**Содержание занятия №2**

**«Образование как педагогическая категория».**

**Цели и содержание образования**

Студентам, чтобы осознанно и эффективно участвовать в образовательном процессе, необходимо располагать знаниями о наиболее распространенных его моделях и принципах, об условиях, целях и способах формирования действий врача, методах и формах обучения, о приемах педагогического контроля и самоконтроля. Собственный образовательный опыт послужит для них основой для перехода к освоению своей профессиональной деятельности и для дальнейшего непрерывного образования.

В медицинском образовании мы обнаруживаем различные подходы к организации подготовки студентов — информационный, операционально -деятельностный и личностно ориентированный. Каждый из них обладает своими преимуществами и недостатками, а потому на разных этапах обучения (доклиническом, клиническом) студент имеет возможность находить и использовать лучшее, учитывать ограничения, обнаруживать дополнительные ресурсы конкретного подхода.

Образовательный процесс направлен на достижение целей обучения, которые сформулированы в квалификационной характеристике специалиста и заключаются в освоении соответствующего им содержания обучения.

Содержание образовательной программы определяется Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования. Для подготовки врачей разработаны ГОСы по специальностям:

* 040400.65 «Стоматология»;
* 040100.65 «Лечебное дело»;
* 040200.65 «Педиатрия»;
* 040300.65 «Медико-профилактическое дело»
* 030401.65 «Клиническая психология».

В них сформулированы требования к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки выпускников медицинских вузов. В разделе ГОС «Требования к обязательному минимуму содержания основной образовательной программы» выделяются следующие дисциплины: гуманитарные, социально-экономические, математические, естественно - научные, медико-биологические, профессиональные, дисциплины и специальности.

Логика подготовки студента в медицинском вузе диктуется квалификационной характеристикой врача-выпускника, в которой изложены требования общества к данному специалисту. Они и становятся конечной целью обучения.

Движение к конечным целям — достижение промежуточных целей — определяется вкладом каждой дисциплины в конечный результат. Порядок изучения дисциплин на доклиническом и клиническом этапах соответствует логике развития клинического мышления: от фундаментальных знаний, законов и закономерностей, закладывающих основы клинического мышления, к специальным дисциплинам, при овладении которыми завершается формирование способности решать профессиональные клинические задачи на основе обобщенного владения знаниями, способами и приемами деятельности.

2.2. Модели и принципы обучения

Информационные модели обучения. В информационных моделях реализуется представление о том, что основная цель обучения — овладение знаниями, умениями и навыками в их предметном содержании. В рамках данного подхода разрабатываются нормативные требования к их усвоению и критерии оценки деятельности и преподавателя, и студента. При этом под усвоением содержания учебных программ обычно принято понимать запоминание (заучивание) определенного объема информации. Общим результатом учения считается получение знаний — «багаж знаний». При этом подразумевается, что формирование умения применять полученные сведения, пользоваться ими в работе происходит по мере осуществления реальных действий. Иначе говоря, этому учит сама жизнь.

Тем не менее, всегда считалось необходимым связывать учебу с жизнью, теорию с практикой, для чего предусмотрены практические занятия (семинары-практикумы, упражнения в решении задач по применению изучаемой теории в различных ситуациях и т.п.). Однако на таких занятиях удается лишь фрагментарно, с помощью отдельных примеров показать принципиальную возможность использования теоретических знаний, на большее не хватает времени. Поэтому учебный процесс, построенный на основе информационной модели, чаще всего имеет структуру, показанную на рисунке 5.

Сообщение знаний обучаемому (лекция, сообщение, демонстрация)

Конечный результат - багаж знаний, осведомленность, эрудиция (показанные на экзаменах)

Заучивание и запоминание знаний обучаемым (самостоятельная работа)

**Рис.5**

Иначе говоря, логика обучения требует формирования умения применять знания, но это требование не реализуется: обучение завершается только получением знаний.

Основную проблему при подобном алгоритме усвоения для учащегося составляет «потеря информации» по ходу обучения. Далее мы рассмотрим причины этого явления для того, чтобы студент в ситуации обучения, построенной по типу информационной модели, мог по возможности помочь себе, предприняв дополнительные усилия.

