

*«Развитие научного потенциала высшей школы»,
ОАЭ (Дубаи), 4-11 марта 2013 г.*

Педагогические науки

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ
КАЧЕСТВА КОМПЕТЕНТНО-
ОРИЕНТИРОВАННОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Ганцева Х.Х., Ишмуратова Р.Ш., Ханова А.К.,
Гумерова Л.Д.

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет» Министерства
здравоохранения РФ, Уфа,
e-mail: shuraleyka1@mail.ru*

Значимые изменения характера современного образования (его направленности, целей, содержания) все более явно ориентируют его на «свободное развитие человека», на творческую инициативу, самостоятельность, конкурентоспособность, мобильность будущего специалиста.

Миссия медицинского вуза в современных условиях заключается в обеспечении качественного профессионального образования, основанного на сочетании классических традиций высшей медицинской школы и современных образовательных технологий, высокой квалификации профессорско-преподавательского состава, непрерывности процесса подготовки и профессионального развития специалиста, конкурентоспособности медицинских кадров на российском и международном рынках труда.

Взамен авторитарного словесного обучения, опирающегося на прошлое и основанного на передаче и воспроизведении информации, общество требует образование, ориентированное на будущее, развивающее инициативу и самостоятельность учащихся, образование, которое пробуждает у ученика интерес и желание учиться дальше, учит его творческому мышлению.

Менеджмент образования как социальная и педагогическая система описывается через систему показателей, характеризующих конечный результат деятельности – высокий уровень подготовки выпускников, а также отлаженную научно обоснованную систему обеспечения образовательного процесса. В настоящее время требуется пересмотр некоторых традиционных представлений об учебном процессе и его технологиях, позволяющий приблизить качество подготовки врача к требованиям современной медицинской науки и практики реформируемого здравоохранения. Опережающий характер медицинского профессионального образования предполагает формирование готовности выпускника к работе в условиях технологий «завтрашнего дня». Возникает потребность в таком результате образования, когда его конечным продуктом становится компетенция (компетент-

ность) специалиста – актуализированное в определенной профессиональной ситуации потенциальное действие.

Компетентностно ориентированное на образование (competence-based education – CBE) сформировалось в 70-х годах в Америке. В рамках программ по реформированию образования еще в 1996 г. Ключевые компетенции (key competencies), которые должны приобрести обучающиеся как для успешной работы, так и для дальнейшего высшего образования были определены Советом Европы. Принятое Советом Европы определение пяти ключевых компетенций, которыми «должны быть оснащены молодые европейцы», включают:

- 1) политические и социальные компетенции;
- 2) компетенции, связанные с жизнью в многокультурном обществе;
- 3) компетенции, относящиеся к владению устной и письменной коммуникацией;
- 4) компетенции, связанные с возрастанием информатизации общества;
- 5) способность учиться на протяжении жизни в качестве основы непрерывного обучения в контексте как личной профессиональной, так и социальной жизни.

Современное видение CBE-подхода в образовательном процессе обозначено в документах ЮНЕСКО, четко очерчивающих круг компетенций, которые должны рассматриваться всеми как желаемый результат образования. В докладе международной комиссии по образованию для XXI века «Образование: сокрытое сокровище» сформулированы основные глобальные компетенции – «четыре столпа», на которых основывается современное образование: научиться познавать, научиться делать, научиться жить вместе, научиться жить».

Компетенция – это способность успешно отвечать на индивидуальные или общественные требования и выполнять определенную деятельность. Компетенция должна быть, во-первых, личностным качеством, во-вторых, отвечать общественным требованиям, т.е. позволять получать общественно значимые результаты и, в-третьих, способствовать осуществлению практической деятельности, т.е. позволять оперативно решать возникающие проблемы и задачи. Среди различных видов компетенций выделяются, прежде всего, базовые компетенции, являющиеся «ключом», основанием для других, более конкретных и предметно-ориентированных. Владение ими позволяет человеку быть успешным в любой сфере профессиональной

и общественной деятельности, и в том числе и в личной жизни.

Какими знаниями, особыми качествами, навыками, методами общения и поведения должны обладать студенты, обучающиеся в медицинском вузе?

