

## Дополнительное образование медицинских кадров в России: история, развитие, перспективы

Н. В. ШЕСТАК

(РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ)\*

В статье рассматриваются вопросы развития дополнительного образования медицинских кадров в РФ, которые имеют большое значение не только для отечественной системы здравоохранения, но и для других отраслей дополнительного профессионального образования.

Ключевые слова: дополнительное образование, системный подход, технологии обучения.

## Continuing Education of Medical Personnel in Russia: History, Development, Prospects

N. V. SHESTAK

(THE RUSSIAN MEDICAL ACADEMY OF POSTGRADUATE EDUCATION)

The article covers the issues of development of medical personnel's continuing education in Russia, which have a great significance not only for the national health system, but also for other branches of continuing professional education.

Keywords: continuing education, system approach, training technologies.

Еще в середине XIX в. величайший российский хирург Н. И. Пирогов писал, что жизнь требует всестороннего развития человеческих способностей, а это возможно только в том случае, если желание «учиться, образовываться... делается такой же инстинктивной потребностью, как питаться и кормиться телу» (Пирогов, 1985: 44). Тем не менее термин «непрерывное образование» появился в материалах ЮНЕСКО только в 1968 г., когда в России уже был накоплен опыт просвещения населения и подготовки и повышения квалификации кадров, в том числе для медицинских учреждений. Основными функциями непрерывного образования на протяжении долгого времени считались компенсация недостатков базового обучения и пополнение знаний. В последние десятилетия непрерывное образование рассматривается как процесс, как последовательная смена состояний, стадий развития, закономерно следующих друг за другом, представляющих непрерывное движение. Неотъемлемой формальной частью структуры непрерывного образования явля-

ется непрерывное профессиональное образование, обеспечивающее, с одной стороны, удовлетворение потребностей определенной отрасли, а с другой стороны — возможности профессионального и карьерного роста отдельного индивида. В «Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2006–2010 гг.» (ст. 3752) дается определение непрерывного профессионального образования как понятия, используемого «применительно к сфере профессионального образования и профессиональной подготовки». Профессиональное образование, проводимое вне рамок базового образования, принято называть дополнительным, целью которого является непрерывное повышение квалификации специалиста или его переподготовка.

Одной из наиболее развитых и крупных систем дополнительного образования в нашей стране является система усовершенствования врачей, направленная на решение социальных задач и накопившая колоссальный опыт функционирования на протяжении более 150 лет, анализ которого может

\* Шестак Надежда Владимировна — кандидат педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой технологии последипломного обучения Российской медицинской академии последипломного образования. Тел.: (495) 458-62-20. Эл. адрес: shnadin13@yandex.ru

быть полезен для решения проблем по организации дополнительного образования в других отраслях.

Дополнительное образование медицинских кадров (ДОМК) решает такие задачи, как поддержание квалификации специалиста на современном уровне; подготовка врача к аттестации; планомерное повышение компетентности медицинского персонала; своевременная подготовка новых специалистов в соответствии с требованиями здравоохранения; внедрение новейших достижений медицинской науки в повседневную практику; адаптация медицинского персонала к изменениям и переменам в области медицинских знаний, условий работы, законодательной базы и т. д.; развитие творческого потенциала личности и др.

Юридически система ДОМК регулируется далеко не во многих государствах. И даже в тех странах, где такое регулирование существует и практикующий врач должен систематически проходить лицензирование или сертификацию, оно регламентируется достаточно гибко.

В США наибольший объем медицинских услуг оказывают врачи частной практики, право на которую можно получить только после обучения по программе специализации, сдачи экзамена по утвержденной программе и получения лицензии. По истечении срока действия лицензии врач обязан подтвердить свою квалификацию, соответствие своих знаний и умений современному уровню развития медицинской науки. В Швеции предполагается, что непрерывное образование врача должно проходить под его личной ответственностью путем самообразования. В Словении самообучение врача реализуется через пассивное участие в конгрессах, чтение лекций, публикацию научных статей, самостоятельное обучение при помощи мультимедийных программ, изучение научной литературы, письменные ответы на контрольные вопросы, познавательные поездки, доклады об интересных клинических случаях. Эта деятельность оценивается в баллах (кредитах) и суммируется для представле-

ния во Врачебную палату, так как каждые семь лет врач должен обновить лицензию. Во Франции после получения диплома специалиста, дающего право на медицинскую практику, врач не должен подтверждать это право по истечении какого-либо срока.

