

и сравнимости национальных систем высшего образования; повышение качества образования; повышение центральной роли университетов в развитии культурных ценностей, в которой университеты рассматриваются как носители общественного сознания.

Болонская декларация является стимулятором процесса реформирования высшего образования и модернизации образовательного пространства в целом, это: приведение отечественных образовательных программ и учебных

планов в соответствие с европейскими стандартами; признание отечественных квалификаций и академических степеней; обеспечение академической мобильности студентов и преподавателей; принятие образовательных кредитов студентов казахстанских вузов в зарубежных университетах; реализация программ двудипломного образования; конвертируемость казахстанских дипломов о высшем образовании в еврозоне, право выпускников на трудоустройство в любой из стран-участниц Болонского процесса.

**«Внедрение новых образовательных технологий и принципов
организации учебного процесса»,
Индонезия (о. Бали), 12-19 декабря 2012 г.**

Медицинские науки

**ПОВЫШЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ
ПРЕПОДАВАТЕЛЯ
И СТУДЕНТА – УЧАСТИЕ В ПРОЕКТНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ
ФАКТОРОВ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА
У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ**

Дробот Е.В.

*ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
Краснодар, e-mail: mangust68@mail.ru*

Одной из важнейших задач в рамках модернизации высшего образования является формирование компетентностей выпускника медицинского вуза через повышение компетентности преподавателя. Являясь сложнейшей характеристикой личности преподавателя, компетентность образуется многими взаимосвязанными составляющими. Одна из них – специальная компетентность, которая выражает теоретическую и практическую готовность педагога к применению знаний и умений по своему предмету в различных ситуациях, владение способами формирования знаний и умений у учащихся. В настоящее время существуют различные принципы педагогической техники – в частности принцип деятельности, суть его состоит в следующем: с приобретёнными в процессе обучения в вузе знаниями необходимо работать, они должны быть пропущены через деятельность. То есть студент-выпускник должен владеть определёнными практическими навыками и приёмами. Необходимо создавать у студентов мотивацию к активному применению ими теоретических знаний для решения практических задач. При изучении клинических дисциплин умения и навыки практической деятельности невозможно выработать без активного познавательного процесса, без самостоятельной работы, которая является неотъемлемой частью учебного процесса. Вариантом самостоятельной работы является проектная деятельность. Ис-

следовательско-проектная работа представляет собой совокупность аналитически-исследовательской, познавательной, творческой, созидательной деятельности. Работа, выполняемая студентами, должна быть проделана лично ими и являться частью выполненной коллективной работы, представлять собой законченный этап разработки, в которой анализируются актуальные проблемы изучаемой дисциплины, иметь практическую и научную направленность.

Вариантом проектной деятельности в процессе изучения клинических дисциплин является привлечение студентов к профилактической работе, на примере реализации различных аспектов программы «Остеопорозу нет». Медико-профилактическая программа «Остеопорозу – нет!» действует в России с 2006 года. Её задача – привлечь внимание общественности к актуальности заболевания, его распространенности, а также необходимости своевременной диагностики, профилактики и лечения.

Цель работы – установить влияние проектной деятельности в высшем медицинском образовании на формирование активной образовательной позиции студентов.

Для обучения планированию работы, развития навыков общения с пациентом, формирования принципов сбора и обработки информации, во время курации на кафедре поликлинической терапии привлекали студентов для интервьюирования пациентов городской поликлиники с использованием опросника для выявления у них факторов риска развития остеопороза. Опрошены 75 женщин в возрасте от 46 до 78 лет (средний возраст $54,3 \pm 7,6$ лет). Критерии исключения: наличие заболеваний, ассоциированных с низкой минеральной плотностью костной ткани в анамнезе, приём препаратов, влияющих на минеральную плотность костной ткани, эндокринные заболевания. Установлено, что распространенность факторов риска (ФР) остеопороза в популяции терапевтических больных велика.

Так очень высокий риск развития остеопороза имели 37% анкетированных, высокий – 31%, средний – 18% и только 13% – низкий. Оценка отдельных ФР показала, что среди них значимое место занимают наличие симптомов менопаузы 70%, возраст (старше 55 лет – 45%), уменьшение роста пациенток (41%), переломы в анамнезе (35%), наследственная отягощённость по остеопорозу – 18%, искусственная менопауза – 17%. Немаловажными поведенческими ФР являются: низкая физическая активность у 26%, недостаток молочных продуктов в рационе – 24%, использование голода с целью снижения массы тела – 20%.

