

Петрова Лариса Евгеньевна,

кандидат социологических наук, доцент, докторант, кафедра теоретической и прикладной социологии, Уральский государственный педагогический университет (Екатеринбург); 620017, г. Екатеринбург, пр-т Космонавтов, 26; e-mail: docentpetrova@gmail.com.

УСТАНОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ОБЩЕКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ КАК ИНДИКАТОР ИХ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социальная компетентность; общекультурные компетенции; профессиональное медицинское образование.

АННОТАЦИЯ. Социальная компетентность студентов-медиков рассматривается как система, включающая ценностное отношение к объекту профессиональной деятельности, социальные знания, способность и желание к действию в обществе. Общекультурные установки рассматриваются на примере студентов-медиков – будущих врачей и по результатам анкетирования характеризуются высокой степенью интериоризации с акцентированием их профессиональной значимости, гомогенностью и универсальностью.

Petrova Larisa Evgenievna,

Candidate of Sociology, Associate Professor, Doctoral Student, Chair of Theretical and Applied Sociology, Ural State Pedagogical University (Ekaterinburg).

GOAL SETTING ON GENERAL CULTURAL COMPETENCE AS INDICATOR OF SOCIAL COMPETENCE OF MEDICAL STUDENTS

KEY WORDS: social competence; general cultural competence; professional medical education.

ABSTRACT. Social competence of medical students is considered as a system, including the value relation to the object of professional activities, social skills, and the ability and desire to act in society. General cultural goal settings are considered on the example of medical students, future doctors and according to the results of the survey are characterized by a high degree of interiorization with accentuation of their professional significance, homogeneity and versatility.

Задача описать адекватность (процессуальную и результативную) подготовки студентов в вузе запросам общества не является сугубо научной. Каждый из преподавателей (особенно со стажем работы) рефлексирует на тему о том, «как изменились нынешние студенты». Часто коллеги сетуют на «падение уровня общей культуры» и «низкий уровень образования» студентов; преподаватели не удовлетворены учебной и профессиональной активностью молодого поколения профессионалов. Оценки преподавателей можно дополнить сведениями о социальном эффекте высшего профессионального образования: сегодня диплом об окончании вуза больше не является социальным лифтом (1), а лишь дает его обладателю доступ к рынку более или менее квалифицированного и, в основном, умственного труда.

Несмотря на введение федеральных государственных образовательных стандартов (с их подробным перечнем компетенций), проблемы с тем, чему учить студентов, у большинства исследователей и преподавателей вузов остались (10). Чему отдавать приоритет – теории или практике? Ориентации на фундаментальность или на мобильность? Привязанности к профессии или свободе в распоряжении своим социальным капиталом (4)? С исследовательской точки

зрения эти актуальные вопросы должны быть операционализированы в научных терминах. ФГОС предлагают нам конструкт «компетенций». Термин стал широко употребимым, хотя конвенциональности в его интерпретации достичь так и не удается.

Чтобы описать, готов ли выпускник медицинского вуза к выполнению социальной роли врача и какова роль высшего медицинского образования в воспроизводстве гуманистических ценностей профессии (8), в социально-гуманитарных науках используются такие понятия, как «конвертация профессионального образования и социального капитала», «соответствие профессиональным стандартам», «принятие социальной роли», «социальное самочувствие как реализованность ожиданий» и др. Однако практический опыт оценки готовности выпускника вуза к компетентной профессиональной деятельности предполагает обращение к понятию «компетентность». Понятие «социальная компетентность» предлагается для характеристики готовности студентов-медиков к реализации социальной роли врача в современном российском обществе. При этом компетенции мы понимаем как составляющие указанного понятия, о чем еще пойдет речь далее.

В российской социально-гуманитарной науке в настоящее время термины «компе-

тенции» и «компетентность» являются крайне востребованными, широко используемыми. Об этом можно судить по результатам поиска в «Научной электронной библиотеке» (eLIBRARY.RU): обнаруживается большое число релевантных рассматриваемой проблеме источников (данные приведены на 12 апреля 2013 г.). Динамика публикаций показательна: так, по запросу «социальная компетентность» всего в базе данных 16,6 тыс. источников, из которых 34% опубликовано за последний год. Это – очевидное свидетельство повышенного интереса к анализу частных компетенций и социальной компетентности в целом.