В России вопросы подготовки медицинских специалистов в системе послевузовского профессионального и дополнительного образования неразрывно связаны с вопросом допуска к профессиональной деятельности. Существующая система подготовки и повышения квалификации врачей представляет собой государственную систему, призванную обеспечивать кадровую политику здравоохранения страны.

Исторически сложилось так, что ДОМК прежде всего проходит в рамках формального образования на базе общероссийской системы специальных образовательных учреждений. В 1841 г. в Петербургскую военно-медицинскую академию (ВМА) впервые были прикомандированы врачи для прохождения усовершенствования знаний. В 1858 г. при ВМА был организован факультет усовершенствования врачей, на который зачислялись 10 врачей. С 1884 г. в академию ежегодно принимали 56 военных врачей для усовершенствования в области терапии, хирургии и военной гигиены. Первый в мире Клинический институт для усовершенствования врачей был открыт в России в Петербурге в 1885 г. Великая княгиня Елена Павловна, жена Великого князя Михаила Павловича, выхлопотала у императора Александра II участок земли на Преображенском плацу и выделила определенную сумму для постройки здания института. Основателем и первым директором института был Э. Эйхвальд, основным стремлением которого было создание высококвалифицированного «комбината», организованного по последнему слову науки и техники, в котором были бы сосредоточены лучшие медицинские силы России для целей усовершенствования врачей. Клинический институт в основном предлагал врачам обучение по «узкой» специальности. В 1907 г. под влия-

нием медицинской общественности во главе с Правлением Пироговского общества были организованы курсы усовершенствования врачей при губернских больницах. Квалификацию можно было повысить и на рабочих местах в клиниках Н. И. Быстрова (педиатрия), А. Г. Полотебнова (кожные болезни), А. А. Коломнина (хирургия). Значительная роль в развитии дела усовершенствования врачей принадлежала организованному при Клиническом институте Обществу содействия совершенствованию врачей. Правление Общества поставило своей задачей «объединить все имеющиеся в Петербурге больничные и учебные учреждения с их ученым персоналом в целях научного усовершенствования врачей». В основу организации курсов Правление Общества положило следующие тезисы: 1) основное внимание необходимо обращать на практическую сторону занятий, для чего сделать доступными для курсантов все амбулатории, клиники, лаборатории и др., допустить курсантов к участию в операциях; 2) при организации курсов следует исходить из разной степени подготовленности врачей, например, врачей, работавших в хирургии, на курсах следует обучить редким и сложным операциям, а врачей, не работавших в хирургии, следует обучать типичным, наиболее распространенным операциям; 3) необходимо систематически организовывать общие чтения, направленные на ознакомление широкой массы врачей с основными завоеваниями последних лет.

С самого первого этапа становления системы усовершенствования врачей в России к преподаванию на курсах привлекались лучшие специалисты и известные профессора: В. М. Бехтерев, Н. А. Вельями-

нов, Н. К. Карпинский, М. И. Неменов, Н. В. Склифосовский, Б. Е. Вотчал, В. П. Лебедева, Р. А. Лурия, В. Н. Розанов, Н. А. Семашко, Г. Н. Сперанский, А. Е. Рабухин и многие другие.

Государственная система усовершенствования врачей в России (СССР) была создана после революции. В 1920 г. был открыт Клинический институт для усовершенствования врачей в Казани. В 1930 г. в Москве был основан Центральный институт усовершенствования врачей (ЦИУВ). В настоящее время в России функционируют четыре медицинские академии последипломного образования, три института усовершенствования врачей и 48 факультетов усовершенствования врачей при медицинских вузах. Кроме того, повышение квалификации организуется в НИИ, крупных медицинских центрах. В целом ежегодно бесплатно обучаются более 180 000 врачей и провизоров.