Первая причина состоит в том, что при сообщении преподавателем знаний студентам не всегда и не все бывает понятно. Такое недопонимание психологически вполне оправдано, ибо абстрактные теоретические положения, не связанные с личным опытом и практикой, осмыслить очень трудно, а порой и невозможно. Поскольку сообщение знаний всегда идет впереди какой бы то ни было практики (даже иллюстрации в виде примеров порой бывает невозможно втиснуть в узкие рамки учебного времени), то этот недостаток в принципе непреодолим, пока сохраняется подобная система обучения. Педагоги это учитывают и обычно успокаивают студентов, говоря о том, что после прохождения следующих тем эти пробелы исчезнут.

Вторая причина заключается в трудностях запоминания даже понятной информации. Объясняется это тем, что сообщаемые знания до их сопоставления с реальным объектом, отраженным в теоретических построениях, часто можно запомнить только путем механического запоминания, поскольку представления о соответствующих им жизненных реалиях у студентов в этот момент еще отсутствуют.

Третьей причиной является такой простой фактор, как забывание. Многое из того, что было понято и, казалось, запомнилось, с течением времени может забыться. Даже частичное забывание ведет к потере логики процессов, разрывает причины и следствия, нарушает целостную взаимосвязь когда-то приобретенных знаний. Забывание — процесс естественный. Из объема сведений, закрепленных в памяти, рано или поздно значительная часть обязательно теряется «в ее закоулках», иногда безвозвратно. И чем меньше была связь полученных знаний с известной человеку практикой, тем раньше это происходит.

Традиционная педагогика рекомендует бороться с забыванием путем повторения («повторение — мать учения»), но на практике повторение превращается в зубрежку, совершенно неприемлемую для взрослых людей, и категорически отвергается ими. Любой человек, чтобы не забыть важную информацию, предпочитает записать ее, а не занимается бездумным повторением, что естественным образом не входит в его сознание как важное, полезное дело.

Самым простым и понятным способом борьбы с забыванием является практическое применение знаний. Но в том-то и беда, что в структуре учебного процесса, соответствующего информационной модели, не остается ни места, ни времени на практическую отработку получаемых научных знаний.

Четвертая причина неумения студентов практически пользоваться теоретическими знаниями заключается в том, что часть этих знаний, даже прочно запечатлевшихся в памяти, нередко оказывается вовсе неприменимой, настолько они бывают далеки от реальной практики. Между тем на их приобретение были затрачены те драгоценные часы, дни и недели, которые могли бы пригодиться для получения *действительно* полезных сведений. Наличие в учебных курсах подобных «лишних» знаний (избыточной информации) обычно объясняют необходимостью повышать общую эрудицию обучаемых, однако на деле это объяснение не оправдывается. Знания, которые даются «на всякий случай», перегружают память. Они создают иллюзию обучения, отдаляют его от практики.

Итак, уже в ходе самого образовательного процесса весьма значительная часть сообщаемых студентам знаний теряется. Еще больше забывается после обучения, если такие знания сразу же не получают подкрепления в виде практического применения.

Это происходит по одной, общей для всей традиционной системы обучения причине — обучение действиям подменено обучением знаниям, а сам процесс их приобретения отделен от процесса их применения. Таким образом, часть заблаговременно сообщаемых знаний не доносится до практики и в принципе не может быть в практике применена. Следовательно, дать человеку знания — это еще не значит научить его грамотно действовать в соответствии с этими знаниями, реально руководствоваться ими в практической деятельности.

Задача научить практическому использованию теоретических знаний составляет особую проблему, выходящую за рамки собственно процесса традиционного обучения, поэтому не может быть решена на его базе.

Возникает вопрос: как же сделать так, чтобы все сообщаемые знания были полезны и могли быть использованы в практической деятельности, чтобы студенты сразу учились применять их на практике? Для ответа на этот вопрос вернемся к схеме и проанализируем функции каждого из элементов означенной на нем структуры учебного процесса: «сообщение знаний — их запоминание — конечный результат обучения — багаж знаний».

Все эти элементы имеют одну общую функцию — обеспечить студентов разнообразными знаниями, выполняющими роль ориентиров в будущей врачебной деятельности. Имеется в виду, что, запечатлев в памяти эти знания, человек будет способен по мере надобности извлекать необходимое из кладовой памяти примерно так же, как хирургическая сестра вовремя подает хирургу инструменты при операции.

