

по назначению, по целям: внешняя речь включает личность в систему социального взаимодействия, внутренняя – надежно защищена от постороннего вмешательства, она осознается только самим субъектом и поддается лишь его контролю (внутренняя речь в своем содержании, разумеется, связана с общественной деятельностью);

внешняя речь кодирована собственными кодами, доступными другим людям, – акустическим, графическим, кодами телодвижений, интонаций; код внутренней речи используется наряду с тем же языком, что и во внешней речи, но внешне ее проявление скрыто, не поддается восприятию других людей [2].

Внешняя речь классифицируется по своим признакам и целям на устную и письменную.

По механизмам, способам кодирования устная речь подразделяется на:

- говорение – отправление речевых акустических сигналов, несущих информацию;
- слушание (аудирование) – восприятие акустических речевых сигналов и их понимание.

Письменная речь включает в себя:

- письмо – «зашифровку» речевых сигналов с помощью комплексов графических знаков;
- чтение – «расшифровку» графических знаков, их комплексов и понимание их значений [2].

Следует отметить, что развитие внешней речи предшествует развитию письменной. Владение иноязычной речью идет также от внешней к внутренней (интериоризация). При говорении и письме процесс обратный – от внутренней речи к внешней (экстериоризация).

Под «устной речью» понимаем акт или речевые акты («говорение»), которые выступают как следствие коммуникативной деятельности собеседника, лектора, докладчика и других категорий лиц, реализующих коммуникативные запросы общественной практики (1).

Устная речь всегда может передаваться с помощью разных оттенков: это интонация, мимика и жесты, которые дополняют мысль, чувства и переживания говорящего. Устная речь получает и своеобразное лексико-грамматическое оформление, потому что она требует мгновенного понимания в процессе ее восприятия. Такие речевые средства, как градация, гиперболизация, иносказание, сопоставление, различные тропы используются в устной речи. В процессе порождения устных высказываний часто встречаются оговорки, повторы, эл-

липсисы, междометия, незаконченные и присоединительные конструкции.

Устной речи противопоставляется речь письменная.

Письменная речь – это речь подготовленная, подлежащая проверке, поддающаяся исправлению, совершенствованию. В результате специального обучения появляется письменная речь. Основным ее предметом формирования является технические средства написания звуков, букв, а затем слов, которые никогда не являются предметом осознания в устной речи. Двигательные навыки письма формируются на ранних этапах. Выражение мысли становится позднее предметом сознательных действий ребенка.

Письменная речь по своему строю представляет собой всегда полные, грамматически организованные развернутые структуры. Она используется и для передачи готового сообщения, и для отработки и уточнения собственной мысли.

Литература:

1. Жажева, С.А. Развитие связной письменной речи учащихся начальной адыгейской школы: автореф. дис. ...канд. пед. наук / С.А. Жажева. – Майкоп, 2014. – 35 с.
2. Львов, М.Р. Основы теории речи: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М.Р. Львов. – М.: Академия, 2013. – 248 с.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Борисов Ю.Ю., Пехова В.А.
МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный
медицинский институт высшего
сестринского образования»
Краснодар, Россия

Система подготовки медицинских сестер с высшим сестринским образованием, равно как и вся система непрерывного медицинского образования в нашей стране, вступает в эпоху фундаментальных преобразований с введением нового поколения образовательных стандартов 3+ бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело [1, 4, 5]. Профессиональное мастерство медицинской сестры-бакалавра и ее готовность к осуществлению сестринской клинической практики во многом зависит от освоения практических на-

выков выполнения сестринских манипуляций, определенных требованиями квалификационной характеристики. Ведущей учебной дисциплиной при освоении профессиональных навыков основной образовательной программы бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело является «Основы сестринского дела». Оценка уровня подготовки студентов на разных этапах ее изучения является важной и сложной задачей. Традиционная система контроля уровня знаний и умений – экзамен, на наш взгляд, не сможет обеспечить полную объективность оценки мануальной (практической) подготовки медицинской сестры. Отсутствие стандартизации в оценке знаний, умений и навыков вносит элемент субъективизма экзаменатора, исключает возможность проследить обратную связь между результатом экзамена и возможными ошибками в ходе учебного процесса.

К числу перспективных направлений технологии обучения и, в частности, обучения профессиональным навыкам, можно отнести балльно-рейтинговую систему оценки качества усвоения практических навыков освоения сестринских манипуляций [2, 3]. Поэтому нам представилось целесообразным разработать и внедрить в учебный процесс конкретные количественные критерии, отражающие уровень освоения манипуляционной техники будущими бакалаврами сестринского дела. С этой целью при оценке практических навыков на уровне учебно-производственной практики мы используем балльные шкалы в виде чисел с определениями в зависимости от уровня сложности выполняемой манипуляции.

Объем практических навыков по каждому из разделов учебной дисциплины «Основы сестринского дела» определяется Федеральным государственным образовательным стандартом [5]. Чтобы избежать субъективизма оценки, нами на основе действующих нормативных документов разработаны стандарты всех обязательных манипуляций и действий медицинской сестры, входящих в рейтинговый минимум. Экзамен (оценка качества практического обучения по предмету) проходит в два этапа: теоретический и доклинический уровень освоения навыков. Теоретическая часть проводится с помощью тестовой методики контроля (письменно или с использованием персонального компьютера). Рейтинговая оценка практической части экзамена проводится экзаменатором в ходе реальной работы по выполнению манипуляций на фантомах и муляжах (доклинический уровень обучения). Для объективной оценки качества подготовки

разработана шкала оценки умений по каждой манипуляции.

