

Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМНАЯ ЛЕКЦИЯ
В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ
(Методические рекомендации)**

Курск – 2011

УДК 615.03 (042.4)

ББК 5:74.58

Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В. Клиническая проблемная лекция в медицинском университете (методические рекомендации). – Курск: КГМУ, 2011. –20 с.

В методических рекомендациях изложены основные принципы и методы проблемного обучения, используемые при проведении одной из основных форм учебно-воспитательного процесса – лекции. Клиническая проблемная лекция занимает доминирующее положение в преподавании потому, что она определяет основные направления и содержание других видов учебной деятельности.

Методические рекомендации предназначены для преподавателей клинических кафедр.

1. Роль лекции в учебном процессе.

Среди основных форм учебно-воспитательного процесса в вузе доминирующее положение занимают две: лекция и самостоятельная работа. Они взаимосвязаны. Лекция занимает доминирующее положение потому, что она знакомит студентов с основными теоретическими положениями изучаемой науки, с ее методологией, закладывает основы научных знаний, определяет направления, основное содержание и характер всех других видов учебной работы.

Содержание лекции и ее объем определяются учебной программой. Программа при этом служит руководством к действию и допускает изменения, соответствующие быстрому развитию медицинской науки.

Наряду с этим, педагог решает задачу воспитания студентов как граждан демократического общества, как представителей гуманной профессии с высокой культурой.

Каждая клиническая лекция должна воспитывать врача-гражданина, вооружать его передовой методологией, прививать ему определенные нравственные и деонтологические принципы.

Главные дидактические цели лекции:

- дать обучаемым современные, целостные, систематизированные знания, уровень которых определяется целью изучения каждой конкретной темы;
- прививать интерес к изучаемому предмету, развивать самостоятельность и творчество в мышлении.

Итак, традиционные функции лекции следующие:

1. Обучающая функция заключается в передаче учащимся понимания основ науки, научно обоснованных путей решения научно – практических задач и проблем. Лекция даёт целостное, систематизированное, доказательное представление решения той или иной прикладной проблемы. Именно это, а не запоминание каждого слова или цифры, названных лектором, является главным в обучающей (познавательной) функции.

Познавательное значение лекции резко возрастает, когда нет современных учебников, пособий, когда учащиеся впервые знакомятся с новой областью научных знаний, когда тема лекции почему-либо не нашла должного отражения в учебнике.

2. Организующая функция позволяет реализовать управление изучением темы через деление ее содержания на преподавание во всех возможных организационных формах.
3. Ориентирующая функция подразумевает заинтересованный обзор лектором различных научных школ и теорий, источников литературы по проблеме, формирует отношение обучаемого к состоянию проблемы, его видение информационного поля, создает систему симпатий и антипатий к тем или иным взглядам и рекомендациям, а также мотивацию студента к последующему изучению наиболее значимого, клинически важного и перспективного аспекта темы.

4. Методологическая функция раскрывает методы и алгоритмы диагностического поиска, лечения и профилактики.
5. Управляющая функция проявляется в руководстве познавательным процессом, привлечении внимания студентов к тому или иному аспекту проблемы.
6. Развивающая функция реализуется в ходе осмысленного поэтапного усвоения студентами материала лекции, что способствует их интеллектуальному и профессиональному росту.
7. Воспитывающая функция возможна при сознательном подчинении обучаемого системе взглядов лектора на преподаваемый предмет; она предусматривает формирование глубокой внутренней мотивации на познание и усвоение темы лекции и, шире, всего предмета.
8. Информационная функция не нуждается в комментариях; желательно, чтобы материал лекции был четко структурирован и сгруппирован.

Столь многообразные и сложные функции лекции обуславливают ее ключевую роль как ведущей организационной формы учебного процесса.

Весь лекционный курс по дисциплине должен предусматривать:

1. Обеспечение унитарности достижения цели и преемственности профессиональной подготовки специалиста на всех кафедрах терапевтического профиля на додипломном и последипломном этапах подготовки путем освоения национальных рекомендаций, стандартов, протоколов ведения больных с внутренними заболеваниями, принятых профессиональными экспертными комитетами, сообществами.
2. Электронное обеспечение формирования профессиональной компетентности (уровня умений и навыков) путем создания доступной для использования студентами базы данных методического и информационного учебного материала обязательного для III уровня усвоения. Организовать доступ к базе данных через интернет-страницу вуза.
3. Постоянный мониторинг новых положений стандартов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, систем организации лечебной помощи с включением в электронные конструкции методических и информационных материалов кафедр базы данных.
4. Совершенствование включенной в учебный процесс инновационной методологии персонализированной фармакотерапии на основе фармакогенетических и фармакокинетических предикторов лечебного эффекта.

