

С.А. Ефименко,
д.с.н., профессор, заместитель директора по научной
работе НИИ социологии медицины, экономики
здравоохранения и медицинского страхования
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Р.В. Шурупова,
к.п.н., доцент, академик РАЕН, заведующая отделом
социологии управления здравоохранением
НИИ социологии медицины, экономики
здравоохранения и медицинского страхования
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

S.A. Efimenko,
Doctor of sociology, prof., deputy director for science of the
Research Institute of Sociology of Medicine, Economics of
Health and Medical Insurance of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

R.V. Shurupova,
PhD, lecturer, academician of RANS, head of the
Department of Sociology of Health Management of the the
Research Institute of Sociology of Medicine, Economics
of Health and Medical Insurance of the First MSMU
named after I.M. Sechenov

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СОЦИАЛЬНОЙ РОЛИ ВРАЧА-ПЕДАГОГА В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

CONCEPTUAL APPROACHES TO THE FORMATION OF PHYSICIAN-TEACHER SOCIAL ROLE IN CONTINUING POSTGRADUATE EDUCATION SYSTEM

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Светлана Алексеевна Ефименко, заместитель по научной работе директора НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования

Адрес: 119021, г. Москва, ул. Россолимо д. 11 стр. 2

Телефон: 8 (499) 246-12-03

E-mail: socmed-1mgmu@mail.ru

Аннотация. Данная статья содержит материалы социологического исследования и рассмотрения ряда принципиальных вопросов, касающихся необходимости формирования социальной роли врача-педагога, поддержки и регуляции его новых профессиональных возможностей, обеспечения вариантов реализации социального и профессионального потенциала врачей-педагогов, адаптации их к социолого-педагогическим инновациям.

Annotation. On materials of sociological empirical research of two universities of Russia (2006 – 2010) necessity of formation of a social role of the doctor-teacher, support and its regulation new possibilities, maintenance of variants of realization of social and professional potential of doctors-teachers, their adaptation to sociologo-pedagogical innovations is tracked.

Ключевые слова. Социологическая подготовка врачей-педагогов; повышение квалификации преподавателей; мотивация; изобретательность и восприимчивость к инновациям.

Keywords. Sociological preparation of doctors-teachers; improvement of professional skill of teachers; motivation; an ingenuity and a susceptibility to innovations.

Сфера исследований по социологии медицины неуклонно расширяется. Это вызвано потребностью в осмыслении всех систем и структур здравоохранения, претерпевающих сегодня существенные трансформации.

В условиях современной России удалось сохранить предшествующие социальные наработки, со-

ставившие славу отечественной медицины, и это было достигнуто потому, что такая важная фигура для трансляции профессиональных знаний и умений, а также высоко значимых социальных навыков как врач-педагог сумела поддержать свой высоко значимый для функционирования общества статус.

В данной связи социологический анализ современных процессов формирования и реализации социальной роли врача-педагога в отечественной медицине отличается и повышенной актуальностью, и научной продуктивностью, и практической применимостью.

Вопрос еще заключается и в том, что, как отмечает С.А. Ефименко, «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 в этом плане 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 стала во всем объеме 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 повышения, 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 и управляющего учебно-воспитательным процессом, согласимся с положением, справедливо отмечаемым А.В. Решетниковым — академиком РАМН, профессором Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова: «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»[5].

Совместно с рядом педагогов-экспериментаторов нами проводилась опытно-экспериментальная работа, основной целью которой была проверка новых форм внедрения педагогического компонента в подготовке врачей. В Первом Московском государственном медицинском университете имени 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 обучавшихся 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 другие.

В данном блоке изучались модели вариативного образования, отличающиеся авторским подходом в трактовке идей с основой 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 данного 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 часов, включала 10 теоретических конструктов 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 социо-культурные 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 инновационных типах медицинских вузов, 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 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 не только его способность к созданию новшеств в науке и практике, но и способность 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 полилог, 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-инновационного 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. Данную 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 происходит не только 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 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 три 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 слушателями методами проведения инновационной работы; составлением карты наблюдений, уточнением авторских концепций, прогнозированием хода и результатов внедрения нововведения, 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 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 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, их соответствующей мотивации.

По осознанию врачом-педагогом необходимости участия в непрерывном образовании были выделены следующие три уровня (таблица 1):

Таблица 1

Уровни сформированности осознания врачом-педагогом необходимости непрерывного образования

Уровни	Их 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

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

по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию (таблица 2).

Таблица 2

Распределение по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Первый МГМУ (N—150 чел., 2006 — 2008 гг.)

Уровни сформированности мотивации преподавателей	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
низкий	51%	34%
средний	38%	42%
высокий	11%	22%

Таблица 3

Распределение по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Медицинский факультет РУДН (N—145 чел., 2006 — 2008 гг.)

