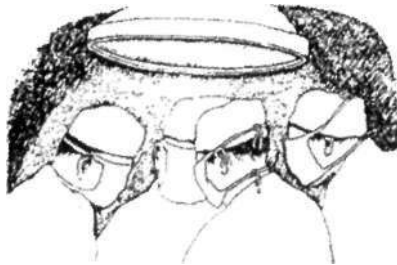


Проф. О. В. АТАМАН

**РОЗДУМИ
ПРО СИСТЕМУ НАВЧАННЯ
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ,
АБО ЧИ ПОТРІБНА
ФУНДАМЕНТАЛЬНА ПІДГОТОВКА
СУЧАСНОМУ ЛІКАРЮ**



Суми - 2011

Останнім часом у моїх поглядах на систему підготовки лікарів відбулися істотні, якщо не докорінні зміни.

Моя філософія педагогіки, як і багатьох колег, формувалася в два історичні періоди – радянський (соціалістичний) і пострадянський (капіталістичний). За всіх вад того радянського суспільного устрою, важко щось поганого сказати про нашу освіту. Я пишаюся своїми вчителями, дякую Богу за те, що, будучи сином простих незаможних батьків, сам собі проклав життєву дорогу: студент столичного медінституту, аспірант, кандидат наук, асистент, доктор наук, професор. Це було саме в ті, радянські часи. Тоді ми мали якісь ідеали, які робили нашу діяльність змістовною і цілеспрямованою. Мотивація матеріального збагачення так не поглинала всіх, як тепер. Було серед нас багато таких, хто не просто заробляв на хліб, а будував "храм"! Ми були свідомі того, що між ідеальним і реальним дуже велика відстань, але плекали надію, що вона ця відстань поволі буде зменшуватися, і намагалися сприяти цьому.

Одне з наших розчарувань лежить у площині саме цих двох категорій: ідеального і реального. Сьогодні маємо констатувати, що відстань між ними не те що не зменшилася, а катастрофічно зросла – нині між ними прірва. А раз так, то маємо переосмислити ідеальне, відмовитись від усталеного його розуміння, натомість запропонувати щось нове, яке б у більшій мірі відповідало реаліям часу.

Пошуком саме цього нового і можна пояснити моє бажання оприлюднити свої роздуми з питань підготовки лікарів. Сподіваюся, що всі, хто не байдужий до цієї проблеми, долучиться до її обговорення.

* * *

Ще зовсім недавно я дотримувався, як мені здавалося, прогресивних поглядів на зміст освіти у вищій медичній школі. Особливо це стосувалося моєї навчальної дисципліни – патофізіології, яка була, є і має бути теоретичним фундаментом підготовки лікаря, філософськими основами медицини.

Своє бачення розвитку фундаментальної науки я оприлюднив на пленумі Наукового товариства патофізіологів (Луганськ, 2010), виступивши з доповіддю *"Сучасні виклики патофізіології як навчальній дисципліні. Куди йдемо?"* (<http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/20473>).

Якщо коротко, то зміст концепції "збалансованого розвитку патофізіології", якої я дотримувався, зводився до низки положень:

1) фундаментальна медична і біологічна наука розвивається, як ніколи, швидкими темпами, глибоке проникнення в молекулярні і молекулярно-генетичні механізми розвитку хвороб і патологічних процесів, зокрема формування і розвиток молекулярної патології, ставить на порядок денний питання про напрям, у якому має розвиватися змістовне наповнення патофізіології як навчальної дисципліни;

2) збалансований розвиток патофізіології передбачає, з одного боку, постійне наповнення дисципліни новими вагомими науковими фактами, здійснення їхньої систематизації, а з другого – збереження (і навіть розвиток) традицій вітчизняної патофізіологічної школи, яка надавала великого значення філософським, світоглядним основам підготовки майбутнього лікаря, формуванню навичок абстрактного мислення у студентів;

3) змістовне наповнення дисципліни має відповідати сучасному рівню наукових досягнень. Оскільки наука об'єктивно стає все складнішою і складнішою, то і обсяг знань та їх глибини у спеціаліста мають бути все більшими і більшими. Звідси

са́ме життя ставить підви́шені вимоги до так званого "середнього" студента і "середнього" викладача.

Труднощі реалізації наведеної вище концепції, на мою думку, полягали у формально-організаційній і педагогічній площині. Як поєднати зумовлене необхідністю збільшення обсягу навчального матеріалу з обмеженою кількістю навчальних годин, як викладати новий складний матеріал, зробити його доступним для розуміння студентами?

Однак, сьогодні маю визнати, що не ці труднощі заважають здійсненню зазначеної концепції, а чинники набагато серйозніші – системні, фундаментальні, можливо, глобальні. Вони заставляють переосмислити загалом систему підготовки лікаря і роль у ній фундаментальних дисциплін.

* * *

Той, кому доводиться читати лекції, знає, як непросто це робити в аудиторії слухачів, яким те, про що ви розповідаєте, непотрібне, нецікаве, незрозуміле. І в моїй студентській аудиторії таких немало. Якщо вони й сидять тихо, то однак заважають, оскільки заняття сторонніми справами, їхній байдужий, сонний вигляд аж ніяк не додають творчої наснаги. У боротьбі з цим явищем я послуговувався простим прийомом – дозволяв лекції не відвідувати, іншими словами, вводив вільний режим, хоча це й суперечило настановам керівництва. Багаторічне використання такої практики в кінцевому підсумку мене переконало, що відсоток студентів, які б хотіли ходити на лекції є досить малим, якщо порівнювати із загальним контингентом третьокурсників. Дійшло було до того, що кількість присутніх на лекції зменшувалася до небезпечно критичного рівня і мені, аби не накликати на себе неприємності, доводилося вживати "силових" заходів, тобто повертати назад в аудиторію якусь частину невмотивованих студентів. Звісно, такий стан речей був не до вподоби. Може, погано, нецікаво читаю лекції? Але маю більш ніж 30-річний досвід викладання, досить самокритично ставлюся до своєї роботи і сказати, що якість моїх лекцій невисока, не можу.