При использовании рейтинговой школы оценки качества практического обучения, как промежуточного уровня контроля, весь учебный материал разбивается на отдельные модули, и в конце каждого из них проводятся зачетные занятия. По данным промежуточного экзамена может осуществляться обратная связь между преподавателем, ведущим данную дисциплину, и студентами, что позволяет своевременно провести анализ причин недостаточного усвоения материала по разделам (темам) обучения и провести коррекцию учебного процесса.

В основу оценки качества практического обучения положено умение студентов осуществлять деятельность медицинской сестры по уходу за больным и уровень усвоения манипуляционной техники. Итоговая оценка определяется в баллах, при этом устанавливаются следующие критерии оценки: «отлично» - 80% и выше, «хорошо» - 79-60%, «удовлетворительно» - 40-59%. При использовании персонального компьютера в процессе подведения итогов определения качества знаний и умений необходимо использовать логическую часть, с помощью которой вводится поправка к оценке с учетом весового коэффициента (например, при получении 30% оценок «удовлетворительно»). Данные по качеству обучения каждого студента фиксируются в индивидуальных студенческих дневниках, где каждая манипуляция имеет свою оценку, а также подводятся промежуточные результаты по отдельным модулям. Оценка качества освоения практических навыков в виде рейтинговой методики используются нами в течение трех лет обучения по предмету «Основы сестринского дела» с момента введения ФГОС бакалавриата 3 поколения по направлению подготовки Сестринское дело и в течение 2015-2016 учебного года с момента перехода на ФГОС 3+.

Описанная методика, судя по отзывам преподавателей и обучающихся, способствует более высокой объективности оценки качества выполнения манипуляций, помогает определить наиболее трудные разделы или темы дисциплины, упрощает процесс обучения за счет использования стандартов сестринской практики, способствует преемственности процесса обучения с будущей деятельностью медицинской сестры у постели больного. На наш взгляд, предлагаемая методика может с успехом использоваться также с целью контроля за уровнем «выживаемости» знаний, полученных студентами в процессе обучения. Несомненно,

данная система оценки качества практического обучения является не единственной формой контроля и требует дальнейшего развития и совершенствования.

Литература:

1. Борисов Ю.Ю. Инновационные информационные технологии при подготовке бакалавров сестринского дела // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 4(1). - С. 65-67.
2. Диканская Н.Н. . Оценочная деятельность как основа управления качеством образования. // Стандарт и Мониторинг в образовании. 2003. № 3. С. 38–42.
3. Методические рекомендации по проектированию оценочных средств для реализации многоуровневых образовательных программ ВПО при компетентностном подходе / В.А. Богословский, Е.В. Караваева, Е.Н. Ковтун, О.П. Мелехова, С.Е. Родионова, В.А.Тарлыков, А.А. Шехонин. М.: Изд-во МГУ. 2007. 148 с.
4. Рамонова Л.П., Борисов Ю.Ю., Бондаренко П.П., Запрудина Г.Г., Егорова Н.А., Рудеева О.А. Перспективы применения бакалавров сестринского дела в практическом здравоохранении Российской Федерации // Международный журнал экспериментального образования . – 2015. - № 11. – С. 921-925.
5. ФГОС ВО по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата) // Утвержден приказом Министерства образования и науки РФ от 03 сентября 2015 г. № 964.

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Борисов Ю.Ю., Ильченко Г.В.
 МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
 Краснодар, Россия

Неблагоприятное действие факторов внешней среды играет все более важную роль в развитии, становлении и прогрессировании многих хронических заболеваний внутренних органов и, следовательно, составляет весьма актуальную медико-социальную и экономическую проблему. В связи с этим назрела настоятельная необходимость внесения концептуальных изменений в системе высшего медицинского образования и целесообразность

обучения новой междисциплинарной специальности - превентивной медицине [1,2]. Без этого разрыв между затратами на здравоохранение и уровнем здоровья населения будет все более возрастать, а профилактические мероприятия останутся малоэффективными [3].

В формировании здорового образа жизни находят интегративное отражение современные экологические, социальные, экономические и личностные подходы к здоровому и больному человеку. Поэтому в процессе преподавания клинических дисциплин прежде всего следует обучать студентов внедрению каждого из компонентов здорового образа жизни, а именно: формированию гармоничного психоэмоционального статуса; рекомендациям по подбору адекватной данному индивидууму трудовой деятельности; рациональному питанию; достаточной физической активности; поддержанию оптимальной массы тела; устранению или по крайней мере ограничению производственных вредностей, курения, употребления алкоголя и других вредных привычек.

Совершенно очевидно, что реализация этих задач невозможна без учета и дифференциации географических, расовых, национальных, религиозных, половых, конституционных, возрастных особенностей, обуславливающих как различный удельный вес отдельных факторов риска в разных популяциях, так и механизмов патоморфоза тех или иных заболеваний. Не менее важное значение в современных условиях приобретает развитие новых методов и способов формирования у населения правильных представлений о причинах болезней. В частности, следует разъяснять, например, что в настоящее время в развитых странах 85% летальных исходов обусловлены 10 заболеваниями, имеющими общие факторы риска развития. Особое значение, на наш взгляд, имеет также пропаганда современных возможностей профилактики таких социально значимых заболеваний, как рак, ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, инсульт, депрессии.

По-видимому, нельзя ограничиться лишь внесением отдельных поправок в существующие программы высшей медицинской школы, а требуется концептуальный пересмотр целей медицинского обучения, ориентированных пока еще почти исключительно на диагностику, лечение, организацию ухода и лишь в небольшой степени - на первичную профилактику наиболее распространенных заболеваний. В связи с этим следует признать приоритетную роль обучения превентивной медицине и здоровому образу жизни.