Уровни сформированности мотивации преподавателей	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
низкий	59%	37%
средний	35%	43%
высокий	9%	20%

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

Таблица 4

Распределение по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Первый МГМУ (N—118 чел. 2008 — 2010 гг.)

Уровни сформированности мотивации преподавателей	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
низкий	51%	36%
средний	42%	49%
высокий	7%	15%

Таблица 5

Распределение по уровням сформированности мотивации к непрерывному образованию врачей-педагогов Медицинский факультет РУДН (N=115 чел., 2008 – 2010 гг.)

Уровни сформированности мотивации преподавателей \ Относительное число	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
низкий	55%	38%
средний	37%	41%
высокий	5%	11%

Как видно из анализа полученных результатов, во всех представленных случаях исследуемое качество проявляет положительную динамику: относительное число врачей-педагогов, соответствующих низкому уровню его сформированности, понижается в процессе экспериментального преподавания; по среднему и высокому уровням соответствующие показатели, выраженные в процентах, повышаются. Особенно впечатляющие результаты резкого увеличения высокого уровня мотивации 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 в себя:

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

Представим соответствующую уровневую схему, выявляющую сформированность данного многоаспектного качества (таблица 6)

Отнесение респондентов к тому или иному уровню сформированности исследуемого качества, характеризующего различные аспекты наличия 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:

— совокупность эпизодических «шагов», направленных на поддержание педагогом рабочего состояния, степени должного соответствия требованиям времени и социальному заказу высшей профессиональной школы;

Таблица 6

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

Уровни	Качественные характеристики
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 соотносить 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

— вынужденная, «внешняя», социально детерминированная стратегия самообразовательной деятельности, которую необходимо систематично 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, акцентируясь 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 начнете работу, но в том случае, если почувствуете значительные трудности, то сможете без отрицательных для себя последствий отказаться от предлагаемого проекта;

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

По предложенным вопросам была сделана 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, акцентируясь на одном из следующих утверждений:

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 уровневыми характеристиками, уровневое распределение в различных экспериментальных группах было следующим (таблица 7).

Таблица 7

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

Уровни сформированности мотивации преподавателей \ Относительное число	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	71%	44%
Средний	25%	40%
Высокий	4%	16%

Таблица 8

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

Уровни сформированности мотивации преподавателей \ Относительное число	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	74%	42%
Средний	23%	40%
Высокий	3%	18%

Проведенное повторное исследование в указанных вузах подтвердило релевантность результатов первого исследования (таблица 9).

Таблица 9

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

Уровни сформированности мотивации преподавателей \ Относительное число	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий	66%	38%
Средний	29%	47%
Высокий	5%	15%

Таблица 10

Распределение врачей- педагогов по уровням сформированности готовности к непрерывному образованию, к преодолению творческих неудач и позитивному восприятию собственного опыта РУДН (N— 118 чел. 2008-2010 гг.)

Уровни сформированности мотивации преподавателей	Относительное число	До начала эксперимента	По окончании эксперимента
Низкий		74%	39%
Средний		15%	39%
Высокий		11%	22%

Из анализа представленных распределений видно, что, как и по предыдущему показателю, наблюдается положительная динамика: число респондентов, отнесенных к низкому уровню, в процессе экспериментального обучения понижается, а соответствующие показатели для высокого и среднего уровней увеличиваются.

Обсудим динамику, выявленную по такому диагностическому показателю как готовность врача-педагога к включению в творческую деятельность по проектированию содержания собственного не-

прерывного 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 (таблица 11).

Анализ показывает положительную динамику: по всем «положительным» показателям относительное (выраженное в %) число респондентов возрастает, о чем свидетельствует повышение всех показателей после экспериментального обучения по сравнению с тем, что формировалось до него.

Проведенная диагностика позволяет подтвердить положение об эвристическом последипломном обучении врача-педагога вуза как корреляте эффективного непрерывного 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 диагностика 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 обуче-

Таблица 11

Статистическая обработка результатов по готовности к включению в творческую деятельность и проектированию самообразовательных траекторий; левая колонка — результаты за 2007 год, правая — за 2010 год

Качественные показатели включенности в непрерывное образование	Относительное число педагогов, их проявивших		Первый МГМУ		РУДН	
1. По собственной инициативе подали заявление на прохождение цикла обучения на ФППК (краткосрочный цикл) и осуществили это	-	15%	-	15%	-	15%
2. 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%	-	25%
3. Осуществили краткосрочное обучение основам функциональной грамотности за пределами университета:						
а) по различным направлениям, связанным с информационно-компьютерными технологиями;	6%	25%	3%	35%		
б) по овладению английским языком на содержательном поле своей специальности;	-	18%	3%	25%		
в) по другим формам и направлениям.	5%	15%	10%	35%		
4. Осуществили индивидуальный самообразовательный проект с представлением результатов для коллективного обсуждения научно-педагогического сообщества в виде:						
а) доклада на заседании кафедры;	-	15%	2%	25%		
б) доклада на межкафедральной конференции;	-	8%	-	12%		
в) доклада на университетских и межуниверситетских конференциях;	-	15%	-	17%		
г) открытого занятия (лекционного, семинарского, практического);	3%	28%	-	15%		
д) изданного учебника, пособия, руководства;	-	10%	1%	16%		
е) статьи в научном журнале;	3%	16%	-	17%		
ж) монографии	-	-	-	6%		

Таблица 12

Результаты выполнения задания (Первый МГМУ, 2009 г., N–121 чел.)

