

DOI 10.58351/2949-2041.2024.10.5.018

Литвинова Елена Валерьевна,
к.мед.н., доцент, ФГБОУ ВО ДонГМУ МЗ РФ, Донецк
Litvinova Elena Valerievna

Носкова Оксана Владимировна,
к.мед.н., доцент, ФГБОУ ВО
«Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» МЗ РФ, Донецк
Noskova Oksana Vladimirovna,

Мацынин Александр Николаевич
д.мед.н., профессор ФГБОУ ВО ДонГМУ МЗ РФ, Донецк
Matsynin Alexander Nikolaevich

**ИНТЕРАКТИВНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ
В ИЗЛОЖЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»,
КАК ПРИМЕР ЛИЧНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В ОБРАЗОВАНИИ
INTERACTIVE LEARNING TOOLS IN THE DISCIPLINE
“OBSTETRICS AND GYNECOLOGY” AS AN EXAMPLE
OF A PERSONAL-ACTIVITY APPROACH IN EDUCATION**

Аннотация: В статье представлены ключевые понятия по использованию интерактивных технологий в медицинских вузах России. Предложено использование интерактивных методов при преподавании дисциплины «Акушерство и гинекология» студентам 4-6-го курсов медицинского факультета по специальности «Лечебное дело» в высших учебных медицинских заведениях III-IV уровней аккредитации.

Abstract: The article presents key concepts on the use of interactive technologies in medical universities in Russia. It is proposed to use interactive methods when teaching the discipline “Obstetrics and Gynecology” to 4th-6th year students of the Faculty of Medicine with a specialty in “General Medicine” in higher educational medical institutions of III-IV accreditation levels.

Ключевые слова: интерактивные технологии, акушерство и гинекология, личностно-деятельностный подход, качество обучения.

Keywords: interactive technologies, obstetrics and gynecology, personal-activity approach, quality of education.

Вступление. Реалии современной отечественной науки отчетливо свидетельствуют вызову времени: государству необходима прочная, логично построенная, модернизированная образовательная парадигма, ориентированная прежде всего на личность будущего специалиста [1, 2, 5, 6].

Сегодня большинство ученых – педагогов и психологов сходятся во мнении, что именно такой подход к преподаванию дисциплин в высшей школе является наиболее правильным и целесообразным. Этому не в последнюю очередь, призваны способствовать новые (инновационные и интерактивные) средства обучения, которые сегодня активно внедряются в практику высших учебных заведений России [3, 4].

Цель работы: Дать характеристику применению интерактивных технологий в практике высшего учебного заведения и выделить особенности их применения при подготовке врача акушера-гинеколога.

Материал и методы: Анализ литературных источников, посвященных данной теме.

Результаты обследования и их обсуждение: Для того, чтобы понять суть и реализацию на практике упомянутых учебных методик необходимо прежде всего определиться с генезом самого понятия «интерактив». Термин, как известно, происходит из английского языка



("interact", где "inter" – взаимный и "act" – действовать), и в переводе означает «способный к взаимодействию, диалогу» [4, 6, 1, 2]. Итак, интерактивное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности, которая способствует активному взаимодействию, диалогу и взаимопониманию между преподавателем и студентом, как равноправными участниками учебно-образовательного процесса. В центре этой педагогической системы находится собственное «лицо, которое учится» [1, 2, 3, 4]. Технология интерактивного обучения состоит в обеспечении развития самостоятельной интеллектуально-креативной составляющей личности студента, при условии комфортного сосуществования в образовательном пространстве всех участников учебного процесса (преподаватель, профессор, студент, пациент и родственники больного), ведь без этих составляющих любая современная педагогическая модель априори нежизнеспособна [7, 8, 1, 2].

Следует отметить, что внедрение в науку компьютерных технологий, появление почти ежедневно новых (нетбуки и лэптопы, планшеты, iPad, iPhone, интерактивная доска, цифровое течение и т.д.) гаджетов, существенно расширяет сферу применения инновационных средств обучения в медицинском вузе [1, 2, 3]. Учитывая это, образовательный процесс активно перестраивается по принципу не только межличностного, но и виртуального, компьютерного общения в режиме активного взаимодействия, диалога и сотрудничества (например, телемосты, онлайн видео конференции, презентации, демонстрация учебных фильмов и ситуационных задач и т.п.) [1, 2].

