

рисунков вагонов. Для таких диаграмм необходимы сопроводительные числовые надписи, так как зрительное сопоставление таких фигур довольно затруднительно.

Для оценки географического размещения явлений, сравнительного анализа по территориям применяются статистические карты, включающие картограммы и картодиаграммы.

Картограмма показывает территориальное распределение изучаемого признака по отдельным районам и используется для выявления закономерностей этого распределения. Картограммы бывают фоновыми и точечными. Фоновые картограммы с разной плотностью цветовой окраски характеризуют распределение изучаемого признака на различных территориях. На точечной картограмме каждой точке соответствует одно и то же принятое числовое значение, например равное 100 т. Нанося на контур каждого района соответствующее количество точек, получают точечную картограмму, характеризующую распределение изучаемого признака по районам. Как правило, фоновые картограммы используются при анализе статистических показателей в виде относительных и средних величин, в то время как точечные — для характеристики размещения абсолютных величин.

Для представления в сети Интернет на сайте ТФОМС рекомендуется использовать данные наиболее общих, важных показателей. Представляемые данные должны быть доступны для восприятия каждому пользователю и не должны содержать конфиденциальной информации, а также информации, составляющей налоговую или иную тайну.

Современные методы исследования социологии медицины дают возможность изучать процессы формирования общественного мнения о медико-социальных явлениях и тем самым получать информацию в форме не только субъективных оценок осуществляемых мер, но и объективных показателей результатов функционирования системы здравоохранения. Анализ такой медико-социологической информации позволяет осуществлять оперативную обратную связь с пациентами (населением) и другими правосубъектами системы здравоохранения, принимать конкретные управленческие решения и оценивать их эффективность, а в

итоге разработать новые медико-социальные технологии, повышающие эффективность инноваций в здравоохранении.

Ключевые слова: факторный анализ, типологизация, интерпретация, выявление возможных прямых и косвенных влияний на агрегированные свойства, социальные типы, устойчивые образования, группировка и классификация, медико-социальный эксперимент

The technology of sociologic study as a methodological basis of medical sociologic monitoring

A.V. Reshetnikov

The actual research methods in sociology of medicine provide an opportunity to study the processes of the formation of public opinion concerning the medical social events to receive the information both as subjective values of implemented measures and objective indicators of public health system functioning. The analysis of medical sociologic information of this kind permit to implement the operational feedback from patients (population) and other legal personalities of public health system functioning. This approach permits to make a decision on specific managerial tasks, to evaluate their effectiveness and ultimately to develop new medical sociologic technologies enhancing the effectiveness of innovations in public health.

Key words: factorial analysis, typology, interpretation, identification of possible direct and indirect impact on aggregated characteristics, social type, stable formation, grouping and classification, medical social experiment

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев В. Г., Маслова О. М. Методы сбора социологической информации: Метод. пособие. — М., 1985.
2. Комплексный подход к анализу данных в социологии / Отв. ред. В. Г. Андреев, Ю. Н. Толстова. — М., 1989.
3. Кузьмин С. А. Социальные системы: опыт структурного анализа. — М., 1996.
4. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
5. Решетников А. В., Ефименко С. А. Социология пациента. — М., 2008.
6. Толстова Ю. Н. Измерение в социологии: Курс лекций. — М., 1998.
7. Шубкин В. Н. Социологические опыты. — М., 1970.

Поступила 30.09.11

© Д. А. ИЗУТКИН, 2011
УДК 616-092.11-058

Д. А. Изуткин

АНАЛИЗ ПОДХОДОВ К ПОНЯТИЮ "ЗДОРОВЬЕ" В ЗАРУБЕЖНОЙ СОЦИОЛОГИИ

Нижегородская государственная медицинская академия

Содержание понятия "здоровье" остается одним из наиболее дискуссионных вопросов в зарубежной медико-социологической литературе. При этом, если актуальность теоретических разработок данной проблемы диктуется необходимостью формулирования различных гипотез, построения парадигм, создания концептуальных направлений дальнейшего развития медицинской науки, то практическая значимость определяется, в частности, запросами клинической медицины и медицинской этики в системе взаимоотношений врача и больного.

