зубов менее 1 минуты и лишь малая доля опрошенных более 15 минут (0,5%).

Только круговые движения во время чистки зубов совершали 27,5%, только горизонтальные движения – 13,5% опрошенных.

Вертикальные, горизонтальные и круговые движения во время чистки зубов совершали 22,5% человек. Вертикальные и горизонтальные движения – 6,5%, горизонтальные и круговые движения – 3%.

На вопрос о том, кто обучал их чистить зубы, были получены такие ответы: гигиене полости рта половина обследованных была обучена родителями – 55,5%, стоматологом – 18,0%, остальные учились чистить зубы сами.

Из дополнительных средств гигиены наибольшей популярностью у студентов пользовались ополаскиватели – их использует 32% опрошенных, далее следуют зубочистки – 13,5%, щетки для языка – 3%, ершики – 2,5%, флоссы – 1% и ирригаторы – 0,5%. Профилактической зубной пастой пользуются 47,5% анкетированных, лечебной (с фтором, кальцием, минералами, отбеливающей) – 50,5%. Профилактической и лечебной одновременно – 2,5%.

Установлено, что среднее значение индекса ОНI-S – 1,4 (у девушек – 1,3, а у юношей – 1,5). Среднее значение КПУ(з) составило – 6,2 (КПУ(з) юношей – 5,4; КПУ(з) девушек – 6,9).

Выводы. У 23,5% студентов гигиена полости рта является неудовлетворительной, что не соответствует их собственной оценке своего гигиенического состояния. 76,5% студентов нуждаются в лечении кариеса зубов, 18,5% осмотренных нуждаются в лечении гингивита. На запах изо рта жаловались 10% осмотренных, в то время как он наблюдался у 20,5% человек. Осложнения кариеса обнаружены

в 34% случаев. Нуждаются в протезировании 7,5% человек.

По результатам проведенного интернами и ординаторами кафедры инструктажа по гигиеническому уходу за полостью рта только 2% респондентов сообщили, что не узнали ничего нового.

Заключение. Анкетирование студентов позволило нам выявить, что знания студентов-медиков о заболеваниях полости рта не всегда соответствуют действительным, порою даже ошибочны. Будущие врачи не уделяют должного внимания гигиене полости рта и не имеют представления о значении здоровья полости рта для состояния здоровья в целом. Все осмотренные студенты положительно оценили проведенные осмотр и беседу, особенно отметив, что когда инструктаж проводят сверстники, то информация воспринимается более позитивно. 98% принявших участие в анкетировании и обучении чистке зубов сообщили, что обязательно будут применять на практике полученные знания, а 15% пришли на стоматологический прием на кафедру терапевтической стоматологии для лечения зубов с участием молодых докторов – интернов и ординаторов, которые проводили осмотры, обучение чистке зубов и анкетирование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология // Медицинское информационное агентство. – М., 2011. – 123 с.
2. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: МИА, 2009. – 328 с.
3. Орехова Л.Ю., Осипова М.В. Прогнозирование развития кариеса и его осложнений у курильщиков // Стоматология. – 2014. – Т. 93, 1. – С. 15–18.
4. Проценко А.С. Состояние стоматологического здоровья студенческой молодежи г. Москвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 146 с.



НОВЫЕ ФОРМАТЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В КОНТЕКСТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

При получении высшего образования ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК изучается как инструмент ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ будущего специалиста

Рассматриваются актуальные проблемы обучения иностранному языку в медицинском вузе в условиях развивающейся реформы российского высшего образования, вступления в силу закона об образовании, введения новых федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС 3+). Образовательные стандарты последнего поколения предлагается рассматривать как новую возможность для развития кафедр иностранных языков медицинских (неязыковых) вузов, усиления их роли в профессиональной подготовке современных специалистов с высшим образованием. К обсуждению также предлагается новый опыт обучения медицинских специалистов с высшим образованием в рамках лингвистической магистратуры, а также программы обучения профессиональной коммуникации в условиях клиники.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

NEW FORMATS OF FOREIGN LANGUAGES TEACHING IN THE CONTEXT OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF A HEALTHCARE SPECIALIST

I.Y. MARKOVINA

The article discusses the current issues in the higher medical education in Russia related to the introduction of new Federal Educational Standards of Higher Professional Training and coming into force of the new Russian Education Law. The new Federal Educational Standards of Higher Professional Training are regarded as an opportunity of changing the status of the foreign languages teaching in a higher medical school as well as of the progressive development of the foreign languages departments. Their part in the training of modern medical professionals can be improved. The models of language training emerging as a result of the search for optimal training formats are discussed. One of the promising programs launched in 2014 was the Master's Degree program in Linguistics for the medical professionals (Sechenov First Moscow State Medical University). Another example discussed is a new Medical English course conducted in the clinical setting.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: компетентный подход, коммуникативная компетенция, профессиональная компетенция, иностранный язык, неязыковые вузы, реформа высшего образования, медицинские вузы.

KEYWORDS: competence approach, communicative competence, professional competence, foreign language, non-linguistic higher educational institutions, higher education reform, higher medical schools.

И.Ю. МАРКОВИНА

канд. филол. наук, доцент, заведующая кафедрой иностранных языков ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

Новый российский закон об образовании, новые государственные стандарты, получившие название ФГОС 3+, предполагают более свободный подход вузов к сочетанию базовой и вариативной частей учебного плана, так как содержание этих двух компонентов представлено в ФГОС 3+ в самых общих чертах. Кроме того, разработчикам образовательных программ рекомендовано широко использовать современные активные и интерактивные технологии обучения, принципиально изменить статус субъекта учебного процесса, расширяя масштаб и роль самостоятельной работы студентов при получении ими высшего профессионального образования. Однако центральное место в новой концепции высшего образования, на наш взгляд, занимает разработанная для каждой специальности система компетенций, *система готовности личности*, позволяющая формулировать конечные цели изучения отдельных дисциплин, понимать их роль и место в целостной подготовке специалиста с высшим образованием определенной профессиональной направленности. Мощный потенциал компетентностного подхода неоднократно отмечали отечественные ученые (см., например, работы И.И. Халеевой, И.И. Зимней и др.). Очевидно, что компетентностная парадигма приобрела сегодня ключевое, по сути, концептуальное значение для разработки образовательных программ. В настоящее время, когда вводятся в действие ФГОС 3+, именно в зависимости от того, к чему должен быть «способен и готов» выпускник, вузы должны принимать решение о включении в учебный план тех или иных дисциплин, их содержании, объеме и порядке освоения.

Сегодня мы вынуждены констатировать, что кафедры иностранных языков медицинских вузов оказались в сложной ситуации. Теперь от позиции руководства вуза, от понимания роли и места иностранного языка в подготовке современного специалиста в области здравоохранения с высшим образованием зависит решение вопросов о количестве часов, статусе дисциплины, порядке ее прохождения по учебному плану и др. Как нам представляется, многое сейчас зависит от активной позиции самих кафедр иностранных языков. Иными словами, именно сложность ситуации может быть использована как мощный стимул для развития кафедр иностранных языков, увеличения количества преподаваемых дисциплин и формирования спроса как со стороны студентов, так и специалистов. Кафедры иностранных языков в этой ситуации получают уникальную возможность активизировать деятельность в рамках образовательного пространства своего вуза, использовать потенциал вариативной части учебных планов для обучения студентов старших курсов, открывать новые образовательные программы для разных категорий обучающихся,

вводить новый формат курсов по изучению иностранного языка.

Некоторые шаги в направлении расширения деятельности кафедр иностранных языков медицинских вузов уже предприняты. Ряд проблем, о которых мы неоднократно говорили на конференциях «Медицинское образование» прошлых лет, на конференциях УМО по лингвистическому образованию (нелингвистические вузы) (см., например, [2]), сегодня успешно решен. Это стало результатом, в том числе и поддержки наших инициатив медицинской общественностью, руководством УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, а также УМО по лингвистическому образованию (нелингвистические вузы), функционирующего на базе Московского государственного лингвистического университета.

Во-первых, благодаря усилиям УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, в том числе его подразделения, учебно-методической комиссии по лингвистическим дисциплинам, в федеральных государственных образовательных стандартах по медицинским специальностям произошло перемещение компетенции, характеризующей цели изучения иностранного языка из группы общекультурных в группу *обще-профессиональных компетенций*. Мы неоднократно отмечали, что основы общекультурной компетенции формируются главным образом при изучении иностранного языка в средней школе.

При получении высшего образования (в данном случае в неязыковом вузе) иностранный язык изучается как инструмент межкультурной профессиональной коммуникации, или, точнее, как инструмент информационно-коммуникативной деятельности будущего специалиста [2, с. 56–57]. Такой подход к целям изучения иностранного языка был, в частности, сформулирован А.А. Леонтьевым, считавшим, что в конечном счете мы должны обучать не столько языку, сколько умению *использовать* иностранный язык (для достижения взаимопонимания) в условиях межкультурного диалога [3]. При этом диалог, на наш взгляд, следует понимать широко – как письменное (опосредованное) и устное (непосредственное) общение, в случае медицинского (неязыкового) вуза – прежде всего в профессиональной сфере. Применительно к лингвистической подготовке в неязыковом вузе, по мнению И.И. Халеевой, главную роль сегодня, как никогда, играет взаимосвязанное и согласованное формирование коммуникативной (лингвистической) и профессиональной компетенций, что должно обеспечить оптимальную результативность учебного процесса в ходе профессиональной подготовки специалистов [1].

Новый взгляд на известную проблему «комплексирования» при разработке программ обучения

иностранным языком нефилологов, в частности, представлен авторами анализа теории контекстного обучения А.А. Вербицкого и концепции профессионального сознания Н.Н. Нечаева, делающими вывод о необходимости учета «специфики деятельности каждой отдельно взятой категории профессионалов» и создании на этой основе «профильного учебно-методического комплекса» [4, с. 36].

Во-вторых, в этой связи особое значение приобретает еще одно принципиальное изменение в ФГОС 3+. Компетенция, характеризующая цели изучения иностранного языка в медицинском вузе, не только приобрела статус общепрофессиональной, она имеет новую формулировку¹. В ФГОС 3+ принята следующая формулировка данной *обще-профессиональной* компетенции (ОП-2): «*Готовность к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранных языках для решения задач профессиональной деятельности*».

В качестве еще одного шага к закреплению позиций дисциплины «Иностранный язык» в современном учебном процессе предлагается выделять на ее изучение не менее шести зачетных единиц и завершать курс экзаменом. В последние годы, как известно, учебные планы предусматривали для изучения этой дисциплины три зачетные единицы (108 ч) и обычный зачет. По сути, признанием важной роли иностранного языка в подготовке специалистов неязыкового профиля стало появление в учебных планах новых дисциплин, ориентированных на изучение, с одной стороны, отдельных видов речевой деятельности на иностранном языке, а с другой – коммуникативных аспектов иностранного языка. Оба эти направления имеют целью взаимосвязанное формирование при изучении иностранного языка коммуникативной и профессиональных компетенций.

Используя потенциал вариативного компонента ФГОС, многие медицинские вузы включили в учебные планы подготовки практически по всем специальностям курс «*Основы медицинского перевода / Основы специального перевода*». Особенностью языковой подготовки студентов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова является преподавание таких новых дисциплин, как «*Профессиональные компетенции в иноязычной среде*», «*Профессиональная межкультурная коммуникация*» в рамках элективных курсов Центра инновационных образовательных программ «Медицина будущего». Подчеркнем, что это обучение ведется на старших курсах, что особенно важно, так как студенты на этом этапе

¹ Мы не раз критиковали недостаточность формулировки общекультурной компетенции в предыдущих версиях ФГОС: «Способность и готовность овладеть одним из иностранных языков на уровне бытового общения, к письменной и устной коммуникации на государственном языке (ОК-6)» [2].

получения высшего профессионального образования особенно заинтересованы в своем развитии, повышении конкурентоспособности, расширении возможностей продолжения образования. Как нам представляется, учебные планы подготовки по медицинским специальностям могут включать такие дисциплины по выбору (модули) вариативной части, как «Устное профессиональное общение на иностранном языке», «Информационная деятельность и иностранный язык», «Чтение специальной литературы и обработка информации на иностранном языке», «Письменная профессиональная коммуникация на иностранном языке», «Иностранный язык для научных целей» и проч. Эти дисциплины (модули), без сомнения, будут участвовать в решении задач формирования целого ряда профессиональных компетенций, которые, как показывает внимательное изучение ФГОС 3+, предполагают сформированность у выпускника вуза умения работать с информацией (в том числе из иноязычных источников), начиная от поиска необходимых сведений и заканчивая умением извлекать и фиксировать полученные данные, а также использовать их в профессиональной деятельности.

Как известно, вариативная составляющая учебных планов не ограничивается младшими курсами. Кафедры иностранных языков ряда медицинских вузов неоднократно выступали с предложением к руководителям вузов, учебным управлениям предусмотреть изучение иностранного языка и на старших курсах² в рамках вариативной части учебного плана, дисциплин по выбору, элективных курсов.

Для сегодняшних первокурсников Первого МГМУ имени И.М. Сеченова в учебных планах предусмотрено изучение специального перевода на втором, третьем или четвертом курсах (в зависимости от специальности). Мы уже отмечали, что в течение трех лет студенты-медики и провизоры старших курсов Центра инновационных образовательных программ Первого МГМУ имени И.М. Сеченова изучают различные аспекты профессиональной коммуникации на иностранном языке в рамках модульных курсов, включающих, например, обучение письменной речи на иностранном языке (подготовка публикации в международный журнал), подготовку к участию в международной научной конференции, углубленный курс специального перевода и др.

Учебно-методическая комиссия по лингвистическим дисциплинам УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России считает, что медицинским (и не только) вузам следует расширить круг дисциплин, преподаваемых на старших курсах, предоставив студентам выбор в

² См. материалы всероссийских конференций УМО по образованию в области лингвистики (неязыковые вузы) последних лет.

соответствии с их личными интересами, склонностями или планами относительно будущей профессиональной деятельности. Мы подробно писали об этом в ранее опубликованных работах (см., например, [2]), поэтому отметим лишь тот факт, что в условиях модернизации высшего медицинского образования без изучения и знания иностранного языка невозможно полноценно сформировать целый ряд профессиональных компетенций. Новой задачей на ближайшую перспективу может стать включение в государственные образовательные стандарты перечня профессиональных компетенций, для формирования которых необходимо изучение иностранного языка.

Активный процесс модернизации высшего медицинского образования делает особенно актуальным развитие тенденции *непрерывной языковой подготовки* специалиста медицинского профиля. В настоящее время в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова имеется опыт включения языковых дисциплин в учебные планы подготовки ординаторов – например, по специальности «Организация здравоохранения». Отметим, что данный учебный план предусматривает проведение не только обучения, но и совершенно нового вида учебной деятельности для неязыкового вуза, а именно, практики по дисциплине «Деловой английский язык».