Деятельность учащегося в рамках информационной модели сводится к реализации технологии усвоения знаний, заключающейся в приеме, хранении, воспроизведении и переработке научной информации. Качество усвоения определяется тремя показателями:

* воспроизведением знаний,
* их применением по образцу,
* их использованием в нестандартных ситуациях.

Познавательная активность студентов рассматривается как движение от незнания к знанию, от неумения к умению. Ее критерии для каждого студента берутся из ориентации на «усредненного учащегося». Нормативные требования к обязательному минимуму знаний и умений не учитывают индивидуальный опыт студента, его личностные особенности, глубину освоения предметного содержания. Часто это приводит к отчуждению студента от процесса обучения, снижает его эффективность, останавливает его на пути познания.

**Операциональные модели.** Понимая эти проблемы, педагоги и психологи-исследователи давно задаются вопросом о том, как обеспечить человеку более эффективную ориентировку в будущей деятельности. Путь к решению этой сложной задачи в начале 50-х гг. XX в. был обозначен известным отечественным психологом П.Я. Гальпериным, автором теории поэтапного формирования умственных действий и понятий. Возникла психологическая теория, которая легла в основу совершенствования в нашей стране всей системы обучения вообще и системы профессионального обучения в частности. Появилась возможность создавать новые, более эффективные методики, значительно ускоряющие процесс становления практических навыков, обеспечивающие быстрое продвижение от ученичества к профессионализму. Так, наряду с использованием информационных моделей возникли операциональные модели обучения.

Логика рассуждений П.Я.Гальперина, поставившая под сомнение традиционную структуру процесса обучения («сообщение знаний — их запоминание — багаж знаний»), привела к выводу, суть которого можно сформулировать примерно так: *если знания, сообщаемые заранее с расчетом на запоминание, не могут по разным причинам выполнять функцию полной ориентировки обучаемого в будущей деятельности, то необходимо давать ему достаточные для правильного выполнения действий зримые (наглядные) ориентиры, при опоре на которые человек, только начинающий обучаться, мог бы сразу, без получения каких-либо предварительных знаний (и их механического запоминания), безошибочно действовать в практическом плане.*

Такие ориентиры были названы *схемами ориентировочной основы действия* (ООД). В схемах ООД применительно к диагностике и лечению содержатся все сведения о порядке и последовательности заданных действий и операций. Они призваны полностью ориентировать студента в осваиваемой деятельности.

Психологическая теория исходит из понимания всякого действия — мыслительного, речевого, физического (двигательного), перцептивного (деятельности органов чувств: зрения, слуха, обоняния и т.д.) — как единства взаимосвязанных и взаимообусловленных частей: ориентировочной, исполнительной и контрольно-оценочной. Без четкого понимания того, что и как делать, невозможно верно оценить результат каждого действия, прогнозировать дальнейшие действия и продолжать деятельность. Именно схемы ООД делают безошибочной ориентировочную часть действия, ибо при пользовании ими не нужно вспоминать, что, как и в какой последовательности следует делать.

Конечный результат

обучения - умение действовать с заданными качествами («со знанием дела»)

Отработка действий с опорой на схему ООД

Схема ООД

**Рис. 6**

Схема ООД представляет собой структурно-логическую последовательность практических действий. По форме предъявления материала в ее состав входят: схемы, таблицы, графы, учебные карты, инструкции, ряд последовательных вопросов, вспомогательные предметы — модели, устройства, указывающие правильные ориентиры действий (двигательных, перцептивных, мыслительных, речевых). Термин «схема» имеет условный и обобщенный характер. В каждом конкретном случае содержание понятия «схема ООД» может быть реализовано в тех или иных методических (ориентирующих) средствах.

Благодаря использованию схемы ООД исключаются ошибки в осуществлении ранее незнакомых действий, поэтому не образуются так называемые ложные навыки, на преодоление которых уходит львиная доля учебного времени. Навыки и умения, как двигательные, так и мыслительные, речевые, перцептивные (зрительные, слуховые и т.д.), формируются гораздо быстрее и эффективнее, если отсутствует угроза ошибиться, нет боязни сделать что-то неправильно, если не тратится время на исправление ошибок, ложных навыков и привычек, что порой бывает равносильно переучиванию. В этом механизме и скрыт секрет сокращения времени обучения, а главное — повышения его качества.