Следует отметить, что на протяжении всей зарубежной (и отечественной) истории медицинской деятель-

ности и здравоохранения изучение различных аспектов проблемы патологии, как правило, носило доминирующий характер, хотя попытки дать определение понятию "здоровье" также имели место во всех исторических периодах. И только в XX веке в связи с интеграцией общественных и естественных дисциплин, а также необходимостью дальнейшего развития понятийного аппарата в различных науках начинается активное теоретическое и практическое изучение здоровья как категории, присущей человеку как через призму его био-социальной деятельности, так и таких индикаторов, как "качество жизни" и "удовлетворенность жизнью" в условиях определенного социокультурного окружения. Тем не менее следует признать, что до сих пор "не существует определения здоровья, удовлетворившего бы

Д. А. Изуткин — д-р филос. наук, проф. каф. (dan55@mail.ru)

большинство исследователей, и которое могло бы стать основой для построения количественных критериев измерения здоровья населения" [1]. Это говорит о многогранности и многофакторности данного явления, что, соответственно, требует его дальнейшего изучения.

Необходимость выяснения содержания феномена здоровья также связана с продолжением развития подходов к понятиям "норма" и "патология", что объясняется, во-первых, активной интеграцией зарубежной социологической науки в область естественных отраслей знаний, в частности медицину. В определенной степени это вызвано рядом проблем морального, нравственного и этического характера, которые обнаруживаются в современной медицинской деятельности и развитии медицинской науки (противоречивый характер использования "высоких" технологий, этикодеонтологические аспекты взаимоотношения врача и больного, этические вопросы эвтаназии, аборт, трансплантации органов, роль и функции врача в современном обществе, гуманизм медицинской профессии и платный характер медицинских услуг и др.); во-вторых, норма и патология, являясь естественными состояниями или качественными характеристиками человека, дают повод рассматривать их в рамках медицинской антропологии, в частности рассматривать сущность и деятельность человека в фокусе экологии, этики, его социального и культурного окружения; в-третьих, здоровое или патологическое состояние органично вплетается в систему человеческих ценностей морально-этического характера и, таким образом, должно анализироваться с точки зрения индивидуальной заинтересованности человека быть здоровым или больным; в-четвертых, здоровое или патологическое состояние существенно расширяет или, наоборот, ограничивает диапазон биологических, психологических и социальных возможностей индивида в плане его доступа к общественным благам и всесторонней жизнедеятельности, а следовательно, значительно повышает или снижает качество его жизни — вопрос, находящийся в центре внимания зарубежных исследователей гуманитарной направленности.

Следует отметить, что за последние десятилетия число социологических исследований, освещающих те или иные аспекты здоровья, значительно возросло. Здесь следует отметить таких авторов, как С. Boorse (1975, 1977); К. Boyd (1994); G. Canguilhem (1975, 1990); Н. Engelhardt (1981); К. Fedoryka (1997); К. Fulford (1983); R. Goosense (1980); R. Hare (1986); Т. Koch (2000); J. Lennox (1995); R. Mordacci (1995); А. Musschenga (1997); L. Nordenfelt (1987); D. Rasmussen, D. Den Uyl (1991); R. Sade (1995); J. Scaddling (1988) и др.

При обобщении результатов исследователей по вопросам здоровья можно выделить два основных подхода: **объективный** (основанный на понимании и оценке здоровья в процессе его эмпирического изучения) и **субъективный** (рассматривающий здоровье в его отношении к системе человеческих ценностей).