Такая кооперация между преподавателем и студентом является тем более ценной в усвоении азов медицинской науки, постоянно динамично меняется, и требует от врача быстрого реагирования на любые негативные ситуации, связанные с лечебным процессом (например, развитие осложнений, неотложного или терминального состояния). Отметим, что студент не всегда в состоянии физически присутствовать во время реанимационных мероприятий в родильном зале, операционной или в отделении интенсивной терапии. Не каждый день преподаватель может подобрать для закрепления пройденного материала тематическую пациентку. Иногда существуют объективные причины, препятствующие обследованию беременных, рожениц, родильниц в отделении через карантинные мероприятия, случаи инфекционных заболеваний и тому подобное. Здесь также следует учитывать особенности акушерских и гинекологических пациенток: психологические особенности женщин со специфическим гормональным фоном, преодоление барьеров в общении, страх белого халата, специфическое отношение пациенток и родственников к самому факту пребывания в стационаре, плохая осведомленность и низкая культура населения в целом, на фоне гиперопеки и предвзятости в отношении к медицинскому работнику и диагностически-лечебному процессу в целом. Преподаватели информируют студента о принципах этики и деонтологии в работе с беременными, роженицами, родильницами, их родственниками, а основные спорные моменты рассматриваются именно с помощью интерактивных средств обучения.

В целом, ежедневная практика рядом с преподавателем, активное обсуждение и беспристрастный анализ алгоритма действий у постели пациентки, наряду с визуализацией каждого следующего шага врача на экране телевизора или монитора компьютера, позволяет студенту тренировать собственные профессиональные навыки и умения, с последующим их закреплением на достаточно высоком уровне.

К сожалению, на протяжении последних нескольких десятилетий, в медицинских вузах наблюдался обратный процесс – пассивное «потребление» студентом знаний, навыков и умений, особенно во время усвоения клинических дисциплин. Обычно, имело место механическое нотирование и заучивание конспекта лекций, пассивное бездумное воспроизведение движений преподавателя во время физикального обследования женщины, кратковременное запоминание отдельных лекарств, их доз и путей введения, без учета возрастного дозирования и индивидуальной специфики. Это только ухудшало общее восприятие материала и не способствовало формированию клинического мышления, как составляющей личностно-деятельностного подхода к подготовке специалиста. Времена



меняются, и сегодня в мире являются приоритетными общечеловеческие ценности (интересы личности, ее здоровья и жизни), а это влечет за собой изменение концепции учебно-воспитательного процесса.

Формирование личности будущего врача акушера-гинеколога должно основываться на следующих принципах:

- положительное отношение к обучению и повышению мотивации к усвоению учебной дисциплины;

- определение мотивации к изучению акушерства и гинекологии через призму понимания, что беременная, роженица или родильница это самостоятельный уникальный организм и имеет свои индивидуальные особенности, как в норме, так и при патологии, независимо от цвета кожи, расы, пола, национальности и религиозной принадлежности, что в условиях мировой глобализации и роста количества иностранных студентов в медицинских вузах страны, имеет большое практическое значение;

- создание дружеской атмосферы в коллективе с «чувством локтя» преподавателя (помощь и консультация в сложных ситуациях, проведении манипуляций, закреплении практических навыков и др.)

- осознание практической ценности тех выводов, которые были сделаны коллективно, например на основе совместного решения ситуационной задачи, выполнение той или иной лечебной манипуляции, при проведении консилиумов (обычно в консилиумах принимают участие студенты 6 курса медицинского факультета)

- сформулировать и выразить собственное мнение, а также услышать другого, что является нередко сложной задачей для студента.

К преимуществам интерактивных средств обучения, которые можно взять на «вооружение» в высшей школе, относятся:

- доступность и улучшения усвоения полученных знаний на практике;
- умение сформулировать собственное мнение и услышать рассуждения другого человека, аргументировать и дискутировать во время постановки диагноза, при выборе диагностической и лечебной тактики и тому подобное;

- моделирование ситуационных задач, обогащение практического опыта по их решению;

- построение конструктивных отношений в коллективе (группе) с определением собственного места в нем, во избежание конфликтов и поиск путей для их решения, компромиссов, стремление к диалогу;

- анализ полученной и усвоенной информации, творческий подход к усвоению предмета;

- совместное решение проблемы в группе;

- овладение навыками проектной деятельности, самостоятельной работы, выполнения творческих, научных работ, что особенно важно для студентов-кружковцев, членов студенческого научного общества [7, 8, 4, 2].

Не каждый преподаватель высшего учебного заведения, особенно клинических дисциплин, которые имеют свою специфику (педиатрия, хирургия, акушерство и гинекология), знаком с технологией интерактивного обучения.

Определение «технологии обучения» в свое время дали английские авторы Ф. Персивал и Г. Эллингтон. По их мнению, это – более или менее четко структурированная система, включающая все аспекты построения ситуаций обучения, применение любых методов и техник, которые являются наиболее адекватными для достижения конечной цели учебно-образовательного процесса – подготовки высококвалифицированного специалиста. Роль технологии обучения авторы видят в оптимизации всего учебно-воспитательного процесса [1, 2, 3]. Таким образом, технология интерактивного обучения – это организация учебного процесса, что делает невозможным пассивное участие студента в коллективном процессе познания [7, 8, 9, 4, 2].