Методика самого обучения заключается в следующем:

* обучаемый читает предлагаемую задачу, решения которой он знать не может (обучение предмету только начинается);
* затем он, следуя схеме ООД и опираясь на нее, проделывает нужные действия в соответствии с условиями задачи;
* если он строго выполнял указания схемы, при необходимости обращаясь за консультацией к преподавателю, то через какое-то время задача будет решена.

Достоинство конкретной методики заключается в том, что, будучи составлена один раз, схема ООД может применяться любыми пользователями (преподавателями и студентами), быть эффективной не только для обучения, но и для самообучения.

Таким образом, исследования психологов привели к выводу, что учить нужно не для того, чтобы давать сумму знаний, а для того, чтобы научить действовать. Действие является не чем иным, как применением знаний на деле. Согласно информационной модели обучения, оно формируется после получения знаний, чаще всего за рамками самого процесса обучения, а в рассматриваемом методе умение действовать формируется не после, а в процессе приобретения знаний, т.е. знания усваиваются в ходе их практического применения.

Операциональные модели обучения внедряются в практику преподавания большинством клинических кафедр медицинских вузов. Накоплен большой опыт построения схем ООД в соответствии с профессиональными задачами врача. Заслуга в этом принадлежит ученикам П.Я.Гальперина (в частности, Г.И.Лернер).

Для реализации операциональных моделей обучения большое значение имеют педагогический контроль, осуществляемый через систему логических нормативов (ситуационных задач), и самоконтроль по ходу выполняемых действий.

Однако и в операциональных моделях обучения не уделяется специальное внимание учету субъективного опыта студента — запаса знаний, житейских представлений, личностных ориентации, которые значимы для субъекта, но не всегда существенны с позиции логики познания. Было замечено, что использование в обучении на клинических кафедрах схем ООД, свойственных им алгоритмов и предписаний иногда снижает познавательную активность и самостоятельность особенно сильных студентов. Это послужило поводом для критики данного подхода.

Главный эффект внедрения операционально - деятельностного подхода в медицинском образовании с точки зрения педагогики состоит в четкости формулировок требований, предъявляемых к специалисту-медику на языке профессиональной деятельности, что обеспечивает подготовку студентов к решению задач и выполнению обязанностей врача. Однако важнейшие составляющие этого подхода — нормативность (соответствие стандарту, заданным нормам), управляемость и технологичность, ориентированность на среднего обучаемого — не могут быть оценены однозначно.

Личностно ориентированный подход. Основная цель личностно ориентированного подхода в образовании — способствовать личностному росту студента при сохранении всей значимости подготовки к профессиональной деятельности. Определяющей ценностью данного подхода являются личность и достоинство каждого, побуждение к творчеству, ориентированность на индивидуальность процессов самопознания и самовыражения, на нравственные аспекты образования. Его педагогическая стратегия — это стратегия сотрудничества, помощи, основанной на понимании трудностей вхождения студентов в новые и неизвестные знания и дела, на поддержке их собственных устремлений и инициатив.

Важнейшее условие успешного обучения в этом подходе — осмысленность и понимание значимости для учащихся содержания и способов деятельности. «Пусковым механизмом» профессионального становления личности признается процесс смыслообразования, основанный на способности студента к целеполаганию и рефлексии, объединяющей ценности и средства профессиональной деятельности.

Главным источником ресурсов педагогического процесса выступает деятельность самих учащихся, т. е. активность студентов. Педагог является фасилитатором, он создает психолого-педагогические условия для саморазвития, для осмысленного освоения основ профессиональной деятельности и развития профессионального сознания будущих врачей.

Критериями оценки эффективности обучения становятся показатели личностного роста студентов. Они проявляются в осознанном, зрелом отношении к обучению не как к формальной подготовке к будущей «настоящей» жизни, а как к проживанию ситуации «здесь и сейчас», что чрезвычайно важно для формирования личности и собственной профессиональной позиции. Формальные приемы оценки (например, тесты) превращаются только в инструмент выявления степени освоения необходимой информации, знаний. Упор делается на решении реальных врачебных или моделируемых ситуаций (совместное обследование пациентов и клинический разбор случаев из практики), максимально приближенных к профессиональной жизни (решение конкретизированных клинических и психологических задач).