Сторонниками объективного понимания здоровья являются С. Boorse, G. Canguilhem, К. Fulford, J. Lennox, J. Scaddling и др. В целом взгляды представителей данного подхода основываются на оценке состояния организма как исключительно биологической субстанции с акцентом на понимание человеческого организма как единой целостной системы в его взаимосвязи с окружающей средой. Другими словами, объективное понимание здоровья рассматривает его как чисто эмпирическое, объективное явление, поддающееся главным

образом количественному измерению и оценке вне связи с проблемой человеческих ценностей. Различные проявления подобного понимания в целом характеризуются как "описательные" теории здоровья, так как с этой позиции оно может быть представлено исключительно в количественных показателях [9].

Так, согласно взглядам С. Boorse [2—4], здоровье не имеет какого-либо ценностного значения. Оно относится к биологически оптимальному функционированию организма, его способности реализовать и воспроизводить все типичные для него физиологические отправления с определенной эффективностью [4]. В связи с тем, что "функция" здесь понимается как биологическое свойство, а "нормальность" функций устанавливается эмпирически, на основании биометрических показателей деятельности тех или иных органов и систем организма, эта оценка здоровья, многие десятилетия используемая в практической медицине, не нуждается в ссылках на аксиологические категории.

Согласно С. Boorse, все живые существа в ходе своей эволюции постоянно развивались и совершенствовались в плане их приспособляемости к окружающей среде. В итоге это выразилось в том, что генотип, фенотип и внешняя среда, взаимодействуя между собой, привели к формированию органов и систем, выполняющих специфические функции, направленные на поддержание жизнеспособности организма. Отсюда здоровье есть состояние функционирования любого живого организма в равновесии с его природным окружением. Он считает, что первичными целями любого эволюционного процесса являются выживаемость и репродуктивность, следовательно, здоровый организм тот, функциональные возможности которого (в соответствии с полом и возрастом) максимально оптимизированы именно для выполнения этих задач. Подобное функционирование является главным определителем здоровья, и его можно оценить статистически по результатам эмпирических исследований [4].

По мнению С. Boorse, подобный подход ставит здоровое состояние в тесную зависимость от физиологических процессов, делает его независимым от субъективных факторов и потому дает основание и возможность для объективного понимания здоровья. Таким образом, он исключает здоровье из "шкалы" ценностей, так как здоровое состояние уже есть высшая ценность сама по себе. Кроме того, человеческие ценности тесно связаны с субъективными желаниями и потребностями индивида, которые сложно (а иногда просто невозможно) подвергнуть объективному измерению и оценке. Отсюда первостепенную важность приобретает так называемое *практическое здоровье, рассматриваемое просто как состояние, противоположное болезни, а болезнь в свою очередь — как состояние, противоположное здоровью* [4].

В определенной степени сходный с вышеназванным подход к здоровью демонстрирует J. Lennox [13]. Он идентифицирует здоровье с состоянием организма, при котором все его системы успешно функционируют с целью поддержания его жизнеспособности. Он также считает, что концепция здоровья имеет главным образом биологическое содержание и обосновывается на результатах его эмпирического изучения. Вместе с тем он отводит здоровью определенное место в иерархии ценностей и полагает, что это не только некая биологическая мера, но и благо, дающее возможность индивиду реализовать различные жизненные потребности,

включая его культурные установки. Таким образом, J. Leppox определяет понятие "здоровье" как "порядок вещей, в которых биологическая активность живого организма действует в пределах, обеспечивающих продолжительную и продуктивную жизнь" [13].

В противовес объективному (биостатистическому) пониманию здоровья субъективный подход (Canguilhem G., Nordenfelt L., 1987, 1994; Goosens W., 1980; Mordacci R., 1995; Musschenga A., 1997; Sade R., Scadding J., 1988 и др.) акцентирует внимание на индивидууме как целостном существе в комплексе его различных характеристик. Данная концепция отражает место и роль здоровья в иерархии жизненных приоритетов индивида и рассматривает его здоровье как важнейшее условие его доступности к жизненным благам в неразрывной связи с социальными и культурными ориентациями. Одним из главных аргументов представителей субъективных воззрений выступает их положение о том, что здоровье индивида — это явление не просто физиологического характера, но и требующее анализа и оценки в его личностном аспекте [19].

