

DOI: 10.14515/monitoring.2015.1.07

УДК 616-08-082.8-051:378.048.2:316

О.В. Кубряк, А.Н. Ермакова, А.А. Айдинов  
К ПРОБЛЕМАТИКЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ И САМООБРАЗОВАНИЯ  
ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

К ПРОБЛЕМАТИКЕ ПОСТДИПЛОМНОГО  
ОБУЧЕНИЯ И САМООБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ В  
ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

КУБРЯК Олег Витальевич – кандидат биологических наук, старший научный сотрудник НИИ нормальной физиологии имени П.К. Анохина. E-mail: o.kubryak@nphys.ru

ЕРМАКОВА Александра Николаевна – студент Российской государственной академии интеллектуальной собственности. E-mail: ermakovaalex@gmail.com

АЙДИНОВ Артур Аристокесович – заведующий отделением помощи больным с ОНМК, врач высшей квалификационной категории, МБУЗ Центральная городская больница (г. Азов). E-mail: artur\_aidinov@mail.ru

**Аннотация.** Проблемы последипломного образования врачей рассматриваются с позиций социологических представлений об ускорении усложняющегося социума. В июне 2014 г. опрошены участники VI Международного конгресса «Нейрореабилитация» (Москва), в котором приняли участие 1586 специалистов в области медицинской реабилитации из всех регионов России. Результаты продемонстрировали недостаточно хорошую ориентацию врачей в оценке источников для самообразования и повышения квалификации (при наличии высокой мотивации к профессиональному усовершенствованию). Качество внимания опрошенных к выбранным ими источникам информации оказалось низким: никто не смог привести точное название хотя бы

PROBLEMS OF POSTGRADUATE EDUCATION  
AND SELF-EDUCATION OF REHABILITATION  
PHYSICIANS

KUBRYAK Oleg Vitalievich – Candidate of Biological Sciences, Senior Researcher, Anokhin Institute of Normal Physiology. E-mail: o.kubryak@nphys.ru

ERMAKOVA Aleksandra Nikolaevna – student, Russian State Academy of Intellectual Property. E-mail: ermakovaalex@gmail.com

AIDINOV Artur Aristokesovich – Head of Department of Assistance to Patients affected by CVA, Doctor of the Highest Qualification, Central City Hospital (Azov). E-mail: artur\_aidinov@mail.ru

**Abstract.** The problems of the postgraduate education of medical practitioners are considered through the prism of sociological views regarding the acceleration of increasingly complex society. A total number of 1586 rehabilitation specialists from all Russian regions were interviewed during the VI International Congress “Neurorehabilitation” that took place in Moscow in June 2014. The results show that the physicians are not well oriented in the evaluation of the sources of self-education and professional training (given that there is motivation for that). The respondents demonstrate poor attention to the sources they chose; they fail to name correctly at least one recently read article devoted to the topic they are interested in. According to respondents, the best way to improve

одной статьи из недавно прочитанных по своей профессиональной тематике. Наиболее добротным способом повышения квалификации респонденты указали зарубежную стажировку, чуть ниже оцениваются изучение учебных пособий и монографий (самообразование), государственные курсы повышения квалификации, лекции на отечественных и зарубежных конгрессах, др. Негосударственные курсы вызывают меньшее доверие, чем государственные, а информация из социальных сетей, включая специализированные медицинские ресурсы (например, «Доктор на работе», «Врачи РФ»), признана наименее значимой. Большинство респондентов отметили сложность включения в процесс эффективной последипломной учебы в связи со следующими причинами: трудность зачисления и дороговизна курсов, препятствия со стороны администрации и собственное нежелание. Интерпретация ответов как признаков упрощения социальной практики (постоянного повышения квалификации врачей) позволяет по-новому оценить текущие процессы в этой сфере: создание общественных профессиональных союзов (например, Союз реабилитологов России), наличие авторских школ с признаками паранаучности, введение государственных стандартов и др. Можно не только соотнести наблюдаемые явления с характерными для концепции ускоряющегося усложнения социума явлениями (например, с самоорганизацией, рефлексией или же дроблением профессионального сообщества при увеличении давления (введение стандартов, повышение требований к квалификации), но и делать прогнозы, принимать меры к повышению эффективности последипломного образования врачей.

