

Список литературы

1. Быхалов Л.С., Седова Н.Н., Деларю В.В. и др. Причины смерти и патоморфологическая характеристика органов при туберкулезе, ассоциированном с ВИЧ-инфекцией // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – № 3. – С. 64–68.
2. Быхалов Л.С., Деларю В.В., Быхалова Ю.А., Ибраимова Д.И. Эпидемиологические, медико-социальные и психологические аспекты ко-инфекции ВИЧ/туберкулез в Волгоградской области по материалам социологического исследования // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5; URL: www.science-education.ru/119-14956 (дата обращения: 08.12.2014).
3. Быхалов Л.С. Характеристика патоморфологических изменений в легких у умерших лиц при ко-инфекции ВИЧ/Туберкулез на фоне инъекционной наркомании // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7–5. – С. 916–920.
4. Хафизов А.Б. Изучение состояния неспецифической резистентности организма при туберкулезе легких // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 8. – С. 73–74.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Грушко Г.В., Линченко С.Н., Горина И.И.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
e-mail: galina_grushko@mail.ru*

В процессе перехода на Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования 3-го поколения (ФГОС-3 ВПО) в сфере додипломной и последипломной подготовки медицинских кадров вместо дисциплины «Организация медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера и в военное время (Экстремальная и военная медицина)», преподававшейся на протяжении трех лет обучения в ВУЗе (с 3 по 5 курсы, на стоматологическом факультете – с 2 по 4 курсы), в базовую часть профессионального цикла клинических дисциплин новых образовательных стандартов введена дисциплина «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» (БЖМК). В данном случае речь идет не только о смене названия, но и новом наполнении образовательной программы. В частности, впервые в рамках высшего профессионального медицинского образования ставится задача изучения студентами вопросов безопасности жизнедеятельности. Однако, если, например, в зарубежных странах имеется достаточный опыт работы в этом направлении, то наши отечественные образовательные программы нуждаются в совершенствовании [2, с. 8; 3, с. 26; 4, с. 53].

ФГОС-3 ВПО по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», «Медико-профилактическое дело», «Фармация», утвержденные приказами Минобрнауки от 8 ноября 2010 г., № 1118, содержат предельно лаконичные формулировки требований к выпу-

скаемым специалистам и образовательным программам, опирающиеся на компетентностный принцип освоения врачебной науки. Тематика и содержание по предлагаемым дисциплинам не регламентированы стандартами и должны определяться непосредственно вузами, разрабатывающими основные образовательные программы.

Реализация предыдущего поколения стандартов (ГОС ВПО) осуществлялась при наличии типовых примерных программ дисциплин. В настоящее время примерные основные образовательные программы отсутствуют поэтому условия каждого образовательного учреждения формирует основные образовательные программы самостоятельно. Складывается ситуация, когда программы одной и той же дисциплины, создаваемые в разных вузах, оказываются подобны известным героям басни И.А. Крылова, т.е. как «Лебедь, Рак и Щука». Дисциплина «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» («Медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности») для специальностей «Стоматология», «Лечебное дело», «Педиатрия» разнесена в семестрах обучения (2 и 5, 3 и 9), что мешает преемственности освоения её разделов (модулей). Очевидно также, что эта дисциплина, как и прежняя (Организация медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера и в военное время), в силу её специфики должна иметь модульную структуру, включающую такие разделы, как:

- безопасность жизнедеятельности;
- медицинское обеспечение мероприятий ГО в условиях ЧС военного времени;
- основы мобилизационной подготовки здравоохранения;
- медицину катастроф;
- токсикологию, радиобиологию и медицинскую защиту;
- организацию медицинского снабжения в ЧС;
- организацию санитарно-противоэпидемиологического обеспечения в ЧС.

Приведение образовательных стандартов к единым общеевропейским требованиям диктует необходимость акцентировать внимание обучающегося на различных аспектах безопасности жизнедеятельности человека (здоровый образ жизни, принципы безопасного поведения в различных условиях, защита от вредных и поражающих факторов, первая помощь при травматических повреждениях, воздействиях физических, химических, биологических факторов, острых заболеваниях, отравлениях, правовые аспекты безопасности жизнедеятельности, безопасность труда медицинского персонала).

Распределение разделов (модулей) и часов может оказаться совершенно разным в том или ином учебном заведении, не говоря уже о содержании образовательной программы. Учитывая региональную специфику, особенности кадрового состава кафедр, профиля преподавателей,

имеющих свое индивидуальное видение предмета, разработчики в каждом конкретном случае могут расставить акценты на совершенно разных вопросах. Рассмотрим для примера модуль «Безопасность жизнедеятельности». Его составными элементами могут быть:

- теоретические основы безопасности жизнедеятельности;
- негативные, вредные и опасные факторы среды обитания;
- безопасность в бытовой среде;
- безопасность в производственной сфере;
- безопасность жизнедеятельности в городской среде (селитебной зоне);
- безопасность в окружающей природной среде;
- безопасность в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени и др.