Для анализа социальной компетентности студентов медицинского вуза представляет особый интерес социально-философский и социологический анализ рассматриваемого понятия. Первый представлен в статье С. З. Гончарова «Социальная компетентность личности: сущность, структура, критерии и значение», в которой автор дает следующее определение: «Социальная компетентность личности есть интегративное социальное качество личности, включающее в свой состав ясное ценностное понимание социальной действительности, конкретное социальное знание как руководство к действию, субъективную способность к самоопределению, самоуправлению и нормотворчеству; умение осуществлять социальные технологии в главных сферах жизнедеятельности (в системе социальных институтов, норм и отношений) согласно должному уровню культуры, нравственности и права» (2, с. 4). Социально-философское содержание приведенного определения вполне можно операционализировать, хотя и трудно перевести в риторику образовательных стандартов.

Социологическая интерпретация дана в публикациях Е. В. Прямиковой (в том числе созданных в соавторстве с Н. В. Веселковой): «Социальная компетентность в современном обществе означает способность человека выстраивать стратегии взаимодействия с другими людьми в окружающей его изменяющейся социальной реальности. Она предполагает в равной степени и освоение вариантов взаимодействия с окружающими, способов достижения целей, и понимание сути происходящего, предвидение последствий собственных действий» (6, с. 127).

Как видим, авторы придерживаются разной методологии в описании общества, в обосновании актуальности конструирования взаимодействия. Однако и в том, и в другом случае очевидны опорные пункты: ценностное отношение, социальные знания, способность и желание к действию в обществе. Чтобы применить эту конструк-

цию к высшему профессиональному образованию, следует указать на особенности современного медицинского образования, по крайней мере на ключевые: высокую скорость технологических изменений в образовании и профессии, остроту этических проблем в оказании медицинской помощи, статус социально-профессиональных групп в отечественном здравоохранении (4) и др.

По нашему мнению, структура понятия «социальная компетентность студентов-медиков» включает в себя: 1) ценностные установки, 2) объем и качество усвоения знаний в рамках образовательной программы, 3) желание и способность применить их в профессиональной деятельности. Каждый из элементов можно эмпирически интерпретировать и операционализировать.

Аксиологический компонент социальной компетентности студентов-медиков включает оценочные установки на определенные виды деятельности и социальные объекты профессиональной активности. Установки на общекультурные компетенции являются эмпирическим индикатором социальных установок, ценностного отношения к профессии. В данных установках фиксируется целевой и смысловой уровень социальных установок.

Анализ установок на общекультурные компетенции студентов-медиков основан на результатах очного аудиторного анкетирования студентов 1, 3 и 5 курсов лечебно-профилактического и педиатрического факультетов Уральской государственной медицинской академии, УГМА (n = 625). Исследование проводилось в октябре 2012 г., и автор выражает благодарность за содействие коллегам с кафедры социальной работы (П. В. Ивачеву, К. В. Кузьмину, С. Н. Куликову), а также студентам факультета социологии УрГПУ Ю. Перепечиной и М. Таскаевой за успешную полевую работу во время практики. Выборка была сплошной: опрашивались все присутствующие на учебной лекции в аудитории студенты. Однако мы отдаем себе отчет в том, что отсутствующие на занятии могли иначе оценивать важность общекультурных компетенций, что приводит к традиционному в подобного рода исследованиях смещению в сторону позитивных оценок.

Студентам было предложено оценить важность знаний, умений, навыков 1) для профессии и 2) для жизни (всего в списке 15 индикаторов). Респондентам это было сделать просто: студент ставил в табличном опроснике «плюс», если считал пункт важным, «минус», если не считал качество важным, или знак вопроса, если затруднялся с ответом. То, что ответить на вопрос было так легко, сослужило нам плохую служ-

бу: это, возможно, привело к систематическому смещению в пользу положительного выбора. Правда, фиксируется существенный разброс оценок в части важности для профессии – от 33 до 99% положительных ответов. Точный ответ на вопрос о валидности нашего измерения может дать только методический эксперимент, а мы такой работой не занимались (5), что следует учитывать при интерпретации данных.

Помимо указанной методической особенности опросного инструмента, следует указать и на другие важные характеристики. Набор индикаторов-установок мы формировали двумя путями: использовали формулировку общекультурных компетенций из ФГОС по лечебному делу и педиатрии (они совпадают), а также те индикаторы, которые полагали важными, реально существующими в образовательной практике, но которые не указаны в нормативном документе. Это было связано с гипотезой о рамочном характере стандарта в формировании социальной компетентности студентов-медиков и возможностях его дополнения. Гипотеза подтвердилась: «внеФГОСные» компетенции были весьма высоко оценены студентами. Интерпретировать это можно в том числе с учетом идеи о пределах регламентации образования, стандартизации его содержания и форм.