К наиболее интересным попыткам развития деятельности кафедр иностранных языков в этом направлении, по-видимому, следует отнести открытие в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова магистратуры по направлению подготовки «Лингвистика» для медицинских специалистов по профилю «Иностранный язык и межкультурная профессиональная коммуникация». Мы поставили перед собой амбициозную цель – способствовать формированию российской медицинской элиты, а именно: современных специалистов-медиков со знанием двух европейских языков, эффективно участвующих в международном профессиональном сотрудничестве, обладающих лингвистическими и коммуникативными компетенциями, необходимыми, в частности, для выполнения представительских функций от имени нашей страны в международных организациях здравоохранения. Обучение началось в 2014/15 учебном году, причем плановый набор (10 человек) был превышен (принято 14 человек). Программа ориентирована уже не на базовую, а на углубленную подготовку медиков по иностранному языку как средству профессионального общения. Медицинские специалисты, получившие степень магистра лингвистики, приобретут лингвистические (коммуникативные) компетенции,


расширяющие их профессиональные возможности для роста и развития, информационно-коммуникативной деятельности в профессиональной сфере, участия в различных международных проектах.

Еще одним новым форматом изучения иностранного (английского) языка стал цикл повышения квалификации медицинских специалистов по теме «Клиническая конференция. Разбор клинического случая». Особенностью курса является проведение занятий непосредственно в клинике, что делает использование английского языка при обсуждении клинического случая максимально приближенным к реальным условиям межкультурной профессиональной коммуникации. Этот опыт заимствован у наших зарубежных коллег, британских преподавателей в области Medical English, работающих в разных странах Европы по приглашению руководства клиник, понимающих необходимость владения английским языком теми врачами, ординаторами, студентами, которые активно участвуют в международном сотрудничестве. Данный формат обучения коммуникации на иностранном языке максимально отвечает задачам профессионального развития современного специалиста в области здравоохранения.

Динамично меняющаяся ситуация в российском медицинском образовании делает необходимым анализ современных теорий и концепций глобального социального развития, формирование общественного и профессионального мнения относительно роли и места иностранных языков в подготовке современных отечественных специалистов, а также поиск новых возможностей и оптимальных моделей обучения иностранным языкам с учетом специфики профессиональной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Халева И.И. Лингвистическое образование в Российской Федерации в условиях устойчивого развития: эколого-социальный подход / И.И. Халева. – М.: МГЛУБ, 2013. – 31 с.
2. Марковина И.Ю. Иностранный язык в неязыковом вузе на постдипломном этапе обучения: потребности и перспективы (на примере медицинских вузов) / И.Ю. Марковина, М.В. Ширинян // Модернизация системы подготовки по иностранному языку в неязыковых вузах. – М.: Рема, 2012. – С. 54–61. (Вестн. Моск. гос. ун-та; вып. 12 (645). Сер. «Педагогические науки»).
3. Леонтьев А.А. Язык не должен быть «чужим» / А.А. Леонтьев // Этнопсихоллингвистические аспекты преподавания иностранных языков. – М.: ММА им. И.М. Сеченова; Ин-т языкознания РАН, 1996. – С. 41–47.
4. Вербицкий А.А. Формирование межкультурной компетенции в сфере профессиональной коммуникации как новое направление лингводидактики / А.А. Вербицкий, Н.П. Хомякова // Научно-методические основы формирования инновационной системы языковой подготовки в неязыковом вузе. – М.: ФГБОУ ВПО МГЛУ, 2014. – С. 30–43. (Вестн. Моск. гос. ун-та; вып. 12 (698). Сер. «Педагогические науки»).



МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ГЛАЗАМИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ: ВОЗМОЖНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Залог успеха оптимизации образовательной среды вуза, повышения качества образования иностранных студентов – совместная деятельность руководства вуза, профессорско-преподавательского состава и обучающихся

Проведен анализ проблем обучения и пребывания в Москве иностранных обучающихся с целью получения информации для принятия адресных организационных решений, способствующих повышению статуса и благополучия иностранных студентов, более полному удовлетворению их образовательных, социальных и культурных потребностей во время обучения в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова. Результаты проведенного анкетирования обобщены деканатом по работе с иностранными обучающимися для оперативного реагирования на рациональные пожелания студентов по оптимизации образовательной среды вуза, активизации межкультурных коммуникаций обучающихся, вовлечения их в различные виды научной, общественной и досуговой деятельности.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

М.С. МИКЕРОВА

канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

К.К. УИ

студент лечебного факультета ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

О.С. ГЛАЗАЧЕВ

д-р мед. наук, профессор, директор Центра международного образования ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

В.А. РЕШЕТНИКОВ

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

MEDICAL EDUCATION THROUGH THE EYES OF FOREIGN STUDENTS: OPPORTUNITIES, PROBLEMS AND PERSPECTIVES

M.S. MIKEROVA, K.K. OOI, O.S. GLAZACHEV, V.A. RESHETNIKOV

This study was designed to investigate general problems of education and living of international students in Moscow to enhance their status and wellbeing and better cater for their educational, social and cultural needs in the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. The results of the survey are summarized by dean's office for international students for rapid response to rational student's suggestion to optimize the educational environment of the university, for further increase of student's intercultural communication and their involvement in various kinds of scientific, social and leisure activities.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: иностранные студенты, медицинское образование, социальная адаптация.

KEYWORDS: foreign students, medical education, adaptation.

Введение. В настоящее время Россия становится все более популярной страной для обучения иностранных студентов и привлекает огромное количество будущих бакалавров, магистров и аспирантов из разных стран мира. Россия по праву гордится многовековыми традициями высшего образования, международным признанием и высоким спросом на выпускников российских вузов по всему миру, а также доступной стоимостью обучения.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова является крупнейшим центром обучения, сертификации и непрерывного профессионального развития медицинских и фармацевтических работников в России, вносит существенный вклад в модернизацию отечественной системы медицинского образования и развитие мировой медицинской науки. Сегодня в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова по различным образовательным программам обучается более 2 000 иностранных граждан из 74 стран мира, из них около 1750 – студенты, обучающиеся по различным направлениям подготовки. По данным А.Л. Арефьева и Ф.Э. Шереги, в 2008–2012 гг. Первый МГМУ имени И.М. Сеченова вошел в пятерку российских вузов-лидеров по численности очно обучавшихся иностранных студентов, стажеров, аспирантов, докторантов, интернов, ординаторов, слушателей подготовительных отделений [1].

Специфика медицинского образования заключается в его высокой интенсивности, «привязанности» к клиническим базам, необходимости для студентов уделять внимание как теоретической подготовке, так и формированию и закреплению практических навыков выполнения диагностических и лечебных манипуляций, общения с пациентами, медперсоналом, получения опыта работы в клинических условиях.

По данным ряда исследований последних лет, иностранные студенты сталкиваются с многочисленными проблемами в процессе пребывания в России – это социальная адаптация, языковой барьер, этнокультурные проблемы межличностного взаимодействия, проблемы безопасности и жизнеобеспечения, финансовые трудности, эколого-климатические особенности. И это только некоторые из них. Для части из них трудности «вхождения» в новую культурно-образовательную среду завершаются срывом адаптации, отказом от продолжения учебы, развитием синдрома эмоционального выгорания с различными проявлениями на психосоматическом уровне [2].

В то же время необходимо отметить, что большинство исследований носят фрагментарный характер, рассматривая лишь один из аспектов проблемы. Так, в работе К. Ишака (2012) определены

основные этапы процесса адаптации иностранных учащихся, выявлены его составляющие, описаны виды социального взаимодействия и влияние разных типов межкультурных коммуникаций на процесс адаптации представителей из стран Африки в Краснодаре [3]. С.В. Яргин (2013) структурировал основные проблемы последилового медицинского образования иностранных граждан в России [6]. В исследовании проблем профессиональной медицинской подготовки в России Т.К. Фомина (2004) подчеркнула роль преподавателей в процессе социализации иностранных студентов в медицинских вузах [5]. А.П. Козулина (2014) отмечает, что эффективное педагогическое сопровождение иностранных студентов требует создания ориентационных программ, содержание которых будет выстроено на основе классификации основных проблем подготовки иностранных студентов к обучению в российском вузе [4].

В исследовании А.Л. Арефьева и Ф.Э. Шереги на базе государственной, ведомственной и международной статистики анализируются основные показатели обучения иностранных студентов в российских вузах в сравнении с международными данными, выявляются тенденции очной и заочной форм обучения иностранных студентов в России и освещается деятельность филиалов и других подразделений российских вузов за рубежом. Авторами рассмотрены социально-демографическая структура иностранных граждан, приглашаемых для обучения в российских вузах, источники информирования иностранных граждан о возможности обучаться в России, мотивы принятия решения иностранными гражданами обучаться в России, базовое образование приезжающих для обучения в Россию, подготовка по русскому языку, а также удовлетворенность условиями проживания в России [1].

Хотя вышеуказанные исследования затронули некоторые аспекты образования иностранных студентов в России, в них не рассматривалось отношение иностранных студентов медицинского вуза к жизни и учебе в Москве, а также возможность доступа и уровень их участия в социальной, досуговой и общественной деятельности, в научно-исследовательской работе.

В настоящем исследовании проведено изучение:

- 1) факторов, повлиявших на выбор Первого МГМУ имени И.М. Сеченова иностранными студентами в качестве вуза для получения высшего медицинского образования;
- 2) общих вопросов благополучия, безопасности и социальной поддержки иностранных студентов;
- 3) участия в досуговой, спортивной, социальной и научной деятельности с целью повышения качества жизни иностранных студентов и более полного удовлетворения их потребностей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 иностранных студентов третьего курса лечебного факультета с билингвальным обучением (иностранцы обучающиеся в отдельных группах с преподаванием на английском языке), обучающихся в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова по программе высшего профессионального образования в отдельных группах (84 (70,0%) – женщины, 36 (30,0%) – мужчины, средний возраст – $21,5 \pm 1,0$ лет). 97,5% участников являются гражданами Малайзии, остальные – граждане Южной Кореи, Нигерии, Йемена. Исследование проводилось в период с мая по июнь 2014 г.

Сбор информации проводился путем опроса. Анкета разработана Научной ассоциацией иностранных студентов (НАИС) совместно с деканатом по работе с иностранными обучающимися и кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. Она состояла из четырех разделов:

– Паспортная часть (возраст, пол, страна происхождения).

– Вопросы, связанные с обучением в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова (факторы, повлиявшие на выбор иностранными студентами Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, возможности для обучения, трудности, возникающие в процессе обучения, участие в научной деятельности и т. д.).

– Вопросы, связанные с проживанием в Москве (условия, благополучие, безопасность и службы поддержки).

– Вопросы, связанные с социальной сферой (участие в социальных и развлекательных мероприятиях в Москве).

Анкета представлена вопросами полузакрытого (53,4%) и закрытого типа (13,3%), в которых респондентам предлагалось выбрать один или несколько вариантов ответов из предложенных, в вопросах полузакрытого типа у студентов была возможность также указать свой ответ. В одном вопросе (3,3%) респондентам предлагалось оценить по 5-балльной шкале условия, созданные в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова.

Статистический анализ результатов анкетирования проводили с использованием программы SPSS V16 для Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

Результаты. При анализе причин, повлиявших на выбор студентами Первого МГМУ имени И.М. Сеченова для получения высшего медицинского образования, установлено, что основными факторами являются личные связи и контакты (20,5%), реализация партнерских программ (20,4%), доступная стоимость обучения (20,6%), наличие стипендий на обучение (19,9%). Немаловажное значение для 18,6% опрошенных имела и высокая репутация Университета, а также тот факт, что образовательная программа по специальности «Лечебное дело»

аккредитована Малайзийским медицинским советом, что дает возможность выпускникам приступать к профессиональной деятельности, минуя прохождения лицензионного экзамена у себя в стране.

Далее нами были проанализированы основные источники, из которых иностранные студенты узнали о Первом МГМУ имени И.М. Сеченова. Наиболее часто студенты черпают информацию через органы правительства и образовательные фонды своих стран (28,0%), интернет в качестве источника информации указали 27,5%, личные контакты – 27,3% опрошенных, для 17,1% студентов источником послужили образовательные агентства.

Студентам было предложено определить разницу между медицинскими образовательными организациями в их родной стране и Первым МГМУ имени И.М. Сеченова. Наиболее заметным отличием, по мнению студентов, являются применяемые методы обучения – так ответили 99,2% респондентов. Более половины опрошенных (58,3%) отметили разницу в учебных материалах. В основном в России медицинские книги издаются на русском языке, найти иностранную литературу бывает достаточно затруднительно. Студенты указали, что в высших учебных заведениях на их родине материалы лекций или практических занятий заранее предоставляются студентам в распечатанном виде либо на сайте учреждения, что облегчает процесс подготовки обучающихся к занятиям. 35,8% респондентов указали на различие в численности студенческой группы (в зарубежных вузах она меньше, что позволяет преподавателю уделить больше времени и внимания каждому студенту). Практически все студенты (95,8%) отметили, что система проведения экзаменов и оценивания в России отличается от таковой в Малайзии, где всем студентам предлагается один и тот же набор экзаменационных заданий, а успеваемость оценивается по рейтинговой системе за весь период обучения.

Установлено, что 11,8% респондентов оценили опыт пребывания и обучения в Москве как положительный. Студенты отметили, что они рады находиться в Москве, которая воспринимается ими как один из престижнейших культурных, научных и образовательных центров мира. Среди проблем, с которыми они сталкиваются, большинство опрошенных указали случаи дискриминации и недоброжелательного отношения отдельных лиц, не всегда оперативное реагирование полиции в случае обращения (63,3%).

Еще одной проблемой, выявленной при анкетировании студентов, оказался недостаточный уровень языковой подготовки и возможности межкультурного и академического общения (61,7%). Не все преподаватели владеют иностранным языком в достаточной степени и способны доступно излагать

материал, поэтому большинству иностранных студентов трудно воспринимать содержание занятий. С другой стороны, лишь 56,7% студентов третьего курса (после освоения четырех дисциплин, связанных с изучением русского языка) могут общаться на русском языке в повседневной жизни – 7,5%, по их мнению, делают это «очень хорошо» (без каких-либо сложностей в общении) и «хорошо» (сложности в общении представляют исключительно сленг и жаргон). 23,3% опрошенных оценили свой уровень подготовки по русскому языку как «плохой» (наличие сложностей в понимании и разговоре), а для 12,5% респондентов общение на русском языке вообще не представляется возможным.

94,2% студентов отметили наличие определенных трудностей, связанных с обучением, при этом 80,0% из них на первое место поставили недостаток собственной концентрации, что может быть связано с большой длительностью лекций, учебных занятий и языковым барьером, усложняющим восприятие материала.