Стиль общения и взаимодействия между преподавателем и обучаемым, характерный для личностно ориентированного подхода, базируется на следующих принципах:

* безусловном принятии партнера по общению;
* отказе от негативных оценок продвижения и развития учащегося, внимании к продуктивности проб и ошибок;
* равноправии и искренности при взаимодействии;
* открытости общения, возможности взаимооценок всех участников учебного процесса;
* взаимопонимании и сопереживании (эмпатии);
* сотворчестве и сотрудничестве.

В этой связи продуктивным признается общение на уровне межличностного диалога в триаде «врач-педагог—пациент—студент - будущий врач».

В настоящее время личностно ориентированный подход в сочетании с операционально - деятельностными моделями широко используется для улучшения качества подготовки будущих врачей на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования. Особенную его актуальность подчеркивают изменения социальных и профессиональных требований, связанных с включением врача в непрерывное профессиональное образование.

В системе высшего медицинского образования используются различные варианты моделей обучения и их сочетания. То, как складывается практика преподавания в конкретном вузе, зависит от множества условий. Для нас важно отметить наличие инновационного движения, которое характерно для последних 10—15 лет. Под его влиянием постепенно меняются не только методы преподавания, но часто и системы обучения будущих профессионалов.

**Принципы организации педагогического процесса.** В практике организации педагогического процесса мы руководствуемся определенными принципами, выдержавшими оценку и временем, и опытом. Рассмотрим их в самом обобщенном виде.

***Принцип диалогизации*** отражает идею неограниченных возможностей человека на пути к самосовершенствованию в ходе общения с другими людьми. Педагогический процесс включает две деятельности: деятельность ученика — учение и деятельность учителя — преподавание. Их взаимодействие в современном вузе должно строиться как равноправное сотрудничество. Однако понятно, что изначально ситуация встречи преподавателя и студента всегда «неравная». В образовательном процессе высшей школы должно происходить преобразование руководящей позиции преподавателя и подчиненной позиции студента в позиции равноправных соучастников. Подобное преобразование имеет свои этапы, на которых преподаватель создает условия для большей самостоятельности студентов, формирования у них способности к самоуправлению и ее усиления. В ситуации обучения преподаватель — это не только посредник между массивом культуры, этики, знания и студентом. Важнейшая его роль заключается в актуализации и стимуляции стремлений студентов к общему и профессиональному развитию, в создании условий для их самосовершенствования. Нельзя забывать, что только в таком диалоге складываются условия для личностного роста и творческого саморазвития как студента, так и педагога.

***Принцип проблематизации*** раскрывает творческий характер всей подготовки студента медицинского вуза, как ее содержания, так и методов. Как известно, процесс творчества включает в себя открытие нового (в учебном процессе — «переоткрытие»): объектов, знаний, проблем, методов постановки диагноза и лечения.

В медицинском вузе содержание обучения чаще всего представлено как поиск путей и способов решения проблем, а процесс обучения — как фокусирование проблем и обретение навыков их решения. Чем более успешно принцип проблематизации реализуется на доклиническом этапе, тем более четко он осуществляется на клинических кафедрах, когда все содержание и методы обучения направлены на поиск путей и способов решения проблем.

***Принцип персонализации*** предусматривает преодоление недостатков традиционного ролевого педагогического взаимодействия, когда учебный процесс основывается на отношениях личностей, а не ролевых участников. Благодаря этому выявляются их дополнительные функции, ресурсы и возможности: актуализируется личный опыт, учитываются стремления, действия и поступки, которые приобретают индивидуальный, а не только нормативный характер.

***Принцип индивидуализации*** предполагает ориентированность обучения не только на так называемого «среднего» студента, но и на «сильного» и «слабого», с учетом всех их разноликих задатков и возможностей. Его реализация достигается в результате педагогических наблюдений, психодиагностики, знания способностей и склонностей студентов, а также установки на их развитие.