Клинические лекции, как и лекции вообще, могут быть классифицированы в зависимости от различных факторов. Так, по дидактическому назначению лекции могут быть:

- вводными (дающими первоначальную ориентировку студента в изучаемой проблеме, а также создающими мотивацию на ее дальнейшее заинтересованное усвоение);
- тематическими (содержащими подборку фактов по конкретному аспекту дисциплины);

- обзорными (с систематизированной информацией по проблеме в целом; должны заканчиваться обоснованными выводами относительно наиболее значимых аспектов темы, то есть выводить обучаемого на новый уровень усвоения материала);
- заключительными, или итоговыми (они обобщают материалы раздела, курса, дисциплины; в ее итоге студенты ориентируются на дальнейшее самостоятельное познание, углубление изученного с целью расширения своего кругозора, овладения более широким научным мировоззрением, эрудицией и профессиональной подготовленностью).
- лекции-консультации (системно освещают ряд аспектов темы, представляющих особый интерес для слушателей).

Исходя из места в учебном процессе, лекции подразделяются на:

- предваряющие самостоятельную работу студента (читаются, как правило, перед практическими занятиями и помогают студенту сориентироваться среди новых понятий и фактов и определить узловые вопросы при дальнейшем самостоятельном изучении материала);
- завершающие определенный этап самостоятельной работы (новый материал не излагается, а проводится глубокий всесторонний анализ усвоенных аспектов темы и обобщение материала).

По содержанию и способу подачи информации выделяют лекции:

- информационные (особенно в условиях многочисленности и малой доступности источников информации, несоответствия информации в учебнике взглядам лектора, ее устаревания);
- проблемные лекции, или лекции, читаемые проблемным способом (основаны на активном вовлечении студентов в решение учебной клинической проблемы, то есть на участие студентов в решении новой для них клинической задачи или проблемы, в процессе чего они усваивают новые знания и умения.
- смешанный тип (наиболее частый тип вузовских лекций).

2. Проблемное изложение материала.

Задача высшей школы не только подготовить высококвалифицированного специалиста, но и сформировать творческую и нравственную личность. Для этого необходим переход от информативных форм обучения к обучению управляемому, внедрению форм, прививающих студентам способность к самообразованию и развивающих клиническое мышление. В первую очередь это касается лекционного курса. При традиционном чтении лекции знания, изложенные студентам в готовом виде, обычно не формируют творческих способностей, а если и развивают клиническую мысль, то стихийно, в той мере, в какой у студентов в ходе усвоения информации возникают проблемы и они пытаются их решить. Т.е. творческие способности студентов при традиционной подаче информации развиваются не у каждого, от случая к случаю, на непрограммируемом, чаще низком уровне. Лишь часть лекторов, в силу своей собственной

интеллектуальной природы, раскрывает перед студентами процесс клинического мышления и вовлекают их в этот процесс.

Лекция является ведущей формой обучения и средством истинного коллективного мышления в том случае, когда студенты принимают в ней активное участие.

Одним из путей интенсификации учебного процесса, развития у студентов клинического мышления является проблемный метод обучения. Проблемное обучение предусматривает три метода: проблемное изложение, частично-поисковый и исследовательский. В лекционном курсе возможно проблемное изложение материала. Практически по всем клиническим дисциплинам полностью весь курс может строиться как проблемный, с раскрытием «эмбриологии знаний» (А.И. Герцен), т.е. проблемное изложение клинического материала реализуется таким построением лекций, при котором студенты не только воспринимают, фиксируют и запоминают знания в готовом виде, но и совместно с лектором в условиях проблемной ситуации разрешают систему логико-познавательных противоречий на основании имеющихся знаний, навыков, умений, т.е. «школа памяти», присущая традиционным лекциям, частично сменяется «школой мышления». На таких лекциях рекомендуется вводить студентов в курс споров и сомнений, приводить «за» и «против» разных точек зрения. Необходимо ставить перед студентами вопросы для размышления с предварительным освещением слабых мест в имеющихся решениях. Студент должен стать соучастником мыслящего лектора. Не готовые истины, правила и рецепты, а движение мысли от проблемы к ее разрешению через преграды – таким по существу должно быть построение современной клинической лекции. Лишь тогда лекция становится ведущей формой обучения и средством истинного коллективного мышления, ибо студент принимает в ней активное участие.

Использование активных форм обучения в медицинском университете находится в полном соответствии с требованиями дисциплины труда в глубоком понимании этого слова, чтобы каждый лекционный час использовался с максимальной отдачей.

Клиническая медицина располагает обширным материалом для создания проблемных ситуаций. Однако можно дискредитировать проблемное обучение при непродуманном формальном подходе к созданию проблемных ситуаций, когда процесс познания не вызывает у студентов затруднения, когда проблемный вопрос не отличается от информативного или не обеспечивает выхода из проблемной ситуации.