Далее студентам было предложено оценить по 5-балльной шкале условия, созданные в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова (где 1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – нормально, 4 – хорошо, 5 – очень хорошо). Наивысшие баллы (3,8 и 3,6 соответственно) получили состояние лекционных залов и аудиторий, меньше всего студентов устраивает доступность медицинской помощи и сети беспроводного доступа в интернет WI-FI (2,8 и 1,8 баллов соответственно).

Среди социально-бытовых факторов, влияющих на отношение иностранных студентов к пребыванию и обучению в Москве, необходимо отметить высокую стоимость жизни, особенно аренды жилья (50,0%), и возможные опасности в городе. 83,3% опрошенных отметили, что попадали в небезопасные ситуации за время их пребывания в Москве. 20,5% студентов указали на неадекватное (агрессивное, угрожающее, оскорбительное или раздражающее) поведение со стороны встречающихся лиц – потребителей психоактивных веществ (включая алкоголь и наркотики) в общественных местах (в основном в общественном транспорте, на улицах города), а также на случаи кражи личных вещей (денег, телефонов, сумок). Кроме того, отмечены факты вымогательства со стороны попрошайек.

Как показали результаты опроса, 44,2% студентов снимают квартиры, 38,3% студентов проживают в частных общежитиях (предоставленных компаниями-агентами) и только 17,5% студентов живут в общежитиях Университета. Многие респонденты предпочитают съемное жилье ввиду более высокого уровня комфорта и удобного расположения по отношению к учебным корпусам Университета.

На вопросы о российских традициях и национальной кухне 46,3% студентов отметили, что, по их мне-

нию, в Москве проводится много уникальных и интересных культурных мероприятий и им хотелось бы узнать больше о традициях русского народа. Русская кухня студентами воспринимается позитивно, хотя она значительно отличается от привычной для них кухни, набора пищевых продуктов.

Более четверти (28,7%) иностранных студентов отметили опасность общественного транспорта в Москве. Студенты указывали на грубость и агрессию со стороны водителей. Риск инфекционных заболеваний и погодные условия в качестве факторов риска пребывания в Москве отметили 27,76% и 23,05% респондентов соответственно. Большинство студентов приехали из Малайзии, тропической страны без смены сезонов, поэтому адаптация в Москве может быть серьезной проблемой, особенно в зимнее время.

Ряд вопросов анкеты касался участия иностранных студентов в каком-либо виде научной деятельности. Большинство из них (82,4%) указали, что в научной деятельности (подготовка обзоров, проведение собственных исследований, участие в научных конференциях) они никак не участвуют. Дальнейший анализ результатов анкетирования выявил, что для 27,7% респондентов научная деятельность не представляет интереса, у 47,9% нет возможности или времени заниматься ею, 24,4% респондентов не знают, с чего начать.

Самыми позитивными событиями, произошедшими за время их обучения в Университете, иностранные студенты выделили знакомство с интересными преподавателями (13,3%), участие в спортивных мероприятиях (Малайзийские межвузовские игры, фестиваль «Малайзийская весна», 11,7%), а также встречи и общение со сверстниками из других стран и России, имеющими сходные интересы и увлечения (8,3%).

С другой стороны, в качестве негативных событий студенты указали на конфликты с агентами по образованию (22,5%), а также наличие академической задолженности по различным дисциплинам (16,7%).

У половины опрошенных (50,8%) была возможность пообщаться с российскими студентами, а у 60,0% – познакомиться с русской культурой и традициями.

Почти все респонденты (96,7%) указали на присутствие стрессовых ситуаций, причины которых широко варьируют – от сложностей в учебе до проблем в повседневной жизни.

В этой связи иностранным студентам был предложен вопрос относительно их участия в любой форме досуговой деятельности. Большинство респондентов справляются с усталостью и стрессом с помощью различных развлечений (78,3%), при этом 49,2% предпочитают мероприятия на свежем воздухе, а 35,0% – дома.

Около трети студентов (27,4%) указали, что хотели бы участвовать в культурно-массовых мероприятиях вместе с российскими студентами, однако в качестве препятствий назывался языковой барьер, а также высокая стоимость развлечений в Москве.

В заключительной части анкеты студентам было предложено дать рекомендации по улучшению эффективности их адаптации в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова. Наиболее частые из них приведены ниже.

Больше занятий по отработке практических навыков.

Больше возможностей для общения с пациентами в клиниках.

Предоставление возможностей для участия в научной деятельности.

Организация культурно-массовых событий совместно с российскими студентами.

Повышение доступности мест проживания для иностранных студентов в общежитиях Университета.

Включение элементов научной работы в программы обучения.

Создание возможности выхода в интернет.

Ограничение числа поездок между учебными корпусами.

Обсуждение. Результаты проведенного исследования показали, что иностранные студенты, обучающиеся в Первом МГМУ имени И.М. Сеченова, сознательно выбрали вуз для получения высшего профессионального образования. По мнению студентов, университет пользуется высокой репутацией в зарубежных странах регионов Юго-Восточной Азии, Африки, Ближнего Востока. Большинство иностранных обучающихся позитивно воспринимают российскую систему высшего образования, русскую культуру и традиции, а также демонстрируют готовность к общению с российскими студентами и совместному участию в культурно-массовых и научных мероприятиях.

Однако обучение и пребывание иностранных студентов в России, по их мнению, сопряжено с рядом проблем. Среди них можно отметить трудности в освоении русского языка и, соответственно, барьеры на пути повседневного и профессионального общения, высокую стоимость проживания, конфликты с агентами по образованию, случаи дискриминации и различного рода риски (от климатических до криминальных). При проведении анкетирования выявлено также, что большинство студентов достаточно пассивно проводят свободное время, не участвуя (несмотря на имеющиеся возможности) в научной работе, дополнительных образовательных семинарах, лекциях, кружках.

Администрация университета, деканат по работе с иностранными обучающимися оперативно реагируют на мнение и рациональные пожелания

студентов по оптимизации образовательной среды вуза, активизации межкультурных коммуникаций обучающихся, вовлечения их в различные виды научной, общественной и досуговой деятельности.

Так, в качестве платформы для научной деятельности обучающихся создана Научная ассоциация иностранных студентов Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, в рамках работы которой проводятся лекции и мастер-классы отечественных и зарубежных ученых, студентами выполняются научные исследования, иностранные студенты Университета принимают участие в олимпиадах, конкурсах, конференциях. При поддержке рекрутинговых компаний студенты Малайзии и Намибии в феврале 2015 г. выезжают для участия в Международном студенческом фестивале в Тронхейме (Норвегия), Социальном форуме «Права на Здоровье и качественную медицинскую помощь» в Женеве (Швейцария). В апреле иностранные студенты будут участвовать с докладами в научной конференции молодых ученых «Наука для здоровья» в Российском университете дружбы народов, а в августе команда малазийских студентов университета примет участие в Международной олимпиаде 50 университетов мира по физиологии в Куала-Лумпур.

На многих кафедрах работают научные кружки под руководством опытных преподавателей, владеющих английским языком.

Для устранения проблем межкультурных коммуникаций, повышения качества подготовки иностранных студентов по русскому языку и, как следствие, по клиническим дисциплинам в учебные планы введены дополнительные «языковые» дисциплины: «Деловой русский язык; общение с пациентами в русскоязычной среде» и «Профессиональное общение в русскоязычной среде; профессиональные коммуникации».

Помимо учебной и научной деятельности в последнее время иностранные студенты организуют и проводят различные культурные мероприятия, активно участвуют в спортивных соревнованиях, в том числе межвузовских. В ноябре 2013 г. создан Международный центр культуры и спорта иностранных обучающихся, координирующий проведение совместных мероприятий с российскими студентами – вечера национальной культуры, благотворительные поездки в дома ветеранов, детские дома и лечебные отделения клиник Москвы. Хорошо подготовленные иностранные студенты входят в состав Университетских команд по отдельным видам спорта, участвуют во всероссийских студенческих соревнованиях.

Служба безопасности Университета совместно с деканатом оперативно реагирует на все без исключения случаи нарушения режима проживания, порядка обучения, конфликтные ситуации с участием иностранных студентов.


В рамках организационных решений деканатом с февраля 2015 г. введена традиция регулярных встреч студентов с деканом по работе с иностранными обучающимися и его заместителями для обсуждения актуальных проблем и ответов на волнующие студентов вопросы.

Таким образом, в ответ на запросы и пожелания иностранных студентов в Университете созданы и динамично расширяются возможности для качественного освоения образовательных программ, вовлечения их в научную работу, занятия спортом, в совместные с российскими учащимися культурно-массовые мероприятия. Требуется активное участие самих обучающихся в освоении русского языка, расширении общения с российскими студентами, инициатива реализации научных проектов, более активная работа в кружках, участие в конференциях.

В совместной деятельности деканата, преподавателей кафедр и обучающихся — залог успеха оптимизации образовательной среды вуза, повышения качества образования иностранных студентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Арефьев А.Л., Шереги Ф.Э.* Иностранные студенты в российских вузах. Раздел первый: Россия на международном рынке образования. Раздел второй: Формирование контингента иностранных студентов для российских вузов / Министерство образования и науки Российской Федерации. – М.: Центр социологических исследований. – 228 с. – 1 CD ROM.
2. *Глазачев О.С.* Синдром эмоционального выгорания у студентов вузов: поиски путей оптимизации педагогического процесса // Вестник Международной академии наук. Русская секция. – Спецвыпуск. – 2011. – № 1. – С. 26–45.
3. *Ишака К.* Иностранные студенты в России: проблемы социальной адаптации // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 8. – С. 82–85.
4. *Козулина А.П.* Современные проблемы подготовки иностранных студентов к обучению в российских вузах // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. URL: <http://www.science-education.ru/119-15213> (дата обращения: 12.01.2016).
5. *Фомина Т.К.* Иностранные студенты в медицинском вузе России: интериоризация профессиональных ценностей: Автореф. дис. ... д-ра социол. наук. – Волгоград, 2004. – 46 с.
6. *Jargin S.V.* Some Aspects of Medical Education in Russia // American Journal of Medicine Studies. – 2013. – Vol. 1, № 2. – P. 4–7.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СРЕДНЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

**МЕДИЦИНСКИЕ
РАБОТНИКИ
СРЕДНЕГО ЗВЕНА –
весомая составляющая
кадрового ресурса
современной системы
здравоохранения в России**

В данной статье рассматриваются вопросы преимущества применения имитационных методов обучения при подготовке конкурентоспособного медицинского работника среднего звена, востребованного на рынке труда.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

THE USE OF SIMULATION TECHNOLOGY IN SECONDARY VOCATIONAL EDUCATION

E.V. MESCHANKINA

Е.В. МЕЩАНКИНА

начальник отдела дополнительного профессионального образования Государственного бюджетного образовательного учреждения «Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Минздрава России

This article discusses the advantages of using simulation methods training for competitive health care worker middle management, demand on the labor market.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: имитационные технологии, образование, медицинский работник, симуляционное оборудование и методы обучения.

KEYWORDS: simulation technology, education, medical professional, simulation equipment and training methods.

Введение. Деятельность медицинских работников среднего звена (медицинских сестер, акушерок, фельдшеров и других специалистов) — обеспечение населения общедоступной и высококвалифицированной медицинской помощью — является не менее важной, чем деятельность врача. Ведь именно от своевременных и квалифицированных действий среднего медицинского работника зависит длительность и результативность лечения, качество жизни пациентов. Изменение статуса медицинской сестры от человека, выполняющего заданные манипуляции, до хорошо обученного и конкурентоспособного специалиста, самостоятельно осуществляющего сестринскую деятельность в пределах своих полномочий, возлагает высокие требования к уровню её профессиональной компетентности. Контингент медицинских работников среднего звена является на данный момент самой весомой составляющей кадрового ресурса современной системы здравоохранения в России.

В контексте приоритетных направлений «Концепции модернизации российского образования», Государственной программы Российской Федерации «Развитие образования на 2013–2020 годы» продолжающаяся модернизация системы профессионального образования направлена на подготовку ответственного и конкурентоспособного специалиста — всесторонне образованного, обладающего возможностями гибко и адаптивно перестраивать направление и содержание профессиональной деятельности в условиях постоянно меняющихся жизненных ситуаций.

Система среднего профессионального медицинского образования тесно связана с фундаментальными основами общественного устройства и доминирующей направленностью общественной жизни, что имеет свои социально-экономические, политико-образовательные и педагогические предпосылки. Созданная на протяжении многих десятилетий единая государственная система профессионального образования Российской Федерации позволила достигнуть достаточно высокого уровня подготовки специалистов отрасли здравоохранения. Однако эта система, отражающая уровень социально-экономического развития общества, практически исключила инициативу и творчество студентов и преподавателей в определении содержания образования, организационных форм и методов обучения. Одной из проблем профессиональной подготовки специалистов здравоохранения является недостаточная практическая подготовка выпускников медицинских колледжей и училищ всех специальностей.

Цель. В современном мире значительно возросли требования к уровню практических умений и навыков медицинских работников в их повседнев-

ной деятельности. Одной из отличительных черт традиционной системы обучения в медицинском колледже является значительный объем теоретической подготовки в течение всего периода обучения, в то время как уровень практической подготовки студентов остается низким. Исходя из этого, актуальным направлением модернизации среднего медицинского образования является необходимость усиления практической направленности в аспекте подготовки медицинских работников среднего звена при сохранении должного уровня теоретических знаний.

Материалы и методы исследования. Основным местом приобретения практических навыков для студента медицинского колледжа является клиника, где мы сталкиваемся с целым рядом проблем. Во-первых, с внедрением в отечественную систему здравоохранения страховой медицины поменялись взаимоотношения между медицинским работником и пациентом. Пациент, оплачивающий свое лечение, имеет право потребовать соответствующего отношения к себе как к личности: отказаться от услуг одной медицинской сестры и выбрать другую, более опытную. Помимо этого, пациент должен быть проинформирован об участии в осуществлении медицинской деятельности студента и имеет право отказаться от услуг с его участием. Когда пациент все же соглашается с необходимостью получения студентом практического опыта, тогда многократное повторение студентами одних и тех же манипуляций может доставить пациенту боль и страдание, что не может быть гуманным по отношению к больному человеку. Во-вторых, не всегда в клинике находятся подходящие тематические пациенты и нет возможности отработать навык до автоматизма, что, в первую очередь, касается навыков оказания неотложной помощи и базовой сердечно-легочной реанимации. Кроме того, в силу объективных причин далеко не каждый студент во время производственной практики имеет возможность получить доступ к пациенту и не только освоить навыки, но и довести их до автоматизма. Осложняет ситуацию значительная технологическая нагрузка на медицинского работника, требующая дополнительных затрат времени и сил.

