

студентов в образовательном процессе. При этом важно опираться на основные принципы и законы педагогической науки, владеть информацией о тенденциях развития методики обучения, понимать суть основных концепций и требований современного высшего образования.

Преподаватели высшего образования, особенно дисциплин профессионального цикла, порой не имеют базовой профессиональной психолого-педагогической и методической подготовки. В этой связи особую актуальность получают различные формы повышения квалификации и переподготовки по таким направлениям, как: «Педагогика высшей школы», «Психология», «Методика преподавания в высшей школе», «Менеджмент образования». Такие формы повышения квалификации вносят значительный вклад в формирование методической компетенции преподавателей. В настоящее время в Уральской государственной медицинской академии успешно реализуется программа «Преподаватель высшей школы», содержание которой направлено на развитие основных профессиональных компетенций (в том числе и методической компетенции) преподавателей высшей школы.

Библиографический список:

1. Гальскова Н.Д. Современная методика обучения иностранным языкам: Пособие для учителя. М., 2000.
2. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // Высшее образование сегодня. 2003. № 5.
3. Пассов Е.И., Кузовлев В.П., Царькова В.Б. Учитель иностранного языка: мастерство и личность: Пособие для учителя. М., 1993.
4. Соловова Е.Н. Интегративно-рефлексивный подход к формированию методической компетенции преподавателя иностранного языка: Дисс. ... д-ра пед. наук. М.: 2004.

Л.Е.Петрова

УСТАНОВКИ НА ОБЩЕКУЛЬТУРНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ КАК ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Задача описать адекватность подготовки (процессуально и результативно) студентов в вузе запросам общества не является сугубо научной. Каждый из преподавателей (особенно со стажем работы) рефлексировал 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. Массовость подготовки специалистов в высшей школе привела почти что к девальвации старых добрых мифологем – о страхе перед сессией, угрозах отчисления, необходимости не опаздывать на «пары» и т.д.

«Технологические» оценки преподавателей можно дополнить сведениями о социальном эффекте ВПО: сегодня диплом об окончании вуза больше не является социальным лифтом, а лишь дает его обладателю доступ к рынку более или менее квалифицированного и, в основном, умственного труда.

Несмотря на ФГОС (с их подробным перечнем компетенций), проблемы с тем, чему учить студентов, у большинства исследователей и преподавателей вузов остались. Теория или практика? Ориентация на фундаментальность или на мобильность? Привязанность к профессии или свобода в распоряжении своим социальным капиталом? 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 удастся.

Чтобы описать, готов ли выпускник медицинского вуза к выполнению социальной роли врача, нам бы хотелось использовать такие понятия, как «конвертация профессионального образования и социального капитала», «соответствие профессиональным стандартам», «принятие социальной роли», «социальное самочувствие как реализованность ожиданий» и др. Но поймет ли нас несоциологическое общество? Интересно и полезно ли это будет зав. кафедрами и деканам, проректорам и начальникам отделов, наконец – преподавателям, полностью погруженным в риторику компетентностного подхода? Риторика последнего захватила вузовские коридоры и аудитории. Заметим, что наша личная и профессиональная позиция как раз рядоположена в системе координат «теория ничто без практики». Поэтому (не как дань моде, а как вынужденный шаг) мы обращаемся к понятию «социальная компетентность» для характеристики студентов-медиков. При этом компетенции мы понимаем как составляющие указанного понятия, о чем еще пойдет речь ниже.

В российской социально-гуманитарной науке некоторые понятия (как правило, весьма размытые по содержанию) обретают в иные времена невиданный исследовательский/публикационный размах. Когда-то только ленивый не писал о «человеческом измерении», были времена моды на «социальное самочувствие», до сих пор распространено ни к чему не обязывающие описания «социальных практик». Пришла пора моды на компетенции и компетентность. Мы предприняли попытку по поисковым запросам в eLIBRARY.RU найти релевантные рассматриваемой проблеме источники (данные приведены на 12.04.2013 г.).

Таблица 1

Представленность научных текстов по социальной компетентности и компетенциям в электронной библиотеке, кол-во источников

Результаты по запросу	За все время	За последний год	Доля публикаций последнего года в общем объеме публикаций по запросу	Доля в общем объеме публикаций eLIBRARY.RU (16678278 источников)
«Компетенция»	1807	517	29%	0,0031%
«Социальная компетентность»	16694	5676	34%	0,100094%

Как видно из таблицы, масштабы и динамика поражают. Компетенции и компетентности множатся – только в образовательном дискурсе мы обнаружили много разных «компетенций/компетентностей» – диагностическая, ИКТ-компетентность, коммуникативная, личностно-профессиональная, педагогическая, профессиональная, социально-педагогическая, социально-проектная, читательская, экологическая и социально-экологическая и т.д. Конечно, нелегко проявить оригинальность, но стремление очевидно. Неслучайно многие публикации начинаются словами «еще раз о компетенциях...» или включают дефиниции – например, «к разграничению понятий “лингводидактиче-

ская компетенция" и "методическая компетенция" учителя иностранного языка». Или: «Речевая компетенция как компонент-компетенция межкультурной коммуникации». Названия некоторых статей из-за стремления авторов активно использовать модную лексику трудно поддаются пониманию, к примеру, чего только стоит такое мудреное название: «Нормативная компетенция как системообразующая компетенция в общей профессиональной компетентности специалиста в области техносферной безопасности».