Даю, як мені здається, матеріал потрібний, сучасний, проблемний, з використанням новітніх засобів його подання та ілюстрування тощо. Розповідати ж анекдоти, читати вірші, стояти на голові, аби чимось незвичним приваблювати аудиторію, не вмію і не хочу. То в чому ж справа? Чому втрачаю слухача?

І ось нещодавно, під час лекції на найактуальнішу і одну з найскладніших тем "Сучасні уявлення про механізми пухлинного росту" мене прорвало: навіщо я розповідаю про молекулярно-генетичні механізми канцерогенезу, намагаюся переконати аудиторію в тому, що саме з ними пов'язані наші сподівання на успіх у боротьбі з раком. А чи потрібно це майбутньому лікареві? І якщо ще вчора я би несамовито волав, що потрібно, то сьогодні починаю схилитися до протилежної думки, переосмислювати свою педагогічну доктрину.

Спочатку я вирішив по-новому подивився на старе, як сама вища школа, питання: чи відповідає якість підготовки наших студентів потребам практичної медицини. Для відповіді на нього проаналізував окремо два компоненти даної проблеми: (1) цю саму якість і (2) яким є і має бути сучасний лікар.

* * *

Аналіз якості підготовки студентів-медиків

Тут мова піде про загалом відомі речі. На рис. 1 наведено основні чинники, від взаємодії яких залежить якість підготовки лікарів у медичних вишах. Я їх подаю у тій логічній послідовності, у якій буду аналізувати: (1) школа, (2) студент, (3) батьки, (4) викладач, (5) підготовка науково-педагогічних кадрів, (6) керівництво вишу, (7) технології навчання.

1. Школа

- Багато моїх колег погоджуються з тим, що змінилася на гірше якість випускників середньої школи, що не може не впливати на якість студентів.

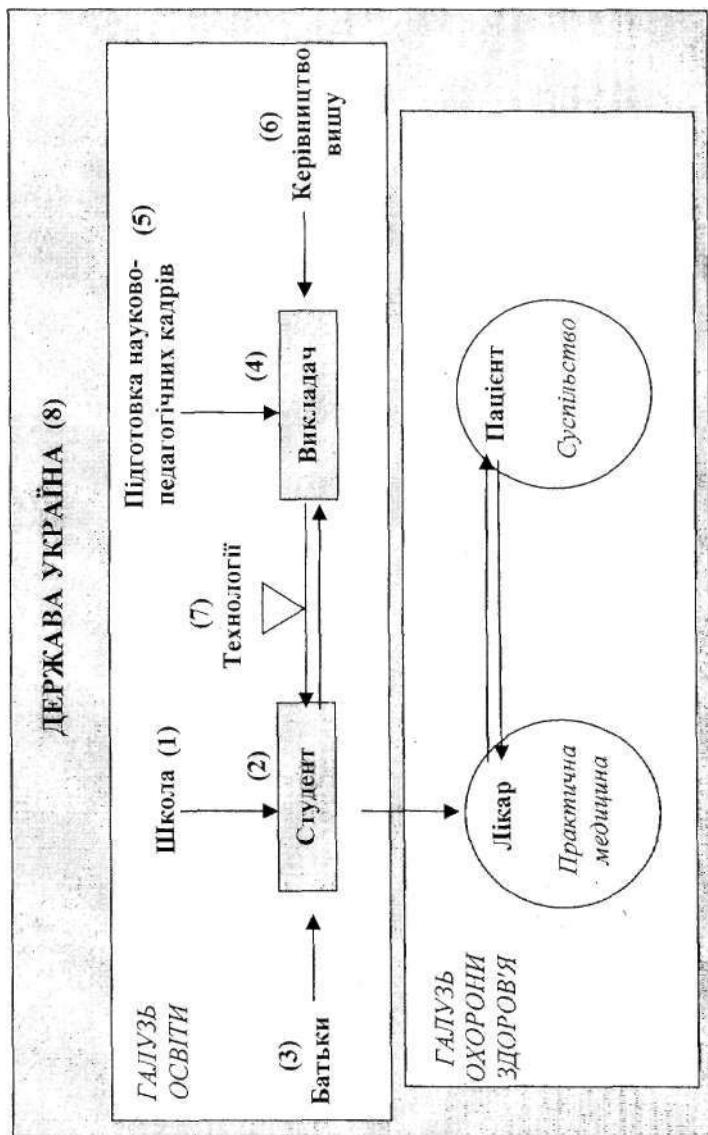


Рис. 1. Чинники, що впливають на якість вищої медичної освіти

- Сьогодні серед тих, хто приходить у медичні виші, починає, на жаль, переважати категорія молодих людей з недосатніми, якщо не сказати поганими, навичками мислення і не дуже розвиненою пам'яттю. Ще зовсім недавно ми звертали увагу лише на недостатність мислення, з пам'яттю все було ніби гаразд. Нині ж маса студентів, що не можуть відтворити (переказати) навіть простий матеріал, стає жадливо великою, критичною. Що є причиною цього – тема окремої розмови.

- Маємо констатувати, що держава не зацікавлена у з'ясуванні справжнього рівня підготовки випускників шкіл, вона свідомо маскує незадовільний стан справ у середній освіті, бо послуговується не абсолютною, а відносною шкалою незалежного зовнішнього оцінювання знань.