С учётом выявленных факторов риска остеопороза все пациенты получили практические рекомендации по модификации характера питания (предложена рациональная диета), изменению физической активности (комплекс специальных физических упражнений), с учётом степени риска остеопороза группа пациентов направлена на денситометрию. Материалы проведённого исследования опубликованы и доложены на студенческой научной конференции и врачебной конференции в поликлинике.

Таким образом, участие студентов в профилактической работе позволяет усилить их стремление к когнитивной деятельности, повышает индивидуальную ответственность, творческую активность, развивает эмпатию. Данная форма обучения создаёт оптимальную подготовку к социальному взаимодействию в будущей профессиональной деятельности на основе опыта учебного сотрудничества, интегрирует теоретические и практические знания, создаёт условия сотрудничества между педагогом и студентом, что взаимно повышает их компетентность.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ, ПРОЖИВАЮЩЕМУ В РАЗНЫХ ЗОНАХ ДОСТУПНОСТИ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

¹Калининская А.А., ²Абдурашидова П.Б.

*ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава, Москва,
e-mail: Akalininskaya@yandex.ru;
ГКУ «Республиканский дом ребенка»
МЗРД, Махачкала*

В статье представлены особенности проживания и оценки организации медицинской помощи населению в Республике Дагестан.

Состояние здоровья населения тесно связано с условиями жизни: характером работы, отдыха, питанием, физической активностью и психическим благополучием [1, 2].

Базами исследования явились: центральные районные больницы (ЦРБ), сельские врачебные амбулатории (СВА), фельдшерско-акушерские

пункты (ФАП) в 3 сельских районах Республики Дагестан, расположенных в зонах с разной доступностью медицинской помощи (горной, предгорной, равнинной). Социологические опросы проводились по специально разработанной нами анкете, состоящей из 5 разделов и включающей 80 вопросов.

В ходе исследования путем социологического опроса был изучен образ жизни сельского населения в РД. Всего анкетированием было охвачено 1200 взрослого населения сельских районов, из них 42,1% составили мужчины, 57,9% женщины.

В процессе исследования нами была изучена транспортная доступность медицинской помощи для жителей села. Проведенное исследование показало, что для селян, живущих в равнинной зоне, автобус являлся основным видом транспорта для 54,1%, своя машина и попутный транспорт – 32,2%, пешком до ЦРБ добиралось 13,7% опрошенных. Для селян, живущих в предгорной зоне, основным видом транспорта являлся автобус – 39,7%, своей машиной и попутным транспортом добирались 32,9%, пешком – 9,7%. Жители горных районов в ¾ случаев добирались на автобусе, своей машине и попутном транспорте около 1/4 и только 2,1% опрошенных добирались до ЦРБ пешком.

Социологические опросы показали, что время в пути до ЦРБ для 11% жителей равнинной зоны составило от 10 до 20 минут, около 1/4 добирались от 20 до 30 минут, от 30 минут до 40 минут – 24,1%, от 40 минут и более часа – 39,0%.

В процессе исследования нами был проведен анализ частоты обращаемости сельских жителей в ЛПУ села по данным социологических опросов. Результаты исследования установили, что 12,1% сельских жителей обращаются в приписные ЛПУ ежеквартально. Ежемесячно обращается почти 17% опрошенных, это в большей степени пожилые люди или льготные группы населения с целью выписки льготных лекарственных средств. Более половины (57,3%) жителей ФАП обращаются за медицинской помощью к фельдшеру менее 4 раз в год.

Изучение причин обращения сельских жителей, проживающих в разных зонах доступности медицинской помощи, выявило, что доля обращений по поводу болезни составляет 83,1%, с целью профилактики и диспансеризации доля обращений составила в СВА и в общую врачебную практику (ОВП) 28,3%, в ЦРБ – 33,1%, на ФАП – 43,8%. С целью выписки лекарственных средств и заполнения медицинской документации обратилось в ЦРБ 3,8%, СВА и ОВП – 3,9%, на ФАП – 1,0%.

На год анализа (2010 г.) 45,4% опрошенных жителей села прошли профилактические и диспансерные осмотры. В 62,5% случаях профосмотр проводили врачи узких специальностей, 3,3% – врач общей практики, 17,2% – участко-