Недостаточный уровень возможностей профессиональной подготовки специалистов среднего звена к практической деятельности нацеливает преподавателей на применение более эффективных методов обучения. В качестве продуктивных методов, способствующих сближению процесса обучения с реальной профессиональной средой и формированию практической компетентности у студентов, внедряются имитационные методы обучения. Их преимущества заключаются в создании условий имитации профессиональной среды при овладении техникой выполнения медицинских услуг

в полном объеме согласно имеющимся стандартам; формировании навыков практического опыта без нанесения вреда здоровью пациента; обеспечении собственной безопасности при отработке манипуляций; сокращении периода адаптации молодого специалиста в начале его трудовой деятельности и т. д.

Медицинские организации среднего профессионального образования Российской Федерации ежегодно выпускают молодых специалистов, больше половины которых, к сожалению, не работают по специальности. Одной из причин оттока молодых кадров является в том числе неготовность специалиста реализовать свои знания и умения в условиях реальной практической деятельности. Как отмечают работодатели отрасли, при трудоустройстве, имея достаточно хороший уровень теоретической подготовленности, выпускники медицинских колледжей сталкиваются с трудностями в адаптации к осуществлению разноплановой текущей медицинской деятельности — как в обеспечении ухода за пациентами, так и в организации профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных мероприятий, оказании неотложной помощи пострадавшим.

До недавнего времени выпускник со средним медицинским образованием, включаясь в процесс оказания медицинской помощи, не имел достаточного опыта в решении профессиональных задач, которые диктует практическая жизнь специалиста. Знания и умения выпускника ограничивались больше теоретическим форматом, что связано, безусловно, с необходимостью избегания рисков возможных осложнений при выполнении медицинских манипуляций, инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи, а также этическими и правовыми нормами. Работодатели медицинских организаций высказывают мнение, что выпускники, владея академическими знаниями по фундаментальным разделам образовательной программы, оказываются не способными выполнить простейшие манипуляции, тем более в стрессовой ситуации и при оказании неотложной медицинской помощи.

Производственная практика в лечебном учреждении имеет свои преимущества: это и опыт взаимодействия с разными пациентами в реальной обстановке, и возможность наблюдать действия профессионалов. Активность учащегося направлена на освоение практических знаний, умений и навыков. Но, к сожалению, не у всех студентов оказывается возможность самостоятельно оказать медицинскую услугу по всем требуемым направлениям практической подготовки. Также не исключена ситуация нарушения прав пациента на качественное оказание медицинской помощи при неадекватном выполнении манипуляции студентом. При

существующем порядке функционирования лечебных учреждений и организации производственной практики на местах не всегда существует возможность контроля преподавателями степени формирования общей и профессиональной компетенции.

Как известно, уровень профессиональной компетентности выпускника во многом зависит от того, насколько быстро молодой специалист сможет адаптироваться на рабочем месте, соединить абстрактные знания, полученные в процессе обучения, с умениями и навыками по эффективному решению реальных задач в условиях профессиональной деятельности. Полученный студентами установленный набор знаний и умений по многим аспектам не удовлетворяет содержанию требований к исполнению реальных функциональных обязанностей, а высокие баллы, полученные на экзаменах, никак не гарантируют того, что на работу принят конкурентоспособный и ответственный специалист.

Решение данной проблемы возможно только посредством применения практикоориентированного подхода в образовании, направленного на раннее ознакомление с профессиональными реалиями и правильное формирование трудовой мотивации. Практическая компетентность является ведущей составляющей специалиста отрасли здравоохранения. Она, по существу, определяется не только уровнем сформированности профессиональных знаний, умений, навыков, опыта и профессионально-важных личных качеств, но также готовностью и способностью к их реализации в практической деятельности. Практическая компетентность специалиста включает в себя освоение широкого спектра знаний: общих и профессиональных, коммуникативных и организаторских, мотивационно-целевых и рефлексивно-оценочных, деонтологических и психологических, информационных и аналитических, без реализации которых на должном уровне невозможно осуществление практической медицинской деятельности на современном этапе развития общества.

Главная задача, которую необходимо решать для улучшения результатов практической подготовки средних медицинских работников в отечественной медицинской школе, не может быть осуществлена без изменения самой парадигмы этой подготовки. Следует отметить, что основное требование к системе здравоохранения — предоставление качественной медицинской помощи, обеспечивающей безопасность пациента, — непосредственно связана и с качеством подготовки среднего медицинского персонала. Недостаточно просто сообщать студенту о причинах профессиональных ошибок, а также необходимости соблюдения деонтологических и морально-этических норм при взаимодействии с пациентом. Важно, чтобы студент приобрел

собственный опыт: как положительного решения профессиональных задач, так и коррекции отклонений и упущений при выполнении функциональных обязанностей.

В федеральном государственном образовательном стандарте 3+ профессиональная компетентность рассматривается как показатель качества образования и характеризуется умением применить в профессиональной деятельности комплекс компетенций, овладение которыми осуществляется через систему знаний, умений и навыков практического опыта и профессионально-важных качеств личности. Высокие требования к среднему медицинскому персоналу, творческому исполнению им разноплановой деятельности как при работе с пациентами и его родственниками, так и в деятельности с коллегами, актуализируют необходимость формирования у специалиста требуемого уровня практической компетентности. Под практической компетентностью при этом необходимо понимать результат теоретического и практического обучения и, как следствие, процессов саморазвития, самообразования, мотивационно-ценностного отношения к освоению и обобщению собственно личностного опыта студента-медика.

Результаты. Основные задачи по модернизации среднего медицинского образования в конечном итоге ориентированы на подготовку конкурентоспособного специалиста, способного гибко перестраивать направление и содержание своей профессиональной деятельности в условиях практического здравоохранения. Выделенные приоритеты требуют существенного преобразования системы профессионального образования в аспектах многоуровневости; многоступенчатости подготовки медицинских кадров; переориентации содержания образования с преобладанием личностно-деятельностного подхода; применения современных педагогических технологий, направленных на развитие самостоятельности будущих специалистов и формирование потребности в непрерывном обучении в течение всей жизни («образование через всю жизнь»).

Модульно-компетентностный подход в профессиональном образовании оптимально сочетает теоретическую и практическую составляющие обучения. В рамках реализации принципов компетентностного подхода как приоритета федерального государственного образовательного стандарта возрастает доля внедрения имитационных методов, которые рассматриваются как эффективные симуляционные методы обучения. Однако несмотря на имеющиеся достижения, все еще недостаточно освещен аспект системного применения комплекса имитационных неигровых и игровых методов обучения.

Имитационные методы способствуют повышению качества профессиональной подготовки

среднего медицинского персонала за счет создания условий, имитирующих профессиональную деятельность, а также снижению адаптационного риска за счет игрового характера обучения при решении проблемных ситуаций. Неигровые методы широко применялись и применяются в практике медицинского образования. В их основе лежит разбор имеющихся обстоятельств и принятие решения по проблемным ситуациям, которые взяты из реальных случаев практической деятельности, без наличия ролей и игры в целом. Внедрение метода решения ситуационных задач способствует развитию навыков анализа и критического мышления, умений выражать свою точку зрения, что в целом способствует формированию общих и профессиональных компетенций, реализуемых в практической деятельности.

Игровое общение, разыгрывание ролей, принятие решений учит студентов работать в единой команде, оценивать взаимоотношения с коллегами и пациентами, что, в свою очередь, должно помочь будущему специалисту легко включиться в профессиональную деятельность и адаптироваться к современным условиям практического здравоохранения. Игровое обучение способствует развитию у студентов самостоятельного и продуктивного клинического мышления, причащает их к умению вести поиск решения возникающих проблем.

Обсуждение. Преимуществами имитационных методов неигрового (ситуационного) и игрового (симуляционного) обучения являются: формирование навыков практического опыта у студентов без нанесения вреда здоровью пациента и обеспечение собственной инфекционной безопасности при отработке манипуляций на муляжах, тренажерах и симуляторах; высокая усвояемость материала. Формирование общих и профессиональных компетенций, необходимых для осуществления практической деятельности за счет созданных симуляционных (имитационных) условий профессиональной среды, доказывает высокую образовательную ценность и позволяет считать их эффективными для подготовки студентов к будущей работе в ЛПУ.

Овладение навыками самостоятельного практического опыта осуществляется в условиях кабинетов доклинической практики и учебно-симуляционного центра, оборудованного в соответствии с условиями профессиональной среды (процедурный кабинет, перевязочная, операционная, палата интенсивной терапии и т. п.), где студенты отрабатывают профессиональные навыки по выполнению различных технологий медицинских услуг, необходимых для дальнейшей практической деятельности.

В настоящее время в России принята следующая классификация симуляционного оборудования.

I. *Визуальный уровень.* Оборудование служит только для наглядной демонстрации техник выполнения манипуляции. Сюда входят анатомические модели, плакаты, схемы, простейшие компьютерные программы.

II. *Тактильный уровень.* На данном оборудовании могут отрабатываться различные отдельно взятые манипуляции, например, интубация, наложение швов и т. д. В основе функционирования лежит пассивная реакция на вмешательство.

III. *Реактивный уровень.* У этого оборудования присутствует обратная связь, за счет чего возможна самостоятельная работа. Позволяет отрабатывать различные манипуляции или небольшой комплекс манипуляций. Такое оборудование, как правило, имеет электронный контроллер, сигнализирующий о правильности выполнения манипуляции.

IV. *Автоматизированный уровень.* У данных симуляторов присутствуют сложные автоматические реакции на различные внешние воздействия, а также более достоверный контроль за проводимыми манипуляциями посредством компьютера или видеосистемы. Кроме отдельных навыков и их комплексов оборудование данного уровня позволяет отрабатывать базовую командную работу.

V. *Аппаратный уровень.* Оборудование позволяет воспроизводить работу медицинского подразделения – операционной, палаты интенсивной терапии и т. д. В этом случае используют реальную медицинскую технику или ее имитацию, мебель, газовую разводку, материал стен и т. д.

VI. *Интерактивный уровень.* На оборудовании этого типа происходит сложное взаимодействие роботизированного симулятора пациента с медицинским оборудованием и обучающимися. При этом интерактивный пациент изменяет свое состояние в ответ на внешние воздействия (меняется ЭКГ, пульс, дыхательные шумы и др.).

VII. *Интегрированный уровень.* В данном случае происходит интеграция различных взаимодействующих между собой симуляторов и медицинской аппаратуры. Создается единая система «робот-симулятор пациента + виртуальный тренажер + медицинская аппаратура». Демонстрируются не только изменения параметров жизнедеятельности, но и показатели диагностических и хирургических систем. При этом возникает индивидуальная физиологическая реакция.

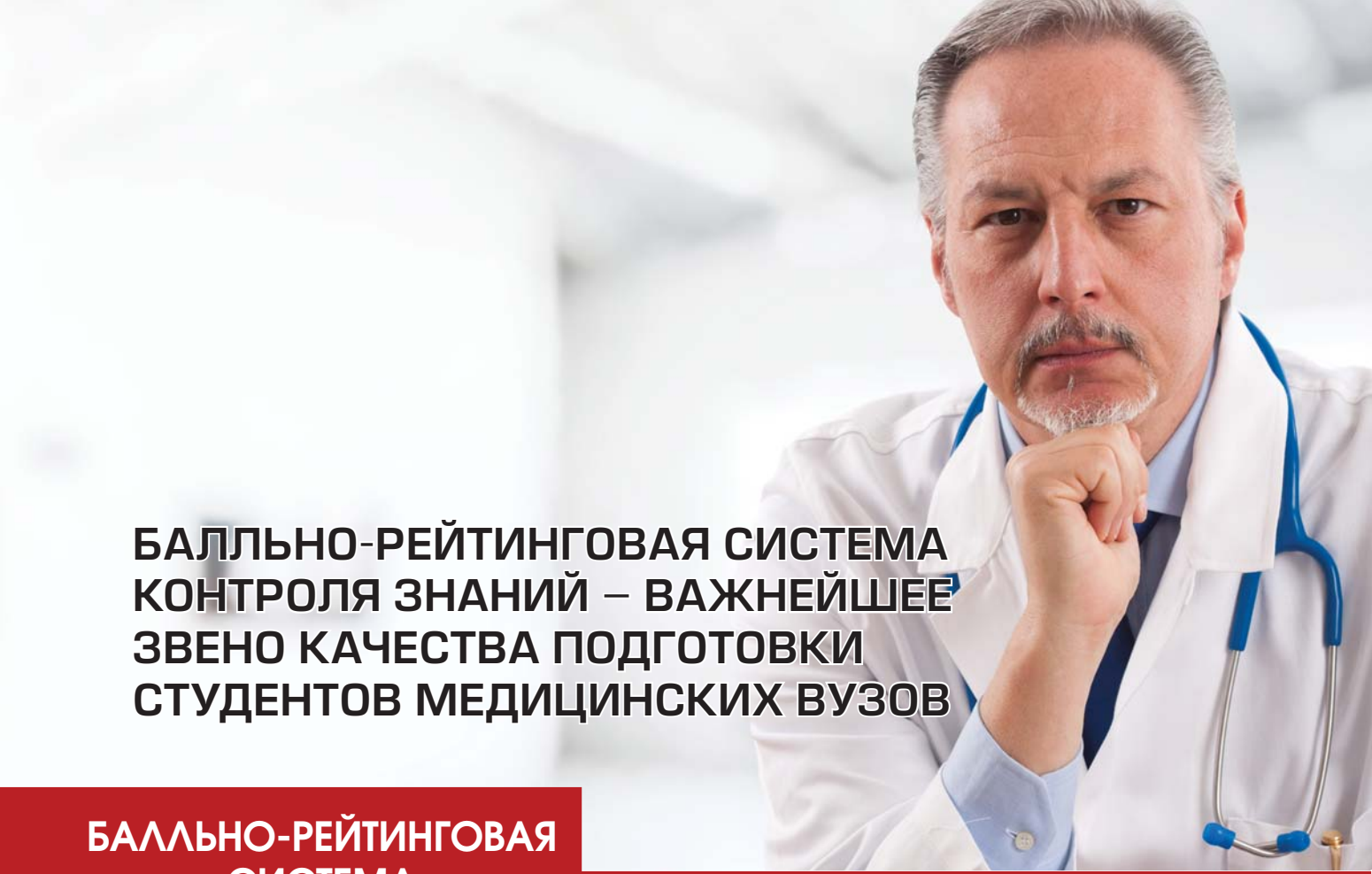
Работа на манекенах и виртуальных симуляторах не только повышает уверенность в себе, но и дает

возможность медицинскому работнику непрерывно повышать свою квалификацию, получая доступ к «пациентам» с такими симптомами, которые редко можно встретить в обычной клинической практике. Также появляется возможность отработать свои действия в командных условиях, получив опыт совместной работы в операционной, отделении реанимации или бригаде скорой помощи. При установленной системе контроля и видеонаблюдения, которая может объединять несколько кабинетов в одну систему, контролирующуюся из операторского помещения, можно все текущие процессы дистанционно отслеживать, а после работы проводить оценку полученных результатов.