2. Студент

- Про абсолютний (реальний) рівень знань і вміння у випускників наших шкіл дізнаємося, коли починаємо працювати зі студентами. На загал рівень цей сьогодні незадовільний, хоча маємо справу з найкращою відібраною молоддю.

- У значної частини студентів немає мотивації до навчання, до отримання необхідних знань, вони не виявляють інтересу до майбутньої своєї професії.

- Навчання – це тяжка праця, а тому за відсутності позитивної мотивації воно стає неприємним заняттям, не приносить задоволення, обтяжує життя.

- Багатьох студентів цікавить не обсяг і якість здобутих знань, а факт одержання позитивної оцінки. Якщо є змога отримати оцінку, не докладаючи зусиль у навчанні, вони охоче йдуть на цей варіант.

- Низький рівень підготовки найчастіше лежить в основі виникнення неформальних (фінансових, матеріальних) стосунків між студентом (чи його батьками) і викладачем.

3. Батьки

- Причиною відсутності мотивації до навчання часто є батьки, які влаштовують свою дитину у виш, не рахуючись з її бажаннями та можливостями.

- Батьків мало цікавить якість підготовки у виші, натомість їхня "курація" зводиться часто до отримання бажаних формальних ознак освіти: не вилетіти з університету, закрити всі предмети, отримати диплом, здобути диплом з відзнакою тощо.

4. Викладач

- Сьогодні середній фаховий рівень викладачів, особливо молодих, приходиться у відповідність до середнього рівня студентів, тобто знижується.

- Мала престижність викладацької роботи веде до того, що здібні випускники університетів шукають собі більш престижні і грошовиті місця. На кафедри приходять не найкращі і не найталановитіші. Немає конкурсу, нема з кого обирати.

- Загальний низький рівень підготовки студентів не спонукає викладача до розвитку і самовдосконалення. Йому достатньо добре вивчити підручник, і цього достатньо.

5. Підготовка науково-педагогічних кадрів

- Підготовка науково-педагогічних кадрів часто йде за принципом: наука – це наука, а дисертації – це дисертації, і нічого спільного між ними нема.

- Як наслідок, питома вага справжніх доцентів і професорів стає все меншою і меншою, відбувається свого роду девальвація цих високих колись вчених звань. А тому маємо, що кафедри починають очолювати "дуті" доктори наук і професори (часто зовсім іншого фаху, ніж сама кафедра), вони ж потім готують аспірантів, до них переходить більшість у спеціалізованих радах із захисту дисертацій – і таким чином, розкручується зачароване коло, яке веде вищу освіту в безодню.

- Стосовно стану медичної науки в Україні – це особливо цікава тема розмови.

6. Керівництво вишу

- У ректора будь-якого університету на першому місці – інстинкт самозбереження, а тому його перш за все цікавлять формальні показники діяльності вишу, за якими оцінюється його

го діяльність вищим керівництвом галузі. А це, як правило, показники кількісні, а не якісні. Ректора цікавить кількість студентів, а не їхня якість; кількість захищених дисертацій, а не їхня наукова значимість і т.д. Сьогодні між вишами йде боротьба за абітурієнта, за будь-якого.

- Основне завдання ректора – забезпечити належний фінансовий стан університету, який би дозволив вчасно і в повному обсягу виплачувати зарплату, розраховуватися за комунальні послуги, більш-менш забезпечувати різні сторони діяльності вишу. А тому студент-повноплатник – це запорука благополуччя не тільки університету, а й тієї кафедри, на якій працює викладач. Відрахування такого студента за неуспішність є вкрай небажаним явищем.

- Необхідність якимось "засвітитися" в світових освітніх рейтингах штовхає прогресивних ректорів на пошук засобів досягнення цього, що є позитивним моментом їхньої діяльності. Але, як у нас часто буває, перегинають палицю. Заставляють створювати, де потрібно і непотрібно, безліч сторінок Інтернету, їх перекладати на іноземні мови, постійно оновлювати. Шукають штучні методи збільшення відвідуваності веб-ресурсів університету тощо. Усе це робиться руками викладачів, найчастіше найкращих. Цим їх відволікають від основних видів роботи, що не сприяє підвищенню рівня викладання.

- За великим рахунком якість підготовки студентів не цікавить керівництву вишу, у кожному разі це питання не є серед пріоритетних. Так звані форми контролю якості знань, ректорський, деканський та ін., існують лише на папері. Власне, якщо щось і контролюється, то не рівень підготовки, а оцінки. Ведеться удавана боротьба з "аномально низькою" і "аномально високою" успішністю тощо.

7. Технології навчання

- Перехід на "новітні" технології викладання, зокрема система тотального тестування, вбиває у молодих людей зачатки мислення. У сьогоднішнього студента дуже слабо розвинений комунікативний апарат – мова. Він не вміє висловити навіть ті

думки, які інколи зароджуються в його голові, не може відтворити те, що запам'ятав.

- Більшість студентів не здатна опанувати сучасні підручники для вишів, а тому часто доводиться пристосовувати навчальну літературу до їхнього рівня підготовки, спрощуючи і зменшуючи до мінімального обсяг матеріалу.

- У світлі Болонської системи основна мета викладача на занятті зводиться не до навчання як такого, а до виставлення оцінок. Скасування іспитів привело до втрати зворотного зв'язку між завідувачем кафедри і студентами, нівелювало роль професора і посилило значення асистентів (часто молодих і недосвідчених) в педагогічному процесі.

8. Держава

- Держава через закони та інші нормативно-правові акти намагається контролювати всі наведені вище чинники вищої освіти.

