

Л.И. Колб

Полесский государственный университет, lkolb@tut.by

XXI век уже знаменуется формированием принципиально новой концептуальной модели медицинского образования, где вместо призыва: «образование на всю жизнь» декларируется новый подход – «образование через всю жизнь» [3]. Можно утверждать, что подобное изменение направления в образовательном процессе в полной мере поддерживается отечественной высшей и средней медицинской школой с её основными традициями в РБ [1, 2, 4].

Идеология высшего и среднего медицинского образования в нашей Республике реализуется сформировавшейся структурой учебных заведений и учреждений дополнительного образования, позволяющей обеспечить непрерывную подготовку кадров для страны с учетом ее потребностей. А введение государственных образовательных стандартов, государственной междисциплинарной аттестации, а в последующем сертификации специалистов определяет не только единое образовательное пространство, но и единый уровень требований, как к выпускнику вуза, колледжа, училища, так и к слушателю последипломного образовательного курса, специалисту на всех этапах их профессиональной деятельности. Но вместе с тем, даже самая совершенная образовательная система не может дать специалисту абсолютной уверенности в полноте собственных знаний и умений, и как следствие – в продуманной, осознанной безупречности действий по отношению к своему пациенту и больному.

Осознание этого и стремление специалиста к совершенствованию своих знаний и умений ставит перед вузами, УО средних медицинских работников и учреждениями последипломного образования задачу по оптимизации учебного процесса с учетом, как отечественных традиций, так и принципов, уже разработанных и апробированных международным сообществом [1, 2, 3, 4].

На сегодняшний день, на наш взгляд, в высшем и среднем медицинском образовании сложились проблемы, требующие быстрее решения и изменения в позитивном отношении:

- **Недостаточность информационного обеспечения и использования доказательной медицины работниками здравоохранения Республики Беларусь**

В идеале практикующий врач, средний медицинский работник для решения конкретной клинической задачи должен располагать наиболее современной информацией о результатах всех проведенных до настоящего времени клинических испытаний существующих методов диагностики и терапии. В настоящее время в мире существует более 40 млн. опубликованных работ, посвященных медицинской тематике, причем их количество неуклонно возрастает [1, 2, 3, 4]. Одновременно растет объем информации о возможных методах диагностики и терапии, применяемых в медицинской практике. Некоторые из этих методов революционны, другие безнадежно устарели, третьи применяются слишком часто. Обучение различным методикам и техникам эффективного поиска информации, ее критической интерпретации и становится новым направлением в образовании, его основой. Средний медицинский работник должен параллельно развиваться развитию врача, у них должна быть полная гармония в этом вопросе [1, 2, 3, 4]. Одним из важнейших направлений медицинской науки, получившим развитие в Соединенных Штатах Америки и Западной Европе в последнее десятилетие, является *доказательная медицина*. Это новое научно-медицинское направление, отличающееся высокой внутренней требовательностью, особой упорядоченной систематизацией доказательных фактов и мнений в клинической медицине, с, безусловно, меньшим воздействием субъективного фактора на выбор критериев диагностики и терапии, ухода за больным [3].

Доказательная медицина – направление, требующее от врача и средних медицинских работников регулярного критического пересмотра не только данных научных исследований и мнений экспертов всего мира, но и личного опыта. Результатом использования подобного подхода, внедрения принципов доказательной медицины является выбор врачом и его помощниками наиболее рациональных, эффективных и приемлемых средств и методов диагностики, фармакотерапии и ухода за больным. Важный этап в процессе этого выбора и принятия решения – адекватная критическая

оценка существующей информации о применении используемых способов, средств и методов обследования пациентов, лечения и ухода за больными.

Методы доказательной медицины, касающиеся поиска и анализа информации, могут быть с успехом использованы не только при проведении научных исследований, но и в рутинной деятельности практикующего специалиста. Действительно, ни один клиницист, ни одна медицинская сестра не способны обладать достаточным опытом, позволяющим свободно ориентироваться во всем многообразии клинических ситуаций. Полагаться же на мнения экспертов, авторитетные руководства и справочники – не всегда надежно из-за так называемого «эффекта запаздывания», обусловленного тем, что перспективные методы внедряются в практику и сознание экспертов спустя довольно значительное время (5-10 лет) после доказательства их эффективности [3].

Информация же, изложенная в учебниках, руководствах и справочниках, устаревает еще до их публикации, а возраст опытного специалиста (точнее, время после окончания учебы) отрицательно коррелирует с прогнозом тех заболеваний, в лечении которых он участвует. Потенциальные возможности доказательной медицины позволяют повысить квалификацию врача, среднего медицинского работника, учесть мнения самых авторитетных экспертов и рекомендации популярных руководств и справочников, воспользоваться новейшей и достоверной информацией о наиболее эффективных, безопасных и экономичных современных подходах к лечению и уходу за больными [1, 2, 3, 4].