Заключение. Реализация системы имитационных методов неигрового и игрового обучения для формирования практической компетентности у студентов представляет собой целостный инструмент поэтапного и систематичного применения адаптационных методов обучения, позволяющих минимизировать риск перехода к самостоятельному профессиональному существованию. Деятельность среднего медицинского работника смоделирована здесь как система решения ситуационных задач и проблемных ситуаций в условиях имитации. Использование совокупности мотивационно-целевого, когнитивного, деятельностного, рефлексивно-оценочного компонентов путем трансформации и последующего закрепления результатов познавательной деятельности в условиях, близких к обстановке реальной профессиональной деятельности, позволяет достичь эффективного применения имитационных методов обучения на основе приоритетов модульно-компетентностного, личностно-деятельностного и контекстного подходов в предлагаемых педагогических новациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении / Н.Б. Найговзина [и др.] // Виртуальные технологии в медицине: науч.-практич. журн. – 2013. – № 1 (9). – С. 8.
2. Имитационное обучение в системе непрерывного медицинского профессионального образования / под ред. П.В. Глыбочко. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. – 120 с.
3. Развитие медицинского образования в условиях инновационной экономики / Л.Б. Шубина [и др.] // Соц. аспекты здоровья населения. – 2010. – № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/182/27/> (дата обращения: 18.01.2016).
4. *Муравьев К.А.* Симуляционное обучение в медицинском образовании – переломный момент / К.А. Муравьев, А.Б. Ходжаян, С.В. Рой // Фундаментал. исслед. – 2011. – № 10, ч. 3. – С. 534–537.



БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ – ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

**БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ
СИСТЕМА
ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ –
современная технология,
рекомендуемая
Министерством
образования и науки
Российской Федерации**

Использование рейтинговой системы при организации учебного процесса способствует активизации работы студентов и оказывает положительное влияние на систематичность работы при освоении учебной дисциплины. Внедрение данной системы обеспечивает повышение объективной оценки знаний обучающихся педагогом, росту качества знаний.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

Н.В. ПОЛУНИНА

чл.-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья, экономики здравоохранения Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова

Г.Н. БУСЛАЕВА

д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, экономики здравоохранения Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова

Н.М. АШАНИНА

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры общественного здоровья, экономики здравоохранения Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова

В.С. ПОЛУНИН

д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, экономики здравоохранения Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова

SCORE-RATING KNOWLEDGE ASSESSMENT SYSTEM AS A MAJOR CONSTITUENT OF QUALITY STUDENT TRAINING IN HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

N.V. POLUNINA, G.N. BUSLAYEVA, N.M. ASHANINA, V.S. POLUNIN

Application of Score-Rating System to the organization of education process contributes to continuous, regular and active study of the university subjects by the students. Introduction of the System provides for the objective assessment of students' knowledge as well as for the higher quality of the knowledge acquired.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: балльно-рейтинговая система оценки знаний студентов, дисциплина, образовательные программы.

KEYWORDS: score-rating student knowledge assessment system, university subject, educational programs.

В настоящее время основной функцией высшей школы продолжает оставаться подготовка высококвалифицированных специалистов. В соответствии с Концепцией модернизации Российского образования были разработаны новые федеральные государственные образовательные стандарты, реализация которых основана на компетентностном подходе к обучению и внедрении современных технологий контроля знаний учащихся. Следует учитывать, что оценка является не только показателем уровня освоения учащимися учебного материала, но и одним из способов стимулирования обучения, формирования мотивации к получению знаний, получения дополнительных знаний. Субъективность оценки, которая нередко имеет место при традиционной системе, часто способствует возникновению конфликтных ситуаций у учащихся, так как появляется противоречие между самооценкой студента и оценкой преподавателя, в результате чего наблюдается угасание интереса обучаемого к конкретной учебной дисциплине и, следовательно, снижение эффективности учебного процесса и качества образования.

Поскольку необходимым условием эффективного обучения является объективный всесторонний контроль знаний обучающихся, то приоритетное значение в решении данной задачи имеет поиск оптимальных форм и методов контроля. Одним из основных механизмов управления качеством процесса обучения в системе высшего медицинского образования, обеспечивающих комплексный подход к контролю знаний студентов, является балльно-рейтинговая система оценки знаний студентов (БРС).

Балльно-рейтинговая система оценки знаний представляет собой современную технологию, ре-

комендуемую Министерством образования и науки Российской Федерации и являющуюся ведущим инструментом оценки результативности работы студентов в процессе обучения на кафедре. Применение БРС делает возможным формирование рейтинга знаний студентов по завершении освоения учебной дисциплины.

Внедрение БРС в образовательный процесс способствует обеспечению комплексного подхода к контролю знаний студентов по дисциплине, повышению мотивации к систематической работе студентов в процессе освоения знаний по учебному предмету, дает возможность объективизировать оценку суммарной деятельности, учитывая качество и объем работ, выполненных студентом в течение всего периода изучения предмета, способствует развитию состязательности в учебе, а также содействует унификации преподавания.

Следует учитывать, что оценка качества освоения дисциплины включает текущий и промежуточный контроль знаний, причем конкретные формы и процедуры текущего и промежуточного контроля знаний разрабатываются каждой кафедрой вуза самостоятельно и доводятся до сведения обучающихся вначале изучения предмета.

При разработке основных положений БРС на кафедре общественного здоровья и здравоохранения РНИМУ имени Н.И. Пирогова были приняты во внимание все виды работ, выполняемые студентами в процессе освоения дисциплины:

- текущий контроль, включающий результаты ежедневного устного опроса и выполнения заданий;
- заключительный контроль (или зачет), состоящий из проверки теоретической подготовки при проведении тестирования и освоенных практических

Таблица 1

Распределение баллов по видам работ, выполняемых студентами

№ п/п	Перечень видов выполняемой студентами работы	Общественное здоровье и методы его изучения			Организация медицинской помощи населению		
		Кол-во заданий	Число баллов		Кол-во заданий	Число баллов	
			max	min		max	min
1.	Входной контроль знаний	10	0,50	0,25	8	0,50	0,25
2.	Выполнение заданий, итого	54	18,00	12,50	39,0	13,50	9,50
2.1.	Своевременность выполнения заданий	18	9,00	6,00	13	6,50	4,50
2.2.	Качество выполнения заданий	18	4,50	3,25	13	3,50	2,75
2.3.	Качество оформления выводов	18	4,50	3,25	13	3,50	2,25
3.	Подготовка и написание реферата	1	4,00	2,50			
4.	Итоговый контроль знаний	35	35,00	24,75	30	28,50	20,25
4.1.	Ситуационные задачи	5	15,00	10,75	4	12,00	8,50
4.2.	Практические умения	10	10,00	7,00	6	6,00	4,25
4.3.	Итоговое тестирование	20	10,00	7,00	20	10,50	7,50
	Заключительный контроль, итого	100	57,50	40,00	77	42,50	30,00

умений, при решении ситуационных задач по всему разделу;

– промежуточный контроль (или экзамен), содержащий тестирование или проверку теоретических знаний, проверку практических умений и решений практических задач по всем разделам предмета.

Каждому из перечисленных видов работ соответствовали разработанные критерии оценки в баллах (табл. 1).

При этом по каждому виду работ используются максимальное и минимальное значение баллов за определенный вид работы. У каждого студента проводилась оценка входного уровня знаний, степень подготовки к занятиям, своевременность и качество выполнения заданий. В целом контроль знаний осуществляется по 177 позициям (100 позиций в одном семестре и 77 позиций в другом семестре), что в значительной степени определяет объективность оценки знаний студентов.

Промежуточный контроль (или экзамен) является итоговой оценкой знаний, которая складывалась на основании результатов, полученных при текущем и заключительном контроле.

Рейтинговая система предоставляет студентам возможность проявить себя, выделиться. Такая система оценки усиливает элемент конкуренции, что позволяет ученику быть более активным в учебной деятельности.

Общая сумма баллов может составлять от 100 до 71 балла. Полученная сумма баллов преобразовывалась в оценку по пятибалльной системе в соответствии со шкалой, приведенной в табл. 2.

Таблица 2

Итоговая оценка при балльно-рейтинговом контроле знаний

Итоговая оценка (экзаменационная оценка)	Баллы
Отлично	91,0–100,0
Хорошо	81,0–90,9
Удовлетворительно	71,0–80,9
Неудовлетворительно	70,9 баллов и ниже

При проведении ежедневного контроля учитывались базовый уровень подготовки к каждому занятию и степень усвоения материала как результат работы на занятии. В процессе ежедневного контроля (входной контроль) применялась система «штрафов» с использованием понижающих коэффициентов.

Введение балльно-рейтинговой системы на кафедре сопровождалось широким применением комплексного подхода при оценке выполнения студентами заданий и при проведении итогового и промежуточного контроля знаний студентами. Так,

выполнение задания включало в себя оценку своевременности и качества его выполнения, что давало возможность всесторонней оценки полученных умений и освоенных знаний. При проведении итогового контроля комплексирование заключалось в том, что были учтены как результаты тестирования в компьютерном классе программированного контроля, так и выполнения практических навыков и решения ситуационных задач.

При внедрении балльно-рейтинговой системы в практическую деятельность кафедры был проведен подготовительный этап, включающий:

– разработку критериев оценки заданий, тестов, теоретических вопросов и ситуационных задач;

– подготовку для проведения практических занятий учебно-методических пособий, соответствующих основным модулям, которые предусмотрены рабочим учебным планом кафедры (статистические методы изучения и оценки здоровья населения; организация медицинской помощи населению);

– подготовку банка данных для формирования заданий (перечень тестовых заданий (свыше 1 200 тестовых заданий); перечень вопросов для проверки практических умений (свыше 500 вопросов); перечень ситуационных задач (свыше 450 задач));

– разработку компьютерной программы для формирования индивидуальных вариантов для проведения тестового контроля;

– разработку индивидуальных вариантов задания для проведения заключительного и промежуточного контроля знаний.

Банк данных постоянно обновляется в соответствии с проводимыми мероприятиями по реорганизации и реструктуризации системы здравоохранения.

Значимым достоинством данной системы контроля знаний является тот факт, что имеет место «накопление» баллов на протяжении всего периода изучения предмета. Это, в свою очередь, способствует возможности каждому учащемуся проявить себя в соответствии со своими возможностями и интересами, воспитанию у них самостоятельности, самоорганизации, самодисциплинированности и других качеств, а преподавателю – осуществлять дифференцированный подход к обучающимся, повышая качество образования. Кроме того, одним из основных принципов подобной системы контроля знаний является открытость, которая помогает студенту скорректировать свою деятельность и получить более высокую оценку.

В ходе реализации балльно-рейтинговой системы студентам была предоставлена возможность выполнения дополнительных видов работ, которые оценивались дополнительными баллами.

Одной из основополагающих целей использования балльно-рейтинговой системы оценки учебной

деятельности студентов является достижение прозрачности и понятности педагогического процесса. Ее использование способствовало оптимизации процесса обучения студентов на кафедре и объективизации оценки их знаний.

Работа кафедрального коллектива в условиях балльно-рейтинговой системы привела к унификации преподавания, что способствовало улучшению результата обучения, значительному снижению числа студентов, имеющих задолженность как в течение циклов, так и на конец семестра, повышению среднего балла по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», «Экономика здравоохранения».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Агранович Н.В.* Особенности организации эффективной самообразовательной деятельности студентов в медицинском вузе / Н.В. Агранович // *Фундаментальные науки.* – 2011. – № 11 (1). – С. 149–153.
2. *Добрынина И.Г.* Балльно-рейтинговая система оценки знаний обучающихся. – Материалы Фестиваля педагогических идей «Открытый урок». – 2014. – Опубликовано: 29.10.2014.
3. *Квач Н.В.* К вопросу о формировании профессиональной готовности студентов вузов средствами мотивации // *Современные проблемы науки и образования.* – 2014. – № 5. – Опубликовано: 04.03.2014.
4. *Кондратова Г.Б.* Балльно-рейтинговая система оценивания знаний, умений и навыков учащихся 10–11-х классов // *Материалы Фестиваля педагогических идей «Открытый урок».* – 2014. – Опубликовано: 29.10.2014.
5. *Кошель В.И., Ходжаян А.Б., Агранович Н.В., Кошель И.В.* Балльно-рейтинговая система оценки компетенций как фактор мотивации формирования профессиональной готовности выпускника медицинского вуза // *Медицинское образование.* – 2015. – № 3.
6. *Левчук И.П., Полунина Н.В., Буслаева Г.Н., Ашанина Н.М., Курочка А.В.* Тестовый контроль – инновационный подход к оценке качества знаний студентов // *Вестник РГМУ.* – 2013. – № 1. – С. 66–70.
7. *Общественное здоровье и здравоохранение / Н.В. Полунина.* – М.: МИА, 2010. – 543 с.
8. *Организация медицинской помощи населению: Учебно-методическое пособие для студентов / под ред. Полуниной Н.В., Лисицына Ю.П.* – Изд. 5., перераб. и доп. – М.: МЕДПРАКТИКА. – 2013. – 184 с.
9. *Статистические методы изучения и оценки здоровья населения (учебно-методическое пособие для студентов): Учебно-методическое пособие для студентов / под ред. Полуниной Н.В., Лисицына Ю.П.* – Изд. 5, перераб. и доп. – М.: Светлана. – 2012. – 184 с.



ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ВОПРОСАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ ДОСТИЖЕНИЙ НАУКИ, ПРАКТИКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

В зонах возможного воздействия поражающих факторов при авариях на критически важных и потенциально опасных объектах проживает свыше 90 млн человек (60% населения страны)

В данной статье рассматриваются вопросы, связанные с опытом разработки и апробации программ дополнительного профессионального образования специалистов различных медицинских специальностей по аспектам оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

ORGANIZATION OF SPECIALIST TRAINING IN THE FIELD OF NATURAL AND TECHNOGENIC EMERGENCIES BASED ON THE INTERGRATION OF ACHIEVEMENTS OF MODERN SCIENCE, PRACTICE AND EDUCATION

И.Э. ЗАЙКИНА

канд. мед. наук, доцент, заведующая учебным отделом Института последипломного профессионального образования Федерального государственного бюджетного учреждения Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна

I. E. ZAYKINA

The article discusses the experience of development and testing of additional education programs to train medical specialists in different fields to provide aid in natural and anthropogenic emergencies.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экстремальная медицина, дополнительное профессиональное образование, образовательные программы.

KEYWORDS: emergency medicine, additional professional education, education programs.

Введение. В соответствии с федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

В настоящее время в Российской Федерации сложились качественно новые объективные условия, снижающие уровень безопасности (в медицинском аспекте) населения страны.

К ним относятся:

- рост количества крупномасштабных чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, сопровождающихся тяжелыми медико-санитарными последствиями;
- особая опасность угроз террористического характера;
- вероятность появления новых опасностей глобального характера.