***Принцип деонтологической направленности подготовки специалиста*** отражает этическую составляющую профессиональной деятельности врача и предусматривает как моральный аспект — применение принципов нравственности в специфической деятельности врачевания, — так и проблемы межличностных отношений между врачами и теми, кто не является специалистами в области медицины, и соблюдения профессиональных норм в целях исключения возможных затруднений в отношениях с пациентами и их родственниками. Деонтологическое воспитание студентов-медиков — уникальная, необычайно сложная проблема, связанная с развитием духовной культуры человека. Более подробно мы рассмотрим ее в главе 9 нашего пособия.

**Формирование профессиональных действий врача**

**(диагностика и лечение)**

Модернизация учебной деятельности существенно влияет на эффективность обучения, так как позволяет опираться на основные компоненты ориентировки в реальной структуре действий врача (для студента — в ходе курации пациентов): анализ исходной ситуации, этапы, орудия и средства, критерии и способы самоконтроля.

В медицинском образовании в качестве основного способа обучения традиционно использовалось совместное (а потом и самостоятельное) «ведение» пациента врачом-педагогом и студентом. Этот реальный процесс включал все этапы обследования и диагностики, составления и реализации плана лечения, последующего обсуждения динамики состояния пациента и оценки результатов лечения. В нем происходила передача опыта врачевания от одного специалиста к другому и присвоение обучаемым профессиональных ценностей, знаний, навыков и даже индивидуальных приемов, стиля поведения и общения с пациентами и коллегами.

Обучение у наставника, учителя, мастера — одно из важнейших достижений медицинского образования. Вместе с тем этот способ передачи опыта имеет определенные ограничения. Обучение рядом с профессионалом ведет к усвоению «видимой» части опыта и к опасной недооценке «невидимой», скрытой от наблюдения, осуществляемой как бы автоматически или на основе уже сложившегося у мастера интуитивного чувства. Дистанция от «Смотри, как это делаю я» до «Делай, как я» в обучении огромна. Этот путь был весьма типичен для обучения методом «проб и ошибок» со всеми характерными для него недостатками: эмпирическими обобщениями наиболее часто встречающихся в практике случаев, увеличением сроков обучения, трудностями и ошибками в нештатных и нетипичных ситуациях. Проходило немало лет, прежде чем начинающий врач вырабатывал свой стиль действий, обретал свой опыт (а не повторял или копировал пусть даже очень ценный, но чужой). Среди врачей бытует трагический афоризм «У каждого доктора — свое кладбище», отражающий ту боль и цену, которую платит профессионал за обретение своего опыта.

Достижения педагогической психологии — науки, изучающей закономерности развития и изменения человека в процессе обучения и те условия, которые делают обучение успешным, — позволили сформировать новый взгляд на профессиональное образование и иной подход к процессу становления профессионала.

В высшем медицинском образовании для развития клинического мышления и профессиональных навыков стали применяться методики, созданные на основе теории поэтапного формирования умственных действий и понятий П. Я. Гальперина. Ведущие ее идеи удивительно созвучны всей логике становления медицинского образования в России. (Уже с середины XIX в. в клиническую подготовку врачей были включены три этапа: пропедевтический, факультетский и госпитальный, — которые студенты проходят в соответствующего типа клиниках терапевтического и хирургического профилей.)

Современное медицинское образование ориентировано на активную деятельность самого обучаемого при решении профессиональных задач (реальных или моделируемых). Согласно такому подходу, теоретические знания усваиваются одновременно с практическим освоением профессиональных норм и способов деятельности, а не отдельно и заранее. Эта теория предусматривает практику подготовки специалиста на основе овладения конкретными профессиональными действиями (диагностикой, лечением, профилактикой, реабилитацией) и концептуальными знаниями и навыками (профессиональным мышлением, способами общения, мануальными клиническими навыками). При этом концептуальные знания становятся «обеспечением», условием и залогом точного выполнения практических действий.

Для реализации данного подхода создаются психологические модели деятельности, благодаря которым обучаемым становится понятным, как, в какой последовательности и почему следует делать определенные операции, чтобы правильно осуществить всю деятельность.