Авторы называют возможные пути преодоления проблем в сфере обучения врачей: повышение стандартизации в области постдипломного образования; сохранение и развитие степени свободы для обязательных элементов учебы и самообразования; предотвращение дегуманизации системы. Ими приводится пример конструирования обновленной учебной практики в начавшемся эксперименте.

professional skills is to participate in foreign internship program; fewer respondents opt for studying educational materials and monographs (self-education), participating in state-run training courses, or listening to the lectures at national and foreign congresses. Private courses do not inspire confidence; the information provided by social media including special medical resources (such as “Doktor na rabote”, “Vrachi RF”) is recognized to be least valuable. Many respondents mention difficulties concerning their inclusion in effective postgraduate education due to problems of enrollment, high price of courses, obstacles put by the administration and lack of desire.

The interpretation of answers as signs of simplification of social practices (constant professional training) allow assessing the current processes in a new way (establishing professional associations such as Union of Rehabilitologists of Russia, experimental parascientific schools, introduction of state standards et cet). The studied phenomena can be compared with the characteristics typical for the concept of social acceleration (self-organization, self-analysis or fragmentation of professional community forced by the introduction of new standards or professional profile).

The possible ways to tackle the problems in the medical training is to improve the standardization of the postgraduate education, to preserve and develop the “degree of liberty” with regard to the compulsory elements of the education and self-education, and to prevent the dehumanization of the system. The authors cite an example of the renewed practice used in the experiment which is in process.

**Ключевые слова:** медицинская реабилитация, постдипломное образование врачей, самообразование врачей, новые формы обучения, сложный социум, социальные практики

**Keywords:** medical rehabilitation, postgraduate education of doctors, self-education of doctors, new forms of training, complicated socium, social practices

Лечение и профилактика неинфекционных заболеваний – один из приоритетов Министерства здравоохранения РФ в системе мер по снижению смертности и увеличению продолжительности жизни. В 2012 г. смертность во всем мире от неинфекционных заболеваний составила 68% всех случаев смерти, по сравнению с 60% в 2000 г. (ВОЗ, 2014). Первое место здесь занимают сердечно-сосудистые заболевания, из них особо выделяются острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (например, инсульт). Кроме того, инсульт – основная причина инвалидизации среди других неинфекционных заболеваний. В этой связи акцент, который сделан Минздравом на развитии медицинской реабилитации, нейрореабилитации, особенно актуален. Разработаны и приняты основополагающие нормы, порядки, стандарты, задающие параметры всей системы (например, Приказ МЗ РФ от 29.12.2012 № 1705 «О Порядке организации медицинской реабилитации»). Для успешного выполнения задач, стоящих перед национальной системой медицинской реабилитации, формируется *корпус специалистов*, включающий врачей разных специальностей – неврологов, врачей лечебной физкультуры и других, так как в данной области актуален междисциплинарный подход.

на VI Международном конгрессе «Нейрореабилитация–2014», проходившим в Москве в июне 2014 г. В число 1586 участников конгресса входили представители практически всех региональных сосудистых центров России (специализированной сети помощи пациентам с ОНМК), представители региональных отделений Союза реабилитологов России (врачи-делегаты) и Национальной ассоциации по борьбе с инсультом. В одном месте были собраны все ключевые отечественные специалисты в области медицинской реабилитации, что предоставляло благоприятные возможности для исследования мнений данной целевой группы.

## **Материалы и методы**

*Выборка.* Участники конгресса представляли все регионы России. Репрезентативность выборки высокая. Число распространенных анкет (обращений к анкетированному) – 100, число возвращенных анкет – 44, не пригодных для анализа – 4; пригодных – 40. Таким образом, при использовании стандартных расчетов и условном принятии числа 1586 за объем генеральной совокупности, ошибка выборки из 40 человек составила бы примерно 15%, в случае принятия ожидаемой доли признака равной 50. На самом деле ошибка выборки в случае применения указанных условий значительно (на порядок) меньше, так как не учтены иностранные участники конгресса (меньшинство), а ожидаемая доля признака отлична от 50. Выборка однородная, формировалась из состава участников случайным образом, анкеты раздавались у стойки регистрации участников конгресса.

*Процедура анкетирования.* Участие в анкетировании было добровольным, предложение ответить на вопросы не было связано с процедурой регистрации на конгрессе, принуждением от организаторов конгресса, либо поощрением. Время на заполнение и возврат анкеты не лимитировалось. Участнику предоставляли два отдельных листа, один из

них был информированным согласием на участие в опросе, а второй – вопросником. Листы никак не скреплялись между собой и не содержали знаков, по которым можно было бы связать конкретный лист с информированным согласием и лист с ответами на вопросы. Ответы были анонимизированы. Соблюдались все этические нормы.

