

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., Вараваикова 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. (akraisa@gmail.com)

внедрения педагогического компонента в подготовке врачей. В Первом Московском государственном медицинском университете им. И. М. Сеченова (Первый МГМУ), на медицинском факультете Российского университета дружбы народов (РУДН) в образовательный процесс по дисциплинам "Педагогика" и "Педагогические технологии" включали новые формы поисково-творческого образования, а также методы организации эвристической деятельности обучающихся педагогов в блоке учебного материала "Основы эвристико-инновационной педагогики".

Кроме того, в рамках "внутрифирменного" обучения проводились рефлексивно-эвристические семинары и практикумы с преподавателями различных кафедр. Основные темы были посвящены раскрытию для преподавателя таких понятий, как "инновация", "новшество", "инновационные процессы в образовании", "структура эвристико-инновационной деятельности педагога", "технология введения новшеств в образовательный процесс" и др.

В указанном блоке изучались модели вариативного образования, отличающиеся авторским подходом в трактовке идей с акцентом на гуманистическую педагогику.

Слушатели рассматривали различные типы учебных медицинских заведений в России и за рубежом — с их целевыми установками, особенностями организационной структуры, содержанием образования и воспитания, описанием практического опыта работы.

В ходе реализации этого блока в учебном процессе факультетов последипломного образования врачей-педагогов медицинских вузов особое внимание уделялось технике разработки и проведения эксперимента на уровне собственных программ, концепций обучения и воспитания, практических методик и обучающих технологий, что сопровождалось изучением концепции, нормативно-правовых документов в реально существующих учебных заведениях, характеризующих инновационной направленностью, и различных их подструктур.

Программа обучения была рассчитана на 30 ч, включала 10 теоретических конструкторов и предусматривала проведение лекционных, семинарских и "лабораторных" занятий, а также организацию самостоятельной исследовательской работы. На лекционные занятия выносились теоретические вопросы, обеспечивающие целостное понимание ключевых проблем инновационной педагогики, закладывающие методологические и научные основы для последующей самостоятельной работы преподавателя медицинского вуза.

Важнейшим является раздел, посвященный основным положениям инноватики в медицине: в чем сущность нововведений в профессиональном образовании; чем определяются этапы инновационных процессов; какие методы применять, как их анализировать; чем характеризуется эвристико-инновационная среда; как определить готовность педагогического сообщества медиков к организации нововведений; чем определяются социокультурные предпосылки нововведений.

Семинарские занятия предусматривали осмысление ведущих идей эвристико-инновационной педагогики, формирование аналитических умений и концептуальных подходов на основе ее модификаций в медицинском образовании. Слушатели давали оценку моделей образования на основе анализа педагогических концепций, занимались разработками авторских моделей

поисково-творческих учебных занятий со студентами. Лабораторные занятия способствовали формированию у слушателей готовности к работе в медицинских вузах инновационного типа, знакомству с технологией разработки и освоения различных новшеств, с методикой организации педагогического эксперимента, составления авторской учебной программы; проводился и социально-психологический тренинг по разблокированию барьеров творческой деятельности.

Определяющим было создание положительного отношения к новшествам и эвристической деятельности, развитие у врача-педагога желания разработать и внедрить в образовательное пространство свою авторскую программу.

В процессе эксперимента подтвердилось, что формирование профессионально важных качеств у педагога-инноватора в медицинском вузе предполагает осознание им ответов на следующие вопросы: каковы факторы эффективности инновационной деятельности; как сделать инновационную программу; как применять методы генерирования новых идей; как действовать при реализации инновационной программы; как организовать восприятие новшеств коллегами, студентами, администрацией вуза.

В процессе социолого-педагогического эксперимента осуществлялось согласование разных ролей участников этого процесса, изучение возможностей целенаправленного воздействия на их поведение с учетом возникновения их ролевых позиций: содействия инициативам, противодействия им или бездействия. Как известно, эти вопросы в традиционных курсах социологических и педагогических дисциплин специально не рассматриваются, что создает у слушателей впечатление об инновационном процессе как о происходящем в вакууме, что, безусловно, ошибочно, особенно в подготовке высококвалифицированных медиков.

Рефлексивно-инновационный практикум был направлен на развитие эвристического потенциала у обучающегося врача-педагога, под которым подразумевается его способность не только создавать новшества в науке и практике, но и творчески относиться к своему труду, побуждать студентов к решению различных проблемных ситуаций. Это имеет особое значение для врачей-педагогов, так как динамизм и сложность современной ситуации требуют от них освобождения от привычных стереотипов профессиональной деятельности. При этом отличительной особенностью их деятельности выступает способность самому определять процесс введения новшеств в практику вузовского обучения.