Общий объем работы на ближайшие годы можно оценить, исходя из следующих показателей (табл. 1):

Во всех образовательных учреждениях системы занятия проводятся в соответствии с профессиональными образовательными программами, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития РФ. Порядок освоения профессиональных программ дополнительного и послевузовского профессионального образования и допуска к профессиональной деятельности установлен приказами Минздрава. В процессе сертификации медицинских работников используются квалификационные тесты, также утвержденные министерством.

Таким образом, характерными чертами системы ДОМК в нашей стране являются ее

Таблица 1

Год	Прием в медицинские вузы (чел.)	Выпуск специалистов (чел.)	Врачи, работающие в системе Минздравсоцразвития (чел.)
2005	21160	26472	607700
2009	23300	26900	609700

государственно-общественный характер, обусловленный развитием законодательной и административной базы, с одной стороны, и глубокой взаимосвязью между общественными и личными интересами и потребностями в высоком качестве медицинских услуг, с другой стороны. Но качество медицинских услуг не может быть выше качества образования, качества подготовки специалистов. Поэтому важно рассмотреть ДОМК не только с институциональных, но и с педагогических позиций. Педагогическую систему дополнительного образования медицинских кадров можно определить как специально организованное взаимодействие преподавателей и обучающихся (врачей-курсантов), направленное на выполнение социального заказа на непрерывное профессиональное образование специалистов здравоохранения.

Отличительной особенностью педагогической системы ДОМК являются субъекты системы, к которым относятся не только обучающиеся и преподаватели, но и пациенты и медицинский персонал лечебных учреждений. В качестве атрибутов субъектов системы выделим следующее: обучающиеся — взрослые люди, имеющие медицинское образование и опыт профессиональной деятельности; преподаватели — медицинские работники высшей квалификации (кандидаты и доктора медицинских наук), обязательно ведущие лечебную или иную профессиональную деятельность, обладающие педагогическим опытом, но не имеющие фундаментальной педагогической подготовки; пациенты — люди, обратившиеся за медицинской помощью и, таким образом, включенные в образовательный процесс; медицинский персонал лечебных учреждений — лица, ответственные за этих пациентов.

Системный подход в образовании предполагает учет прямых и обратных связей, определяющих как функционирование системы в целом, так и деятельность преподавателя: прежде всего это требования профессиональной среды, в которой работает обучающийся; потребности обучающихся, их пси-

хофизиологические особенности и др. Для медицины к общим требованиям профессиональной среды можно отнести 1) требование приоритета благополучия пациента в условиях тенденции роста влияния рынка, общественного давления и административных требований; 2) требование социальной справедливости; 3) медико-социальные характеристики профессиональной среды при оказании медицинской помощи различным категориям больных (онкологическим, кардиологическим и др.) и т. д.

Другой важный аспект — потребности обучающихся, выполняющих разную профессиональную деятельность в разных условиях и на разных должностях, что необходимо учитывать при организации учебного процесса. Курсанты представляют широкий спектр учреждений здравоохранения: городские, областные (краевые и республиканские) больницы, медико-санитарные части, различные виды амбулаторно-поликлинических учреждений, специализированные диспансеры, диагностические центры, клиники медицинских вузов, НИИ и научных центров. Курсанты различаются и по занимаемым должностям: врачи-ординаторы, заведующие отделениями, заведующие лабораториями, главные врачи и заместители главных врачей, главные специалисты, заведующие кафедрами, профессора, доценты, ассистенты, научные сотрудники и др. Различия в профессиональных задачах, решаемых врачами на рабочих местах, в условиях работы, материальном обеспечении требуют гибкости и индивидуального подхода при организации учебного процесса.