Такие модели разрабатываются на основе психологического анализа осваиваемой деятельности. Подобный анализ дает возможность понять объективную логику деятельности: что является ее целью, в какой конечный результат эта цель должна воплотиться и благодаря каким конкретным действиям она достигается на практике; и субъективную (психологическую) составляющую этой логики, в частности почему допускаются ошибки, характерные для начинающих. Затем проводится структурирование деятельности — ее разделение на последовательные действия и операции, выделение в них ориентировочной, исполнительной и контрольной частей; выявление типичных ошибок и трудностей в процессе работы.

Созданная таким образом структура деятельности представляет наглядную картину всего: что за чем, с помощью чего и для чего выполняется. Такая уточненная структура позволяет составить подробную *ориентировочную основу формируемого действия,* указать конкретные ориентиры, которыми может руководствоваться обучаемый, осваивая новую для него деятельность. Такими ориентирами могут служить:

* последовательность этапов действия (что за чем?);
* используемые орудия и средства (с помощью чего?);
* критерии и способы самоконтроля (для чего выполняется?);
* оценка завершенных действий (какой достигается результат?).

Четкое описание ориентировочной основы действия обеспечивает правильное выполнение исполнительной части.

Таким образом, в учебном процессе модель осваиваемой деятельности представлена двумя взаимосвязанными частями: первая из них — схема ориентировочной основы действия (учебная карта), т.е. система последовательных указаний на то, что, когда и как следует делать, которая отражает логику и технологию процесса; вторая часть — учебные практические задачи, моделирующие сам процесс деятельности, охватывающие все варианты, встречающиеся в практике (фактический материал для задач, соответствующий логике профессиональной деятельности, которая едина в различных ситуациях, может быть подобран из реальной практики или смоделирован).

Ориентирующие средства, используемые в обучении, должны обеспечить обучаемому безошибочное выполнение с первого раза ранее незнакомого действия. Для этого схемы должны соответствовать определенным требованиям.

1. Для изучения каждой темы составляется своя схема ориентировки.
2. В ней должны быть учтены все признаки понятий и их проявления в клинической ситуации, все условия, влияющие на выполнение действия.
3. Логика анализа клинической ситуации должна быть представлена в виде четкой структуры, чтобы исключить выбор не правильного направления действий обучаемого. Достигается это системой поставленных вопросов, которые формулируются также с учетом определенных требований:

а) быть понятными обучаемому;

б) быть краткими и однозначными;

в) предусматривать четкий и однозначный ответ;

г) содержать основные понятия в соответствии с научной, медицинской терминологией.

4. Каждый вопрос схемы, отражая логику и смысл осваиваемого действия, должен четко ориентировать исполнителя в последовательности выполняемых операций. Цепочка таких вопросов, четкость их формулировок направляют мысль обучаемого, постепенно подводя его к решению (акцент делается не на механическую память и припоминание правильного ответа, а на рассуждения и поиск решения и его обоснование).

Система учебных задач — это своеобразный тренажер, благодаря которому студент учится выполнять действия (деятельность).

При формировании новых действий (а не просто новых знаний) важно учиться им в реальной практической ситуации или на адекватных ей моделях. Поэтому система учебных задач охватывает все возможные варианты, встречающиеся в деятельности врача, и содержит модели разнообразных практических ситуаций, с которыми он может сталкиваться часто, а иногда, напротив, достаточно редко. Обучаемый должен приобрести умение действовать во всех случаях. Именно в этом и состоит необходимость обращения к психологическому моделированию деятельности.

Профессиональные умения и навыки, как и знания, не передаются преподавателем студенту «из рук в руки». Они формируются в самостоятельной безошибочной деятельности студента, которая организована педагогом. Главная особенность такого обучения в том, что студент действует (решает задачи) с опорой на ориентирующие средства — схемы ООД. Задача преподавателя — четко организовать и адекватно управлять самостоятельной деятельностью студентов: ставить задачи, корректировать ход их решения на основе схем ООД, фиксировать и оценивать результаты усилий обучаемых. Для этого он сознательно отказывается от привычной позиции «давать знания».