Проведенный эксперимент показал, что процесс развития инновационного поведения через "расшатывание" (переструктурирование) стереотипов, препятствующих созданию и введению новшеств, осуществляется с опорой на диалог, дискуссию, рефлексивную инверсию, интервью [4].

Искушенность в творчестве предполагает необходимость искушения творчеством, культивирования профессиональных способностей в процессе сотворчества. Суть методов рефлексивного культивирования состоит в их принципиальной инновационной открытости по отношению к каждой педагогической задаче в созидательном смысле. Одной из основных задач поэтому являлось создание благоприятной инновационной среды в образовательном пространстве медицинского вуза. И опыт показал, что участники рефлексивно-ин-

новационного практикума благодаря интенсивному проживанию социально-педагогической реальности в короткий период вполне успешно преодолевали многочисленные стереотипы.

При этом практикум позволил обучающимся эффективно актуализировать прежний индивидуальный опыт, переосмысливая его с ориентацией на проблемы высшей школы будущего. Потребность в таком переосмыслении появлялась при столкновении обучающихся врачей-педагогов с проблемно-конфликтными ситуациями, когда прежний опыт в качественно изменившихся условиях не способен обеспечить положительных результатов в профессиональной области. Такую ситуацию можно охарактеризовать как творческий кризис, в котором имеются и положительные, и отрицательные моменты. Положительное состоит в том, что состояние кризиса способствует поиску нового, однако если достичь этого не удастся, то дальнейшее развитие ситуации может привести к саморазрушению. В результате создания особой творческой эвристической среды не только происходит обмен информацией по какой-либо проблеме, но также удается объективировать новый смысл, который в дальнейшем будет положен в основу инновационной деятельности.

Рассмотрим подробнее апробированные методы, позволяющие реализовать инновационное поведение врача-педагога. К ним в первую очередь относится развивающийся проблемно-рефлексивный полилог. Целью являются актуализация и развитие у обучающегося творческих возможностей для самостоятельного осмысления проблем эвристико-инновационной деятельности и к принятию инновационных решений. Реализация такого метода в эксперименте состояла из следующих этапов.

1. Нарботка проблем, где каждый участник, не повторяя предыдущего, структурирует и конкретизирует проблемы.
2. Выдвижение идей по решению данных проблем.
3. Коллективное обсуждение этих идей и способов их практической реализации, генерирование вариантов их решения.

Исполнительный смысл организации полилога по "круговой" структуре состоит в том, чтобы, во-первых, обеспечить развивающий эффект не только для наиболее "продвинутых" в постановке и решении различных проблем педагогов, но и для менее осведомленных и творческих обучающихся. Посредством "запрета" выдвинутой ранее идеи на повторение каждым участником достигается эффект максимально продуктивного осмысления выдвинутых альтернативных решений.

Позиционная дискуссия позволяет не только сформировать банк данных о различных педагогических новшествах, но и обеспечить процесс их критического анализа, что предполагает деление учебной группы на 3 части.

Первая группа сосредоточивает внимание на выработке проекта новшества, допуская критику выдвигаемых решений.

Вторая группа выясняет альтернативные варианты относительно предложенного новшества и, основываясь на этом, опровергает утверждения первой группы. Обязанность третьей группы — осуществление синтеза и выработка компромиссных путей решения. Далее группы меняются ролями по кругу, и весь цикл повторяется снова.

В практике обучения возникают ситуации, когда предлагается сразу несколько проектов, каждый из которых содержит конструктивные предложения. В этом случае проводится "аукцион решений" на общем пленуме. Аналитическая экспертиза осуществляется при помощи механизма "продажи" разработанных проектов, "деньгами" выступают последствия от их внедрения. В результате те из них, которые набрали наибольшее количество негативных последствий, исключаются из списка альтернатив.

Основная цель работы на экспериментальной площадке — включение педагогов в инновационный эвристический процесс, в котором они вместе с обучающим преподавателем апробируют свои авторские программы, определяют способы внедрения новшеств, оценивают их эффективность. Групповая исследовательская работа составляет основу технологии организации студентов на экспериментальной площадке; одновременно проводится индивидуальная работа с обучающим инструктором.

В ходе эксперимента были опробованы такие варианты: 2—3 обучающихся разрабатывают одну и ту же проблему, но с разных точек зрения, в разных возрастных группах студентов. Встречаясь один раз в месяц, педагоги сообщают о результатах своих исследований в ходе дискуссии и живого обмена мнениями.

В течение всего эксперимента преподаватели сотрудничали с руководителем семинара (обучающим педагогом) с целью "присвоения" инновационно-эвристического опыта в соответствии с личностными потребностями.