- Проте жодна юридична норма, якою б вона не видавалася доцільною, не може докорінно змінити на краще стан справ у вищій школі. Бо остання сьогодні тяжко хвора і її недуга – це лише один з проявів загальної деградації суспільства.

Деякі висновки

- Абсолютно нікого не цікавить зміст освіти і якість підготовки студентів – ні державу, ні керівництво вишів, ні суспільство (*Чому в нас не вірять у медицину? Тому що в кожного серед родичів чи знайомих були студенти-медики і всі бачили, як вони вчилися*).

- Рівень викладання і якість знань – це категорії, які залежать виключно від особистості викладача і особистості студента і ніякі інші чинники на це не впливають. За теорією ймовірності, якщо гарних і поганих буде порівну (цікаво, яке ж насправді співвідношення між ними?), то на комбінацію "гарний викладач–гарний студент" припадає лише 25%. Основний же відсоток (75%) – це непродуктивні комбінації: "гарний викладач–поганий студент", "поганий викладач–гарний студент" і "поганий викладач–поганий студент".

- Якість підготовки випускника медичного вишу сьогодні не відповідає і не може відповідати з наведених вище причин освітньо-кваліфікаційній характеристиці спеціаліста (ОКХ), що її розробило у свій час Міністерство охорони здоров'я України.

Про модель сучасного лікаря

Ще будучи студентом у Києві, мав щастя кілька разів слухати Миколу Амосова. Він нам розповідав про майбутнє медицини і доводив, що такі лікарі, якими нас готують, з часом нікому не будуть потрібні. Тоді це видавалося якоюсь далекою і мало реальною перспективою. Тепер я вповні став розуміти його пророчі слова.

Проаналізуймо, що являє собою практичний лікар сьогодні. Візьмемо для цього західну, "капіталістичну" модель охорони здоров'я, бо своєї української ще досі не маємо. Але хочемо ми цього, чи ні, життя робить свою справу – поступово переходимо від нашого сурогату до тієї євро-американської моделі, яка склалася стихійно в умовах стрімкого науково-технічного прогресу і певних усталених суспільних відносин.

Ще донедавна відносини між лікарем і пацієнтом будувалися на засадах "співпраці" (див. рис. 2). Класики медицини писали, що лікувати потрібно не хворобу, а конкретного хворого. Перемогти хворобу можна лише тоді, коли з нею будуть боротися разом лікар і пацієнт. Єднання лікаря і пацієнта досягалося спільною метою – подолати недугу. Питання фінансові в ієрархії їхніх інтересів посідали другорядне місце. Лікар у своїй роботі мав керуватися передусім клятвою Гіппократа.

Два основні види діяльності лікаря – діагностика і лікування – потребували від нього знань, досвіду і вміння. В умовах неповних, обмежених наукових знань про суть хвороб лікар так чи інакше мав думати і приймати рішення щодо діагнозу і лікування. Чим він керувався при цьому? Виключно власними знаннями, своїм розумінням процесів, що відбуваються в організмі,

досвідом, інтуїцією, врешті-решт певною філософією. Лікар, аби бути на висоті, мав іти нога в ногу з наукою, постійно поповнювати свої знання, самовдосконалюватися, вчитися. Фундаментальна підготовка йому була конче необхідною, бо без неї він не міг рухатися вперед, підвищувати свій фаховий рівень. Саме таку модель лікаря закладено сьогодні в систему підготовки студентів-медиків і саме вона складала ще зовсім недавно основу моєї педагогічної доктрини.

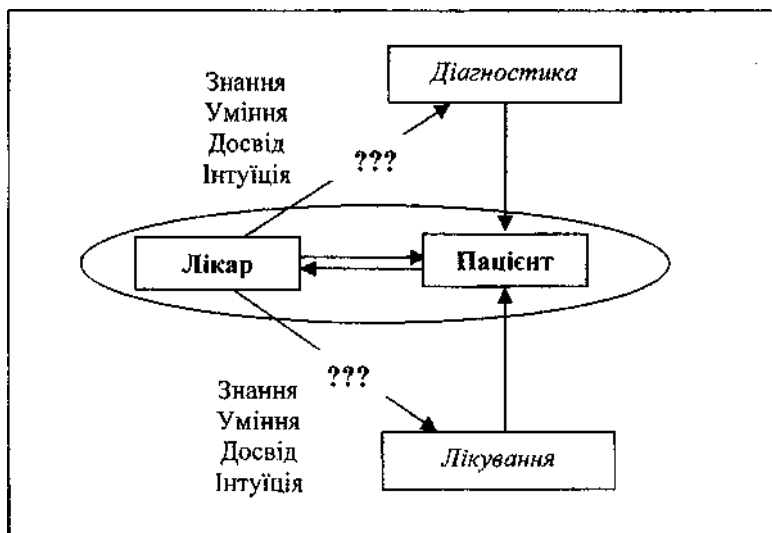


Рис. 2. "Класична" модель співпраці лікаря і пацієнта

Але постає питання, наскільки відповідає описана вище модель реаліям часу. Що ми маємо сьогодні?

Стрімкий розвиток науки і зміни в психології суспільства спричинилися до двох вкрай важливих наслідків (див. рис. 3).

1. Між лікарем і пацієнтом виник бар'єр. Їх роз'єднали новітні технології діагностики і лікування. Існування так званих стандартів, якими має керуватися лікар, позбавляє його необхідності мислити, приймати нестандартні рішення, а отже, робить

зайвим, непотрібним той великий обсяг знань, що він їх отримує, навчаючись в університеті. Відійти від прийнятих стандартів лікар не може, якщо б і хотів, бо за це може настати сувора юридична і фінансова відповідальність.