Понятие компетенции для медицинского образования и практики, сформулированное Ассоциацией американских медицинских школ (ААМС), включает 4 компетенции, основанные на общем мнении о том, каким должен быть хороший врач:

- 1) врач должен быть альтруистом, уметь сочувствовать, и быть честным;
- 2) врач должен обладать хорошими знаниями в области медицины;
- 3) врач должен обладать навыками коммуникативного общения при лечении пациентов;
- 4) врач должен с чувством ответственности относиться к работе с людьми для обеспечения здоровья отдельного человека и всего общества в целом.

Образовательная система Канады включает 7 основных компетенций, которыми должен овладеть будущий врач:

- 1) медицинская экспертиза;
- 2) коммуникативные навыки;
- 3) навыки сотрудничества;
- 4) адвокат здоровья (защита прав пациентов);
- 5) навыки управления;
- 6) научно-исследовательская работа;
- 7) профессионализм.

При подготовке будущих врачей в Великобритании, Испании и Швеции используют модель «результатов обучения» (learning outcomes), основанную на 3 основных аспектах компетенций врача, согласно которой:

1) врач обладает клиническими навыками, занимается научно-исследовательской деятельностью, обладает навыками управления, пропагандирует здоровый образ жизни, имеет коммуникативные способности и навыки обработки информации;

2) врач подходит к практикованию медицины через знание, этические/правовые принципы, способность принимать решение;

3) врач понимает свою роль в обществе, свое собственное развитие как личности и профессионала.

Система высшего профессионального медицинского образования России, включилась в процесс отработки системы повышения качества подготовки специалистов на основе компетентностного подхода в XXI веке. В связи с этим, перед ней стоит нелегкая задача: с одной стороны, медицинская школа России не может растерять существующие классические традиции, с другой – для оптимизации качества обучения и приведения его в соответствие с международными стандартами необходимо пересмотреть и модифицировать ряд подходов, учитывая позитивный опыт коллег за рубежом.

В Российской Федерации к конечным результатам процесса высшего профессионального образования по медицинской специальности относятся следующие компетенции:

ценностно-смысловые компетенции – ценностные ориентиры, способность ориентироваться в окружающем мире, осознавать свою роль и предназначение, принимать решение;

общекультурные компетенции – познание и опыт деятельности в области национальной и общечеловеческой культуры; духовно-нравственные основы жизни человека; роль науки и религии в жизни человека; компетенции в бытовой и культурно-досуговой сфере;

учебно-познавательные компетенции – совокупность компетенций обучающегося в сфере самостоятельной познавательной деятельности, включающей способы организации целеполагания, планирования, анализа, рефлексии, самооценки;

информационные компетенции – навыки деятельности по отношению к информации в учебных предметах и в окружающем мире; владение современными средствами информации (телевизор, магнитофон, телефон, факс, компьютер, принтер и т.п.) и информационными технологиями (аудио- видеозапись, электронная почта, Интернет); поиск, анализ и отбор необходимой информации, ее преобразование, сохранение и передача;

коммуникативные компетенции – знание языков, способов взаимодействия с окружающими и отдаленными событиями и людьми; навыки работы в группе, коллективе, владение различными социальными ролями; умение представить себя, написать письмо, анкету, заявление, задать вопрос, вести дискуссию и др.

социально-трудовые компетенции – выполнение роли гражданина, наблюдателя, избирателя, представителя, потребителя, покупателя, клиента, производителя, члена семьи; права и обязанности в вопросах экономики и права, в области профессионального самоопределения.

компетенции личностного самосовершенствования – освоение способов физического, духовного и интеллектуального саморазвития, эмоциональной саморегуляции и самоподдержки; овладение способами деятельности в собственных интересах и возможностях; формирование психологической грамотности, культуры мышления и поведения.

Предложенные компетенции позволяют студенту и выпускнику более ясно понимать ценности и установки по отношению к конкретной цели; обучают контролировать свою деятельность, обучаться самостоятельно; искать и использовать обратную связь; быть уверенным в себе; приобретать навыки самоконтроля; размышлять о будущем; обращать внимание на проблемы, связанные с достижением поставленных целей; приучают к самостоятельности

мышления; выработать навыки по решению сложных задач и использованию новых идей и инноваций для достижения цели.