Занятия обучающего типа были направлены на овладение методами проведения инновационной работы, составлением карты наблюдений, уточнением авторских концепций, прогнозированием хода и результатов внедрения нововведений, трудностей, которые могут возникнуть, и т. д. Конечная цель заключалась в обучении построению целостной авторской концепции, чему предшествовало обсуждение в малых группах. В итоге эвристические действия участников и моделирование инновационной деятельности, рождающейся в процессе совместного поиска решения проблем, осваиваются врачами-педагогами и становятся их собственным средством, активно используемым при решении профессиональных проблем различной масштабности. Вот как оценивают инновационный эвристический процесс доцент Р. В. Шурупова и врачи-педагоги А. В. Пронин и Р. В. Разживин: "В большой степени успех методов активного обучения зависит от управленческих умений преподавателя, обстановки в аудитории, которая позволяет студентам не бояться рисковать и обеспечивает удовлетворение запросов студентов. Эти элементы особенно важны при использовании методов активного обучения со студентами, которые имеют мало опыта в содержании, методе, или и в том, и в другом. Самые лучшие намерения преподавателя о проведении дискуссии в аудитории могут разбиться о молчание студентов, потому что они понимают, что именно преподаватель ожидает от них. Без адекватной структуры и подходящей среды неопытные студенты будут сопротивляться участию. Если вид деятельности является новым для большинства студентов, то такая деятельность должна быть тщательно структурирована и объяснена столько раз, сколько необходимо для того, чтобы студенты ее приняли" [7].

Представим результаты контрольного этапа эксперимента, на котором оценивались: I — готовность

Таблица 1

Уровни сформированности осознания врачом-педагогом необходимости непрерывного образования

Уровень	Качественная характеристика
Низкий	Врач-педагог лишь в общих чертах знаком с идеей непрерывного образования, которая его практически никак "не задевает" Врач-педагог не считает для себя обязательным участие в непрерывном образовании, не связывает с ним успешность собственной профессиональной деятельности
Средний	Врач-педагог знаком с идеей непрерывного образования фрагментарно, больше на уровне представлений, нежели на уровне системного знания, конкретные пути самореализации данной идеи представляет смутно Врач-педагог понимает в общих чертах значимость непрерывного самообразования для профессиональной реализации, видит некоторую положительную корреляцию между систематической самообразовательной деятельностью и профессиональной успешностью
Высокий	Врач-педагог владеет теоретическими и технологическими аспектами идеи непрерывного образования, анализирует соответствующие публикации и практический опыт коллег Врач-педагог видит тесную связь и зависимость между "участием" в непрерывном последипломном образовании и уровнем профессиональной реализации

педагога к продолжению непрерывного образования; II — эффективность реализации идей практико-ориентированного обучения в последипломном образовании педагога-медика. Их диагностика проводилась на основе сравнения ряда показателей до и после экспериментального обучения и их соответствующей мотивации.

По осознанию врачом-педагогом необходимости участия в непрерывном образовании были выделены 3 уровня (табл. 1).

С помощью специальных анкет и метода непосредственного наблюдения за характером образовательной и профессиональной деятельности были установлены статистические распределения врачей-педагогов экс-

Таблица 2

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Первого МГМУ (n = 150) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	51	34
Средний	38	42
Высокий	11	22

Таблица 3

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов медицинского факультета РУДН (n = 145) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	59	37
Средний	35	43
Высокий	9	20

Таблица 4

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Первого МГМУ (n = 118) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	51	36
Средний	42	49
Высокий	7	15

Таблица 5

Распределение (в %) по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов медицинского факультета РУДН (n = 115) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	55	38
Средний	37	41
Высокий	5	11

периментальных групп по уровню сформированности мотивации к непрерывному образованию (табл. 2, 3).

Указанное распределение отслеживалось во второй серии эксперимента, который подтвердил релевантность данных, полученных в первой серии в Первом МГМУ и РУДН (табл. 4, 5).

Анализ полученных результатов показывает, что во всех представленных случаях исследуемое качество проявляет положительную динамику: количество врачей-педагогов, соответствующих низкому уровню его сформированности, уменьшается в процессе экспериментального преподавания; по среднему и высокому уровням соответствующий показатель, выраженный в процентах, повышается. Особенно впечатляющие результаты резкого увеличения высокого уровня мотивации отмечены среди врачей-педагогов Первого МГМУ. Здесь наблюдаются наиболее стабильные темпы повышения результативности этого показателя (в обеих сериях: от 11 до 22% в 2006—2008 гг. и от 7 до 15% в 2008—2010 гг.).

Перейдем к обсуждению второго оценочного показателя, включающего:

- уверенность в том, что все усилия, направленные на непрерывное образование, принесут значимый положительный результат;
- готовность к преодолению творческих неудач;
- позитивное восприятие своего прошлого опыта в свете инновационной образовательной деятельности.