Методически важно указать и на труд-

ности измерения установок вообще. Мы исходили из классического понимания социальной установки, или аттитюда, заложенного еще в исследованиях У. Томаса и Ф. Знанецкого: это переживание индивидом ценности, значения, смысла социального объекта, состояние сознания индивида относительно некоторой социальной ценности. Социальная установка не только определенное состояние сознания, выражающее готовность к реакции. Она формируется на основе предшествующего опыта и оказывает направляющее и динамическое влияние на поведение индивида. По сути социальная установка – это один из механизмов социализации, в нашем случае – профессиональной социализации в медицине.

Отдаем себе отчет не только в сложности методологического и методического обеспечения достоверности измерения установок, но и в наличии иного ограничения. Мы фиксировали только когнитивную и отчасти эмоциональную части аттитюда, игнорируя поведенческий компонент. Ясно, что именно согласованность этих частей указывает на социальную установку как возможный регулятор поведения человека. Соответствующая задача в данном исследовании не ставилась, однако считаем ее крайне важной для характеристики социальной компетентности студента-медика в целом.

Таблица

Ответы студентов УГМА на вопрос «Что для вас как для будущего врача и человека (личности) важно в получаемом в УГМА образовании?», %

Компетенции	Важно для профессии	Важно для жизни
Знание и умение применять моральные и правовые нормы, соблюдать правила врачебной этики	99	85
Знание психологических особенностей пациентов	99	73
Знание современного общества, умение анализировать социальные причины здоровья и болезни	97	80
Владение компьютером, умение использовать Интернет	95	97
Готовность к логичному и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии, полемики	95	94
Умение вести воспитательную и педагогическую деятельность, разрешать конфликты, быть толерантным	94	91
Знание методов управления и умение использовать их, организовывать работу других людей	93	89
Владение иностранным языком	87	87
Умение проводить гуманитарную экспертизу пациента	85	53
Знание истории медицины, историко-медицинской терминологии	84	41
Анализ социально-значимых проблем и процессов	77	88
Анализ мировоззренческих, социально и лично значимых философских проблем	55	77
Знание истории, уважительное и бережное отношение к историческому наследию, традициям	50	86
Анализ экономических проблем, общественных процессов, рыночных механизмов хозяйствования, умение рассчитывать экономическую эффективность	36	74
Анализ политических событий, тенденций, ответственное участие в политической жизни	33	81

Анализ приведенных данных позволяет выделить ключевые характеристики ценностного компонента социальной компетентности студентов-медиков, измеренные по степени интериоризации установок.

1. В целом фиксируется принятие большинством студентов указанных общекультурных компетенций. Таким образом, на когнитивном уровне социальная установка будущих медиков соответствует требованиям, предъявляемым во ФГОС и в практике преподавания.

2. Ответы респондентов демонстрируют дифференцированное отношение к разным установкам в профессии. По доле давших положительный ответ установки можно разделить на две группы: первые принимает большинство (от 77 до 99%), вторые – половина и меньше (от 33 до 55%).

Большинство голосов студентов набрали установки на компетенции, хотя бы косвенно связанные с подготовкой по основной профессиональной программе (оказание медицинской помощи): знание моральных и правовых норм и умение их применять, соблюдать правила врачебной этики; знание психологических особенностей пациентов, знание современного общества; умение анализировать социальные причины здоровья и болезни; умение проводить гуманитарную экспертизу пациента; знание истории медицины и историко-медицинской терминологии. Это свидетельствует о выраженности профессиональной мотивации в учебе.

В группе установок на общекультурные компетенции, набравших также большинство голосов студентов, есть те, которые не связаны напрямую с профессионализмом, но характеризуют в целом социально-компетентную современную личность: анализ социально-значимых проблем и процессов; владение компьютером; умение использовать Интернет; готовность к логичному и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии, полемики; умение вести воспитательную и педагогическую деятельность, разрешать конфликты, быть толерантным; знание методов управления и умение использовать их, организовывать работу других людей; владение иностранным языком.

До половины студентов считают важным для профессии анализ мировоззренческих, социально и личностно значимых философских проблем; знание истории, уважительное и бережное отношение к историческому наследию, традициям; анализ политических событий, тенденций, ответственное участие в политической жизни; анализ экономических проблем, общественных процессов, рыночных механизмов хозяйст-

воания, умение рассчитывать экономическую эффективность. Мы видим, что для профессии как менее важная рассматривается макросреда (политика, экономика), абстрактное, не привязанное к профессии знание истории и философии.