Пока не пришла «мода» на компетентность и компетенции, тоже были неплохие исследования на эту тему. Например, статья С.З. Гончарова «Социальная компетентность личности: сущность, структура, критерии и значение», где автор дает такое 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, субъектную 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» [1]. Социально-философское содержание приведенного определения вполне можно операционализировать. Другое дело – трудно перевести в риторику образовательных стандартов.

Другая точка зрения представлена в публикациях Е.В. Прямиковой (иногда – 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» [3].

Как видно, авторы придерживаются разной методологии в описании общества, включая актуальность конструирования взаимодействия. Однако и в том, и в другом случае очевидна логика: ценностное отношение, социальные знания, способность и желание к действию в обществе. Сужая эту конструкцию применительно к ВПО, следует указать на особенности в современном медицинском образовании. Их

много, приведем ключевые: высокая скорость технологических изменений в образовании и профессии, острота этических проблем в оказании медицинской помощи, статус социально-профессиональных групп в отечественном здравоохранении и др.

Структура понятия «социальная компетентность студентов-медиков» таким образом включает в себя ценностный профиль, объем и качество усвоения знаний в рамках образовательной программы, желание и способность применить их в профессиональной деятельности. Каждый из элементов можно эмпирически интерпретировать и операционализировать.

Мы обратимся к установкам на общекультурные компетенции студентов-медиков. Представлены результаты очного аудиторного анкетирования студентов 1, 3 и 5 курсов лечебно-профилактического и педиатрического факультетов УГМА (n=625). Исследование проводилось в октябре 2012 г. кафедрой социальной работы, и автор выражает благодарность за содействие коллегам (П.В.Ивачеву, К.В. Кузьмину, С.Н. Куликову), а также студенткам факультета социологии УрГПУ Ю. Перепечинной и М.Таскаевой за успешную полевую работу во время практики. Выборка сплошная – опрашивались все присутствующие на учебной лекции в аудитории студенты. Однако мы отдаем себе отчет в том, что отсутствующие на занятии могли бы иметь другие оценки важности общекультурных компетенций, что указывает на традиционное в подобного рода исследованиях смещение в сторону позитивных оценок.

Студентам было предложено оценить важность 1) для профессии и 2) для жизни знаний, умений, навыков (всего в списке 15 индикаторов). Респондентам это было сделать просто – студент ставил в табличном вопросе «плюс», если считал это важным, или «минус» – если не считал это важным, или знак вопроса, если затруднялся с ответом. Надо признать, что простота ответа на вопрос сослужила нам плохую службу – очень легко было поставить плюс в соответствующей клетке таблицы, что, 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. Поэтому следует лишь учесть этот факт 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 добавили те индикаторы, которые полагали важными, реально существующими в образовательной практике, но которые не указаны в нормативном документе. Это было связано с гипотезой о скудости стандарта в формировании социальной компетентности студентов-медиков.

Методически важно указать и на трудности 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 наличии иного ограничения. В данном случае 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. Но эта задача в данном исследовании не была поставлена, однако полагаем ее крайне важной при характеристике социальной компетентности студента-медика в целом.

Таблица 2

Распределение ответов студентов УГМА на вопрос «Что для вас как для будущего врача и человека (личности) важно, а что – менее важно в получаемом в УГМА образовании?», % давших ответ «важно»

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 и умение использовать методы управления, 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 личностно-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

Что показывают эти данные?

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: две группы установок, важных, по мнению студентов, для профессии, можно выделить по доле давших положительный ответ: первая – большинство согласны – от 99 до 77%; вторая – половина и меньше – от 55 до 33%.