Согласно L. Nordenfelt [15, 16], понятие "здоровье" также тесно связано с состояниями человеческого благополучия и счастья. Главным постулатом его теории является тесное взаимодействие между состоянием здоровья индивида и его субъективным ощущением удовлетворенности своим "жизненным пространством" более, чем просто биологическим существованием. Человек может считаться здоровым только в том случае, если в окружающих его обстоятельствах и условиях он способен реализовать свои жизненные приоритеты. Достижимость этих целей в итоге составляет необходимый порядок вещей, существенный для поддержания минимального счастья [16]. То, что обозначается здесь как "минимальное счастье", в конечном итоге зависит от суждения самого индивида на основе его возможностей, амбиций, иерархии жизненных целей и т. д. В связи с тем, что выделение устойчивых объективных критериев "минимального счастья" (или противоположного состояния) представляется маловероятным, суждение об этом становится правдивым с точки зрения самого индивида. Однако из данных рассуждений следует, что так называемые девиантные формы поведения (в том числе и по отношению к своему здоровью) также могут считаться критериями счастья и благополучия, если рассматриваются как определенные жизненные цели и достижимость этих целей вполне вероятна.

В то время как здоровье и счастье, по мнению данного автора, не являются идентичными, они, тем не менее, оптимально соотносятся. Ощущение счастья (как и здоровья) тесно связано с субъективными представлениями индивида о собственном благополучии и реализации субъективных потребностей. Эти жизненные устремления L. Nordenfelt определяет как "витальные цели". Следуя далее в своих рассуждениях об осуществлении жизненных целей как фундаментального условия для определения здоровья, он теоретически старается классифицировать их с точки зрения того минимального качества, которое, с одной стороны, опосредуется состоянием здоровья конкретного индивида, а с другой — способно обеспечить минимальное благополучие.

D. Rasmussen и D. Den Uyl, продолжая развивать проблему соотношения здоровья и человеческих ценностей, разделяют последние на два вида: биологические (присущие всем живым системам) и моральные

(характерные для рациональных существ, обладающих способностью выбора).

Моральные ценности, включая так называемые добродетели (рациональность, справедливость, честность и т. д.) и блага или потребности (финансовые, образовательные, сексуальные, психологические, физическое самочувствие и др.), свойственны всем человеческим существам, востребованы ими для всеобщего благополучия и с этих позиций носят объективный характер. Однако каждый индивид нуждается в них в различной степени. Количество времени и затрат, необходимых для их достижения, также различно для конкретных индивидов, что определяется их субъективным суждением, зависящим от индивидуальных потенциальных возможностей и способностей. Исходя из этого, моральные ценности имеют индивидуальный и плюралистический характер, а значит, субъективны по своей природе. Однако то, что они основаны на фактах, полученных эмпирическим путем, наполняет их в то же время объективным содержанием.

Одной из этих ценностей, необходимой для полноценной и активной жизни, по мнению указанных авторов, является здоровье. Поэтому среди человеческих особенностей (в отличие от других жизненных форм) нравственность играет важную роль в стремлении к достижению здоровья. Отсюда здоровье может быть достигнуто путем сознательного и намеренного культивирования определенных жизненных привычек, которое через развитие, обретая форму добродетели, способствует успешной человеческой жизни.

R. Sade [17] полагает, что по аналогии с различием между биологическими и моральными ценностями существует определенная граница между понятиями "биологическое здоровье" и "моральное здоровье". Первое означает оптимальное функционирование физического тела, обеспечивающее выживаемость человеческой особи. Второе предполагает предпочтения, установки и желания индивида, которые в совокупности с его физическим здоровьем ведут к полноценной жизни, выступают важным фактором предупреждения болезней и преждевременной смерти, а также поддерживают физическую дееспособность индивида в соответствии с его специфическими потребностями.