Представим соответствующую уровневую схему, выявляющую сформированность многосоставного качества (табл. 6).

Отнесение респондентов к тому или иному уровню сформированности исследуемого качества, характеризующего различные аспекты сформированности ориентиров в области непрерывного образования, проводилось на контрольном этапе эксперимента по результатам выполнения респондентами творческого эссе, в котором предполагалось ответить на ряд вопросов.

1. Влияет ли непрерывное образование на Вашу профессиональную карьеру, по каким конкретно направлениям это влияние осознается Вами?

Дайте подробный развернутый ответ.

2. Что есть в Вашем понимании непрерывное образование:

Таблица 6

Качественные показатели сформированности готовности врача-педагога к непрерывному образованию и преодолению творческих неудач

Уровень	Качественная характеристика
Низкий	Врач-педагог не уверен в положительных результатах своего непрерывного образования (ни в быстро проявляемых, ни в "отсроченных"), не мотивирован к самообразованию, не в состоянии спланировать его, предпринимает по большей части случайные "шаги" в области непрерывного образования и если терпит неудачу, то быстро отказывается продолжать "движение" в выбранном направлении Врач-педагог практически никак не соотносит свой прошлый опыт с проектированием перспективных траекторий в области непрерывного образования
Средний	Врач-педагог проявляет общее понимание положительной корреляции между участием в непрерывном образовании и положительными результатами в профессиональной деятельности, однако целенаправленно спланировать самообразовательную траекторию затрудняется; творческие неудачи надолго тормозят его дальнейшее образовательное "движение" В своем прошлом опыте врач-педагог находит лишь отдельные фрагменты, которые сам может соотнести с выбором образовательной траектории
Высокий	Врач-педагог напрямую связывает участие в процессе непрерывного образования с личностной и профессиональной успешностью, творческие неудачи в большинстве случаев стимулируют продолжение исследовательского поиска в "усиленном режиме" Врач-педагог видит и осознает в диалектическом единстве рефлексии своего прошлого опыта и "вектора" перспективного непрерывного образования

- совокупность эпизодических "шагов", направленных на поддержание педагогом рабочего состояния, степени должного соответствия требованиям времени и задачам высшей профессиональной школы;
- вынужденная, "внешняя", социально детерминированная стратегия самообразовательной деятельности, которую необходимо системно реализовывать;
- один из способов индивидуального мировосприятия и адекватного "существования" в окружающей действительности вообще и в профессиональном микросоциуме в частности.

Дайте подробный развернутый ответ.

3. Вам на кафедре предлагается освоить новый учебный курс. Для этого требуется Ваше системное, кропотливое ознакомление с новым разделом научного знания и его педагогическое адаптирование. При этом в качестве обязательного требования это не выдвигается. Спрогнозируйте и обобщите Ваши действия, акцентируя на следующих возможных вариантах:

а) отказ от этой акции из соображений неоправданно высокой интеллектуальной затратности;

б) достижение с администрацией кафедры договоренности о том, что Вы начинаете работу, но в том случае, если почувствуете значительные трудности, сможете без отрицательных для себя последствий отказаться от предлагаемого проекта;

в) принятие данного предложения безоговорочно — с обязательством довести начатое до логического завершения.

Таблица 7

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Первый МГМУ (n = 150) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	71	44
Средний	25	40
Высокий	4	16

Таблица 8

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Медицинский факультет РУДН (n = 145) в 2006—2008 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	74	42
Средний	23	40
Высокий	3	18

Таблица 9

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Первый МГМУ (n = 145) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	66	38
Средний	29	47
Высокий	5	15

По предложенным вопросам была просьба дать подробный и обоснованный ответ с целью подтверждения релевантности полученных сведений.

Повторялся предыдущий вопрос с акцентом на поиске варианта педагогического адаптирования содержания нового учебного курса — от общей идеи до конкретных методических разработок и вариантов.

4. Предскажите и подробно обоснуйте Ваши действия, акцентируя одно из следующих:

а) полностью абстрагируюсь от собственного предшествующего опыта и начинаю работу с "чистого листа";

б) фрагментарно (интуитивно) использую элементы предшествующего опыта, не задаваясь целью органично соединить их с "рождающимся" эвристическим педагогическим продуктом;

в) систематически опираюсь на предшествующий опыт, реализую в максимально возможной мере идею преемственности этого опыта создаваемым эвристическим продуктам.

В содержании вопросов испытуемому врачу-педагогу и в перечне возможных ответов достаточно явно прослеживается корреляция между их содержанием и качественными уровневными характеристиками; уровневое распределение в различных экспериментальных группах было следующим (табл. 7, 8).