Особые риски связаны с вероятностью возникновения и развития масштабных инцидентов и аварий на особо опасных предприятиях. Следует отметить, что в зонах возможного воздействия поражающих факторов при авариях на критически важных и потенциально опасных объектах проживает свыше 90 млн человек (60% населения страны).

Вместе с тем в рамках современной системы высшего и среднего профессионального медицинского образования в Российской Федерации недостаточно полно организована подготовка медицинских специалистов, которые могли бы оказывать квалифицированную медицинскую помощь в случае чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Все вышеизложенное определяет актуальность оценки и пересмотра существующих подходов, в том числе к подготовке специалистов с высшим и средним профессиональным медицинским образованием различных специальностей с целью углубления теоретических знаний и совершенствования практических навыков оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 августа 2013 г. № 734 «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф» Федеральное медико-биологическое агентство входит в состав указанной службы.

Целью работы явилась организация подготовки специалистов различных медицинских специальностей по аспектам оказания медицинской помо-

щи в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

Задачи работы:

- обеспечение необходимого кадрового потенциала для ликвидации медицинских последствий при возникновении чрезвычайных ситуаций в зоне ответственности ФМБА России;
- подготовка медицинских специалистов по аспектам оказания специализированной медико-санитарной помощи в чрезвычайных ситуациях (на территории Российской Федерации и за рубежом) и в рамках взаимодействия ФМБА России с другими органами исполнительной власти и органами власти субъектов Российской Федерации.

Материалы и методы. В 2009 г. в структуре Института последипломного профессионального образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России была создана кафедра экстремальной медицины и безопасности в чрезвычайных ситуациях с курсом экстремальной психологии и психофизиологии.

Заведующий кафедрой – лауреат Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники, лауреат премии Правительства Российской Федерации в области образования, дважды кавалер Ордена Мужества, доктор медицинских наук, профессор К.В. Котенко.

На кафедре организована подготовка специалистов по оказанию первой помощи, медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, в том числе в условиях радиационно осложненной обстановки.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.04.2012 г. № 392 ФГБУ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России присвоен статус государственного научного центра Российской Федерации, в соответствии с которым ФГБУ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России является ведущей научной организацией в Российской Федерации по вопросам радиационной безопасности.

Преподавание на кафедре ведется по регулярно пересматриваемым с учетом практического опыта и новейших достижений науки и техники учебным программам. Активно используются современные методики обучения, в том числе с использованием видеоматериалов, интерактивных программ, симуляционных тренажеров. Оценка знаний проводится в том числе при решении ситуационных задач, приближенных к реальной жизни.

Результаты. *Основные результаты образовательной деятельности.* Специалистами кафедры разработаны и внедрены 18 лицензированных учебных программ, одобренных Координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России.

На базе кафедры прошли обучение специалисты Центра экстремальной медицины ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России, регулярно решающего практические задачи в сфере оказания помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и вооруженных конфликтах.

Сотрудники центра участвовали в оказании медицинской помощи и медицинской эвакуации более чем 15 000 пациентов как в России, так и за рубежом (последствия техногенной катастрофы на Саяно-Шушенской ГЭС, шахте «Распадская», во время Грузино-Югоосетинского конфликта, при крушении поезда «Невский экспресс», пожаре в клубе «Хромая лошадь»). В 2009 г. специалисты центра стали лауреатами Премии лучшим врачам России «Призвание» за оказание помощи пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий. Мобильный транспортный госпиталь был развернут в г. Крымск Краснодарского края для оказания неотложной помощи и вакцинации пострадавшего при наводнении населения в 2012 г., а также в составе сводной бригады ФМБА России при ликвидации последствий наводнения на Дальнем Востоке в 2013 г. Кроме того, специалисты кафедры принимали участие в ликвидации последствий террористического акта в г. Волгоград в декабре 2013 г., а также участвовали в медицинском сопровождении работ по обеспечению экстренной медицинской помощью беженцев и раненых в военном конфликте на территории Украины в 2014 г.

В рамках подготовки к проведению XXII Олимпийских игр проводилось обучение по медико-санитарному реагированию в случае радиационных аварий и инцидентов для сотрудников учреждений здравоохранения г. Сочи.

С 2013 г. на кафедре работает курс экстремальной и профессиональной психологии и психофизиологии, на котором осуществляется подготовка клинических психологов для медико-психологического сопровождения работ по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. При этом учитывается то, что потребность в психологической помощи может возникнуть непосредственно у пострадавших, членов их семей, а также и у самих спасателей.

Особо следует отметить деятельность по подготовке лиц, не имеющих медицинского образования по программам оказания первой помощи.

На основании анализа опыта медико-санитарного обеспечения в случае возникновения чрезвычайных ситуаций, техногенных, природных катастроф, террористических актов, инцидентах на особо опасных производствах разработана и внедрена авторская методика преподавания по указанной программе, в том числе с использованием инновационных методов симуляционного обучения.

В последние годы по программе было обучено более 6 000 человек в ряде регионов Российской Федерации.

В целях методического обеспечения образовательного процесса издано 33 учебно-методических пособия и 5 монографий.

В связи с особой значимостью проведенной работы и значительными достижениями при ее реализации авторский коллектив (В.В. Уйба, К.В. Котенко, Н.Б. Корчажкина, Н.А. Амосова, С.Э. Восканян, И.Ю. Колышев и соавт.) награжден Премией Правительства Российской Федерации в области образования за 2013 г.

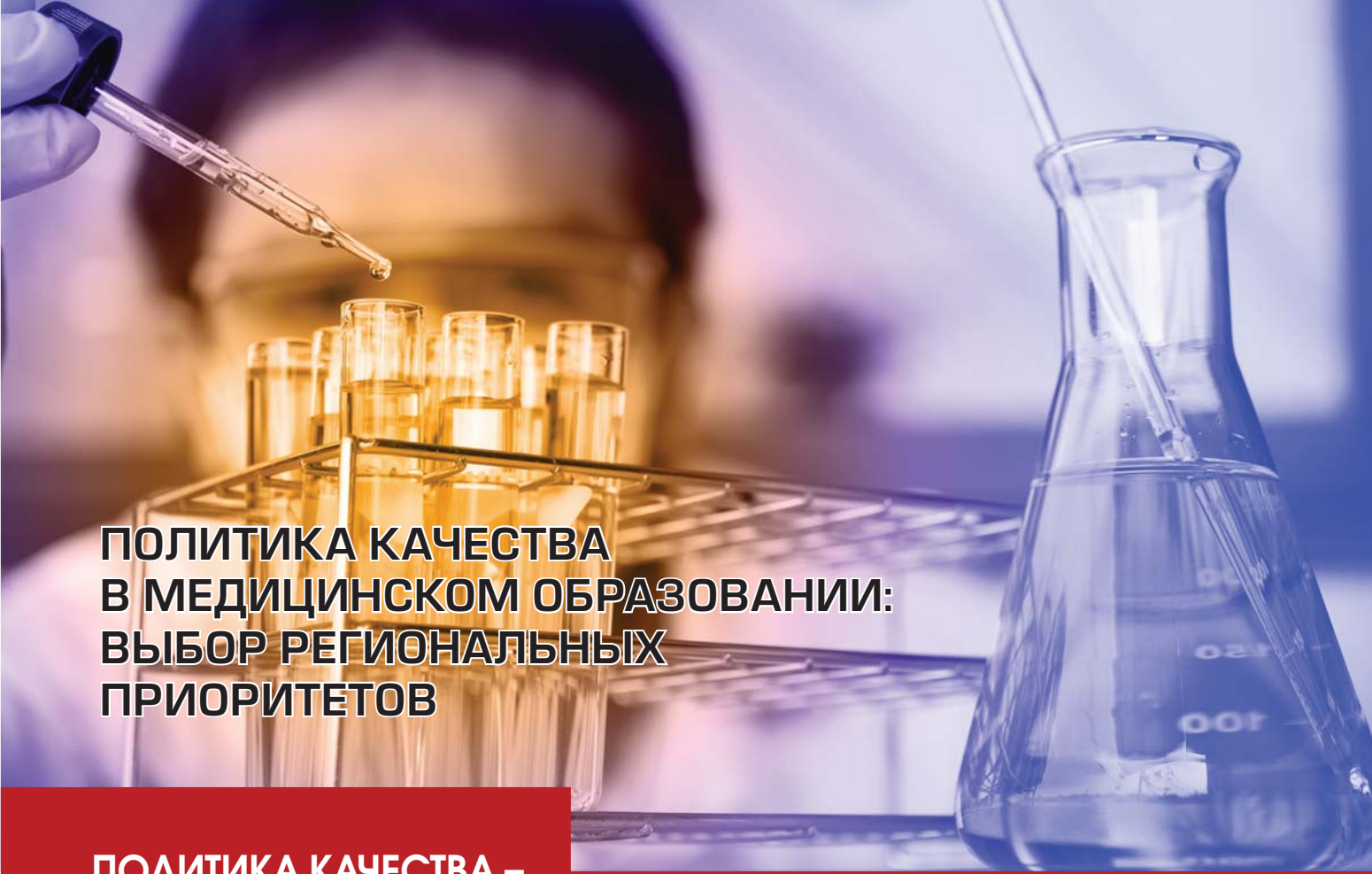
Основные результаты научно-исследовательской деятельности. В случае масштабных чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера наиболее уязвимыми являются объекты социально-культурной сферы (объекты здравоохранения, культуры, образования, объекты физкультуры и спорта, объекты непромышленных видов бытового обслуживания населения).

В связи с этим для оперативного оказания первой помощи и обеспечения деспециализированных координационных мероприятий в случае масштабных чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России разработало типовой пакет документов для организации на функциональной основе из числа персонала объектов социально-культурной сферы бригад быстрого реагирования, в состав которых обязательно должны входить медицинские специалисты, завершившие программу послевузовской подготовки по аспектам оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера.

Заключение. Практическая реализация опыта, полученного специалистами кафедры экстремальной медицины и безопасности в чрезвычайных ситуациях с курсом экстремальной психологии и психофизиологии ИППО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна, позволит организовать масштабную подготовку специалистов для оказания медицинской помощи пострадавшим в случае чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, в том числе на особо опасных предприятиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основы оказания первой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, травмах, ранениях / под ред. К.В. Котенко. – М., 2010.
2. Первая помощь пострадавшим / под ред. К.В. Котенко. – М., 2013.
3. Оказание первой (доврачебной) медицинской помощи при состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью граждан / В.В. Уйба. – М., 2008.
4. Peart J. The earliest days of first aid // BMJ. – 1994. – № 309. – P. 1718–1720.



ПОЛИТИКА КАЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ВЫБОР РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРИОРИТЕТОВ

**ПОЛИТИКА КАЧЕСТВА –
концептуальное ядро
всей образовательной
ПОЛИТИКИ
в современном мире**

Политику развития Кемеровской государственной медицинской академии характеризует, в первую очередь, комплексность объединенных генеральной целью, взаимоувязанных по срокам, ресурсам, исполнителям мероприятий по созданию и введению в образовательную практику новых, качественно усовершенствованных образовательных программ, при реализации которых предполагается использовать современные информационные и образовательные технологии.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

POLICY OF QUALITY IN THE MEDICAL EDUCATION: CHOICE OF REGIONAL PRIORITIES

E.A. KISELEVA

Е.А. КИСЕЛЕВА

д-р мед. наук, профессор, руководитель Центра качества образования, Кемеровская государственная медицинская академия

The policy of development of the Kemerovo state medical academy is characterised, first of all, by integrated approach united by the general purpose, on terms, resources, executors of actions for creation and introduction in educational practice of new, qualitatively advanced educational programs at which realisation it is supposed to use modern information and educational technologies.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: политика качества, внутренний аудит, стандарты, риск-менеджмент, высшее образование.

KEYWORDS: policy of quality, internal audit, standards, risk-management, higher education.

Введение. Согласно Концепции модернизации российского образования главной задачей образовательной политики является «обеспечение современного качества образования на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным потребностям личности, общества и государства [2, 3].

Отечественной высшей профессиональной школе надлежит существенно актуализировать содержание и повысить качество подготовки с ориентацией ее на международные стандарты качества образования, интенсифицировать деятельность по укрупнению и интеграции профессий, решительно повернуть учреждения профессионального образования к потребностям федерального и регионального рынков труда [1, 4, 5].

Материалы и методы. Управление реализацией Политики строится на гармоничном сочетании, с одной стороны, ответственности коллектива вуза за достижение цели и решения задач и, с другой стороны, права российского общества получать информацию о ходе работы вуза, результатах и иметь возможность влиять на процесс принятия решений. В соответствии с действующим Уставом, полная ответственность за успешность реализации Политики, достижение цели и решение поставленных задач лежит на ректоре вуза. Высшим органом управления Политикой является Ученый совет вуза, который на регулярной основе заслушивает ректора и иных лиц о ходе выполнения Политики. В целях организации системы конструктивного влияния заинтересованных сторон из числа органов всех ветвей власти, профессионального и бизнес-сообщества, научно-образовательной общественности и российского общества на процесс реализации Политики, в системе управления присутствует совещательный орган – Попечительский совет. В целях организации системной работы по формированию и уточнению предложений по развитию на основе прогнозирования и форсайта, в структуру управления Политикой вуза введен Совет по качеству. На основе предложений и рекомендаций Совета по качеству формируются рекомендации по Политике развития вуза для Ученого совета. В зоне ответственности Совета по качеству находится рассмотрение материалов о ходе реализации мероприятий Политики качества, выявление рисков и проблем, принятие решений о содействии в целях более эффективной реализации, оценка результативности мероприятий.

Управление реализацией Политики качества основывается на следующих инструментах.

1. *Целеполагание* – привязка планов по реализации Политики качества к конкретным исполнителям, выработка промежуточных показателей, позволяющих оценить степень достижения поставленных целей и действия исполнителей, предпринимаемые для достижения этих целей.

2. *Внутренний аудит* – система мер, позволяющая оценить эффективность деятельности структурных подразделений и администраторов, ответственных за решение поставленных задач.

3. *Риск-менеджмент* – система регулярной оценки рисков, препятствующих выполнению конкретных мероприятий и достижению намеченных целей.

4. *Программное бюджетирование* – распределение финансовых ресурсов между реализуемыми задачами (мероприятиями) с учетом или в прямой зависимости от достижения конкретных результатов в соответствии с Политикой качества.

Результаты. Стратегической целью развития КемГМА является приведение системы медицинского и фармацевтического высшего профессионального образования в соответствие с современными требованиями динамично развивающегося рынка труда; создание механизмов устойчивого развития образования, системы его постоянного обновления с учетом социальных и экономических запросов потребителей образовательных услуг (личности, общества и государства).