По мнению R. Sade, практическая медицина в основном имеет дело с физическим здоровьем. Вместе с тем моральные ценности, непосредственно относящиеся к здоровью, также должны быть в сфере интересов медицины. Он полагает, что "практика добродетели" приближает телесные функции к благам бытия и вследствие этого выступает составной частью полноценной жизни индивида. Дополнительной чертой здоровья как главной цели здоровых выборов и ориентаций индивида является ощущение им субъективного благополучия как позитивного исхода здоровой жизни [18], что более имеет выход в сферу не столько медицины, сколько валеологии.

G. Canguilhem [6, 7] развил подход, лежащий на стыке объективных и субъективных представлений о здоровье, который обозначил как биологическую нормативность. В целом здесь подразумевается способность человеческого организма активно взаимодействовать с окружающей средой, что создает основу для учета биостатистических средних данных как показателей (но не причин) нормальной биологической жизни.

По G. Canguilhem как нормальное, так и патологическое состояние человеческого организма (а отсюда здоровье и болезнь) не могут быть познаваемы исклю-

чительно объективным путем. Подобное научное обоснование включает в себе одну несостоятельность: устанавливая фактическое положение вещей в изучении жизненного опыта людей, оно не дает ответа, как это соотносится с системой человеческих ценностей. G. Canguilhem полагает, что жизнь — это способность организма человека не только реагировать на внешние раздражители и вступать во взаимоотношения с окружающей средой, но и конструировать те или иные нормативные ценности и проецировать их во внешний мир посредством определенного образа жизни. Таким образом, процесс адаптации имеет двойную направленность: от живого организма к окружающей среде и от внешней среды к организму. В итоге здоровье есть выражение уровня поляризованной динамики между организмом и внешней средой.

По мнению R. Mordacci [14], многочисленные субъективные концепции здоровья объединяет их попытка воспринять здоровое состояние как аналогию жизненного изобилия, включающее такие понятия, как благополучие, благосостояние, целостность, дееспособность, интегрированность, совершенство и т. д. (так называемая насыщенная жизнь). Другими словами, здоровье не является изобилием само по себе, но выступает как необходимое условие доступности и достижимости жизненных благ. R. Mordacci полагает, что вышеназванные подходы могут быть интерпретированы как герменевтика изобилия, что находит свое проявление в освоении всей совокупности жизненного опыта индивида, а в теориях здоровья конкретизируется через такие понятия, как телесная интегрированность, позитивная функциональность, благополучие и т. п.

Вместе с тем он считает, что здоровье не является единственной аналогией изобилия. Другие проявления жизненного опыта (иногда даже противоречащие здоровью, например, болезнь) также должны приниматься во внимание. Но здоровье представляется наиболее часто встречающимся условием для реализации и усвоения подобного опыта. В связи с этим R. Mordacci выделяет два важных положения. Во-первых, здоровье — это позитивное состояние телесной организации индивида, когда его самость и физиологические процессы оптимально дополняют друг друга. Это условие в свою очередь позволяет ему находиться в гармоничном взаимодействии с окружающей средой, в частности в высокой степени адаптированности к внешней среде. Во-вторых, здоровье — это не только положительное условие, но и открытость к изобилию, своеобразное "обещание" для дальнейших достижений. Применительно к самому здоровью это может найти выражение в его развитии, укреплении, совершенствовании и т. д.