При этом очень важно оптимальное сочетание проблемного и традиционного методов обучения, ибо проблемный метод совсем не означает, что все обучение, вся лекция должны стать проблемными. Студентам необходимо сообщать и готовую информацию. Кроме того, на лекции не следует стремиться к проблемности любой ценой и во всех случаях. Ориентация, что проблемное обучение позволяет «быстрее и прочнее научиться», иногда оказывается неоправданно оптимистичной. Следует помнить, что проблемное обучение обеспечивает более высокую

прочность усвоения материала, но требует и больших затрат времени. Поэтому, встав перед выбором, лектор должен в первую очередь все свои усилия направить на создание проблемной ситуации в наиболее важных в профессиональном отношении разделах – клинике, диагностике, фармакотерапии, врачебно-трудовой экспертизе (в зависимости от основной учебной цели).

Проблемное изложение лекционного материала при условиях использования проблемного обучения на практических занятиях позволяет изменить подготовку специалистов в высшей школе. Но формирование высокого общего интеллектуального потенциала у будущих врачей возможно лишь в том случае, когда проблемное обучение станет достижением не одиночек, а всех преподавателей вуза. Причем лектор-клиницист не только должен обладать глубокими знаниями в своей специальности, но и знаниями закономерностей обучения и воспитания студентов, особенностей формирования их творческого мышления путем воздействия на сознание молодежи, умением сочетать рациональные и эмоциональные приемы в обучении.

Само понятие проблемности в лекции должно восприниматься шире, чем в общепринятой терминологии: это и постановка проблемы на лекции в смысле ее значимости, это и проблема науки в смысле ее перспектив, это, наконец, самое главное – проблема содержащегося в учебном материале противоречия.

Проблемные лекции предусматривают создание учебной проблемы, в основе которой находится задача:

- содержащая противоречие в условии;
- не имеющая стандартного решения;
- требующая новых знаний, усваиваемых в процессе решения.

Относительно последней рубрики подчеркнем, что при освоении клинических дисциплин знания (не говоря об умениях) у студентов могут присутствовать только на бытовом или крайне фрагментарном уровне. Поэтому не будет большого преувеличения сказать, что многие клинические лекции уже по этим основаниям можно отнести к проблемным. Правда, с учетом определенной доли в лекциях материала по общим вопросам теории, анатомии и физиологии, которые уже должны быть знакомы студентам, корректнее в таких случаях говорить не о проблемной лекции, а о лекции с элементами проблемности.

Подготовка и чтение проблемных лекций требуют высокого профессионализма от преподавателя, умения не давать знаний в готовом виде, а ставить перед аудиторией вопросы, побуждающие к самостоятельному поиску истины. Излишне говорить, что преподаватель должен быть проводником и наставником на этом пути постижения новых диагностических и лечебно-профилактических алгоритмов.

Организация преподавателем управления познанием студентов имеет в педагогике два стратегических подхода:

1. От знания – к проблеме. Студенты сразу получают готовые результаты исследований в виде знаний, что дает большой выигрыш во времени усвоения. Однако они не могут выработать самостоятельного алгоритма поиска истины. Отсюда - проблемы применения полученных знаний на практике.
2. От проблемы – к знаниям. Создав проблемную ситуацию, преподаватель побуждает студентов включиться в ее разрешение, попутно давая необходимые для этого новые знания и умения. Такой путь обеспечивает более глубокое и прочное усвоение материала, но требует больших временных и интеллектуальных затрат как от студентов, так и от преподавателя.

Поскольку спустя две недели после прочитанной лекции студентами воспроизводится не более 30% учебного материала, целесообразно включение материала лекции в другие формы организации педагогического процесса: самостоятельная работа, практические занятия, зачеты.

Клиническая лекция несет особую смысловую нагрузку, способствуя профессиональному и гражданскому становлению будущего врача. Ее основная задача – поэтапное формирование клинического мышления с возможностью самостоятельного построения диагностического и лечебного алгоритма. Однако не менее важна и другая составляющая – воспитание будущего врача в духе Кодекса врачебной этики.

3. Подготовка к лекции.

Лекция – творческий процесс, в подготовке к ней первостепенное значение имеет продуманный во всех деталях план лекции. Он включает как текстовый материал, так и демонстрационный: демонстрацию больных, слайдов, кодограмм, таблиц, схем, фильмов, лекарственных препаратов, микроскопических препаратов, муляжей, действующих моделей, видеоматериала, мультимедийных презентаций.

Содержание лекций должно:

- обеспечивать постановку цели и задач курса и строиться с учетом его методологических основ;
- включать характеристики основных понятий по изучаемой дисциплине;
- учитывать основные направления в развитии представляемой научной дисциплины в решении актуальных проблем;
- отражать системные законы и закономерности, принципы, лежащие в основе изучаемого предмета, актуальные вопросы данного курса;
- строиться с позиций анализа конкретных сведений, фактов и явлений, иллюстрирующих основные теоретические положения в их взаимосвязи.

В клинической лекции одинаково важны и момент подготовки к лекции, и момент ее чтения.

Лектор должен иметь конкретные представления о знаниях, на базе которых возможно создание проблемных ситуаций. Кроме того, знание

исходного уровня позволяет привести в соответствие рассматриваемую на лекции информацию с возможностями студентов и современными требованиями здравоохранения, соблюдая принцип соразмерности между уровнем подготовки аудитории и степенью сложности материала.