2. Серйозні зміни відбулися в психології лікаря і пацієнта. В ієрархії професійних мотивацій пересічного лікаря на перше місце вийшло заробити, на друге – юридично убезпечити себе і лише на третє – вилікувати хворого. Натомість у пацієнта основним пріоритетом залишається вилікуватися, потім – зробити це безплатно або якомога дешевше, і на Заході (поки що тільки там) з'явилася спокуса заробити на лікареві, звинувачуючи його в судах у чому завгодно (непрофесіоналізмі, статевих домаганнях тощо). Таким чином, через зміну мотивацій лікар і пацієнт перетворилися з партнерів майже на ворогів. Годі вести мову про їхнє єднання у боротьбі з хворобою.

Як у житті працює описана західна модель, до якої ми всі стрімко йдемо?

На першому прийомі лікар ретельно заповнює анкету.

- *Які у Вас скарги? Болить голова? Ось, будь ласка, розпишіть тут.*

Ви відчуваєте втому? Поставте свій підпис у цій клітинці.

І так далі йдемо по анкеті.

- *Я маю Вас оглянути. Ви дозволяєте це зробити самому чи в присутності третьої особи? Розпишіть, будь ласка.*

Після огляду і по завершенні заповнення анкети лікар роздруковує на принтері стандартний перелік досліджень, які слід пройти пацієнтові. Оскільки причин головного болю може бути дуже багато, то комп'ютер послідовно вводить в перелік різні методи досліджень починаючи з ЯМР-томографії (а може, у пацієнта пухлина головного мозку?), складних біохімічних, імуноферментних та інших аналізів на всі можливі варіанти походження даного симптому. Звісна річ, що тут же буде виставлено чималий рахунок за первинний прийом лікаря.

Якщо пацієнт удруге наважиться прийти до лікаря вже з результатами пройдених досліджень і аналізів, то після їх введення в комп'ютерну програму буде отримано діагноз і роздруковано ще один стандартний перелік засобів лікування або ж

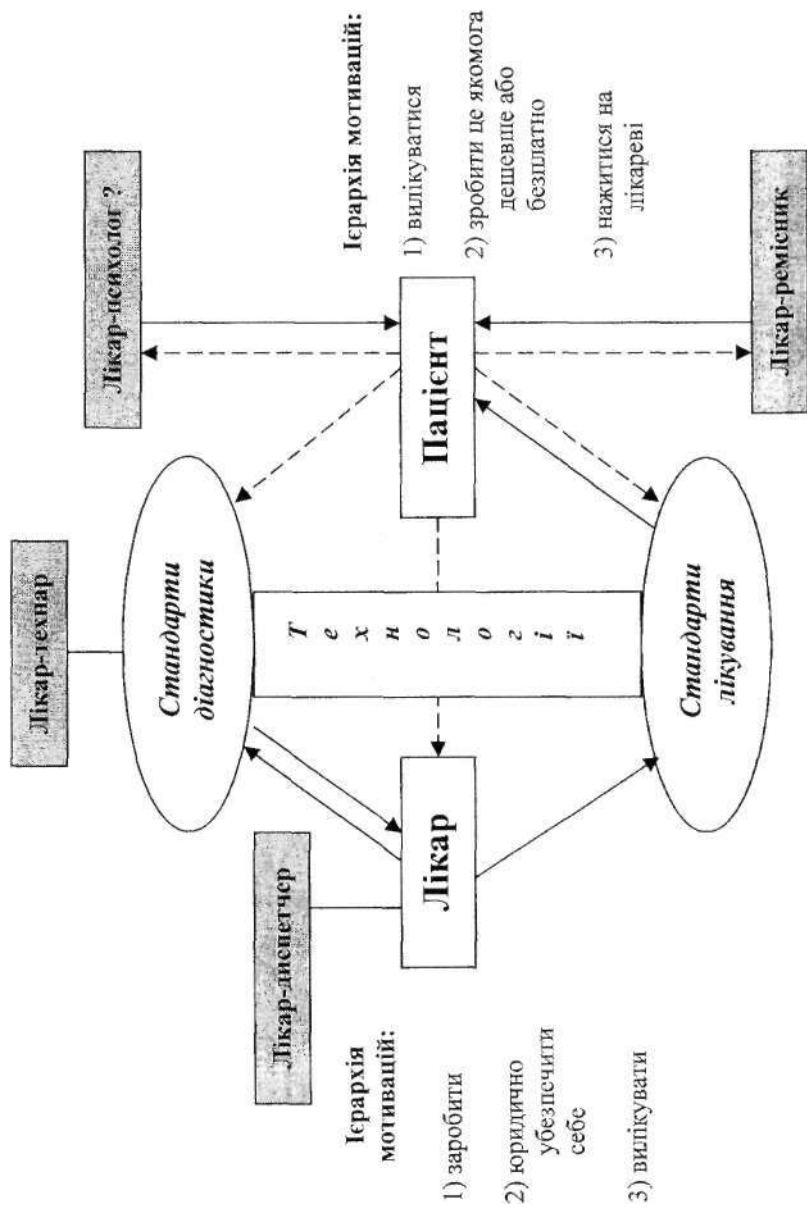


Рис. 3. "Сучасні" відносини між пацієнтом і лікарями

видано направлення до лікаря-спеціаліста, якщо буде рекомендовано якимось хірургічне втручання чи маніпуляції.