Своеобразие методики требует, чтобы в начале обучения педагог ознакомил студентов с порядком действий на занятиях, т.е. с процедурной стороной учебной деятельности. Очень важно и самому педагогу, и студенту преодолеть «школярские» установки, согласно которым сначала предъявляется «вся теория», а потом на примерах показывается, как она реализуется в жизни. Благодаря этой методике мотивирующим становится понимание того, что только самостоятельные действия по решению профессиональных задач приводят к пониманию «теории». А поэтому роль преподавателя состоит не в навязывании учебного материала, а в предоставлении студенту возможности успешно учиться самому, в создании для этого соответствующих благоприятных условий — разработке учебно-методических материалов, схем ориентировки, выборе задач, пробуждающих активность и заинтересованность, подготовке адекватных вопросов и заданий для контроля результатов обучения.

Для обретения студентом мотивационной готовности к самообучению необходима общая ориентировка в особенностях обучения по методике поэтапного формирования умственных действий.

Задача студентов состоит в самостоятельном обучении в присутствии преподавателя — наставника и консультанта. Прежде всего для этого требуется готовность с точки зрения мотивации — понимание своих целей и ценностей: «Хочу научиться этому (для чего или ради чего)». Не менее важно осмысление и интеллектуально-познавательных устремлений — приобретение концептуальных знаний, норм и способов деятельности: «Могу научиться (знаю, чему именно и как)». Согласованное принятие педагогом и обучаемым учебных задач и установок открывает перед ними широкое пространство совместной деятельности как условие реализации личностно ориентированного подхода.

В ситуациях, связанных с оказанием реальной помощи пациенту, роль преподавателя заключается в создании условий для рефлексии обучаемого — обдумывания, анализа предстоящих и уже выполненных действий, их обоснования, оценки их правильности или ошибочности с точки зрения требований, которые диктует всякая конкретная ситуация (клиническая, деонтологическая, социальная). Этому служат так называемые целевые паузы, выделяемые на тех этапах, когда необходимо проанализировать меняющуюся клиническую картину, сравнить свои действия с профессиональной нормой, предупредить возможное осложнение ситуации. В качестве речевого этапа — проговаривания — используются обсуждения клинических случаев (аналогичные врачебным конференциям и анализу записей в историях болезни).

Главной целевой установкой для студента является вдумчивый, заинтересованный подход ко всем своим действиям, а не стремление «все знать и все уметь».

При очевидном различии учебных (модельных) и реальных ситуаций их объединяет одно: если будущий врач стремится действовать профессионально, то ему надо уметь правильно рассуждать и мыслить в соответствии с логикой норм и способов деятельности. Практические или моделирующие практику задачи и упражнения, решаемые студентами с использованием ориентирующих схем, исключающих ошибки, направляют их мыслительные действия в нужное русло, приводят к овладению общим способом целенаправленного анализа условий ситуации (что дано и что надо найти) и в конечном счете к освоению данной деятельности.

Однако следует отметить, что игнорирование принципиальных различий между практическими и моделирующими задачами недопустимо, ибо встреча и работа с реальными проблемами пациентов учит студентов принимать и справляться с неопределенностью ситуации, критически относиться к своему опыту, творчески применять профессиональные навыки. Работа с конкретными реальными проблемами является особым видом совместной деятельности студентов и преподавателей, в которой заключены возможности для создания творческой развивающей атмосферы.

Успешная профессиональная практика в условиях клиники (умение работать с проблемами пациентов в реальных условиях и в контакте с другими подразделениями на основе междисциплинарного подхода) может быть осуществлена через рефлексивное проектирование и системное построение учебной ситуации. При этом необходимо учитывать специфику обучения на каждой из клинических кафедр, в процессе которого могут возникать определенные трудности:

* при использовании схем ориентировки в условиях реальной помощи пациенту невозможно действовать по схеме (в последнее время функции таких схем стали выполнять разработанные преподавателями кафедр «схемы истории болезни», в которых формулируется последовательность этапов действий при диагностике, лечении и оценке его результатов);
* при решении всевозможных проблемных задач, которые не имеют однозначного (правильного или неправильного) ответа и предполагают неопределенность, критерием адекватного выбора является необходимость оказать помощь пациенту, а не требования собственно процесса обучения;
* освоение системы профессиональных отношений и ценностей, навыков межличностного общения, которые формируются через организацию взаимодействия между людьми в совместной деятельности, происходит в иной логике, чем усвоение знаний и действий.