Второй этап подготовки лекции – четкое представление проблемы в целом. Лекция с элементами проблемности должна начинаться с создания перед студентами проблемной ситуации, решая которую совместно с аудиторией, лектор вводит слушателей в мир знаний.

Реальный способ заинтересовать студента – поставить его в условия, при которых развивается мышление, вначале абстрактно-теоретическое, затем профессиональное, клиническое.

Лектор должен обладать умением поставить проблему, вовлекающую студентов в исследовательскую работу. Например, умело показать в ней результаты кафедральных исследований, перспективы дальнейшего их развития и конкретного участия в них студентов, ставших преподавателями вуза.

Лектор-клиницист выступает не только в качестве специалиста, но и в роли организатора здравоохранения. Для этого необходимо владеть понятийным аппаратом и знать права, обязанности и характер деловых взаимоотношений специалистов в системе здравоохранения.

Сформулированную глобальную проблему на лекции можно расчленить на 3 – 4 подпроблемы (минипроблемы). Каждая подпроблема должна быть сформулирована самостоятельно. Рекомендуется не ставить вопросы, а формулировать проблемы.

После такого расчленения проблемы располагаются в определенной логической последовательности, при которой решение одной проблемы создает условия для постановки следующей.

Разработанная последовательность проблем, как правило, эквивалентна основным вопросам (плану) лекции.

Третий этап подготовки к лекции заключается в подборке информации для каждой минипроблемы и продумывании методики решения минипроблемы в целом. Лектор должен оценить, какую конкретную информацию целесообразно сообщить студентам перед подготовкой проблемы (история вопроса, эпидемиология болезни, этиология, патогенез, патоморфология, классификация и клиническая картина), что сообщить в процессе решения проблемной ситуации (демонстрация больного, диагностика, лечение, особенно в осложненных нетипичных случаях), какую информацию можно добавить после разрешения ситуации и анализа решения (вопросы профилактики, врачебно-трудовой экспертизы).

На данном этапе необходимо тщательно подготовить и разделить информацию, которую нужно дать для запоминания (такой информации должно содержаться достаточно) и которую надлежит дать для развития способностей самостоятельного клинического мышления.

В качестве примеров необходимо включать материал, касающийся диагностических и деонтологических ошибок врачей, работающих в конкретных больницах города.

Следует тщательно продумать взаимосвязи между проблемными ситуациями, сущность этих связей, необходимость их и способы акцентирования внимания обучаемых на этих связях.

На каждую минипроблему должны быть четко продуманы все вопросы с учетом возможных ответов студентов и те проблемы, которые они могут сами поставить в процессе обсуждения.

Наконец, в лекции должно быть отведено место подготовке задания самостоятельной работы.

Лекция является самостоятельной основной формой организации учебно-воспитательного процесса в вузе. Но таковой будет только лекция, которая, кроме того, что знакомит студентов с основными теоретическими положениями изучаемой дисциплины, с ее методологией, закладывает основы научных знаний, еще и определяет направление, основное содержание и характер всех других видов учебной работы студентов. Такое задание при проблемном изучении преследует цель подготовить студентов к активному участию в следующей лекции, к соучастию в решении проблемных ситуаций.

Умение хорошо информировать, т.е. достаточно глубоко и полно, логично излагать материал, остается по-прежнему важнейшим требованием к лектору. Однако на уровне современных требований необходимым компонентом клинической лекции должно быть единство информативности и такого «дефицита информации», который побудил бы студентов к самостоятельному поиску, воспитывал бы тягу к самообразованию. Сейчас больше отвечает духу времени лектор, который не только полно информирует, но и заставляет думать, размышлять. Для этого центр внимания на лекции должен быть сосредоточен на осмысливании главных, узловых вопросов рассматриваемой патологии. Весь процесс изучения материала нужно спланировать так, чтобы добиться в каждой лекции основных целей: обучающей, воспитывающей и развивающей. Необходимо рекомендовать ограничение объема излагаемого на лекции материала, правильный выбор информации на данном этапе обучения. На 3 – 5 курсах лекции следует строить по принципу «нарастания информации», т.е. когда одна и та же патология изучается с постоянным углублением и расширением объема материала (от факультетского к госпитальному принципу).

На клинических кафедрах более принят нозологический принцип – изложение информации о болезнях. Это соответственно нозологический принцип мышления, который предусматривает усвоение описательной информации и ее воспроизведение.

Этого явно недостаточно, если мы ведем речь о развитии клинического мышления. Нозологический принцип мышления формирует и закрепляет противоречие между системой подготовки (нозологические единицы) и системой работы (синдромы) врача, между усвоением материала по

нозологическому принципу и необходимостью реально мыслить по-врачебному в процессе диагностики и отличительного распознавания.