Каждая из составляющих, в свою очередь, представляет собой самостоятельное научно-практическое направление. Например, безопасность жизнедеятельности на производстве выступает в качестве достаточно сложной и объемной самостоятельной дисциплины в ВУЗах технического профиля.

Велика опасность того, что составители образовательной программы станут либо жертвой соблазна «объять необъятное», либо, напротив, отклонятся в сторону углубленного изучения излюбленного раздела.

В любом случае существует известная доля вероятности, что на фоне общей перегруженности обучающегося учебным материалом изучение данной дисциплины станет *pro forma*, а установка образовательных стандартов на подготовку компетентного специалиста останется не выполненной.

Упомянутая проблема уже дает о себе знать при проведении Федерального Интернет-экзамена в сфере профессионального образования (ФЭПО): предлагаемая для проведения интернет-экзамена тематика разделов далеко не всегда соответствует содержанию образовательных программ вузов, т.к. разработчики системы тестового контроля также имеют разное базовое образование и, в свою очередь, собственное видение содержания дисциплины. Так, например, следуя рекомендации специалистов Всероссийской службы медицины катастроф [1, с. 52], ряд кафедр мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф медицинских образовательных учреждений сокращает преподавание мобилизационной подготовки здравоохранения до минимума. При этом программа интернет-тестирования содержит раздел, относящийся к данному модулю. Требуется согласовать, какие именно разделы мобилизационной подготовки следует оставить в программе обучения.

Подобные несоответствия возникают в силу объективных причин, однако они могут отрицательно сказаться при оценке качества обучения,

подготовки специалистов, и, в итоге, неоправданно ухудшить аккредитационные показатели вузов.

Исходя из вышеизложенного, во-первых, следует признать глубоко ошибочной тактику утверждения образовательных стандартов при отсутствии единых требований к содержательной части образовательных программ. Имеется острая потребность в разработке и утверждении Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России единых типовых примерных образовательных программ с учетом возможности включения региональной специфики. Ориентация на единые стандарты оказания медицинской помощи населению, по нашему мнению, должна быть сопряжена с едиными требованиями к подготовке специалистов в сфере высшего медицинского профессионального образования. Особенно следует отметить, что такой подход ни в коей мере не противоречит задаче приведения национальных образовательных стандартов в русло единых общеевропейских и мировых требований.

Во-вторых, необходимо критически пересмотреть тематику раздела «Безопасность жизнедеятельности», разграничив наполнение образовательных программ по данному модулю для вузов медицинского, педагогического и технического профиля, поскольку в настоящее время у специалистов нет единого мнения по данному вопросу [1, с. 52], в связи с чем объем требуемых от студента знаний способен безосновательно расти, напоминая снежную лавину. Следует определиться с тем, насколько актуально и соизмеримо на фоне остальной массы вопросов, например, детальное овладение навыками оказания первой помощи пострадавшему в терминальных состояниях и усвоение закономерностей развития космических и гелеофизических катастроф.

В-третьих, подобным же образом необходимо привести к единому знаменателю базы тестовых заданий ФЭПО, согласовав их с требованиями к содержанию основных образовательных программ и профилем образовательного учреждения высшего профессионального образования (медицинским, техническим, педагогическим и т.п.).

Авторы полагают, что высказанные предложения можно отнести в равной степени и к другим дисциплинам, предусмотренным ФГОС-3 ВПО.

Пути решения поднятой проблемы следует искать в русле централизованного методического управления образовательным процессом как на додипломном, так и последипломном уровнях подготовки специалиста, применяя принципы единства требований, последовательности и преемственности процесса обучения.

Список литературы

1. Гончаров С.Ф. Совершенствование системы подготовки медицинских кадров и специалистов службы медицины катастроф / С.Ф. Гончаров, И.И. Сахно, В.В. Рябинкин // Медицина катастроф. – 2013. – № 3. – С. 53–56.

2. Грушко Г.В. К вопросу о методологии преподавания дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» / Г.В. Грушко, С.Н. Линченко, И.И. Горина // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 3. – С. 204–207.

3. Грушко Г.В. О подготовке специалистов для Всероссийской службы медицины катастроф / Г.В. Грушко, С.Н. Линченко, И.И. Горина // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 11, Ч. 1. – С. 11–13.