Проведенное повторное исследование в указанных вузах подтвердило релевантность результатов первого исследования (табл. 9, 10).

Таблица 10

Распределение (в %) врачей-педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта. Медицинский факультет РУДН (n = 118) в 2008—2010 гг.

Уровень	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	74	39
Средний	15	39
Высокий	11	22

Анализ представленных распределений показал, что, как и по предыдущему показателю, наблюдается положительная динамика: число респондентов, отнесенных к низкому уровню, в процессе экспериментального обучения уменьшается, а соответствующий показатель для высокого и среднего уровня повышается.

Обсудим динамику, выявленную по такому диагностическому показателю, как готовность врача-педагога к включению в творческую деятельность по проектированию содержания собственного непрерывного образования, выбору и реализации конкретных образовательных траекторий. На контрольном этапе эксперимента сравнивались показатели за год, предшествовавший экспериментальному обучению, и за год, следовавший за моментом его окончания (табл. 11).

Анализ показывает положительную динамику: по всем "положительным" показателям относительное (в процентах) число респондентов возрастает, о чем свидетельствует повышение всех показателей после экспериментального обучения по сравнению с теми, которые формировались до него.

Проведенная оценка позволяет подтвердить положение об эвристическом последипломном обучении врача-педагога вуза как корреляте эффективного не-

прерывного образования, а также подтвердить релевантность представленных в тексте методик.

На контрольном этапе эксперимента обучавшимся врачам-педагогам предлагалось выполнить ряд заданий, по результатам которых выявлялся уровень практической направленности полученных за время обучения знаний и практической применимости сформированных умений. При этом оценка в группах обучавшихся аспирантов и преподавателей, имевших опыт практической педагогической деятельности в высшем медицинском образовании, проводилась отдельно. В частности, обучавшимся аспирантам (начало 3-го года обучения в аспирантуре) на контрольном этапе предлагались следующие задания:

1) по конкретной дисциплине составить рабочую программу, исходя из заранее заданного преподавателем-экспериментатором объема самостоятельной аудиторной и учебной нагрузки, выраженного в академических часах, и его разбиения на лекции, семинарские и лабораторно-практические занятия, привести объяснительную записку с подробным обоснованием выдвинутого решения;

2) составить методические указания для студентов, изучающих конкретный раздел учебной программы или за целостный оконченный учебный курс;

3) разработать систему учебных заданий, применяемых при изучении конкретной учебной темы или нескольких тем.

На этом этапе оценки качества выполнения задания круг экспертов не ограничивался преподавателями педагогических кафедр: в него обязательно включались опытные преподаватели общепрофессиональных и выпускающих кафедр, соответствующих по профилю деятельности тем дисциплинам, которые преподавал оцениваемый аспирант.

Для обучавшихся врачей-педагогов на контрольном этапе эксперимента предлагалось задание: трансфор-

Таблица 11

Статистическая обработка результатов по готовности к включению в творческую деятельность и проектированию самообразовательных траекторий

Качественные показатели включенности в непрерывное образование	Количество их проявивших, %			
	Первый МГМУ		РУДН	
	2007 г.	2010 г.	2007 г.	2010 г.
По собственной инициативе подали заявление на прохождение цикла обучения на ФППК (краткосрочный цикл) и осуществили это	—	15	—	15
По собственной инициативе подали заявление на обучение по программе "преподаватель высшей школы" (двухгодичное очно-заочное обучение — 1080 ч) и приступили к этому процессу	1	20	—	25
Осуществили краткосрочное обучение основам функциональной грамотности за пределами университета:				
• по различным направлениям, связанным с информационно-компьютерными технологиями;	6	25	3	35
• по овладению английским языком на содержательном поле своей специальности;	—	18	3	25
• по другим формам и направлениям	5	15	10	35
Осуществили индивидуальный самообразовательный проект с представлением результатов для коллективного обсуждения научно-педагогического сообщества в виде:				
• доклада на заседании кафедры	—	15	2	25
• доклада на межкафедральной конференции	—	8	—	12
• доклада на университетских и межвузовских конференциях	—	15	—	17
• открытого занятия (лекционного, семинарского, практического)	3	28	—	15
• изданного учебника, пособия, руководства	—	10	1	16
• статьи в научном журнале	3	16	—	17
• монографии	—	—	—	6

Таблица 12

Результаты выполнения задания 1 врачами-педагогами (в %).
Первый МГМУ (n = 121) в 2009 г.