- **Недостаточность научных исследований в области методологии и эффективности медицинского образования в Республике Беларусь**

К сожалению, небольшое количество исследовательских работ, диссертаций посвящено методологии преподавания дисциплин в медицинском образовании. Исследования в области медицинского образования не могут быть уделом только специалистов области педагогики. Здесь имеется своя специфика. В отличие от учительской практики, обучение медицинских работников (врачей, фармацевтов, среднего медицинского персонала), особенно в связи с высокими этическими нормами медицины, подразумевает использование очень четких индикаторов эффективности педагогических подходов контроля исходных, текущих и заключительных знаний (мультивариантные теоретические экзамены, практические навыки владения материалом, др.), ведение продолжительного мониторинга с обязательной в будущем регулярной переаккредитацией и сертификацией [1, 2, 3, 4]. На сегодняшний день, к сожалению, нет полной гармонии в подходах к различным позициям и вопросам в медицинском образовании между Министерством Образования и Министерством Здравоохранения. Двойное подчинение УО здравоохранения создаёт трудности, путаницу, несвоевременность, дублированность, противоречия в решении текущих и возникающих проблем в медицинском образовании.

- **Недостаточная самоподготовка, завышение результатов аттестации и излишняя самоуверенность в своих знаниях и навыках, нежелание учить других со стороны медицинских работников**

Несмотря на то, что доказательная медицина предоставляет медицинскому специалисту возможность опираться в его практической деятельности на данные всемирного информационного банка данных, ему необходимо и постоянное обновление и совершенствование собственных практических знаний. Для многих врачей и средних медицинских работников с большим стажем работы необходимость руководствоваться в своей деятельности не только профессиональными стандартами, но и обобщенным опытом клинических испытаний, критически относиться к мнению своих привычных научных авторитетов, а также регулярно обновлять и пополнять собственные теоретические и практические знания [1, 2, 3, 4]. Предварительная оценка потребностей в дополнительном знании крайне важна для прогнозирования и определения основных направлений образовательного процесса.

Однако полагаться на врачей и средних медицинских работников при определении их собственных потребностей в обучении не всегда правильно. При возможности выбора цикла обучения они подсознательно выбирают для своего образования темы, соответствующие тому, что они уже и так знают. Многие едут в учреждения последипломного обучения в связи с окончанием срока действия оплачиваемой категории, а иногда и не по тематике, соответствующей его специальности. Поэтому оценка потребности в обучении не должна полностью базироваться только на самооценке специалиста.

С точки зрения осуществления программы непрерывного медицинского образования необъективная самооценка и завышенные результаты аттестации чаще всего становятся одной из основных проблем в формировании правильной мотивации к дальнейшему совершенствованию у мно-

гих врачей и сестёр-наставников (заведующих отделениями, врачей с большим стажем работы, главных и старших медицинских сестёр). Как правило, все они в прошлом были достаточно успешными студентами, а в последующей практике добились значительных успехов и выросли как администраторы, умеющие руководить и достигать результатов. Уже, исходя из этого, можно было бы предположить, что данные качества позволят им активно участвовать в обучении молодых специалистов. Однако кроме всех этих крайне важных элементов профессии, требуется еще одно – желание и необходимость для общего дела учить других, твердая убежденность в том, что учить других означает, кроме всего прочего, и умение учиться у них.

Даже профессиональные преподаватели, работающие в сфере пред- и последипломного медицинского образования, не всегда имеют возможность получить специальные педагогические навыки [1, 2, 3, 4]. Недостаточно их образование в области коммуникативной психологии, социологии, прикладной педагогики, методологии проблемно-ориентированного, управляемого исследовательского, дистанционного или самостоятельного обучения или даже просто обучения основам доказательной медицины, критического анализа информационных данных и работы в системе Интернет [3]. Этот вопрос более чем актуален, учитывая расходы, которые несет государство на подготовку новых специалистов в здравоохранении, и, похоже, подобные проблемы существуют во всех странах, включая как развитые, так и развивающиеся.