Большинство голосов студентов набрали установки на компетенции, хотя бы косвенно связанные с подготовкой по основной профессиональной программе (оказание медицинской помощи): знание и умение применять моральные и правовые нормы, 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 воспи-

тательную и педагогическую деятельность, разрешать конфликты, быть толерантным; знание и умение использовать методы управления, 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 хозяйствования, умение рассчитывать экономическую эффективность. Мы видим, что для профессии как менее важная рассматривается макросреда (политика, экономика), абстрактное – непривязанное 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 давших положительные ответ – владение компьютером и Интернетом, умение вести дискуссию, быть толерантным). Скорее внизу списка, но также высокого оценены и те, что уже 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, где меньше конвертация на широком рынке труда диплома, поэтому 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 в ФГОС, так и те, что сложились в практике вузовского преподавания в циклах гуманитарных и социально-экономических дисциплин. Опрошенные студенты одинаково высокого оценили как «стандартные», так и «внестандартные» компетенции. Это указывает на неполноту фиксации в документе всего потенциала дисциплин указанного цикла. В то же время, это – высокая оценка чувствительности преподавателей к запросам студентов.

5. Результаты анкетирования указывают на универсальность принятия социальных установок – детерминанты, заложенные в инст-

рументарии, как дифференцирующие признаки сработали только в некоторых случаях. А именно: женщины чаще выбирали как важные для жизни (то есть внепрофессионально) знания и умения применять моральные и правовые нормы, соблюдать правила врачебной этики (81% по сравнению с 68% у опрошенных мужчин); а мужчины-студенты 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 он демонстрирует более прагматичные и реалистические оценки на важность тех или иных компетенций. Так, 66% студентов 1-го курса указали, что для профессии неважно анализировать экономические проблемы и общественные процессы, рыночные механизмы хозяйствования, умение рассчитывать экономическую эффективность. На 3-м курсе таких студентов меньше (45%), а к 5-му доля, полагающих эту установку неважной, равна 38%.

Но эти два фактора – пол и курс – «сработали» только в отношении указанных индикаторов, то есть универсальность социальных установок, гомогенность оценивания очевидна.

Таким образом, в исследовании зафиксирована высокая степень принятия социальных аттитудов, формируемых в дисциплинах цикла ГСЭ, как в части ценности для профессии, так и для жизни. Однако ограниченность описания, фиксации установок очевидна: легко сказать, да трудно сделать! Только в дополнении к эмоциональному и поведенческому статусу можно судить о достоверности описания рассматриваемого феномена в контексте социальной компетентности студентов медицинского вуза. Таких данных у нас пока нет, мы планируем их собирать.

Но 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 [2], 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»; «учатся 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 в общественном мнении – один из возможных индикаторов оценки работы врача. В этом же проекте показано, что в целом доверяют врачам 60% наших сограждан, не доверяют – 28%.

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. Но указание на низкий уровень подготовки – это черта последнего времени. Хотя, возможно – и следствие конструирования проблем вузовского образования в общественном мнении.

Именно приведенные данные опросов общественного мнения (а они не уникальны) еще раз ставят проблему эмпирической интерпретации и операционализации понятия «социальная компетентность студентов медвуза», где социальные аттитюды – важный, но не единственный индикатор.

Библиографический список

1. *Гончаров С.З.* Социальная компетентность личности: сущность, структура, критерии и значение // *Образование и наука.* 2004. № 2 (26).

2. Доверие врачам и отношение к врачебным ошибкам. Режим доступа: <http://fom.ru/infografika/10866>.

3. Прямикова Е.В. Социальная компетентность школьников: смыслы и практики // Социол. исслед. 2009. № 7.

Т.П.Самойлова

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СОСТАВА СТУДЕНТОВ В ЦЕЛЯХ ОРГАНИЗАЦИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ

Проблемы диагностики связаны с определением тех особенностей, которые следует учитывать при организации дифференцированного обучения. Согласно принципу развивающего обучения важно учитывать не только уровень реальных учебных возможностей учащихся, но и «зону их ближайшего развития» (Л.С.Выготский). Иначе говоря, важно определить уровень «обученности» и «обучаемости». Степень обученности определяет уровень знаний, умений, навыков, т.е. объем сведений, информации, имеющихся в памяти, и умений и навыков по их воспроизведению. Обучаемость фиксирует общую способность к усвоению знаний, учебного материала.

Важнейшими общеучебными способами работы (то есть умениями и навыками) являются:

1. Умения и навыки планирования учебной деятельности: осознание учебной задачи; постановка целей, выбор рационального пути их достижения; определение последовательности этапов деятельности, создание алгоритма деятельности, планирование самостоятельной работы на уроке и дома.

2. Умения и навыки восприятия информации: работа с различными источниками информации, восприятие информации, управление вниманием, наблюдение, запоминание, чтение, библиографический поиск, логико-смысловая реорганизация прочитанного текста, конспектирование, заполнение таблиц, схем, графиков.

3. Умения и навыки мыслительной деятельности: осмысливание учебного материала, выделение главного, анализ и синтез, сравнение, обобщение, конкретизация, индукция-дедукция, систематизация, построение рассказа, ответа, речи; аргументирование, формулирование выводов, умозаключение.

4. Умения и навыки оценки и осмысливания результатов своих действий: самоконтроль результатов учебной деятельности, оценка