Другая проблема — физиологические, психологические, возрастные, социальные особенности обучающихся, которые отчасти можно отнести к андрагогическим проблемам. Возраст врачей курсантов колеблется от 26 до 62 лет. Здесь можно сослаться на теорию интенциональности Ш. Бюлер, по мнению которой интенциональность проявляется на каждом жизненном этапе в выборе путей достижения целей, которые сам человек не всегда осознает. В связи с формирова-

нием и достижением целей III. Бюлер рассматривает пять главных фаз жизненного цикла. Курсанты системы ДОМК попадают под III и IV фазы периодизации жизненного пути личности (табл. 2):

На протяжении многих лет психологи традиционно рассматривали развитие психики только в периоды биологического развития организма человека, т. е. до 15–17 лет. Дальнейшее развитие психики не предполагалось.

Таблица 2

ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ НАМЕРЕНИЯ КУРСАНТОВ  
СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Фаза	Возраст	Намерения
III фаза	От 20 до 40–45 лет	Постановка четких и точных целей, позволяющих добиться стабильности на профессиональном поприще и в личной жизни
IV фаза	От 45 до 65 лет	Человек подводит итоги своей прошлой деятельности и своих свершений, вынужден пересмотреть свои цели с учетом своего профессионального статуса, физического состояния и положения дел в семье

Современные данные психофизиологии, психологии и геронтологии позволяют сделать выводы о том, что у взрослых людей развитие психики продолжается, и для этого процесса характерна структурная сложность, выражающаяся в совокупности нескольких процессов: конструктивных, приводящих к повышению функционального уровня; устойчивых, характеризующих стабилизацию функций; инволюционных, выражающихся в ослаблении и понижении функций.

Эксперименты Я. И. Петрова, Е. И. Степановой, А. И. Канатова, Л. Н. Фоменко (Шестак, Астанина, Чмыхова, 2008: 8) позволили выявить динамику и гетерохронность развития памяти, мышления и внимания у взрослых (с 18 до 50 лет) в разные периоды зрелости. Для первого периода зрелости (26–35 лет) характерны изменения в порядке организации структуры памяти, выраженные в увеличении связей показателей кратковременной памяти. Второй период зрелости (36–44 года) характеризуется снижением памяти, тогда как мышление и внимание находятся на более высоком уровне развития. Структурные изменения памяти, мышления и внимания свидетельствуют о про-

должающемся развитию и компенсаторных возможностях каждой психической функции. Для среднего возраста, т. е. периода от 40 до 60 лет, не характерны потери в когнитивной сфере.

Однако развитие психических функций у взрослых связано не только с возрастом, но и с уровнем образования, самообразованием. Образование «противостоит старению и несколько затормаживает инволюцию» (Рыбалко, 2003: 291). Доказано, что даже сам процесс учения является фактором оптимизации интеллектуального потенциала. У лиц с высшим образованием, продолжающих обучаться по программам дополнительного образования, по сравнению с лицами, имеющими неполное среднее образование, уровень высокого интеллекта сохраняется на всем исследуемом возрастном диапазоне от 17 до 50 лет (Карпенко и др., 2008: 10). Более того, у лиц с высшим образованием, ведущим активную профессиональную деятельность, замечено повышение некоторых умственных способностей.

Медицина как профессия занимает особое место в ряду других сфер деятельности. Медицинские специальности являются од-

ними из самых трудных, требующих колоссальных затрат физических и нервных сил и энергии, глубокого знания жизни и человеческой души, способности к состраданию и сочувствию. Квалифицированный труд врачей принадлежит к числу наиболее ответственных видов профессиональной деятельности человека. Медицина как область профессиональной деятельности и как содержание обучения имеет свою специфику, накладывающую отпечаток на специалистов, работающих в этой области. Их можно отнести к определенной категории — медицинский работник. По латыни (любимому языку врачей всех народов) это звучит так: «*Abeunt studia in mores*» — «Занятия налагают отпечаток на характер». Например, медицинские работники в целом, и врачи в особенности, традиционно обладают группообразующими признаками, характеризующимися способами организации профессиональной деятельности, наличием профессионального языка, внутренней организации.