4. Линченко, С.Н. Методологические вопросы реализации требований Федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования в отношении преподавания дисциплины безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф / С.Н. Линченко, А.В. Арутюнов, М.А. Конохов, С.Н. Лапочкин и др. // Новые стандарты модернизации педагогического образования в формировании здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности: сб. мат. I регион. науч.-практ. конф. ЮФО. – Краснодар – Ростов-н/Д, 2014. – С. 25–30.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РОЛЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА В ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

¹Доника А.Д., ²Авазян Ш.Г.

¹ГБУ «Волгоградский медицинский научный центр»,
ВолзГМУ, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru;

²Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов-на-Дону

В настоящее время сохраняются принципиальные различия между англо-американским и континентальным подходами к понятиям профессий и профессионализма. Первый подход помимо профессий выделяет занятия (occupations), рассматривая проблемы их превращения в профессии, с одной стороны, а с другой – привилегированного положения профессионалов на рынке труда через профессиональное закрытие (professional closure). При втором подходе, развивающемся во Франции и странах континентальной Европы, профессии определяются более широко и исследуются главным образом профессиональная идентичность, карьерные траектории, профессиональное обучение и компетенции. Отечественные исследователи поддерживают континентальный подход, изучая рассматриваемую проблему в междисциплинарном поле. В этом контексте мы проводили исследование профессиональной роли врача-терапевта с использованием социологического и психодиагностического инструментария ($N = 98$). В качестве группы сравнения в исследовании приняли участие врачи нелечебного профиля (лаборанты, функциональные диагносты и т.п., ($N = 58$)) [1].

Особенностью профессиональной роли врача является его активная позиция как социального актора в рассматриваемом коммуникативном поле. На первый взгляд пациент является инициатором коммуникации, предъявляя жалобы на состояние здоровья, он ждет сочувствия и соучастия, в том числе и на вербальном уровне. В то же время, диагностический поиск врача начинается с такой врачебной техники, как «сбор анамнеза», предусматривающий тщательный сбор данных не только о симптомах болезни, но

и порой о весьма интимных подробностях жизни пациента. Низкая коммуникативная техника врачей является одним из факторов развития этических проблем в медицине [2, 3]. **Способность к коммуникативному контролю** (под которым понимают умение оценить собеседника, понять его проблемы и предвидеть производимое впечатление, гибкость реагирования на ситуацию) врачей исследуемых групп оценивалась по методике Снайдера, согласно которой были определены три уровня коммуникативного контроля: низкий (0–3 балла), средний (4–6 баллов), высокий (7–10 баллов). Средние значения рассматриваемого показателя для всех врачей соответствуют градации «средний» – $M \pm m$ составила $4,97 \pm 0,52$. Достоверных различий между средними значениями показателя врачей разных групп не выявлено (для терапевтов $M \pm m$ составила – $4,76 \pm 0,42$, врачей нелечебного профиля – $5,27 \pm 0,42$, $p > 0,05$). По данным распределительного анализа у большинства исследуемых (до 76,9% в группе терапевтов) отмечены средние и высокие показатели коммуникативного контроля, что соответствует критериальным требованиям социономического типа профессий. В группе терапевтов у большинства исследуемых (61,5%) отмечены показатели коммуникативного контроля, соответствующие градации «средний» ($p < 0,01$). При этом обращает внимание, что таких лиц больше отмечено среди терапевтов, чья деятельность характеризуется непосредственной вербальной коммуникацией.

Важным элементом технологии общения врача с пациентом является коммуникативная техника, заключающаяся в **умении выслушать** последнего. По нашим данным среднее значение ($M \pm m$) рассматриваемого показателя для врачей терапевтического профиля и врачей нелечебного профиля соответствует градации «выше среднего» (соответственно: $64,9 \pm 2,56$; $64,7 \pm 2,56$). По данным распределительного анализа у большинства исследуемых выявлены высокие и средние показатели. Наибольшее число лиц с высокими показателями отмечено в группе терапевтов (61,5%). Обращает внимание, что число лиц с низким показателями среди терапевтов незначительно (7,6%), и меньше, чем в среди врачей нелечебного профиля ($p < 0,001$).

От коммуникативных свойств врача-терапевта зависит не только доверительный характер отношений с пациентом, его авторитет, но и сама результативность врачебной деятельности как эффективность диагностики заболеваний. Существование коммуникативных проблем во взаимодействии врача и пациента в современных реалиях демонстрирует падение авторитета российских врачей. Анализ результатов социологического опроса 1089 россиян свидетельствует, что только 21,03% респондентов приходит на прием к врачу поликлиники, а 30,21% предпочитает лечиться самостоятельно.