№ п/п	Вариант ответов респондентов	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1.	Привели никак не обоснованное "случайное" распределение материала по темам и видам занятий. При устном собеседовании представить дополнительную информацию затруднились	78	23
2.	Представили продукт, аналогичный п. 1; в процессе устного собеседования дали дополнительную разъясняющую информацию, однако не вполне логически и содержательно завершенную	20	57
3.	Представили подробное и глубоко продуманное обоснование содержания и почасовых нормативов учебного материала, исходя из степени значимости отдельных его блоков, принципов генерализации содержания и требований компактного расхода учебного времени с учетом необходимости повторения наиболее важных элементов изучаемого материала	2	20

мировать традиционное содержание темы или раздела конкретного учебного курса, чтобы в нем были реализованы тот или иной современный педагогический подход, идея, обучающая технология и т. п.

Были выделены диагностические показатели для аспирантов и преподавателей групп, обучавшихся по разработанному автором методикам (экспериментальная группа), в сравнении с аналогичными показателями для врачей-педагогов, которых в системе дополнительного профессионального образования обучали традиционно (контрольная группа; табл. 12).

Очевидно, что наиболее высокому уровню сформированности обсуждаемых дидактических умений будущего врача-педагога соответствует третий вариант ответа, по которому обнаружилось явное преимущество у обучающихся в экспериментальных группах, как и по второму показателю. Аналогичные показатели были обнаружены и у обучающихся в других экспериментальных группах.

Обучавшимся в системе дополнительного образования преподавателям, имеющим опыт педагогической деятельности в рамках задания 1, предлагалось провести трансформацию традиционного содержания темы в учебный блок, реализуемый посредством проблемного обучения (табл. 13).

Им был представлен фрагмент учебной информации по курсу "Нормальная физиология", в котором обсуждалось распределение скорости кровотока в разных отделах кровеносной системы человека. В этом фрагменте, в частности, обсуждалось, что по причине огромного количества одновременно функционирующих капилляров их совокупный просвет во много раз больше просвета крупного эластичного сосуда — аорты, куда кровь поступает непосредственно из левого

Таблица 13

Результаты выполнения задания 1 обучающимися врачами-педагогами (в %) с опытом педагогической деятельности

№ п/п	Результаты выполнения задания	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1.	Осуществлена попытка реализации представленного блока учебной информации в виде проблемного изложения, однако наиболее выигрышные варианты проблематизации содержания учебного материала упущены и не обеспечены методически	58	12
2.	Вариант реализации материала в виде проблемного занятия предложен лишь в эскизном виде; основная идея проблематизации "схвачена", но обоснованное методическое сопровождение отсутствует	37	45
3.	Представлен обоснованный вариант использования предложенного учебного блока в виде проблемного изложения с элементами эвристической беседы, в процессе которой врач-педагог намеренно создавал для обучающихся псевдопротиворечия (аорта гораздо шире одного капилляра и потому скорость в капилляре должна быть большей, что противоречит эксперименту), а затем проектировал вариант учебного диалога, в процессе которого это противоречие разрешалось	5	43

желудочка сердца. На основе этого был сделан вывод, что по этой причине скорость крови в капиллярах значительно меньше скорости в аорте.

Далее педагогам предлагалось реализовать указанный фрагмент учебной информации в логике проблемного изложения с элементами частично-поискового метода (в понимании И. Я. Лернера).

Анализ результатов показывает, что наиболее полный вариант трансформации учебного материала в логике проблемного обучения (ответ № 3) гораздо чаще (43%) реализовывался обучающимися в экспериментальной группе, наименее удачный (ответ № 1) более всего проявлялся в контрольной группе, в которой слушатели обучались по традиционным методикам.

Диагностические задания предполагают выявление сформированности и степени проявления у обучающегося врача-педагога важных дидактических умений в практической педагогической деятельности. Показана доля респондентов, у которых значимо проявляется исследуемое качество (табл. 14).

Приведенные результаты со всей очевидностью показывают, что спектр дидактических умений у респондентов по окончании экспериментального обучения гораздо богаче, чем на этапе констатирующего эксперимента. Это является одним из подтверждений результативности и эффективности разработанных новых методик обучения. Они направлены на осознание

Таблица 14

Результаты диагностики сформированности различных умений и качеств по результатам экспертной оценки у обучающихся врачей-педагогов (в %). Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (n = 121) в 2009 г.