Вместе с тем, мыслительный процесс при дифференциальной диагностике множества болезней – это самый сложный процесс интеллектуальной деятельности. Лектор-клиницист должен учить (не полагаясь на практические занятия в клинике) распознавать и разграничивать болезни, которые проявляются ведущим синдромом.

Различие в том, что нозологический принцип – это информационная база мышления, а синдромный принцип – это методический инструмент работы с информационной базой.

Конечно, не представляется возможным рекомендовать синдромный принцип в изложении материала на 3 – 4 курсах, поскольку в этот период происходит естественный процесс накопления клинической информации, а вот для студентов 5 и 6 курсов синдромный принцип должен стать ведущим. Только при этом условии возможно уменьшить противоречие между подготовкой и дальнейшей практической деятельностью врача.

Для студентов старших курсов методической основой клинической лекции должно стать изучение вопросов дифференциальной диагностики, фармакотерапии, реабилитации и профилактики заболеваний. На этих лекциях нужно акцентировать внимание на ведущих симптомах и синдромах, которые представляют большую информативность. Целесообразно как можно больше демонстрировать больных, в том числе с одинаковой патологией, что позволяет выработать у студентов умение разбираться в различных вариантах одной и той же болезни и индивидуализировать терапию. Одной из важных задач лекций является изучение вопросов неотложных состояний, ориентация на ситуации, требующие быстрых решений диагностических и лечебных вопросов.

Фактический материал лекции включает как обзор мировой литературы по теме, достижения отечественной медицины, так и личный опыт лектора, кафедры и базового лечебного учреждения. В целях воспитания у будущих врачей профессионализма и чувства ответственности необходимо включить в лекционный курс материалы объективного состояния здравоохранения страны, региона. Очень важно показывать возможные пути устранения имеющихся недостатков, вскрывать причины, их вызывающие.

У кафедры с годами накапливается опыт, имеется собственное отношение к изучаемому вопросу, свои соображения, не совпадающие с общепринятыми. Лектор имеет право высказывать свое мнение клинициста, свою точку зрения по тому или иному вопросу, но при этом он обязан освещать общепринятую точку зрения.

4. Методика чтения лекции.

Лекция предусматривает определенный план изложения.

1. Вводная часть – крайне важная, организующая и мобилизующая часть лекции. Здесь лектору важно продемонстрировать умение быстро овладеть

аудиторией, заинтересовать тематикой, постановкой проблемы и ориентирами в путях ее решения. Обычно во введении лектор объявляет:

- тему, план изложения лекции;
- перечень источников для самостоятельного (возможно, более глубокого) изучения как темы в целом, так и ее отдельных вопросов.

Лектор далее знакомит с целями лекции («что Вы должны усвоить к концу лекции»), определяет место изучаемой темы внутри дисциплины и междисциплинарно.

Часто уместна ретроспекция, то есть напоминание о вопросах, рассмотренных на предыдущей лекции.

Завершается введение постановкой клинической проблемы и созданием атмосферы творческого поиска путей ее разрешения.

2. Основная часть лекции подразумевает:

- расчленение на этапы изложения с использованием приемов ораторского искусства (вариация темпа, интонации, громкости, повторения основных моментов), соблюдение научности и логики изложения с использованием доказательных или сопутствующих путей изложения иллюстративных материалов;
- опору на основную заранее подготовленную информацию по теме.

Во время чтения лекции преподаватель периодически отслеживает ход затрат времени на этапы лекции, контролирует речь, манеру поведения, общения с аудиторией.

Лектор должен поддерживать и корректировать обратную связь с аудиторией, использовать те или иные диалоговые приемы для поддержания или оживления внимания.

При этом лектор может обращать внимание на ту информацию, которая должна быть законспектирована, повторять узловые моменты, ключевые послышки, доказательства, положения. При этом целесообразна помощь аудитории в конспектировании путем выделения голосом, интонацией, темпом речи наиболее важной информации. Нельзя забывать о необходимости пауз для записи положений и особенно таблиц, схем.

В основной части лекции имеется возможность раскрыть свой лекторский талант, эрудицию, уровень врачебного мышления или подметить слабые стороны знаний или методов их преподнесения и устранить их в дальнейшем.

3. Заключительная часть лекции подводит итоги изложенным положениям, акцентирует внимание студентов на обоснованных в ходе основной части выводах. В этой части лектор дает рекомендации по самостоятельной работе над изложенной темой. Можно указать и на требования к знанию изложенной темы на предстоящих практических занятиях, зачётах.



Начинать лекцию необходимо спокойно, уверенно, громким голосом, варьировать звуковую громкость изложения, подчеркивая существенное, замедляя речь в период изложения формулировок, выводов, постановки проблем. Как говорится, «лекцию надо начинать достаточно громко, чтобы слышали, и достаточно тихо, чтобы слушали».