Таким чином, що ми маємо в кінцевому підсумку? На перше місце виходять фінансові питання. Пацієнт має заплатити (1) лікареві, до якого звернувся за допомогою, (2) лікарям, які проводили діагностичні обстеження і аналізи, (3) лікарю-спеціалісту в разі виникнення необхідності у його допомозі, і, безумовно, оплатити (4) ліки, матеріали тощо, які йому приписані відповідно до стандартів лікування. Чи буде гарантовано при цьому бажаний для пацієнта результат? Певна річ, що ні. А тому нерідко пацієнти для того щоб компенсувати свої витрати, звертаються в суди з позовами, вважаючи, що їх неправильно лікували, порушували їхні громадянські права тощо. Звідси і намагання лікарів створити таку систему юридичного захисту, яка б дала можливість уникати поразок у судах.

Описана тут західна система взаємовідносин між лікарем і пацієнтом поступово витісняє в нашій країні колишню радянську. По суті та "капіталістична" у нас вже існує, але в якомусь чи то зародковому, чи дуже редукованому вигляді.

Так чи інакше ми йдемо саме до неї, ще одним свідченням чого можуть бути слова прем'єр-міністра України Миколи Азарова: *"Нам потрібно навести реальний порядок у лікуванні, у рецептурній справі. Ми рано чи пізно вийдемо на ті паспорти лікування, за якими працює вся Європа, на їхні стандарти лікування"* ("Українська правда", 11.11.2011 р.).

Проте, я зовсім не маю на увазі критикувати Існуючу систему. Вона є такою, якою є, і це маємо приймати як дійсність. Раз вона виникла та діє, то цьому були і є об'єктивні причини, які власне від нас не залежать.

Моє ж завдання полягає в іншому, а саме в тому, щоб на основі проведеного аналізу показати, що наша ідеологія підготовки лікарів зовсім не відповідає вимогам часу, а отже, її слід змінювати.

Якщо ми знову повернемося до сучасної схеми "лікар-пацієнт" (див. рис.3), то можемо всіх ескулапів розділити на 4 категорії:

1) *лікарі-диспетчери* – це ті, що ведуть прийом хворих. У нас їх аналогами стають так звані сімейні лікарі. Їхні завдан-

ня: заповнити на пацієнта анкету зі скаргами та даними зовнішнього огляду, дати йому направлення на діагностичні дослідження і аналізи, на підставі даних анкети і отриманих результатів досліджень виставити діагноз (на заході це роблять відповідні комп'ютерні програми), призначити стандарт лікування або направити до іншого спеціаліста;

2) *лікарі-технарі*. У цю групу я об'єдную усіх тих, чие робоче місце пов'язане з діагностичною чи лікувальною апаратурою, різними технічними приладами (наприклад, рентгенологи; лікарі, що працюють на апаратах УЗД, різних томографах: лікарі-лаборанти, функціональної діагностики тощо). Спільною їх рисою є те, що вони мають знати певну технологію і як користуватися приладами, на яких працюють;

3) *лікарі-мануали* (ремісники). Це ті, хто втручається в наш організм своїми руками, щось у ньому вирізає, видаляє, лагодить, поправляє тощо. Як правило, це фахівці хірургічних або близьких до них спеціальностей (хірургія, акушерство і гінекологія, ортопедія, стоматологія, оториноларингологія і т.д.). Від них у першу чергу вимагаються вміння, навички. Тут на першому місці, безумовно, "золоті руки" і великий досвід;

4) *лікарі-психологи*. У нас, на відміну від Заходу, таких ще немає. Але потреба пацієнта у спілкуванні, безперечно, існує. У нас цю функцію зараз поєднують лікарі-диспетчери. Проте, через свою перевантаженість вони не мають часу на розмови з пацієнтом. І якщо хворому захочеться просто поговорити з лікарем, розповісти йому довгу сімейну драму, яка спричинилася до погіршення здоров'я, заспокоїтися тощо, то доведеться шукати психолога і, певна річ, платити йому.

* * *

Кому потрібна фундаментальна медицина?

Я сьогодні не уявляю свою роботу без персонального комп'ютера, цілої низки потрібних мені програм, без Інтернету. Послугуючись ними, я успішно, як мені здається, розв'язую багато своїх професійних і не пов'язаних з професією проблем і

завдань. Проте, нічого не розумію в тих фізичних процесах, що лежать в основі роботи комп'ютера, кожного окремого його елемента. Не знаю принципів програмування, не завжди можу самостійно встановити нову програму. Для мене незбагненним дивом є те, що у 10 грамах матерії флешки може міститися 32 Гб інформації (скільки це фільмів, музики, фотографій тощо!). Але мені цих знань і не потрібно, бо я Користувач! Один з мільйонів мені подібних Користувачів.

Світ сьогодні, як ніколи, чітко розділений на дві категорії людей на Творців і на Користувачів. Причому у будь-якій царині діяльності і в тому числі в медицині.

Якщо ще зовсім недавно лікар поєднував у собі і користувача, і творця, мав безпосередньо використовувати наукові знання у своїй практиці, то сьогодні він стає лише користувачем сучасних технологій, поява яких зумовлена стрімким розвитком науки (рис. 4). Творчий процес в медицині і практична діяльність лікаря, які донедавна були невід'ємними і склали одне ціле, нині невпинно віддаляються один від одного.

Як це не парадоксально, але зі стрімким розвитком науки лікареві для практичної діяльності потрібно все менше і менше знань, які вона дає.

Чи потрібні сучасні уявлення про молекулярно-генетичні механізми канцерогенезу лікарю-диспетчеру, який послуговується стандартами діагностики і стандартами лікування і не вносить та й не має права вносити щось таке від себе, що не передбачено цими стандартами? А лікарям-технарям, які навчені працювати з певними приладами, навіть тими, що діагностують той самий рак? А хірургу-онкологу, якому важливо правильно і радикально видалити пухлину, незважаючи на те, який її патогенез? А лікарю-психологу?