Вместо этого, студент берет на себя ответственность за конкретное практическое задание, о выполнении которого он должен публично отчитаться (например, рапорт о ночном дежурстве с врачом или работа в родзале), особенно когда от результатов его отчета зависит оценка всей академической группы или маленькой подгруппки. Обычно, интерактивные технологии обучения четко структурированные, могут быть использованы наряду с традиционными (лекция, семинарское занятие), имеют очерченный ожидаемый результат обучения, а применение на практике отдельных методик и приемов только стимулируют процесс освоения учебного материала. Такие подходы однозначно позволяют быстрее и лучше достичь запланированных целей и задач обучения.

В отличие от традиционных методик преподавания дисциплины «Акушерство и гинекология», интерактивные обучающие технологии собственной своей структуре определяют конечный результат. К тому же, каждый из примененных методов требует от преподавателя четкой поэтапной реализации с обязательным прогнозированием результатов самого процесса обучения. Относительно типов интерактивного обучения, то их выделяют четыре (А. Пометун, Л. Пироженко, 2007 год):

- 1) парное обучение (работа студента с преподавателем или одногруппником один на один)
- 2) фронтальное обучение
- 3) обучение в игре (ситуационная задача)
- 4) обучение в дискуссии.

Кооперативное (групповое, парное) обучения предполагает работу студентов в маленьких клинических подгруппах, лучше в отделениях гинекологического стационара или женской консультации, при изучении и усвоении практических навыков до уровня умений. В таком случае преподаватель является модератором, косвенно руководит процессом обучения через поставленные перед подгруппами ситуационные задачи [7, 8, 2, 5]. К групповому (кооперативному) обучению можно отнести: работу в парах, ротационные тройки, «Два-четыре-все вместе», «Карусель», работу в малых группах, «Аквариум» [4, 5, 1,]. Во время работы в парах студенты могут: собрать анамнез и жалобы пациентки; обследовать ее, определить предварительный диагноз, сделать анализ ошибок друг друга; сформировать окончательный диагноз, оценить выбор лечебно-диагностической тактики и тому подобное.

На наш взгляд, такой тип интерактивной технологии обучения следует применять при подготовке врача акушера-гинеколога. Единственное, о чем следует помнить, это – соблюдение обязательных правил деонтологии в работе с беременными, роженицами и родильницами. К фронтальным технологиям интерактивного обучения относят предусматривающие одновременную совместную работу всей академической группы при проведении семинара [7, 8, 2, 3, 4]. Это – обсуждение проблемы в общем кругу (ее применяют наряду с другими технологиями, в том числе цифровыми), упражнение «Микрофон» (предоставляется возможность каждому высказаться по очереди), «Незаконченные предложения» (сочетается с упражнением «Микрофон»), и «Мозговой штурм» (известная интерактивная технология коллективного обсуждения, широко используется для принятия нескольких решений по конкретной проблеме), и «Обучая-учусь», «Ажурная пила», «Case-метод» и «Дерево решений». Из всех перечисленных методик, при изучении дисциплины «Акушерство и гинекология» можно использовать, по нашему мнению, «Case-метод», «Мозговой штурм» и «Микрофон».

К технологиям обучения в игре относят: имитации, ролевые игры, драматизацию [7, 1, 2]. При этом, структура занятия в форме игры, для студентов 4-6 курсов по дисциплине «Акушерство и гинекология», отличается от традиционной (лекции, семинары, практические занятия и т.д.). Студентам-участникам предоставляется максимальная свобода действий, и всячески стимулируется интеллектуальное развитие мысли, направленное на принятие нестандартных клинических решений. Преподаватель лишь направляет ход интеллектуальной игры как инструктор (знакомит с правилами игры, консультирует во время ее проведения), как рефери (корректирует и советует студентам относительно распределения ролей в клиническом



задании), как тренер (подсказывает студентам ход клинической игры с целью ускорения сроков ее проведения), а также как председатель (организует обсуждение).

Как правило, игровая модель обучения имеет 4 этапа:

- ориентация (введение слушателей в тему, ознакомление с правилами игры, общий обзор ее течения)
- подготовка к проведению игры (знакомство с сценарием игры, определение игровых задач, ролей, ориентированных путей решения проблемы);
- основная часть – проведение игры;
- обсуждение [1, 3].