Очень важна техника чтения лекции. Лекционное изложение требует четкости и сжатости выражений, выразительной речи, языковой и грамматической правильности. В лекциях не допускается речевая небрежность и засорение ненужными вводными словами. Любая клиническая лекция должна содержать пояснения, иллюстрированные примеры и факты, она не может ограничиться только научной терминологией. Тем не менее, содержание основных положений клинического материала требует строгой научности и соответствующего изложения на языке научной медицины, с сохранением принципа взаимного понимания лектора и студента. Неэтично стремление лектора подчеркивать перед аудиторией свое «интеллектуальное превосходство», излагать материал лекции нарочито усложненным языком. Равным образом нецелесообразно излишнее упрощение лекционного языка, граничащее с примитивизмом и даже вульгаризацией научного понимания.

Динамика восприятия лекции включает 4 фазы: начало восприятия – 4 – 5 мин., оптимальная активность восприятия – 25 – 30 мин., фаза усилий – 10 – 15 мин., после которой наступает у слушателей фаза выраженного утомления. Необходима реакция лектора уже в фазе усилий восприятия материала: переключиться на материал, обеспечивающий повышенный интерес, изменить степень напряженности студентов. При этом очень важно помнить, что фаза усилий и утомления наступает раньше там, где нет

атмосферы интереса. Монотонно излагаемые, скучные лекции затормаживают мыслительную деятельность студента, усыпляют.

Формами обратной связи с аудиторией на лекции могут быть:

- прямые вопросы к аудитории;
- совместное размышление вслух;
- письменные ответы на 1 – 2 контрольных вопроса в конце лекции или опрос по небольшому фрагменту материала.

Последний вариант не подходит к многочисленной аудитории, сложен в выполнении (трудно добиться сдачи листов с ответами всеми слушателями). Он может послужить скорее целям экспресс-анализа степени усвоения, доходчивости изложения преподавателем основных положений.

Общепринятыми приемами привлечения внимания аудитории, особенно уставшей, служат:

1. Введение новой и, главное, значимой для слушателей информации (прием новизны); недопустимо излагать такую информацию монотонным голосом.
2. Прием взаимодействия интересов, когда лектор апеллирует к естественной заинтересованности слушателей в сохранении здоровья, ранней диагностике или в эффективном лечении, соотнося проблемы своей науки с практическими интересами аудитории.
3. Привлечение внимания аудитории не к виртуальной для молодой и здоровой аудитории проблеме какого-либо заболевания, а к информации о болезни, трудностях ее диагностики и лечения у конкретного человека (прием персонификации основан на естественном сопереживании трудностям и болезням других людей).
4. Постановка проблемной клинической ситуации, требующей дальнейшего разрешения.
5. Привлечение студентов к алгоритму поведения врача в какой-либо конкретной профессиональной ситуации (прием соучастия). Этот прием близок к приему проблемной ситуации, он напоминает деловую игру, когда лектор говорит аудитории: «Представьте, что Вы находитесь в такой ситуации...».
6. Привлечение юмора лектора (рассказ о смешном случае из практики, связанного с темой лекции, ироничное замечание). Здесь важно соблюдать такт и помнить о возможном различии восприятия ситуации врачом-профессионалом и студентом, имеющим иной жизненный опыт, возраст и степень профессиональной подготовки. Такой юмор должен быть добрым.

Грамотный в психолого-педагогическом отношении лектор не будет превращать лекцию в «диктовку», делать ее «легкой», как и не позволит на протяжении всей лекции держать аудиторию в состоянии повышенного внимания, мыслительного напряжения. Необходимо чувство меры, ибо излишняя увлеченность, эмоциональность приводят к преобладанию чувственного восприятия за счет снижения активности мыслительной деятельности студентов. Поэтому следует рекомендовать чередование ослабления внимания и напряжения. Использование проблемной ситуации на лекции позволяет осуществить это чередование. Известно, что самым

напряженным элементом в лекции при решении проблемной ситуации являются 2 этапа: осмысливание проблемы и составление гипотез решения. Само решение (доказательство гипотез) не требует повышенной мыслительной деятельности, в то время как анализ решения вновь потребует повышенного внимания.

На лекции рекомендуется создавать атмосферу творческого собеседования, где лектор выступает в роли творческого начала, задающего тон. Обсуждение создаваемых проблемных ситуаций необходимо вести в обстановке доброжелательности, взаимного доверия и одобрения, уважения личности студента. Грубость, нетактичность и безразличие не только угнетают студента, но и создают обстановку, исключающую возможность решения проблемной ситуации.

Следует иметь в виду, что рабочий шум в период решения проблемной ситуации не является показателем отсутствия дисциплины.

Иногда в ходе лекции создаются конфликтные ситуации, и здесь необходима большая выдержка, умение владеть собой. В таких случаях следует продолжить чтение лекции, стремясь ликвидировать противоречия уместными замечаниями, тем или иным изменением создавшейся напряженной обстановки.