Варианты ответов респондентов	Контрольная группа	Эксперимент. 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 завершённую.	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%

ния 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 диагностируемый аспирант.

Для обучавшихся врачей-педагогов на контрольном этапе эксперимента предлагалось задание: трансформировать традиционное содержание темы или раздела конкретного учебного курса, чтобы в нем был реализован тот или иной современный педагогический подход, идея, обучающая технология и т.п.

Были выделены диагностические показатели для аспирантов и преподавателей групп, обучавшихся по разработанным автором методикам, в сравнении с аналогичными показателями для врачей-педагогов, которых в системе дополнительного профессионального образования обучали традиционно (таблица 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 педаго-

Таблица 13

Результаты выполнения задания № 1 обучающимися врачами-педагогами с опытом педагогической деятельности

Результаты выполнения задания	Контрольная группа	Эксперимент. 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 большой, что противоречит эксперименту), а затем проектировал вариант учебного диалога, в процессе которого данное противоречие разрешалось.	5%	43%

гической деятельности в рамках задания № 1, предлагалось провести трансформацию традиционного содержания темы в учебный блок, реализуемый посредством проблемного обучения.

Им был представлен фрагмент учебной информации по курсу «Нормальная физиология», в котором обсуждалось распределение скоростей кровотока в различных отделах кровеносной системы человека. В данном 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 желудочка сердца. На основе этого делался вывод о том, что по этой причине скорость крови в капиллярах значительно меньше аортной скорости.

Далее педагогам предлагалось реализовать данный 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 реализовывался обучающимися в экспериментальной группе (43%), 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 приведенное слева исследуемое качество (таблица 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 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; наконец, потребность 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

Таблица 14

Результаты диагностики сформированности у обучающихся врачей-педагогов различных умений и качеств по результатам экспертной оценки (Первый МГМУ, 2009 г., N – 121 чел.)

Умение или качество	Констатирующий	Формирующий
1. Врач-педагог не начинает излагать содержания лекции (семинара), не убедившись в наличии у обучаемых 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 обучаемых 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 обучаемых 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%

платье и 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 людишек с одним общим клеймом» [3].

При экспертной оценке по указанным выше данным показателям в ряде случаев выявлена возможность ранжировать результаты по трехуровневым 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:

а) 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;

б) 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.

У врачей-педагогов медицинского вуза должна быть возможность на высоком уровне поддерживать свою педагогическую квалификацию для качественной подготовки врача, соответствующей запросам здравоохранения [1].

Подходя к проблеме формирования социальной роли врача-педагога в системе непрерывного

последипломного образования с позиций социологии медицины, мы можем сформулировать авторское определение социальной роли врача-педагога. *Социальная роль врача-педагога — это феномен поведенческого образца врача при вхождении в организационную культуру педагога и адаптации к ней (к ее обычаям, к традициям, к церемониям, к моральным и к правовым нормам, к изменениям в статусной позиции, к требованиям имеющейся социальной структуры) и, наоборот, — это феномен идентификации педагога при его вхождении в организационную культуру врача.*

Список литературы

1. Денисов И.Н., Чекнев Б.М., Косарев И.И. Гармонизация высшего медицинского образования России. Настоящее и будущее / Под редакцией М.А. Пальцева. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2007. — С. 373–380.
2. Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача-терапевта / Под ред. академика РАМН, профессора А.В. Решетникова. Монография. — М.: Здоровье и общество, 2005. — С.12.
3. Каптеров П.Ф. Избр. пед. соч. — М., 1982. — С. 207.
4. Попков В.А., Коржуев А.В. Дидактика высшей школы. — М.: Академа, 2004. — С.114–125.
5. Решетников А.В. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины (Часть I) // Социология медицины. — 2007. — №1. — С.4.
6. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. — М.: Медицина, 2002.
7. Шурупова Р.В., Пронин А.В., Разживин Р.В. Оптимизация управленческих механизмов при использовании методов активного обучения на занятиях по педагогике на ФДПОП // Итоги реализации программы формирования инновационного образовательного пространства ММА им. И.М. Сеченова. Материалы научно-методической конференции сотрудников Академии, посвященной 250-летию ММА им. И.М. Сеченова. — М.: МДВ, 2007. — С.228.