В Республике Беларусь плановых ассигнований на подготовку педагогического состава учебных заведений и исследования в области медицинской педагогики не предусмотрено, несмотря на то, что, только опираясь на систему профессионального медицинского образования, можно до некоторой степени решать перспективные и насущные проблемы здравоохранения. Многие преподаватели клинических дисциплин считают, что они просто не в состоянии воспринимать образовательное исследование как обязательную для них науку. Ведь вплоть до настоящего времени образовательная теория не фигурировала и не фигурирует в медицинском обучении. Возможно, это происходит из-за того, что даже те, кто претендует на роль ведущих и неприкосновенно незыблемых авторитетов в медицинском образовании, никогда сами не получали специального образования и продолжают преподавать исключительно по старинке, используя привычную, так называемую «традиционную» лекторскую трибунную технику [1, 2, 3, 4].

• **Недостаточное наличие отечественных учебников и учебных руководств в Республике Беларусь и часто их низкое качество**

Особую проблему представляют собой учебные руководства и другие информационные источники. В Республике Беларусь за последние годы по разным причинам резко увеличилось количество учебников и учебных руководств, практически по всем дисциплинам, но в большей мере по клиническим. Появились переводные руководства по медицине, имеющие высокий международный рейтинг, но либо несколько устаревшие, либо просто не адаптированные к нашим программам и ранее не знакомые, ни практикующим врачам, ни среднему медицинскому специалисту, ни преподавателям учебных заведений. При этом достаточно часто и отечественные, и зарубежные руководства, не являясь учебниками в полном смысле этого слова, являются авторским плодом многолетней работы, и именно это к моменту издания делает их уже несвоевременными и несвоевременными [1, 2, 3, 4].

• **Наличие приоритета автора на издание учебника или руководства, подготовка по ним специалистов – формирование культового, авторитарного отношения в медицинском образовании**

Важной проблемой является исключительно авторская, а иногда и явно авторитарная трактовка той или иной проблемы или ее решения с, безусловно, негативным отношением к альтернативным точкам зрения, пусть даже более доказательным. В Республике Беларусь, за редким исключением, практически полностью отсутствует традиция подготовки учебников для высших и средних учебных заведений непостоянным авторским коллективом и соответственно отсутствует практика их регулярного пересмотра-реvisions с учетом полученных новых доказательных данных. При разработке учебников практически не используется опыт библиотечных работников, консультантов по критическому анализу информационных данных, в полном объеме не приводятся библиографические ссылки.

И, наконец, большинство разработанных информационных источников абсолютно не учитывают методологию преподавания, не позволяют ввести рубежный контроль знаний в соответствии с разработанными и существующими едиными квалификационными требованиями. По вполне понятным причинам автор старается всемерно пропагандировать и продвигать свой учебник в своем учебном заведении, перестраивая учебные планы под вышедшее руководство. В Республике Бела-

русь это означает появление так называемой школы и формирование автором и его сотрудниками-подчиненными культового отношения к изложению своей дисциплины по схеме разработанного когда-то учебника без введения коррекционных изменений в преподавательский процесс на протяжении многих последующих лет. Возможно, именно поэтому до сих пор и существует такое настороженное отношение к проблемно-ориентированному обучению, предусматривающему активное использование слушателем дополнительных (иногда альтернативных) источников информации [1, 2, 3, 4].

- **Материальная ущемлённость медицинских работников в Республике Беларусь**

Она связана с достаточно низкой на сегодняшний день заработной платой (средняя заработная плата начинающего врача на сегодняшний день составляет 300 000 белорусских рублей, медицинской сестры – 200 000 белорусских рублей). Это делает будущую профессию врача, медицинской сестры безперспективной, неприаготивной в глазах молодых людей по сравнению с другими специальностями [1, 2, 4].

Это всего лишь некоторые проблемы, существующие и реально решаемые на сегодняшний день в медицинском образовании. Учитывая всё выше сказанное, имеется необходимость создания новой модели образования и формирования медицинских специалистов в нашей Республике, специалистов осознанно и неуклонно повышающих свой профессиональный уровень, шлифующих своё мастерство, принимающих непосредственное участие в общем образовательном процессе [1, 2, 3, 4].

Литература:

1. Вальчук, Э.А. Медицинская сестра на рубеже XXI века / Э.А. Вальчук, Г.Е. Пецевич // Сб. науч. работ. — Гродно, 2002.— С. 137—139.
2. Вальчук, Э.А. Медицинские сестры с высшим образованием: подготовка и последипломное повышение квалификации в Республике Беларусь / Э.А. Вальчук, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Медицинские новости. – 2004. – № 6. – С. 59-64.
- Володин, Н. Н. Медицинское образование на рубеже веков / Н. Н. Володин, В. С. Шухов // Лечащий врач. – 2000. № 4. С. 68 – 70.
3. Губарь, Л.М. Медицинская сестра на рубеже XXI века / Л.М. Губарь, Г.Д. Смирнова, Л.А. Коваленко // Сб. науч. работ. — Гродно, 2002. — С. 57—60.