Любой педагог, тем более педагог-клиницист, облечен высокой формой доверия. Все его действия и рекомендации рассматриваются как правильные, целесообразные и обоснованные. В этой связи велика ответственность педагога за качество излагаемой лекции. Большое значение при этом имеют педагогическая этика и педагогический такт в сочетании с врачебной этикой.

Существенное влияние на качество лекции оказывает манера чтения ее, хотя она всегда индивидуальна. Излагает ли лектор материал в свободной форме, стоя за трибуной, или читает красноречиво, с жестикуляцией, хождением – дело характера. Главное в манере чтения – заинтересовать студента, вовлечь его в активный познавательный процесс. Для этого, как бы ни был лектор сух по своей природе, он не должен читать лекцию бесстрастно, вяло, сонливо, не вкладывая эмоций.

Необходимо отрабатывать понятную, доходчивую, незамысловатую, неторопливую и довольно громкую речь, четкие фразы с отчетливым произнесением окончаний слов. При чтении лекции необходимо смотреть в аудиторию, как бы обращаясь персонально то к одному, то к другому студенту, то ко всем вместе. Мимика и жестикуляция должны быть естественными и соответствовать содержанию. Лекция допускает иронические замечания и юмор, соответствующие содержанию решаемой проблемы. Но это требует чувства меры, тонкого умения и высокой внутренней культуры лектора. Необходимо на стадии утомления студентов включить в лекцию интересный факт, афоризм, высказывание известного ученого и т.д., избегать анекдотов и грубых шуток.

Следует считать недопустимым чтение лекций по тексту. Текст лекции нужен, но в период подготовки к ней, а не во время чтения. Исключения составляют статистические и цифровые сведения, цитаты. Кроме того,

наличие текста на кафедре дает возможность всегда обратиться к нему как преподавателям, так и студентам.

При демонстрации больного на лекции всегда необходимо помнить о деонтологических требованиях, необходимо соблюдать «психическую асептику». Как лектор, так и студенты обязаны задавать вопросы тактично, ненавязчиво, без фиксации больного на наиболее грозных симптомах заболевания. В присутствии больного недопустимы суждения, ставящие под сомнение правильность диагноза, методов обследования и тактики лечения. Результаты обследования обсуждаются на лекции после демонстрации, в отсутствие больного. Необходимо до лекции или до демонстрации больного, в его отсутствие, научить студентов основным требованиям беседы с больным: сообщать больному только данные положительного характера, повышающие настроение больного и способствующие благоприятному исходу болезни.

В результате подобного подхода демонстрация больного несет не только знания клиники, лечения болезни, но и обучает студентов принципам врачебной деонтологии на конкретных примерах. При отсутствии больных в клинике по теме лекции возможно использование историй болезни с аналогичными заболеваниями. Лекция – это творческий процесс, и психическое состояние лектора существенно сказывается на качестве лекции, перед лекцией необходимо какое-то время для того, чтобы сосредоточиться.



5. Технические средства обучения (ТСО).

Хотя лекционный метод является ведущим в подготовке специалиста, эффективность его может оказаться низкой, если не используются технические средства обучения. Для этого клинические кафедры должны располагать необходимым набором современных демонстрационных средств.

Последние можно разделить на несколько категорий:

1. таблицы, схемы, слайды, кодограммы;
2. аудиоматериал, видеофрагменты;
3. мультимедийные лекции, включающие различные виды демонстрационного материала, указанного в п.п. 1 и 2.

Следует уделять особое внимание содержанию представляемых продуктов. Они должны обладать высокой информативностью и носить обобщенный характер. Иллюстративные материалы не должны перегружать лекцию, органически вписываться в нее, способствовать облегчению восприятия предмета студентами. Поэтому они должны быть наглядными, легко воспринимаемыми всей аудиторией.

Среди ТСО наиболее впечатляющим и запоминающимся является использование мультимедийных программных продуктов. Терапевтические

кафедры на лекциях могут использовать различные варианты мультимедийных приложений, позволяющие во всем объеме продемонстрировать аускультативную симптоматику сердца (тоны и шумы), легких (основные и дополнительные шумы), клинические проявления различных заболеваний и пр.

Мультимедийное сопровождение лекции активно внедряется в педагогическую практику в последние годы в Курском государственном медицинском университете, оно стало непременным участником лекционного процесса на любой клинической базе. Мультимедийные проекторы предоставляют лектору совершенно новые, ранее в значительной степени недоступные возможности по иллюстрированию лекционного материала. Другим несомненным плюсом является возможность облегчить подготовку самого иллюстративного материала. В этом плане мультимедиа – неоспоримый шаг вперед по сравнению с кодоскопом, который еще недавно казался пределом мечтаний любого преподавателя. В этом плане вполне понятно внимание, которое руководство вуза уделяет оснащению мультимедийными проекторами лекционных аудиторий.

Вместе с тем имеющийся опыт и знакомство с практикой чтения лекций с мультимедийной демонстрацией позволяет делать некоторые предварительные и весьма осторожные выводы.