Важно отметить, что такой тип интерактивной технологии в виде игры можно применять для студентов-кружковцев, которые совместно работают над конкретной клинической темой, участвующих в обследовании какой-то интересной пациентки, учатся выпутываться из нестандартной клинической ситуации, оказывать помощь и оценивать результаты своей совместной деятельности. В то же время, структурированность учебного плана семинарского занятия по дисциплине «Акушерство и гинекология» не предусматривает отклонение от временного регламента, предусмотренного для каждой его части., Прежде всего, об этом следует помнить начинающему преподавателю. Дискуссия как технология интерактивного обучения, является интересным и одновременно наиболее важным средством познавательной деятельности в изучении акушерства и гинекологии. Ее можно использовать во время консилиума, при обсуждении доклада с диаметрально противоположными точками зрения, а в центре должна быть тема и вероятный ход дискуссии (что было бы возможным при том или ином стечении обстоятельств...? Что могло бы произойти, если бы?. были другие возможности, способы, действия врача в этой ситуации?). Любой дискуссионный вопрос в процессе обучения должен завершаться логическим выводом, что примиряет участников обеих сторон конфликта. Из наиболее распространенных методов дискуссии для практических занятий и занятий в научном кружке кафедры акушерства и гинекологии можно выбрать любой из предложенных: «Метод ПРЕСС», «Выбери позицию», «Изменения позицию», «Непрерывная шкала мыслей», «Дискуссия», «Дискуссия в стиле телевизионного ток-шоу», «Дебаты». Главное, чтобы была достигнута цель семинарского занятия, освещенная в начале ознакомления с темой.

В отношении традиционных форм и средств обучения, преподаватель может интегрировать элементы интерактивных технологий обучения в их структуру. Так, лекции можно проводить в виде мастер-классов с постановкой конкретной клинической задачи, ребуса или загадки. Мультимедийные презентации на интерактивной доске или мультимедийном проекторе можно дополнить анимационным рядом, фрагментом учебного фильма или видеорядом с звуковым сопровождением. В дискуссии по конкретной задаче могут участвовать все студенты, присутствующие на лекции. Обязательными элементами являются лишь соблюдение темы, структуры лекции согласно учебному плану и временного регламента по ее проведению. При обсуждении темы семинарского занятия преподаватель может сочетать элементы дискуссии, ролевой игры, дебатов и работы в парах. В конце занятия, при конечном контроле уровня знаний, кроме тестов и ситуационных задач, преподаватель может применить методику «Незаконченное предложение», «Микрофон» или «Дерево решений». Все студенты группы должны при этом участвовать в дискуссии, решении тестовых и ситуационных задач, что побуждает к улучшению атмосферы в коллективе, формированию духа здорового соперничества и полноценному овладению темой.

Выводы:

1. Интерактивные технологии на сегодняшний день являются существенным и важным элементом улучшения качества обучения, оптимизации общей эрудированности и стимуляции творческой составляющей личности студента высшего медицинского учреждения, призванных обеспечить высокий результат подготовки квалифицированного специалиста, конкурентоспособного на мировом рынке труда.



2. Без применения многообразия интерактивных методик, наряду с традиционными, цифровыми и компьютерными технологиями, процесс усвоения дисциплины «Акушерство и гинекология» является неполным и не способствует формированию клинического мышления студента.

На разных этапах лекции и семинарского занятия преподаватель может сочетать традиционную структуру учебного плана с элементами интерактивных технологий с целью оптимизации качества учебного процесса.

Список литературы:

1. Белогурова В. А. Научная организация учебного процесса.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-512 с.
2. Современные образовательные технологии:/ коллектив авторов; под ред. Н. В. Бордовской.-2- изд., стер. – М.: КНОРУС, 2011.- 432 с.
3. Голубчикова М. Г. Кейс-технологии в обучении врачей и провизоров: учебное пособие. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2007.- 87 с.
4. Голубчикова М. Г., Горбачева С. М., Маньков А. В. Проект системы стандартов контроля качества обучения в дополнительном медицинском образовании: Методические рекомендации. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2011. – 43 с.
5. Ефремова Н. Ф. Подходы к оцениванию компетенций в высшем образовании: учебное пособие. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов НИТУ «МИСиС», 2010.-216 с.
6. Иванов А.Ю. Содержание педагогической деятельности как основа формирования компонентов профессионального стандарта преподавателя/ / Педагогическое образование: современные концепции, теория и практика: сб.науч.статей / Под общ. ред. И.И. Соколовой.- СПб.: ФГНУ ИПО ОВ РАО, 2013, С.422-428. 428.
7. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-800 с.
8. Полежаев В. Д., Полежаева М. В. Портфолио студента как инструмент создания индивидуальной траектории обучения// Современные наукоёмкие технологии.- 2008. – №3.- С.77-78.