3. Оценки значимости предложенных общекультурных компетенций «для жизни» тоже оказались крайне высокими на уровне установки. Иерархия, по сравнению с оценками в профессии, несколько иная (так, наверху рейтинга по доле положительных ответов – владение компьютером и Интернетом, умение вести дискуссию, быть толерантным). Скорее внизу списка, но также высокого оценены и те, что в формулировках связываются с профессией. Фактическое отсутствие разницы между значимостью в профессии и в жизни указывает на интериоризованность профессионального выбора. Думается, что это – особенность высшего профессионального медицинского образования, характеризующегося меньшей конвертацией на широком рынке труда диплома, в связи с чем ответственность за решение о выбранном вузе/специальности принимается более осознанно.

4. В предложенном для оценки списке установок – общекультурных компетенций – были как те, что прямо сформулированы во ФГОС, так и те, что сложились в практике вузовского преподавания в циклах гуманитарных и социально-экономических дисциплин. Опрошенные студенты одинаково высоко оценили как «стандартные», так и «внестандартные» компетенции. Это указывает на неполноту фиксации в документе всего потенциала дисциплин указанного цикла и в то же время на высокую оценку чувствительности преподавателей к запросам студентов.

5. Результаты анкетирования указывают на универсальность принятия социальных установок: детерминанты, заложенные в инструментарии как дифференцирующие признаки, сработали только в некоторых случаях, а именно: женщины чаще выбирали как важные для жизни (т. е. вне-профессионально) знания моральных и правовых норм и умение применять их, соблюдать правила врачебной этики (81% по сравнению с 68% у опрошенных мужчин), а студенты-мужчины чаще выбирали как важную для профессии способность анализа экономических проблем и общественных процессов, рыночных механизмов хозяйствования, умение рассчитывать экономическую эффективность (45% ответов по сравнению с 31% у женщин).

Чем старше студент, тем более прагматичные и реалистические оценки важности тех или иных компетенций он демонстри-

рует. Так, 66% студентов 1-го курса указали, что для профессии не важно анализировать экономические проблемы и общественные процессы, рыночные механизмы хозяйствования, уметь рассчитывать экономическую эффективность. На 3-м курсе таких студентов меньше (45%), а к 5-му доля считающих эту установку неважной равна 38%.

Эти два фактора – пол и курс – «сработали» только в отношении указанных индикаторов, т. е. универсальность социальных установок, гомогенность оценивания очевидна, как и то, что любая из установок на общекультурные компетенции формируется всей совокупностью социально-гуманитарной деятельности.

Наши выводы комплементарны по отношению к оценке роли гуманитарных дисциплин в вузе в целом. Так, Л. Я. Рубиной показано, что «компетентностный подход не противопоставляется знаниевому или деятельностному, но существенно дополняет их, усиливая значимость социально-гуманитарного образования в формировании общекультурных, социальных и образовательных, и профессиональных компетенций, необходимых выпускнику вуза для успешной самореализации» (7, с. 251).

Таким образом, в исследовании зафиксирована высокая степень принятия социальных установок, формируемых в дисциплинах цикла гуманитарных и социально-экономических дисциплин, в качестве ценностей, важных как для профессии, так и для жизни. Впрочем, ограниченность описания, фиксации установок очевидна. Судить о достоверности описания рассматриваемого феномена в контексте социальной компетентности студентов медицинского вуза можно только с учетом эмоционального и поведенческого статуса. Таких данных у нас пока нет, мы планируем их собирать.

Однако можно учесть имеющиеся результаты опросов россиян, в которых содержатся разные оценки врачей. В частности, опрос граждан РФ от 18 лет и старше, проведенный фондом «Общественное мнение» 2 сентября 2012 г. в 43 субъектах РФ в 100 населенных пунктах, где было опрошено методом интервью по месту жительства 1500 респондентов (3), показал, что причиной врачебных ошибок многие респонденты считают именно дефицит личных качеств докторов. Так, 47% опрошенных считают причиной врачебных ошибок отсутствие знаний, опыта, плохое медицинское образование и купленные дипломы («в плохой подготовке молодых специалистов»; «в неграмотности врачей»; «в незнании, низкой квалификации»; «у врача недостаточная квалификация, не хватает опыта»; «в институтах не учатся, а потом людей