*Анкета.* Оригинальная компактная анкета содержала 12 вопросов, из которых: 9 – с несколькими (от 3 до 5) готовыми вариантами ответов, а также возможностью добавить произвольный ответ в случае несогласия ни с одним из предложенных вариантов; 2 – только для произвольных ответов; 1 – с цифровой шкалой значимости предложенных 12 вариантов ответа. Перед вопросами – краткая инструкция по корректному выделению (однозначному обозначению выбора) готовых ответов. Структура анкеты формировалась с учетом обсуждений опросного инструментария (см., например: [Рогозин, 2002]), а также наличия у авторов опыта в проведении опросов врачей и работников науки [Кубряк и др., 2010, 2014], и знания реалий работы в практическом здравоохранении.

Вопрос анкеты № 1 – «Укажите Ваш стаж работы врачом, в годах»; № 2 – «Укажите основное направление Вашей работы (обведите верный вариант или впишите свой)»; № 3 – «Укажите Вашу квалификационную категорию (обведите верный вариант или впишите свой)»; № 4 – «Укажите наличие ученой степени (обведите верный вариант)»; № 5 – «Укажите Ваш опыт в качестве педагога, наставника (обведите верные варианты (несколько, если надо) или впишите свой)»; № 6 – «По шкале от 1 до 10 оцените предлагаемые источники медицинских знаний лично для Вас – впишите оценку в ячейке ниже названия источника, где 1 соответствует наименьшей значимости, а 10 – наибольшей значимости источника»; № 7 – «Как Вы относитесь к дистанционным методам обучения (вебинары, видеоконференции, др.)?»; № 8 – «Если возможно, пожалуйста, оцените собственное усердие в получении новых медицинских знаний, повышении квалификации (выберите из готовых ответов или впишите свой)»; № 9 – «Если Вы получаете новый медицинский инструмент или прибор, то читаете ли инструкцию (руководство)?»; № 10 – «Насколько полезны для Вас инструкции к лекарственным препаратам?»; № 11 – «Укажите основную, на Ваш взгляд, проблему постдипломного образования врачей»; № 12 – «Пожалуйста, впишите название одного или двух Ваших любимых медицинских журналов и название последней прочитанной там статьи, с указанием года публикации и номера журнала, если помните».

*Анализ данных.* Для характеристики распределения данных использовались непараметрические показатели: медиана и квартили.

Из 40 врачей 18 указали основное направление своей работы как неврология, 15 – восстановительная медицина, реабилитация, а также различные другие варианты, единично (например, врач ЛФК, нейрохирургия и др.). Медиана врачебного стажа опрошенных – 17 лет (квартили: 5 и 30). Большинство имеет высшую или первую врачебную категорию – соответственно, 16 и 13 из 40. В состав выборки входили 4 кандидата и 4 доктора наук. Почти половина (18 человек) имеют опыт педагогической работы, в том числе 8 преподают студентам в вузе, по 5 – в медучилище и в рамках программ повышения квалификации врачей.

Таким образом, специалистов, вошедших в выборку, следует оценивать как опытных и квалифицированных, располагающих осознанным мнением в проблемах образования врачей.

*Источники знаний для врачей.* Наиболее высокую оценку опрошенных получила зарубежная стажировка, чуть менее высокую – монографии и руководства отечественных

авторов. Достаточно высоко оценивались в качестве источника знаний, например, публикации в отечественных или в зарубежных научных журналах. Негосударственные курсы повышения квалификации считались менее значимыми, чем государственные.

Наиболее низкие оценки в качестве источника знаний получили сведения, публикуемые в соцсетях, в том числе и таких специализированных, как, например, «Врачи.рф» или «Доктор на работе». Вероятно, это касается всех аналогичных отечественных сетевых проектов, а не только указанных в варианте ответа. В качестве одной из предполагаемых причин можно указать, например, выбор такой стратегии развития соцсети, которая не ставит основной целью позиционирование ресурса как источника знаний.

*Оценка значимости легкодоступных источников медицинской информации.* 30 из 40 опрошенных полагают, что проявляют усердие в повышении квалификации («старюсь всегда узнавать все новое по своей специальности»). Еще 6 считают, что условия их работы ограничивают возможности учебы, 1 пропустил вопрос, и только 3 признались: «Мое усердие в этом не слишком выражено».