Прежде всего, вряд ли оправдана тенденция перевода обычного текста тезисов лекции в новый экранный вид, как это иногда имеет место при использовании кодограмм. Лекция превращается в чтение лектором своих записей на экране с одновременным показом их зрителю. Вместе с тем, в такой ситуации студент имеет возможность обратиться к тексту и записать необходимую информацию, разумеется, при адекватном темпе чтения и показа кодограмм или слайдов.

Подготовка иллюстрированных тезисов лекции кажется наиболее оправданным вариантом; вместе с этим далеко не всегда все возможности мультимедиа удастся использовать, так как подготовка видео- и аудиофрагментов и анимационных эффектов требует и навыков, и большого времени.

Видимо, не следует стремиться сделать мультимедийными все без исключения лекции, прежде всего клинические. Все же определяющим успех лекции остается личность лектора, его профессионализм и увлеченность своим предметом, его умение владеть ораторским искусством, аудиторией во время лекция, его умением построить лекцию так, чтобы она нашла отклик на всех уровнях восприятия. Однако незаменимы мультимедийные проекторы при демонстрации ургентной патологии, операций, дополнительных методов обследования. И все же даже при мультимедийной технике не следует забывать о целесообразности живого общения с пациентами и об интерактивном общении с аудиторией.

Видимо, не следует стремиться сделать мультимедийными все без исключения лекции, прежде всего клинические. Для этого пригодны часть табличного материала, классификаций и, прежде всего, конечно,

демонстрация клинических случаев, то есть больных с теми или иными нарушениями функций. Незаменимы мультимедийные проекторы при демонстрации ургентной патологии, операций, в неврологии – пароксизмальных состояний, техники спинномозговой пункции. И все же при чтении определенных тем не следует забывать о целесообразности живого общения с пациентами, об интерактивном общении с аудиторией.

Таким образом, работа с мультимедийными пособиями позволит со временем оптимизировать варианты их использования в лекционном процессе.

Литература.

1. Бенедиктов Н. Русские святыни. «Алгоритм-книга», 2003, с.
2. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы (Психолого-педагогический аспект). Изд.2-е. – М., 2002. – 256 с.
3. Национальная доктрина образования в Российской Федерации: проект МО РФ. – М., 2000.
4. Околелов О. Современные технологии обучения в вузе: сущность, принципы проектирования, тенденции развития. // «Высшее образование в России». – 1994. – №2. – С.45-50.
5. Палкин Ю.И. Основы управляемого учебного процесса. – Киев: «Вища школа»: 1982. – 40 с.
6. Пальцев М.А., Денисов И.Н., Сточик А.М. Этапность клинической подготовки. М., «Русский врач», 2001, 15 с.
7. Проблемы информатизации высшей школы. // Бюллетень Госкомвуза России и ГосНИИ системной интеграции. – М., 1995. – №2.
8. Смирнов С. Технологии в образовании. // «Высшее образование в России». – 1999. – №1.
9. Синявский В.И. Лекция как один из методов обучения на третьей ступени общего среднего образования, методика её подготовки и чтения // www.litera.usluga.info/article/381
10. Смирнов С., Шелихова Н. Преемственность стандартов. // «Высшее образование в России». – 2000. – №4. – С.44.
11. Соловьев В. и др. В поисках критериев эффективности преподавательского труда. // «Высшее образование в России». – 1997. – №1. – С.72-76.
12. Филиппов В.М. Россия – образование – XXI век; взгляд в будущее. // Университетская книга. – 1999. – №12.
13. Шило Г. О низшем качестве высшего образования. // Высшее образование в России. №4. 2000. С.35.
14. Филиппенко Н.Г., Ласков В.Б., Поветкин С.В.. Клиническая проблемная лекция в медицинском университете. – Курск: КГМУ, 2011г.- 20с.
15. Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Маль Г.С. Место компьютерных технологий в преподавании клинической фармакологии.// Материалы

- межвузовской научно-практической конференции преподавателей и студентов КГМУ, КГУ, КГТУ. Курск 2009-с.71-72.
16. Покровская Т.Г., Филиппенко Н.Г., Покровский М.В. Учебно-методическая организация проведения студенческих инновационных проектов// Сборник трудов межвузовской научной конференции «Актуальные вопросы фармакологии и фармации». Курск 2009-с.64-66
 17. Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Маль Г.С. Совершенствование подготовки студентов на кафедре клинической фармакологии в рамках системы менеджмента качества образования// Сборник трудов межвузовской научной конференции «Актуальные вопросы фармакологии и фармации». Курск 2009-с.71-73
 18. Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Маль Г.С. Инновационные технологии: востребованность при изучении клинической фармакологии// Сборник материалов конгресса «Человек и лекарство», Москва.2009 – с.602-603
 19. Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Маль Г.С. Оценка значимости инновационных технологий в процессе преподавания клинической фармакологии// Материалы 2-го съезда клинических фармакологов СФО с международным участием «Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия». Барнул.2009- с.171-172