№ п/п	Умение или качество	Констатирующий	Формирующий
1.	Врач-педагог не начинает излагать содержания лекции (семинара), не убедившись в наличии у обучающихся потребности в этом знании	10	58
2.	В течение лекции врач-педагог старается обеспечить потребность в усвоении ее содержания	15	37
3.	Врач-педагог убеждается в наличии у обучающихся опорных знаний для восприятия нового содержания	5	53
4.	Врач-педагог старается изложить содержание предельно ясно	5	53
5.	Врач-педагог поощряет вопросы в процессе лекции	3	27
6.	Врач-педагог старается ответить на все вопросы, даже если они за рамками содержания лекции	1	25
7.	Врач-педагог обращает внимание на формулировку вопроса (корректирующее)	15	38
8.	Врач-педагог проблематизирует обучающихся в процессе лекции (семинара)	1	25
9.	Врач-педагог поощряет появление во время лекции дискуссий	3	41
10.	Испытывает потребность в изменении традиционных методик	15	54
11.	Врач-педагог готов к обсуждению новых идей организации учебного процесса	20	85
12.	Врач-педагог выявляет факторы, мешающие творчески относиться к делу	4	38
13.	Врач-педагог идет на эксперимент в учебном процессе	16	28
14.	Врач-педагог одобряет и поддерживает творческий подход обучающихся	15	46
15.	Врач-педагог признает необходимость повышения своей квалификации	20	83

обучающимся преподавателем необходимости участия в непрерывном образовании и самообразовании, повышение уровня уверенности педагога в том, что усилия, затрачиваемые им на самообразование, принесут положительные результаты, его готовности к преодолению творческих неудач и к позитивному восприятию собственного опыта и, наконец, потребности к включению в творческую деятельность по проектированию непрерывного образования. Отметим, что в третьем тысячелетии врачи-педагоги уже не могут в методологическом плане апеллировать к отжившим догмам. В подтверждение этой концепции приведем ценные мысли известного педагога XIX в. П. Ф. Каптерова: "Брать убеждения и идеалы напрокат, как платье или

музыкальный инструмент, пассивно применяться к моде и господствующему течению — постыдно. Педагог должен открыто заявить, что он держится таких-то убеждений и идеалов, а они, воспитываемые, должны сами составить себе собственные идеалы и убеждения. Лишить других свободы в составлении убеждений и идеалов значит придавить их личность, отнять у них самое дорогое и, вместе, совершенно извратить педагогический процесс. Он будет тогда заключаться не в развитии самобытных личностей, а в фабрикации мелких людшек с одним общим клеймом" [3].

При экспертной оценке по указанным выше показателям в ряде случаев выявлена возможность ранжировать результаты по трехуровневому шкалам, включающим высокий, средний и низкий уровни сформированности у педагога исследуемых умений и качеств, на основе анализа ответов на специальные вопросы и результатов выполнения предложенных обучающим педагогом творческих заданий.

Обработка полученных результатов указывает на положительную динамику, выражающуюся двояко:

- либо через перераспределение числа обучающихся врачей-педагогов по уровням сформированности различных умений и качеств с итоговым увеличением в процессе экспериментального обучения числа врачей-педагогов с высоким и средним уровнями сформированности исследуемых умений и качеств;
- либо через рост относительного числа респондентов, проявивших сформированность того или иного дидактического или самообразовательного умения или качества, на этапе окончания формирующего эксперимента по сравнению с этапом эксперимента.

В заключение следует отметить, что у врачей-педагогов медицинского вуза должна быть возможность на высоком уровне поддерживать свою педагогическую квалификацию для качественной подготовки врача, соответствующей запросам здравоохранения [1].

На материалах социологического эмпирического исследования двух вузов России (2006—2010 гг.) прослежена необходимость формирования социальной роли врача-педагога, поддержки и регуляции его новых деятельностных возможностей, обеспечения вариантов реализации социального и профессионального потенциала врачей-педагогов, адаптации их к социально-педагогическим инновациям.

Ключевые слова: социологическая подготовка врачей-педагогов, повышение квалификации преподавателей, мотивация, изобретательность и восприимчивость к инновациям

The formation of social role of physician-pedagogue in the system of continuous postgraduate training based on the materials of the empirical study 2006-2010

R. V. Shurupova

The data of sociologic empirical study (2006-2010) was used to monitor the need in formation of the social role of physician-pedagogue. The study included such aspects of physician-pedagogues as the support and regulation of new possibilities, the provision of alternatives in realization of social and professional potential, the adaptation to sociologic pedagogic innovations.

Key words: sociologic training of physician-pedagogue, pedagogue training, motivation, inventiveness, susceptibility, innovation

ЛИТЕРАТУРА

1. Денисов И. Н., Чекнёв Б. М., Косарев И. И. Гармонизация высшего медицинского образования России. Настоящее и будущее / Под ред. М. А. Пальцева. — М., 2007. — С. 373—380.
2. Ефименко С. А. Социальный портрет участкового врача-терапевта / Под ред. А. В. Решетникова. — М., 2005. — С. 12.