Абсолютное большинство (34 из 40) считают дистанционную учебу (где участие, как правило, ограничено только желанием, так как стоимость учебы низкая или отсутствует) полезной, но не заменяющей очные формы обучения. Двое считают это бесполезным.

В оценке пользы инструкций к применяющимся врачами приборам как источников информации, большинство указали на их актуальность: 19 – «внимательно читаю и держу «под рукой» – это всегда так» и 10 – «...инструкция, как правило, позволяет в короткие сроки его освоить – без отдельного обучения». Однако 2 человека считают, что инструкция не заслуживает пристального внимания, 1 пропустил вопрос, 8 – обязательно должно быть специальное обучение. На наш взгляд, при условии, что инструкция к прибору адекватно составлена и информативна, это может указывать на заметную долю специалистов, мотивация которых к самообразованию не слишком выражена.

Похожий вопрос об инструкции к медикаментам двое посчитали некорректным, трое пропустили. При этом 5 полагают, что хорошо разбираются в свойствах лекарств без чтения инструкции. Однако 30 считают важным обращаться к инструкции при назначении фармакотерапии («всегда смотрю инструкцию, это очень важно при выборе назначений»). Вероятно, выбор здесь можно трактовать, например, так: 1) проявление эффекта большого числа синонимичных препаратов на рынке, надо убедиться в наличии нужного действующего вещества и его дозировке именно в таком-то препарате; 2) плохое знание или игнорирование стандартов, современных схем лечения, где, как правило, указываются рекомендуемые классы фармакопрепаратов; 3) плохое знание межлекарственных взаимодействий и т.д. Иными словами, в отличие от инструкции к прибору, попытки рационально объяснить ценность инструкции при назначении препарата не могут быть, на наш взгляд, оценены как слишком продуктивные. Возможность предложить произвольный вариант ответа никто не использовал.

Вероятно, несколько спутанная, по нашему мнению, оценка значимости легкодоступных источников специальной информации в данной выборке, может указывать на недостаток системных представлений и недостаточную фокусировку – как именно, когда, какой документ (инструкция, стандарт оказания медицинской помощи, клинический протокол, руководство, др.) следует принимать во внимание.

*О проблемах повышения квалификации.* Неадекватной ситуацией в управлении объясняют проблемы 6 человек из 40, выбрав вариант ответа: «руководство недостаточно ценит дополнительное образование врача». Еще 5 человек считают, что «врачи сами не

слишком хотят учиться». 1 человек использовал возможность произвольного ответа, указав, что переподготовка должна быть более длительной, чем теперь. Однако половина (20 из 40) полагают, что основная проблема в том, что «трудно или дорого попасть на хороший курс».

**Значимость публикаций.** Наиболее часто упоминались «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», а также журналы «Stroke», «Lancet», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Лечащий врач», «Медицинская газета» и «Медицинский вестник», журнал «Ремедиум» и другие, менее специализированные издания. Однако корректных названий статей («...название последней прочитанной там статьи...») из указанных изданий никто из опрошенных не привел. С одной стороны, это можно объяснить большой длиной названий многих современных статей (трудно запомнить), а с другой – может указывать на то, что знание («приятие») такого-то издания в качестве источника информации связано больше с авторитетом (известностью) издания, чем с реальным изучением публикаций в нем.

**Обсуждение.** Большая работа, осуществляемая сегодня МЗ РФ в области структурирования отечественной медицинской реабилитации, подкрепляется курсами и программами: например, «Клинико-образовательного комплекс «Stroke»» (при поддержке Союза реабилитологов России). Однако, как показал опрос, существуют проблемы учебы врачей, которые, на наш взгляд, в высокой степени связаны с расфокусировкой их профессионального внимания – по отношению к обучению и в целом к традиционной системе медицинских компетенций. С социолого-философской точки зрения [Кравченко, 2013] такую расфокусировку можно объяснить ускорением и усложнением социума, где проявляются такие качества, как самоорганизация и рефлексивность, отход от структурных ограничений, а наблюдающееся усложнение происходит на фоне перманентных социальных и культурных травм. По сути, подобные взгляды на социум близки физическим теориям самоорганизованной критичности, синергетики, нелинейной динамики и др. Иначе говоря, в данных представлениях, с одной стороны, увеличение управляющего давления для нормализации структуры не всегда будет приводить к желаемому эффекту, а с другой – ограниченное по мощности, но точное, направленное воздействие может уравновесить всю систему.