Профессиональная деятельность врача связана прежде всего с больным человеком. Эта ситуация характеризуется не только особенностями опосредованных биологических систем, составляющих живой организм, но и многообразием общественных связей, специальных зависимостей, формирующих неповторимый психологический облик, индивидуальность человека. Все области медицинской практики в той или иной степени касаются медицинской этики, например: вопросы полноты информированности пациента, вопросы полноты информированности работодателей пациента; этические проблемы, связанные с зарождением жизни (например, прерывание беременности, в частности, и в том случае, если родителей не устраивает пол ребенка, установленный в процессе дородового ультразвукового исследования); этические проблемы, связанные со смертью, в частности с эвтаназией; этические вопросы, связанные с научными достижениями в области генетики, биотехнологии, новейшими инструментальными методами исследования и лечения; вопросы,

связанные с социальными и экономическими аспектами медицины. Проявлением врачебного долга должно рассматриваться и стремление врача к непрерывному образованию, впрочем, это качество обязаны демонстрировать все категории медицинских работников, независимо от их ранга, занимаемой должности и профессии.

Итак, очевидно, что понятие профессионализма в медицине охватывает не только знания, умения, принципы и правила поведения, но и наличие устойчивых мотивов к самообучению и поддержанию должного профессионального уровня, глубокое владение информацией, формирование высоких этических стандартов, поведенческие установки и умения решать этические проблемы, такие личностные качества, как альтруизм, честность, стремление помогать другим, справедливость, толерантность и др. Важной личностной характеристикой врача является самостоятельность, подразумевающая способность принимать обоснованные решения по отношению к пациентам.

Потребность в дополнительном образовании медицинских кадров в России неуклонно растет, что связано с 1) развитием медицинской науки; 2) появлением новых медицинских специальностей; 3) неудовлетворительными показателями здоровья населения России; 4) необходимостью формирования врача, обладающего высоким уровнем профессиональной компетентности, соответствующей мировым стандартам. И одной из первоочередных задач ДОМК является повышение эффективности и дальнейшее развитие по крайней мере по двум направлениям: совершенствование организации образования в системе (оценка потребностей в образовании, определение целей образования, планирование образования, изменение форм и содержания образования и др.); повышение качества образования путем внедрения современных технологий обучения, повышения квалификации профессорско-преподавательского состава, укрепления материальной базы образовательных учреждений системы и др.

Анализ литературы, рассматривающей вопросы технологий обучения, позволяет отметить, что авторы главным образом работают в области внедрения технологий в учебный процесс среднего и высшего образования. Работ, обобщающих опыт применения технологий обучения в учреждениях дополнительного профессионального образования, очень мало. Однако прямой «перенос» технологий обучения из одной системы в другую не может дать ожидаемых результатов, так как технологии по определению всегда направлены на достижение заданных целей, а цели дополнительного образования существенно иные. Выявление и адекватная формулировка целей дополнительного образования специалистов, участие обучающихся в планировании, целеполагании, коррекции процесса обучения: организация учебного процесса в соответствии с моделями профессиональной деятельности обучающихся, опора на профессиональный опыт

обучающихся, групповая учебная деятельность, учет психофизиологических характеристик обучающихся должны определять выбор, разработку, пути адаптации технологий обучения учебному процессу в системе дополнительного образования.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Карпенко, М. П. и др. (2008) Влияние образования на здоровье / М. П. Карпенко, Е. В. Чмыхова, Н. В. Шестак, Т. А. Старостенкова, А. Т. Терехин // *Инновации в образовании*. № 10.

Пирогов, Н. И. (1985) *Избранные педагогические сочинения*. М. : Педагогика.

Рыбалко, Е. Ф. (2003) *Динамика основных характеристик человека в разные периоды его зрелости*. Хрестоматия по возрастной психологии. Москва ; Воронеж.

Шестак, Н. В., Астанина, С. Ю., Чмыхова, Е. В. (2008) *Андрагогика и дополнительное профессиональное образование*. М. : СГУ.