Компетентностный подход в российском высшем медицинском образовании, нашедший свое отражение в Федеральном Государственном образовательном стандарте (стандарте III-го поколения), позволяет оптимизировать учебный процесс в вузе, нацелить преподавателей на конечный результат, совершенствовать воспитательную работу и психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса, повысить психологическую и коммуникативную компетентность обучающихся, укрепить и развить информационную и материально-техническую базу образовательного учреждения, сконцентрировать ресурсы для реализации современной концепции высшего медицинского образования. Наличие определенных оценочных критериев позволяет анализировать достигаемые результаты и проводить адекватные коррекционные действия.

ческое сопровождение учебного процесса, повысить психологическую и коммуникативную компетентность обучающихся, укрепить и развить информационную и материально-техническую базу образовательного учреждения, сконцентрировать ресурсы для реализации современной концепции высшего медицинского образования. Наличие определенных оценочных критериев позволяет анализировать достигаемые результаты и проводить адекватные коррекционные действия.

**«Инновационные медицинские технологии»,
Франция (Париж), 15-22 марта 2013 г.**

Медицинские науки

**ПРИЧИНЫ МИОФАСЦИАЛЬНОГО
БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ
СПИНЫ ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ**

¹Черкасов А.Д., ²Клюжев В.М.,
¹Нестеренко В.А., ²Петухов В.Б.

¹Научно-исследовательский институт нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН;

²Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва,
e-mail: healthsys@mail.ru

В спортивной практике болевой синдром, как правило, формируется на фоне длительно воздействующих физических перегрузок. У спортсменов болевой синдром появляется уже в молодом возрасте. Поэтому физиологически оправданное построение тренировочного процесса и спортивной деятельности продлевает спортивное долголетие спортсмена и снижает риск формирования болевой синдром в позвоночнике. Вместе с тем болевой синдром не всегда связан с остеохондрозом, который достаточно часто наблюдается у спортсменов. Он может формироваться на фоне функциональных нарушений мышечных структур, обеспечивающих подвижность позвоночника. Так у спортсменов скоростно-силовых видов спорта под влиянием больших тренировочных нагрузок, когда снижается сократительная способность мышц и нарастает активная недостаточность, может возникать болевой синдром в околопозвоночных мышечных структурах. Одной из причин возникновения болевой синдром является накопление в мышцах и в межпозвоночных структурах продуктов метаболизма, когда скорость образования этих веществ превышает скорость их выведения. Попадая в межклеточную жидкость, эти продукты воздействуют на болевые рецепторы. В отдельных случаях, на фоне длительно воздействующих физических нагрузок отмечаются нарушения обмена веществ в тканях, которые могут сопровождаться микротравмами и другими патологическими из-

менениями. Указанные отклонения требуют или временной отмены тренировки или пересмотра плана тренировочного процесса с позиции используемых средств, их объема и интенсивности. Многолетние исследования и накопленный опыт позволили с принципиально новых позиций рассмотреть проблему болевой синдром при занятиях спортом.

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) – миалгия, характеризующаяся локальной и отраженной болью. Особенностью подобного состояния является наличие изменений в мягких, преимущественно в мышечно-фасциальных структурах, в так называемых миофасциальных триггерных точках (МФТТ). МФБС, обусловленный неспецифическим поражением поперечно-полосатых мышц и фиброзных структур, чрезвычайно распространен в спорте при неконтролируемых физических нагрузках большого объема и интенсивности. При наблюдении за 124 спортсменами в возрасте от 14 до 28 лет методами мануальной диагностики у большинства спортсменов были выявлены плотные болезненные локальные образования в околопозвоночных мышцах и гиперчувствительность в пределах мышечного тяжа (длиннейшая мышца спины) (Салихов И.Г., 1987). Также отдельные спортсмены жаловались на отраженную боль при сдавлении триггерных точек. Наряду с этим у некоторых спортсменов были зафиксированы боли той же локализации в покое. Болезненность в мышцах наблюдалась в течение полутора-двух недель. Это состояние было связано с интенсивной и объемной тренировкой, что привело к перенапряжению мышц спины и поясницы и развитию МФБС, а длительность этого состояния была незначительная (Миляев В.П., 2011).

Серьезной проблемой является реабилитация спортсменов после физических перегрузок, как в тренировочном процессе, так и в постсоревновательном периоде. Перегрузки в ходе тренировочного процесса приводят не только