лечат»; «учится большая часть врачей за деньги; приходят на работу – ничего не знают»; «у большинства врачей куплены дипломы»). 20% россиян объясняют врачебные ошибки халатным, безответственным отношением к работе, нежеланием ее выполнять («бывает у врачей плохое отношение к своим обязанностям»; «халатное отношение к своим обязанностям»; «безответственное отношение к делу»; «безалаберность и безответственность»; «халатность белых халатов»; «не хотят работать»; «нет желания трудиться в полную силу»). 12% респондентов указали на равнодушие, безразличие к людям («невнимательное отношение к пациентам»; «бездушное отношение к пациентам»; «безразличие, бездушие»; «в бесчувствии»; «пренебрежение к людям, особенно к пенсионерам»).

Причины врачебных ошибок согласно общественному мнению – один из возможных индикаторов оценки работы врача. В этом же проекте показано, что в целом 60% наших сограждан доверяют врачам, 28% – не доверяют.

Как же получается, что подавляющее большинство студентов считают важным для профессии соблюдать этические принципы, знать психологические особенности пациентов, вести дискуссию, разрешать конфликты, а в реальности россияне не видят этого у практикующих врачей? Ясно, что следует учесть временной лаг: респонденты оценивали работу врачей, которые уже окончили медвуз, и многие – очень давно. Однако указание на низкий уровень подготовки – это черта последнего времени, которая, впрочем, может быть следствием конструирования проблем вузовского образования в общественном мнении.

Приведенные данные опросов общественного мнения еще раз ставят проблему эмпирической интерпретации и операционализации понятия «социальная компетентность студентов медвуза», где социальные установки – важный, но не единственный индикатор. Измеренные в нашем случае установки указывают на цели и смыслы отношения к профессии. Важно, что именно эти компоненты обладают большим потенциалом воздействия, изменения в образовательной практике.

Если учесть, насколько высок уровень неудовлетворенности россиян профессиональной активностью врачей, зафиксированный уровень интериоризации ценностей профессии подвергается значительной трансформации «на рабочем месте». Факторами инверсии позитивных установок студентов-медиков могут быть: 1) традиции, инертность медицинской среды (фиксируемый габитус власти – доминирование как

в системе профессионального образования, так и на организационном уровне); 2) институциональная ловушка в лечебно-профилактических учреждениях (молодые врачи испытывают дефицит полей для конвертации символического капитала); 3) изменение роли врача и пациента в современном обществе (кризис традиционных моделей, до сих пор инкорпорированных в отечественное профессиональное медицинское образование).

По-прежнему актуальным является 150-летней давности высказывание В. Г. Белинского: «Гуманность есть человеколюбие, но развитое сознанием и образованием». В высшей медицинской профессиональной школе за образование ответственность несут в первую очередь преподаватели, и особенно преподаватели социально-гуманитарных дисциплин. А сознание студента-медика формируется с учетом противоречивого влияния институциональных и повседневных практик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлуцкая М. Г. Высшее образование как лифт социальной мобильности: ожидания выпускников и реалии современного общества // Социология образования. 2012. № 9.
2. Гончаров С. З. Социальная компетентность личности: сущность, структура, критерии и значение // Образование и наука. 2004. № 2 (26).
3. Доверие врачам и отношение к врачебным ошибкам // URL: <http://fom.ru/infografika/10866>.
4. Петрова Л. Е. Большой врач как коллизия профессионализма: социологический анализ // Вестн. Перм. ун-та. Философия. Психология. Социология. 2012. № 3.
5. Петрова Л. Е. Методическая триангуляция при изучении проблемы курения студентов // Социологические исследования. 2013. № 2.
6. Прямикова Е. В. Социальная компетентность школьников: смыслы и практики // Социологические исследования. 2009. № 7.
7. Рубина Л. Я. Актуализация проблем социально-гуманитарного образования в вузе // Педагогическое образование в России. 2012. № 2.
8. Тимченко Н. С. Роль высшего медицинского образования в воспроизводстве гуманистических ценностей профессии // Высшее образование в России. 2008. № 2.
9. Усольцев А. П. Диалектические противоречия процессов управления качеством образования // Педагогическое образование в России. 2010. № 3.
10. Харченко В. С. Учат ли быть фрилансером в российском вузе? // Педагогическое образование в России. 2012. № 2.

Статью рекомендует д-р филос. наук, проф. Л. Я. Рубина.