Один из примеров самоорганизации – появление Союза реабилитологов России. Наличие же малых или узких ассоциаций, школ доктора такого-то и т.д. в данном контексте можно в какой-то степени полагать рефлексией или же дроблением профессионального сообщества при увеличении давления, например, при введении стандартов, повышении требований к квалификации и т.д.

При таких сложных процессах не удивительно, что понятная системность в постдипломном образовании врачей не слишком доступна. Задача лидеров – придать ей понятность, четко обозначить систему координат. При этом сегодня инструменты обучения могут быть и совсем новыми по форме, и традиционными, и комбинированными. Например, в 2015 г. совместной инициативой ФГБУ «Российский научный Центр медицинской реабилитации и курортологии» (МЗ РФ), НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина (ФАНУ) и Исследовательского центра МЭРА, а также журнала «Физиотерапия, бальнеология и реабилитация» предложен широкодоступный курс ([www.stabilograf.ru](http://www.stabilograf.ru)), касающийся стабилотрии (одного из методов технического обеспечения реабилитации) – сочетает традиционные формы учебы и новые.

Согласно мнению Н.Н. Зарубиной [Зарубина, 2014], усложнение социума способствует упрощению социальных практик. При этом стандартизация как форма упрощения «становится

необходимым способом упорядочения и стабилизации социальных практик в условиях усложнения производственных, потребительских, интеллектуальных форм деятельности». В данном контексте, введение МЗ РФ стандартов оказания медицинской помощи, клинических протоколов и др., следует рассматривать как форму упрощения, направленную на стабилизацию системы. Другая форма упрощения – архаизация – вероятно, проявляется, в том числе, в появлении особы» школ и ассоциаций, где проблемы повышения квалификации могут рассматриваться с архаичных, паранаучных позиций, смешиваясь с элементами современных представлений и технологий. Стандартизация подходов к обучению врачей, позволяет обеспечить лучшую управляемость, предсказуемость за счет «структурирования ролевого поведения». Одной из проблем стандартизации считают «дегуманизацию», но, на наш взгляд, разумное сочетание стандартизованных подходов и степени свободы является подходящим рецептом в области повышения квалификации врачей в условиях усложнения социума.

**Заключение.** Притом что в целом мотивацию опрошенных врачей к повышению квалификации (самообразованию, постдипломному обучению) следует считать скорее высокой, выявлены проблемы, характеризующие современное состояние данной социальной практики (учебы). К таким проблемам можно отнести, по меньшей мере: 1) определенную дезориентацию врачей по отношению к системе источников профессиональных знаний, не достаточно эффективное использование видов таких источников; 2) недостаточное представление о современных возможностях повышения квалификации. Преодоление указанных проблем, на наш взгляд, находится на перекрестке интересов и самих врачей, и администраторов здравоохранения, и, конечно, пациентов.

Способами преодоления указанных проблем полагаем следующее: 1) повышение стандартизации в области постдипломного образования врачей; 2) сохранение и развитие степени свободы для обязательных элементов учебы и для самообразования, в качестве предотвращения дегуманизации системы.

При этом такую форму упрощения социальной практики (учебы) как архаизация в виде паранаучных школ (например, преподавание системы мануального воздействия, объясняемое недоказательными, непроверяемыми в корректном эксперименте теориями) необходимо, где возможно, заменять стандартизацией, например, предоставляя корректное, научно-обоснованное объяснение используемой методике для предотвращения спекуляций и размывания целостной системы обучения врачей как ответственной социальной практики.

#### Литература

- 1 Всемирная организация здравоохранения. 10 ведущих причин смерти в мире. Информационный бюллетень N° 310. Май 2014 г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>
- 2 Виноградов В.Н., Чернова Я.Г., Кубряк О.В. Единая государственная информационная система мониторинга аттестации научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации (ЕГИСМ) в диссертационных советах – обсуждение первых впечатлений. Информатизация образования и науки. 2014. № 2 (22). С. 12–22.
- 3 Зарубина Н.Н. Упрощенные социальные практики как способ адаптации к сложному социуму// Социологические исследования. 2014. № 5. С. 37–46.

- 4 Кравченко С.А. К обоснованию гуманистической теории сложности общества. Вестник МГИМО-Университета. 2013. N 1 (28). С. 180–184.
- 5 Кубряк О.В. О методах диагностики при назначении антидепрессантов (мнение врачей) // Социологические исследования. 2010. № 1. С. 100–108
- 6 Рогозин Д.М. Когнитивный анализ опросного инструмента. М.: Институт Фонда «Общественное мнение», 2002.