Кожній із зазначених категорій лікарів (так само як користувачеві комп'ютера) важливо опанувати свою технологію, і не має великого значення та обставина, знає він чи ні, які наукові досягнення лежать в основі цієї технології. А раз так, то відстань між рівнем розвитку науки і обсягом знань пересічного лікаря невпинно зростає, майбутня практична діяльність студента-медика вже не вимагає від нього ґрунтовної підготовки з

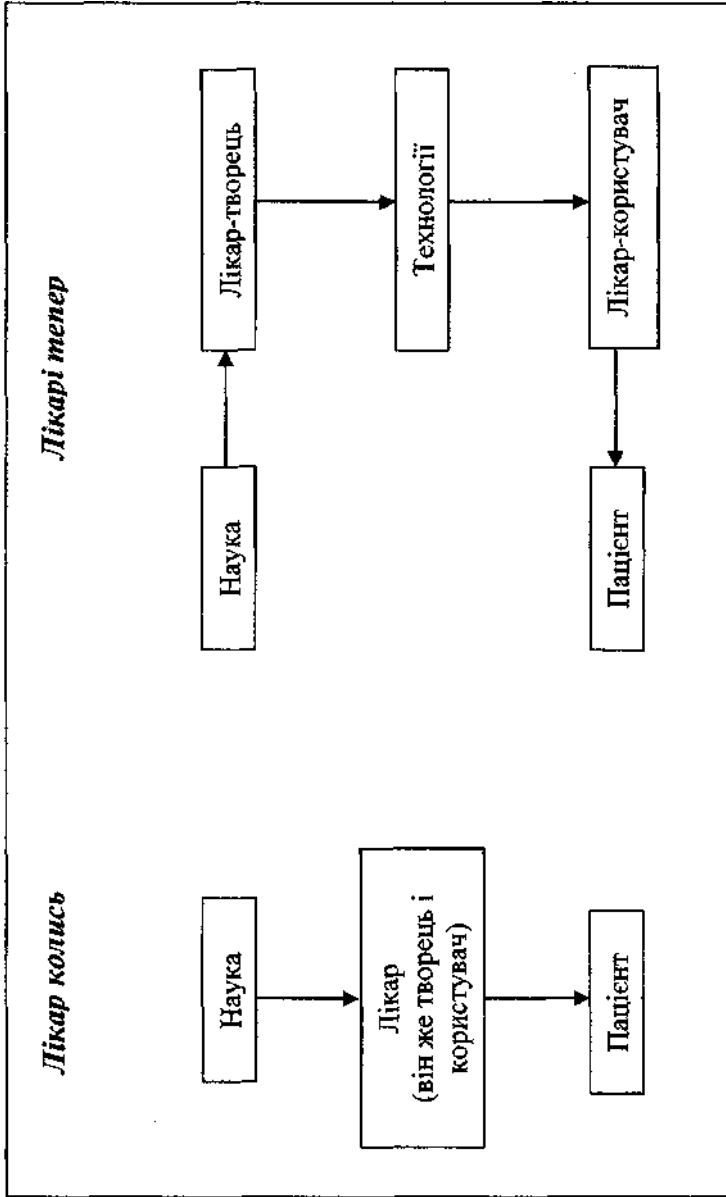


Рис. 4. Лікар колись і лікар тепер

фундаментальних медичних дисциплін, як це було раніше (рис. 5).

А раз так, то, можливо, є сенс переглянути систему навчання майбутніх лікарів, відмовившись від дуже загального терміну "лікувальна справа", а готувати їх за основними, наведеними вище напрямками. Це дало б можливість зменшити термін навчання одних і за рахунок перерозподілу ресурсів значно збільшити тривалість підготовки лікарів-ремісників, технологія діяльності яких пов'язана з їхніми руками, з прямими втручаннями в організм людини (я би допускав до самостійної практики таких лікарів як мінімум через 10 років навчання, стажування, роботи помічником хірурга).

Звісно, постає питання, а кому ж тоді потрібна фундаментальна медична підготовка. Моя відповідь: ще двом, не названим досі, категоріям.

1. Лікарям-науковцям, тобто всім тим, хто пропонує, розробляє, удосконалює медичні технології, іншими словами, робить науку (а не тільки пише дисертації!).

2. Лікареві-творцю, або справжньому лікареві, себто лікареві у класичному розумінні цього слова.

Справжній лікар - це той, хто керується передовсім бажанням отримати результат своєї діяльності і вміє задля цього приймати нестандартні рішення у кожній конкретній ситуації. Як він вписується у сучасну модель взаємин з пацієнтом? Кому він потрібен?

Сьогодні він потрібен тим пацієнтам, які хочуть індивідуального підходу до себе, їх не влаштовують всілякі стандарти, вони не дуже переймаються медичними страховками тощо. Вони достатньо заможні, щоб дозволити собі такого лікаря, і керуються виключно бажанням одужати. Чому вони шукають саме такого лікаря? Бо життя показує, що чинні стандарти часто неефективні або малоефективні.

Але інакше і бути не може. Аби це пояснити, я наводжу таку аналогію. Усі ми знаємо, що існує багато типів замків для дверей. До кожного типу є своя форма і величина ключів, іншими словами, заготовки.