3. Кантеров П. Ф. Избранные пед. соч. — М., 1982. — С. 207.
4. Попков В. А., Коржухов А. В. Дидактика высшей школы. — М., 2004. — С. 114—125.
5. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. — М., 2002.
6. Решетников А. В. // Социол. мед. — 2007. — № 1. — С. 4.
7. Шурупова Р. В., Пронин А. В., Разживин Р. В. // Итоги реализации программы формирования инновационного образовательного пространства ММА им. И. М. Сеченова: Материалы науч.-метод. конф. сотрудников Академии, посвящ. 250-летию ММА им. И. М. Сеченова. — М., 2007. — С. 228.

Поступила 30.09.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 614.2:616-07

Ю. И. Бравве, Т. К. Федорова, С. А. Песков, Н. Н. Величина, А. Б. Масленников

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО НОВОСИБИРСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В КОНТЕКСТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области
Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр

В современных условиях здоровье граждан страны стало важнейшей общенациональной проблемой России. Состояние физического и духовно-нравственного здоровья российской нации достигло пределов, за которыми явно просматривается угроза национальной безопасности России, ее будущего. Многие годы в стране наблюдается ухудшение здоровья населения, сокращается средняя продолжительность жизни, растет смертность, особенно в трудоспособном возрасте, увеличивается число лиц, злоупотребляющих табакокурением, алкоголем и использующих наркотические вещества. Кризис общественного здоровья явился следствием резких изменений социально-экономических условий жизнедеятельности людей [1, 2, 18—20].

Новосибирск является одним из крупнейших административных и промышленных центров Российской Федерации. В регионе сосредоточены ведущие предприятия оборонного комплекса, среднего и тяжелого машиностроения, других ресурсоемких производств. За последние годы в Новосибирской области и городе отмечается существенный рост заболеваемости лиц трудоспособного возраста болезнями сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, нейроэндокринной систем, опорно-двигательного аппарата. Ухудшается репродуктивное здоровье работающего населения. Охрана здоровья трудовых ресурсов страны в целом и отдельных регионов — одна из важнейших медико-социальных задач системы здравоохранения [3, 12—15, 24, 25].

В сложившейся ситуации исследования социально-экономического потенциала общественного здоровья, установление принципов его формирования позволяют составлять научно обоснованные прогнозы и принимать оперативные, текущие и стратегические управляющие решения, позитивно модернизирующие и/или лимитирующие негативные тенденции в развитии здравоохранения. В этом контексте следует воспринимать подходы к модернизации системы здравоохранения, очерченные в разработанном Минздравсоцразвития Российской Федерации проекте концепции развития здравоохранения России до 2020 г. [3, 7, 14].

Модернизация системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования (ОМС) включает в себя соблюдение преимущественно страховых принципов финансирования медицинской помощи, в том числе переход от сметного финансирования к оплате за объемы и качество оказанной медицинской помощи в системе ОМС. Законодательно установлен минимальный размер страхового взноса на ОМС работающего населения, определен порядок предоставления гражданам медицинской помощи по программе государственных гарантий, обеспечено соответствие гарантированной медицинской помощи стандартам, утвержденным Минздравсоцразвития Российской Федерации. Формирование и финансовое обеспечение территориальных программ ОМС должно осуществляться с учетом половозрастного состава и состояния здоровья населения в регионах РФ. Предусматривается обеспечить развитие конкурентной модели на основе равного доступа медицинских организаций различных организационно-правовых форм к реализации территориальных программ ОМС [8—10, 14, 22, 25—27].

Как в рамках государственных медицинских учреждений, так и при использовании коммерческих медицинских учреждений для профессионального достоинства медицинских специалистов должно быть важно, чтобы населению соответствующего населенного пункта, района, региона было предоставлено доступное, полноценное и на современном уровне обеспечение (востребованное) медицинской помощью, потому что именно в этом состоит смысл деятельности и самого существования медицинских учреждений, к какой бы форме они не принадлежали [15, 21].

Материально-технические возможности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), особенно первичного звена, где в соответствии с этапом медицинской помощи оказываются догоспитальные, внегоспитальные и реабилитационные медицинские услуги, зависят от реалити системы здравоохранения в данном регионе, от состояния экономики здравоохранения страны в целом. Экономика страны в настоящее время находится в стадии преодоления последствий мирового экономического кризиса, что диктует необходимость максимально рационального расходования средств, в том числе и на здравоохранение. Стратегия развития материально-технических возможностей ЛПУ должна основываться на разработке прогнозов процессов, характеризующих здо-

Ю. И. Бравве — д-р мед. наук, главврач (secred@ngs.ru);
Т. К. Федорова — зам. главврача по медчасти (8-383-226-17-97);
С. А. Песков — д-р мед. наук, проф., рук. лабслужбы (8-383-225-35-94); Масленников А. Б. — канд. мед. наук, зав. обл. науч.-практич. лаб. ДНК-диагностики (8-383-226-09-73)