В целом, давая оценку субъективному пониманию здоровья, следует отметить следующее. Во-первых, основной акцент в ней делается на субъективные переживания и представления индивида о собственном здоровье и благополучии, что в свою очередь делает невозможным выработку определенных критериев здоровья для их использования в практической медицинской деятельности. Во-вторых, индивидуальные представления о благополучии в силу их субъективного характера имеют многообразные проявления, что опять же препятствует выделению унифицированных количественных показателей. В-третьих, вышеизложенная концепция при ее использовании в практической медицине может привести к конфликту между врачом и пациентом по причине возможных расхождений между объективным заключением о

здоровье (по результатам клинических обследований) и его субъективным толкованием (индивидуальное восприятие и оценка пациентом своего состояния).

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить следующее.

1. Многочисленные публикации по вопросам здоровья в современной зарубежной социологической литературе отражают интерес к нему как многогранному феномену, позволяющему рассматривать его на стыке различных общественных и естественных отраслей знаний.
2. Объективный подход к понятию "здоровье" акцентирует внимание в первую очередь на физическом состоянии индивида как исключительно биологической системе вне связи с факторами и условиями окружающей среды. Это противоречит пониманию человека как биосоциального существа в единстве с природными и социальными условиями жизнедеятельности.
3. Чисто эмпирическое понимание здоровья также не учитывает взаимосвязь объективных и субъективных характеристик, присущих индивиду, его общие, особенные и единичные свойства, а также многочисленные количественно-качественные отношения в различных сферах его жизнедеятельности.
4. Подобный подход ограничивает представления о здоровье в основном рамками практической медицины и существенно затрудняет исследование многомерности этого явления, в частности как одного из важнейших индикаторов качества жизни.
5. Субъективное понимание здоровья позволяет рассматривать его в системе человеческих ценностей прежде всего как важное условие достижения определенного уровня благополучия, в частности ощущение индивидом психофизического комфорта и возможности полноценно проявлять себя в различных сферах жизнедеятельности.
6. Субъективный подход ставит вопрос об измерении человеческого благополучия, в частности определении его количественно-качественных критериев и смыслового содержания.
7. Ощущение психофизического комфорта и субъективного благополучия (на что делается акцент в субъективном подходе) может наблюдаться и при разрушительных для здоровья формах поведения (избыточное питание, злоупотребление алкоголем, недостаточная двигательная активность и др.). Это лишает чисто субъективное понимание здоровья его биосоциальной значимости.

В статье анализируются подходы к содержанию понятия "здоровье", разрабатываемые в зарубежной социологии. В целом выделяются два основных направления: объективный и субъективный. Объективное направление рассматривает здоровье с нормативной точки зрения, акцентируя внимание преимущественно на биологической основе этого явления. Субъективное направление исследует проблему здоровья с аксиологических позиций в иерархии общечеловеческих ценностей. Дается критическая оценка этих направлений в русле общих тенденций зарубежной социологической мысли.

Ключевые слова: *здоровье, патология, биосоциальная деятельность, социокультурное окружение, качество жизни*

The analysis of approaches to the notion "health" in foreign sociology

D.A. Izutkin

The article deals with the approaches to the content of notion "health" elaborated in foreign sociology. In general, two main directions

are distinguished: objective and subjective. The objective direction considers health from normative point of view focusing mainly on the biological foundation of this phenomenon. The subjective direction examines the issue of health from axiological position in the hierarchy of universal human values. The critical assessment of these directions is provided in framework of general trends of foreign sociologic thought.

Key words: *health, pathology, biosocial activity, social cultural environment, quality of life*