За великим рахунком студентам ми даємо знання, а стандарти це прямо передбачають, що для певного типу замка

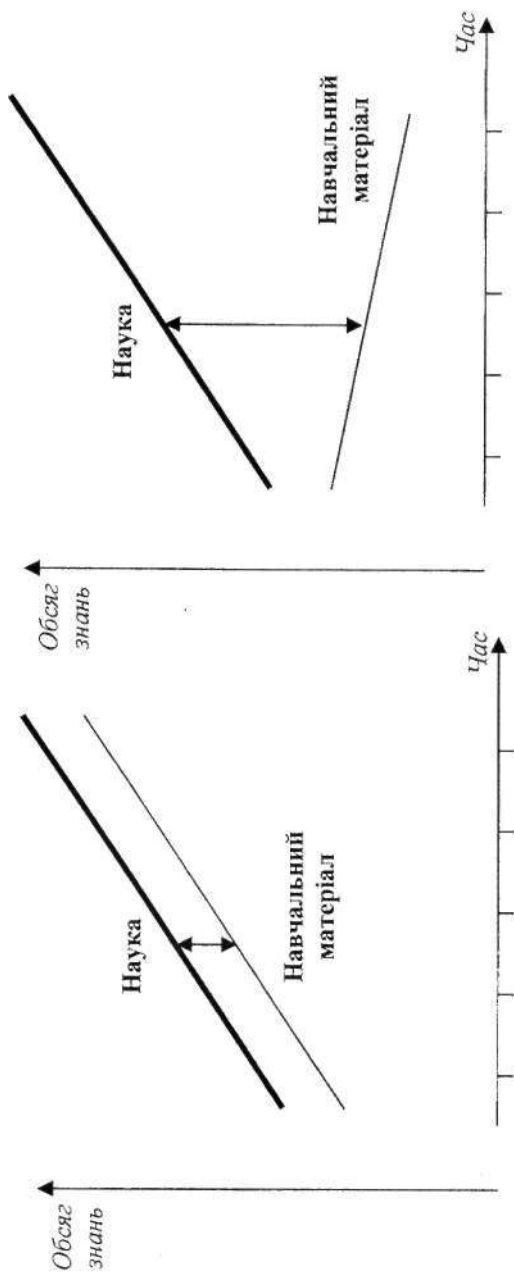


Рис. 5. Співвідношення між рівнем наукових знань і потребою в цих знаннях лікаря колись (перший графік) і тепер (другий графік)

існує своя заготовка, тобто кожна хвороба лікується за своїм стандартом. Так, пневмонію слід лікувати за таким приписом, виразкову хворобу – за іншим і т.д.

А тепер запитання: якщо ми візьмемо в руки правильну заготовку до конкретного замка, то чи відкриємо його? Певна річ, ні! Чому? Бо в кожному ключі є ще багато різних зубчиків, борозен, а тому замок можна відкрити тільки *специфічним* для нього ключем.

Так само організм людини є унікальним творінням: завдяки генетичній різноманітності на світі немає двох абсолютно однакових особин (за винятком хіба що однойцевих близнюків). А тому будь-яка хвороба, що виникає, має свої особливості і потребує індивідуального підходу (класика!). Найкращий лікар – це сам організм, часто він самотужки, без будь-якого втручання може впоратися з недугою. Але якщо ми хочемо йому допомогти, то маємо разом з хворим (обов'язково з ним!) і не в конкурентній боротьбі, а на засадах взаєморозуміння і співпраці, підібрати такий унікальний ключ, який би дав змогу відчинити таємниці організму і полагодити те, що зіпсувалося.

А ось мистецтво підбирання "ключів" – це і є творче начало справжнього лікаря. Воно ґрунтується на його знаннях, навичках, уміннях, інтуїції. І ясна річ, що без фундаментальної медичної підготовки, без знань складних механізмів функціонування організму, розвитку у ньому хвороб і патологічних процесів справжній лікар як категорія немислимий.

Розуміння цього і надає мені творчої наснаги, робить мою працю хоч комусь потрібною.

Критика концепції "середнього студента"

Досить часто ми у своїй педагогічній діяльності керуємо рівнем так званого середнього студента. А що це власне таке і чи він насправді існує?

Якщо виділяємо середній рівень, то мають бути й два інші: низький та високий. Провести ж між ними чітку межу май-

же неможливо. Якщо вже брати до уваги рівень підготовки, то доцільніше, як на мене, ділити студентів на дві категорії: мотивовані і немотивовані, або простіше, на тих, хто (1) хочуть та можуть і (2) не хочуть або не можуть вчитися.

Коли ж брати до уваги те, ким мають намір стати студенти, на яку діяльність у майбутньому вони запрограмували себе, то їх, мабуть, слід розділити на тих, кому потрібен і не потрібен той обсяг знань, що пропонується.

А тому з практичної точки зору хибною є орієнтація на так званого середнього студента.

Якщо я йду на лекцію, то маю чітко визначитися, для кого її читатиму: для майбутнього науковця і справжнього лікаря чи для майбутніх представників нашої реальної практичної охорони здоров'я. Якщо буду орієнтуватися на "середнього" студента, то така лекція не буде потрібною ні одним, ні другим.

Те ж саме можна сказати і про навчальну літературу. Сьогодні потрібно два її види: (1) підручник, який відповідає сучасному рівню наукових знань, віддзеркалює основні здобутки науки і (2) навчальний посібник, адаптований до можливостей студента і до потреб його майбутньої діяльності. Підручник, який би одночасно задовольнив потреби цих обох категорій студентів у принципі неможливий. Навчальна література, яка призначається для "середнього" студента, приречена на невдачу: вона надто складна і непотрібна для одних і надто спрощена і мало корисна для других. Саме цей аспект слід мати на увазі тим, хто визначає концепцію так званого єдиного "національного" підручника.

Видавець і виготовлювач

Сумський державний університет,

вул. Римського-Корсакова, 2, м.Суми, 40007

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК

3062 від 17.12.2007.