Цель Политики качества вуза в 2014–2015 гг. заключается в формировании базовых условий для развития фундаментальности и практической направленности образовательных программ, базирующихся на международных стандартах высшего профессионального образования; формирования системы непрерывного образования, максимально ориентированной на потребности личности, общества и государства.

Целью реализации Политики качества вуза в 2016–2017 гг. является формирование архитектуры инновационного образовательного пространства КемГМА; интеграция существующих инновационных решений в образовательной, научной и клинической деятельности академии, обеспечивающая повышение качества медицинского и фармацевтического образования и, как следствие, конкурентоспособность выпускников академии на рынке труда.

Достижение стратегических целей будет осуществляться за счет интенсификации следующих факторов:

1) максимальной мобилизации внутренних ресурсов академии, в том числе совершенствование содержания учебного процесса; оптимизации структуры и организационных форм образовательной деятельности; развития экономических и управленческих механизмов; интеграции образования, науки, клинической практики и инновационной деятельности;

2) стимулирования применения в образовательном процессе новых, в том числе информационных, образовательных технологий, внедрение активных методов обучения, современного учебно-методического обеспечения;

3) развертывания систем сотрудничества в рамках инновационной образовательной деятельности; социального партнерства в сфере образования (с использованием СМИ, телекоммуникационных сетей, Интернета, потенциала академических вузов, ассоциаций медицинских и фармацевтических вузов и других организаций в сфере образования и здравоохранения, реального сектора экономики).

Для достижения сформулированных целей Политики развития вуза в академии прежде всего должны быть решены следующие комплексные задачи: совершенствование содержания и технологий образования; оценка и контроль качества образования, постоянное совершенствование системы управления качеством образования; оптимизация управленческих механизмов деятельности академии; развитие информационного обеспечения образовательной деятельности академии; улучшение материально-технического обеспечения образовательных, научно-производственных и научно-исследовательских проектов; совершенствование механизмов интеграции образования, клинической практики и науки.

Решение обозначенных выше комплексных задач включает реализацию ряда инновационных образовательных, научно-производственных и научно-исследовательских проектов.

Обсуждение. Идеология реализации Политики качества академии предполагает матричное решение каждой комплексной задачи.

Наиболее значимые ожидаемые результаты реализации Политики качества в образовательной деятельности вуза:

1) создание учебных планов, основных образовательных программ и учебно-методических комплексов по всем специальностям академии, ориентированных на использование модульной системы обучения, системы начисления и использования кредитов ECTS;

2) разработка механизма формирования индивидуальной образовательной траектории каждого учащегося академии;

3) создание модели конкурентоспособного специалиста по профилирующим специальностям академии;

4) разработка методического и нормативно-методического обеспечения образовательного процесса, основанного на использовании активных форм обучения, прогрессивных образовательных технологий;

5) создание системы дистанционного образования в системе дополнительного медицинского и фармацевтического образования, основанной на международных стандартах профессионального образования, европейской методологии дистанционного образования;

6) совершенствование и ресертификация системы управления качеством образования в академии;

7) создание и внедрение системы централизованного тестирования;

8) создание системы предклинической подготовки студентов, внедрение которой позволит повысить качество обучения, за счет чего уровень знаний, умений и навыков студентов будет отвечать требованиям федеральных государственных образовательных стандартов;

9) более качественное выполнение научных работ, связанных с проведением клинических исследований, разработкой новых лекарственных препаратов;

10) внедрение результатов в науку (медицина и смежные науки), а также в реальный сектор экономики;

11) обновление управленческих механизмов в академии;

12) развитие информационного портала академии;

13) создание в академии компьютерных классов, оснащенных современной компьютерной техникой;

14) создание электронной библиотеки академии и обеспечение удаленного телекоммуникационного доступа к информационным ресурсам.

Ожидаемые результаты реализации Политики в образовательной деятельности вуза в долгосрочной перспективе:

1) повышение качества подготовки специалистов;

2) создание формы обучения, ориентированной, в первую очередь, на подготовку востребованного на рынке труда специалиста, способного совершенствовать непрерывно профессиональные навыки;

3) создание единого информационного образовательного пространства академии, включающего техническую, информационную инфраструктуру;

4) масштабирование системы централизованного тестирования для проведения текущего и итогового контроля качества образования (на всех уровнях);

5) создание интегрированной информационной системы управления деятельностью академии;

6) формирование системы информационного обеспечения образовательной деятельности академии;

7) оснащение современной компьютерной техникой всех структурных подразделений академии;

8) формирование научно-методического обеспечения международного сотрудничества академии;

9) формирование педагога нового поколения;

10) изменение парадигмы послевузовского образования: уход от классической системы (консервативной; в центре – педагог) к системе открытого образования (гибкая; в центре – слушатель);

11) соединение науки, практики и преподавания с целью создания условий для наиболее эффективной подготовки специалистов по всем программам и формам.

Ожидаемые результаты реализации Политики вуза на рынке труда следующие:

- увеличение трудоустройства выпускников академии по специальности в среднем на 10–15%;
- сокращение объемов «утечки» молодых специалистов из государственных медицинских и фармацевтических учреждений;
- повышение уровня профессиональной компетенции медицинских и фармацевтических работников.

Ожидаемые результаты Политики вуза на рынке труда в долгосрочной перспективе:

- 1) повышение уровня профессиональной компетенции медицинских и фармацевтических работников;
- 2) увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- 3) оказание медицинской помощи и социального обслуживания населения на мировом уровне;
- 4) увеличение трудоустройства выпускников академии по специальности до 95%;
- 5) сокращение объемов «утечки» молодых специалистов из государственных медицинских и фармацевтических учреждений.

Стоит отметить, что полученные результаты реализации инновационной образовательной программы академии будут иметь высокий коэффициент устойчивости по качеству и по времени. Это связано с использованием ключевых методов стратегического менеджмента при разработке и реализации программы, в том числе стратегического планирования, разработке гибкой системы показателей оценки качества программы, создания организационной структуры для постоянного мониторинга качества реализации инновационной образовательной программы. Системность Политики качества достигается за счет проведения проблемного анализа сложившейся ситуации в медицинском и фармацевтическом образовании, исследования внешних

и внутренних рисков с помощью методов стратегического планирования (swot-анализ); выделения на их основе ключевых проблем в развитии медицинского и фармацевтического образования в академии и, в дальнейшем, формирования приоритетных направлений Политики с учетом сформулированных проблем, выявленных стратегических целей и задач совершенствования медицинского и фармацевтического образования; декомпозиции обозначенных направлений на программные мероприятия.

Ожидаемые долгосрочные эффекты Политики для региона:

- положительная динамика развития демографической ситуации в регионе;
- повышение уровня интеллектуального развития населения региона.

С учетом вышеизложенного, можно констатировать, что политика качества стала сегодня своеобразной осью, концептуальным ядром всей образовательной политики в современном мире и вместе с тем наиболее общей формулой и главным средством реализации стратегии обновления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Астафьев В.А.* Показатели оценки СК ОУ в цикле подготовки бакалавра // Современное образование, опыт и проблемы, решения: сборник материалов III Международной научно-практической конференции. – Георгиевск, 2012. – С. 125.
2. *Бузаков И.А.* Качество образования – качество человека и общества // Сборник трудов XXIV Межведомственной НТК. – Серлухов, 2005. – Ч. 3. – С. 20–24.
3. *Ильин И.А.* Спасение в качестве // Стандарты и качество. – 1996. – № 10. – С. 14–15.
4. *Субетто А.И.* Качество образования как синтезатор проблем развития образования в России: мониторинг, проблемы // Качество образования: концепции, проблемы. Материалы III Международ. науч.-метод. конф. / сб. под общ. ред. А.С. Вострякова. – Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2000. – 380 с.
5. *Тиммерс Й.Г.* Оценивание качества образования с помощью некоторого диагностического инструмента // Система качества в образовании. Выпуск 1.42 / под ред. Ю.П. Адлера. – М.: МИСиС, 2000. – 144 с.



МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ ДАГЕСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

**ВНУТРЕННЯЯ СИСТЕМА
ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА
ОБРАЗОВАНИЯ
ОСНОВЫВАЕТСЯ
НА МОНИТОРИНГЕ
ВСЕХ АСПЕКТОВ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВУЗА**

Система менеджмента качества – основной механизм, обеспечивающий качественное функционирование рыночной модели управления вузом. Внутренняя система оценки качества образования основывается на мониторинге всех аспектов деятельности вуза. В качестве источника информации были использованы результаты анкетирования, внутренних аудитов, самообследования, тестирования, ежегодных отчетов кафедр и факультетов, результаты аттестации специалистов. По результатам анкетирования сотрудников и потребителей услуг ДГМА (студентов, выпускников, работодателей) были сделаны выводы об основных сферах деятельности вуза, главный из которых обозначил неудовлетворенность работодателей уровнем подготовки выпускников Академии.

ПОДРОБНОСТИ ЧИТАЙТЕ В СТАТЬЕ

MONITORING THE QUALITY OF EDUCATION IN DAGESTAN STATE MEDICAL ACADEMY

M.A. KHAMIDOV, M.N. GADZHIMURADOV, E.K. RAMAZANOVA

Management system is the main mechanism for ensuring quality functioning of a market model of university management. Internal system of education quality assessment based on the monitoring of all aspects of the university as a source of integration were used survey results, internal audits, self-study, testing, annual reports of departments and faculties, the results of certification of specialists. According to the results of the survey staff and service users of Academy (students, graduates, employers) was concluded on key areas of the university, the main one being designated employer dissatisfaction level of training of graduates of academy.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: показатели качества образования, мониторинг, внутренний аудит, самообследование.

KEYWORDS: education quality assessment, monitoring, internal audits, self-study.

М.А. ХАМИДОВ

д-р мед. наук, профессор, проректор по общим вопросам и социальной работе ФГБОУ ВО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России

М.Н. ГАДЖИМУРАДОВ

д-р мед. наук, начальник УУМРС и ККО ФГБОУ ВО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России

Э.К. РАМАЗАНОВА

канд. биол. наук, доцент кафедры гистологии ФГБОУ ВО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России

Введение. Система менеджмента качества является основным механизмом, обеспечивающим качественное и бесперебойное функционирование рыночной модели управления вузом, поэтому служба качества Академии должна представлять собой многоуровневую и многофункциональную систему, интегрированную во все сферы деятельности учреждения.

Внутренняя система оценки качества образования основывается на анализе фактов, что предполагает построение действенной системы мониторинга всех аспектов деятельности вуза. Поступающая информация должна включать все установленные и «измеряемые» показатели качества всех рабочих процессов и результатов деятельности вуза и анализировать степень достижения целей, сформулированных в стратегическом плане его развития.

Источниками информации являются анкетирование, внутренние аудиты, самообследование, тестирование, ежегодные отчеты кафедр и факультетов, результаты аттестации специалистов и профессорско-преподавательского состава (ППС), традиционные средства (экзамены, зачеты, коллоквиумы, опросы). По результатам мониторинга проводится оценка образовательной деятельности, системы управления организации, содержания и качества подготовки обучающихся, организации учебного процесса, востребованности выпускников, качества кадрового, учебно-методического, библиотечно-информационного обеспечения, материально-технической базы, а также анализ аккредитационных показателей, установленных федеральным органом исполнительной власти.

Мы провели анкетирование потребителей услуг Академии (студентов, выпускников, работодателей) и сотрудников. Анализ ответов первокурсников позволил сделать вывод о том, что одной из серьезных проблем работы вуза является адаптация студентов 1-го курса к новым условиям обучения, так как подача материала для усвоения и его объем в Академии сильно отличаются от школьной программы. Первокурснику сложно *адаптироваться к самому учебному процессу*. На вопрос «Успеваете ли Вы записывать лекцию за преподавателем?» 40% опрошенных студентов ответили «иногда» не успевают, 8,2% — «часто», 5,9% — «никогда» не успевают. Только 14% первокурсников успевают фиксировать лекционный материал.

С утверждением «Мне трудно проследить общую нить рассуждения преподавателя во время лекции» согласились с формулировкой «иногда» — 28,2%, «редко» — 33%, «никогда» — 22,4%.

Трудности первокурсники испытывают и с *выполнением домашних заданий*: «всегда» — 18,8% студентов, «часто» — 31,8%, «иногда» — 28,2%, «редко» — 16,5%. Только 2,4% первокурсников не считают домашние задания очень большими и полностью

их выполняют, при этом большее число студентов отмечает, что у них редко возникают проблемы с *доступом к источникам информации*: количеством выдаваемых библиотекой Академии учебников довольны 55,4% первокурсников, «иногда» испытывают затруднения 20% опрошенных, 75,3% учащихся активно пользуются электронными средствами информации.

Довольно большое число студентов считают, что *преподаватели спрашивают на семинарах больше, чем они объясняют*: «всегда» — 14,1%, «часто» — 20%, «иногда» — 24,7%, «редко» — 27%. С требованиями преподавателей согласны 13% учащихся.

Высокий процент (82,2%) опрошенных первокурсников отмечают, что им не *хватает времени на сон, на полноценный отдых*: 40% — «всегда», 20% — «часто», 21,2% — «иногда». Поэтому и на вопрос «Испытываете ли Вы затруднения в связи с учебной нагрузкой в Академии?» утвердительно ответили 69,3% первокурсников, из них: 16,5% — «всегда», 18,8% — «часто», 34% — «иногда». И только те же 13% учащихся ответили, что «никогда» не испытывают затруднений с учебной нагрузкой. В то же время их анкетирование показало высокую *степень коммуникации*. На вопрос «Какие взаимоотношения в вашей группе?» 72,5% опрошенных ответили — «дружеские»; на вопрос «Много ли у вас друзей в Академии?» 55,3% ответили, что довольно много, а 32,9% — что друзья есть, но их немного. Интересно отметить, что при *возникновении проблем с учебой* к друзьям и одногруппникам готовы обратиться за помощью только 16,5% опрошенных; 51,7% ответили, что рассчитывают на себя.

Оценить *бытовые условия* студентов-первокурсников позволили ответы на следующие вопросы: «Где Вы живете на сегодняшний день?» (дома живут 70,6% опрошенных; в съемной квартире — 11,8%; 8,2% — в общежитии, у родственников — 5,9%) и «Испытываете ли Вы затруднения с организацией питания?» (утвердительно ответили 38,9%, 16,5% — «иногда»).