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Тульчинский Т. Х., Варавикова Е. А. Новое общественное здравоохранение. — Иерусалим, 1999.
2. Boorse C. // Philosophy Publ. Affaires. — 1975. — Vol. 5. — P. 49—86.
3. Boorse C. // Philosophic. Rev. — 1976. — Vol. 85. — P. 70—87.
4. Boorse C. // Philosophy Sci. — 1977. — Vol. 44. — P. 542—573.
5. Boyd K. M. // Principles of Health and Ethics / Ed. R. Gillon. — Chichester, 1994. — P. 812.
6. Canguilhem G. La sante concept vulgaire et question philosophique. — Balma, 1990.
7. Canguilhem G. The Normal and the Pathological. — New York, 1991.
8. Engelhardt H. T. // Contemporary Issues in Bioethics / Eds T. L. Beauchamp, L. Walters. — Belmont, 1982. — P. 73—75.
9. Fedoryka K. // Med. Philosophy. — 1997. — Vol. 2. — P. 143—160.
10. Fulford K. W. M. // Theoret. Med. — 1983. — Vol. 14. — P. 305—320.
11. Goosens W. // Philosophy Sci. — 1980. — Vol. 47. — P. 100—115.
12. Hare R. M. // J. Med. Ethics. — 1985. — Vol. 12. — P. 172—181.
13. Lennox J. // J. Med. Philosophy. — 1995. — Vol. 20. — P. 499—511.
14. Mordacci R. // Med. Philosophy. — 1995. — Vol. 20. — P. 475—497.
15. Nordenfelt L. On the Nature of Health: An Action Theoretic Approach. — Dordrecht, 1987.
16. Nordenfelt L. // Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care / Ed. L. Nordenfelt. — Dordrecht, 1994. — P. 35—57.
17. Sade R. M. // J. Med. Philosophy. — 1995. — Vol. 20. — P. 513—525.
18. Scaddling J. C. // J. Med. Ethics. — 1988. — Vol. 14. — P. 118—124.

Поступила 15.10.10

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

© П. В. ШУРУПОВА, 2011
УДК 614.252.2:331.108.45

Р. В. Шурупова

ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ ВРАЧА-ПЕДАГОГА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛАХ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2006—2010 ГГ.)

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

Модернизация социальных институтов в соответствии с новой социальной реальностью и глобальными тенденциями современности предполагает необходимость формирования социальной роли врача-педагога.

Позиция врача как носителя определенных ценностей и норм, члена социальной группы, личности, его поведенческие установки и реальные действия являются определяющими в вопросах качества оказываемых медицинских услуг и обеспечения стабильного функционирования системы здравоохранения в новых условиях [2]. В этой связи резко возрастает роль врача-педагога в процессе передачи и усвоения специальных знаний. Специалисты высокого класса постоянно выступают и как эффективные педагоги; недаром гений и великий организатор отечественной медицины Н. И. Пирогов был одновременно и незаурядным организатором системы образования в целом, и медицинского образования в частности. Проблема включения педагогического компонента в подготовку специалистов-медиков как в определенном смысле практических социологов и педагогических психологов во всем объеме проявилась в отечественной медицине в начале нового века. При этом в первую очередь должен повысить уровень педагогического мастерства врач-педагог медицинского вуза. Предлагая новые методы такого по-

вышения, мы исходили из того, что социологическое обеспечение подобного рода работы должно стать систематическим.

С точки зрения социологии медицины современный врач-педагог медицинского вуза реализует инновационные образовательные программы, открывая новые возможности для повышения усвояемости знаний и умений обучающихся через их подключение к выполнению совместной профессиональной деятельности, а также к решению исследовательских социологических задач.

Рассматривая преподавателя как менеджера, организующего учебно-воспитательный процесс и управляющего им, согласимся с положением, справедливо отмечаемым акад. РАМН, профессором А. В. Решетниковым: "Усложнение экономической ситуации ставит перед менеджерами все более сложные задачи, предъявляет высокие требования не только к их квалификации, но и к личности. Медико-социологические исследования проблем менеджмента требуют выяснения общественного мнения и оценок: состав и рост личных ценностей; изобретательность и восприимчивость к инновациям; высокая способность влиять на окружающих; умение обучать и расширять объем знаний у подчиненных" [6].

Совместно с рядом педагогов-экспериментаторов нами проводилась опытно-экспериментальная работа, основной целью которой была проверка новых форм

Р. В. Шурупова — канд. пед. наук, доц. (akraisai@gmail.com)