Адаптация студентов к новым условиям обучения, как правило, заканчивается к концу второго учебного семестра. Приспособление к новым условиям отнимает много сил. В период адаптации студентов большое значение имеет воспитательная работа. Внеурочная деятельность помогает в сплочении студенческих групп, где важную роль играет куратор учебной группы, который в первые месяцы обучения является опорой студентов во всем. Трудности, с которыми сталкиваются студенты, различны по своему происхождению. Одни из них объективно неизбежны в силу поиска способов взаимодействия в новых условиях, другие носят субъективный характер и связаны со слабой подготовкой, недостатками воспитания в семье и школе. Результаты анкетирования высветили такие

проблемы, как «неумение быстро конспектировать лекции; отсутствие достаточного времени на сон и самостоятельную подготовку к практическим занятиям». Оценивая психологическое состояние первокурсников, им был задан вопрос «*Какие чувства вы испытываете в последнее время?*». Несмотря на высокую степень коммуникации и большое количество дружеских связей, 31,8% студентов ответили, что испытывают тревогу, а 29,4% затруднились с ответом. Целенаправленную помощь студентам первых курсов должна оказывать психологическая служба Академии. Ее деятельность необходимо направить на психологическое сопровождение периода адаптации студентов первых курсов.

Мы также провели сравнительное анкетирование студентов 1-го и 2-го курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. В результате было установлено, что оценка тех или иных аспектов учебного процесса студентами разных факультетов часто аналогична, тогда как значительно различается у студентов 1-го и 2-го курса одного факультета. Второкурсники адаптировались к учебе и имеют более взвешенные суждения. Например, оценивая *актуальность, объем и доступность лекционного материала*, в среднем 85% студентов первых курсов ставили оценки «хорошо» и «отлично»; студенты 2-го курса были более критичны – «хорошо» и «отлично» отметили в анкетах в среднем 52% опрошенных.

Материалы и методы. Методикой изложения материала на практическом занятии удовлетворены в среднем 75% первокурсников и 58% второкурсников, при этом *индивидуальной работой с преподавателем* довольны 70–80% студентов на всех факультетах и курсах. Система оценки знаний на практическом занятии также удовлетворяет в среднем 70% (от 62 до 78%) от общего числа студентов. По поводу *самостоятельной работы* (методов организации, контроля выполнения, системы оценки) мнение студентов разных курсов значительно расходится: если эти показатели положительно оценивают в среднем 80% студентов 1-го курса, то на 2-м курсе – в среднем 50%.

В учебном процессе довольно важную роль играет *актуальность и доступность учебно-методической литературы* и сопровождающих материалов. Около 75% первокурсников высоко оценивают качество тестовых заданий и ситуационных задач; на 2-м курсе – только 50%. В среднем 60–70% не удовлетворены доступностью учебно-методической литературы, а доступность электронных пособий по дисциплинам не устраивает в среднем 57% первокурсников и 90% второкурсников.

Суждения первокурсников менее критичны, так как они погружены в новую для себя среду, в которой им непривычно и сложно ориентироваться. На вопрос «*Совпало ли ваше представление о сту-*

денческой жизни и об учебе с реальностью?» 29,4% первокурсников дали отрицательный ответ, а 50,6% ответили «частично». Таким образом, абитуриент не имеет, но должен иметь полное представление о предстоящей учебе в выбранном вузе. Профориентационная работа в школах призвана частично восполнить этот пробел.

Одним из принципов менеджмента качества является ориентация на потребителя. Организации зависят от своих потребителей и поэтому должны понимать их текущие и будущие потребности, выполнять их требования и стремиться превзойти их ожидания. С целью оценки удовлетворенности студентов качеством обучения было проведено анкетирование выпускников Академии последних трех лет. В первом разделе данной анкеты выпускники Дагестанской государственной медицинской академии (ДГМА) дают оценку качеству полученных знаний и навыков; во второй части выпускников просят высказать свое мнение об организации образовательного процесса в ДГМА. Среди опрошенных были выпускники лечебного, педиатрического, фармацевтического и медико-профилактического факультетов (70% лица женского пола и 30% мужского).

Все опрошенные молодые специалисты довольно высоко оценили свою *теоретическую подготовку*. На вопрос «Соответствуют ли ваши теоретические знания вашей квалификации?» утвердительно ответили 100% (90% поставили оценки «хорошо» и «отлично»). На вопрос «Оцените свои способности применять теоретические знания на практике» 30% выставили оценку «удовлетворительно», 40% – «хорошо» и 30% – «отлично». Около 40% выпускников выразили неудовлетворенность актуальностью приобретенных в Академии практических навыков и их несоответствие квалификационным требованиям. В то же время 50% опрошенных выпускников не довольны своим уровнем *дополнительных знаний*, полученных в ДГМА: знанием инновационных методов и технологий, владением информационными технологиями, правовыми и экономическими знаниями, при этом у выпускников довольно высока оценка своих *коммуникационных, личностных и профессиональных* качеств (навыков самоорганизации, исполнительской дисциплины, стремления к самообразованию) – 100% положительных оценок.

Далее в анкете шли *вопросы про трудоустройство и уровень заработной платы*: 80% выпускников довольны своей профессией и специальностью и не хотели бы ее менять; практически все опрошенные выпускники работают по специальности (90%), причем 80% трудоустроились в течение полугода после окончания ДГМА.

На вопрос «*Какие факторы повлияли на Ваше трудоустройство?*» 50% указали на «*личные связи и знакомства*» и только 20% – на «*собственные*

профессиональные знания и умения». Уровень заработной платы 60% опрошенных молодых врачей определили в диапазоне «от 10 000 до 15 000 рублей». К *основным достоинствам* подготовки специалистов ДГМА отнесен высокий уровень теоретических знаний (50%) и желание выпускников интенсивно работать (40%). Среди *основных недостатков* в подготовке специалистов нашей Академии назван недостаточный уровень практической подготовки (40%).

Таким образом, в ходе проведенного исследования было установлено, что к недостаткам образовательного процесса относится отрыв медицинского образования от базы практического здравоохранения, недостаточная материально-техническая оснащённость кабинетов доклинической практики, а также невысокий уровень преподавания информационных технологий.

Несмотря на имеющиеся недостатки, 70% молодых врачей, вспоминая время обучения в ДГМА, испытывают радость, ностальгию; 30% — гордость. И на вопрос «*Советуете ли вы кому-нибудь поступать в нашу Академию?*» 80% выпускников ответили утвердительно.

Нельзя иметь полное представление об образовательном процессе без мнения сотрудников и работодателей. В результате анкетирования были проанализированы анкеты 35 сотрудников ДГМА, в числе которых 6 докторов (17%) и 22 кандидата наук (62,9%): 11,4% — заведующие кафедрами, 28,6% — доценты, 40% — ассистенты. Среди опрошенных *своей профессией* удовлетворены абсолютно все, *социальным статусом* — 77%, *значением ДГМА* в обществе и профессиональной среде — 47% респондентов. *Распределение полномочий* в руководстве вуза считают оптимальным 31,4% опрошенных сотрудников, при этом *деятельность ректората* высоко оценивают 51,4% сотрудников. В то же время возможность своего участия в *принятии управленческих решений* Академии допускают только 22,8%. Невысоко оценивают сотрудники Академии свои *условия труда*: оснащённостью рабочих мест довольны 22,8%; состоянием аудиторного фонда — 28,6%; доступностью компьютерных ресурсов — 20%, при этом положительно оценивают деятельность библиотеки 71,4% опрошенных сотрудников.

Материальную и социальную сторону работы в Академии респонденты обозначили следующим образом: оплатой труда удовлетворены только 5,7% и 8,6% — системой поощрений результатов деятельности; 34,3% довольны условиями индивидуальных трудовых договоров и 14,3% — перечнем предоставляемых льгот, а 22,9% — единовременными выплатами в случае трудной жизненной ситуации. Сотрудники Академии довольно высоко оценивают свои *взаимоотношения* как с коллегами, так и со студентами, что демонстрирует здоровую психологическую атмосферу в ДГМА. Отношения

с коллегами на кафедрах положительно оценили 85,7% сотрудников, с непосредственным руководителем — 68,5% и со студентами — 97%. Степень взаимопонимания с администрацией Академии 57% считают высокой и 31,4% удовлетворительной.

На вопрос «*Чем вас привлекает работа в ДГМА?*» 65,7% ответили «работой по специальности», 40% — «возможностью заниматься преподавательской деятельностью», 37,1% — «перспективой профессионального роста», 20% — «психологической атмосферой в коллективе» и 17% — «возможностью заниматься научной работой». В то же время *перейти на другую работу готовы* 48,6% опрошенных. В числе главных *причин* были названы низкая оплата труда (48,6%) и плохое оснащение рабочего места (42,9%).

Результаты. Отрадно отметить, что многие сотрудники ДГМА стремятся к *повышению своего профессионального уровня*: 54,3% — общей профессиональной квалификации, 42,6% — научной и 34,3% — педагогической. В качестве наиболее приемлемых *форм повышения квалификации фигурирует*: изучение современной профессиональной литературы — 48,6%, научная стажировка за рубежом — 37%, стажировка в профильных учебных и научных заведениях — 34,3%, выполнение и защита диссертации — 25,7% респондентов и столько же выразили готовность к обучению на курсах повышения квалификации в организациях последипломного образования. Такой позитивный настрой ППС необходимо развивать. Рабочие места сотрудников необходимо технически оснастить, отойти от «уровниловки» и избирательно поднять оплату труда, что позволит перейти на «эффективный контракт».

Откровенным и полезным является анализ 76 анкет руководителей медицинских учреждений Республики Дагестан. Оценивая *теоретическую подготовку* выпускников, 70% работодателей поставили положительные оценки, но большая часть этих оценок (66%) — «удовлетворительно». Чтобы оценить *практическую подготовку* молодых специалистов, руководителям лечебных учреждений был задан вопрос «*Актуальны ли практические навыки молодых врачей и умеют ли они их применять в нестандартных ситуациях?*»: 55,7% главных врачей на эти вопросы ответили положительно (однако 56,9% из них с оценкой «удовлетворительно»). По мнению работодателей, выпускники демонстрируют *дополнительные знания и умения* в следующих областях: 57,1% владеют информационными технологиями, 41% показывают знания инновационных методов и технологий и только 24,1% обладают знаниями в области права и экономики. Высокой, по их мнению, является способность молодых специалистов к *адаптации* и адекватным действиям в стрессовой ситуации — 75% положительных оценок

(из них 53% ответов «хорошо» и «отлично»). *Коммуникативными* качествами выпускников (культурой общения, способностью выстраивать отношения с коллегами и пациентами) удовлетворены 69,2% руководителей, причем 60,8% выставили оценки «хорошо» и «отлично»; *корпоративную культуру* молодых врачей (знания основ корпоративной культуры, выполнение ее норм) оценивают положительно 56,3% опрошенных (79,6% из них на «удовлетворительно»). *Исполнительность* молодых врачей положительно оценили 55,2% работодателей (65,6% на «удовлетворительно»). При анализе такого качества выпускников, как *самообразование*, учитывалось стремление и способность самостоятельно усваивать новые знания (72% и 59,3% положительных ответов соответственно). И как *основное достоинство выпускников* нашего вуза можно отметить то, что из десяти предложенных вариантов 35,5% руководителей отметили стремление молодых специалистов к самообразованию.

Обсуждение. В следующем блоке изучались перспективы дальнейшего сотрудничества медицинских учреждений с ДГМА – 5,3% работодателей такой перспективы не видят. Ответившие положительно представляют ее в следующих формах: проведение практики студентов – 65,7%, участие в текущей и итоговой аттестации студентов – 60,5%, предоставление вакансий при трудоустройстве – 54%. На вопрос «*Намерены ли вы принимать наших выпускников на работу?*» ответ «безусловно» был дан 47% респондентов, «намерены, но при определенных условиях» – 52,6% опрошенных. В то же время «*намерены безусловно рекламировать выпускников ДГМА другим работодателям*» только 15,8% глав-

ных врачей (еще 55,3% – «да, но не всех» и 22,4% отрицательных ответов). Здесь же руководители учреждений указали существенные недостатки наших выпускников: недостаточный уровень практической подготовки отметили 69,7% главных врачей, низкий уровень теоретических знаний – 63,1%, низкую трудовую дисциплину – 39,5%.

Потенциальные работодатели указали также, какие условия они создали для привлечения молодых специалистов:

- 68,4% – гибкая система назначения стимулирующей надбавки к заработной плате;
- 63,2% – наличие условий профессионального роста;
- 55,3% – возможность карьерного роста;
- 47,4% – оплата дополнительного обучения и повышения квалификации;
- 6,6% – предоставление жилья.

Таким образом, можно сделать вывод, что работодатели в целом не удовлетворены уровнем подготовки выпускников нашей Академии. Необходимо кардинально изменить подход к практической подготовке студентов, а также внести коррективы в методики преподавания теоретической части дисциплин, инструменты текущего и промежуточного контроля знаний студентов.

Только с учетом мнения всех заинтересованных сторон необходимо совершенствовать основные и вспомогательные процессы деятельности вуза, чтобы услуги Академии были востребованы российским и международным профессиональным сообществом, а научные и образовательные проекты стали привлекательными для инвестиционных программ.



ИЗДАТЕЛЬСТВО

**Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
на высоком уровне и в срок выполнит:**

- ПЕЧАТЬ АВТОРЕФЕРАТОВ, МОНОГРАФИЙ, ДИССЕРТАЦИЙ И ДИПЛОМНЫХ РАБОТ
- ПЕЧАТЬ ПРЕЗЕНТАЦИЙ, БРОШЮР, КАТАЛОГОВ, БУКЛЕТОВ, ВИЗИТОК
- СРОЧНОЕ ЦВЕТНОЕ И Ч/Б КОПИРОВАНИЕ (А3, А4)
- БРОШЮРОВКУ И ПЕРЕПЛЕТНЫЕ РАБОТЫ
- МОМЕНТАЛЬНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ЛЮБЫХ ДОКУМЕНТОВ
- СОЗДАНИЕ ОРИГИНАЛ-МАКЕТОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РЕДАКТИРОВАНИЕ, КОРРЕКТУРУ НАУЧНЫХ ТЕКСТОВ ЛЮБОГО УРОВНЯ СЛОЖНОСТИ



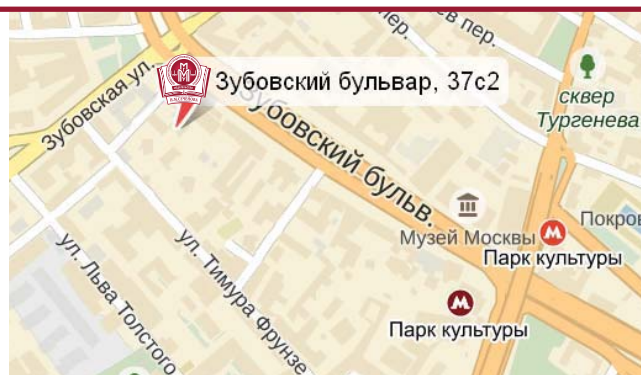
Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова

Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2.

Тел.: (499) 766-42-06

e-mail: izdatelstvo@mma.ru

Дополнительная контактная информация находится на сайте www.mma.ru в разделе «Издательство».



**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ**



**КООРДИНАЦИОННЫЙ
СОВЕТ**



Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова
