**Мруга Марина Рашидівна. Структурно-фукнціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей. : Дис... канд. наук: 13.00.04 – 2007**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Мруга М.Р.**Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 - теорія і методика професійної освіти. – Центральний інститут післядипломної педагогічної освіти АПН України, Київ, 2007.  Робота присвячена дослідженню наукових основ моделювання професійної компетентності для забезпечення адекватності моделі, оцінки наукової обґрунтованості і повноти вітчизняної моделі ПК майбутнього лікаря за Галузевими стандартами вищої освіти та вибору методів діагностування.  Проаналізовано та уточнено поняття професійної компетентності, підтверджено припущення про наявність впливу теорій навчання і научіння на моделювання ПК. Досліджено наукові основи вітчизняної моделі ПК майбутнього лікаря, здійснено її порівняльний аналіз з чотирма моделями ПК інших країн; це дозволило виявити недостатні і надлишкові змістові зони вітчизняної моделі, а також підтвердити її теоретичну обґрунтованість. Показано, що для повноцінного діагностування ПК майбутнього лікаря залежно від прийнятої моделі мають обиратись різні методи оцінювання; при цьому комплексна система діагностування ПК має ураховувати властивості методів оцінювання та їхню здатність охопити всі фахові якості – складові компетентності. | |
| |  | | --- | | 1. Поняття „компетентність”, яке відображає складний багатоаспектний феномен, застосовується для опису певної кількості різних когнітивних, психомоторних, емоційних, вольових та інших явищ, властивих людині в межах різних концепцій компетентності. Доцільно обрати визначення компетентності, враховуючи інтуїтивне розуміння поняття „компетентність” як частини загальної мови більшістю фахівців галузі, сучасні варіанти концептуалізації поняття, а також практичну цінність підходів до концептуалізації поняття з точки зору можливості (або неможливості) вплинути на формування компетентності впродовж життя окремої людини та можливості (неможливості) диференціювати компетентну або некомпетентну людину. У цьому контексті поняття „*професійна компетентність лікаря*”можна визначити як*здатність фахівця від моменту початку своєї професійної діяльності успішно (на рівні певного стандарту) відповідати суспільним вимогам медичної професії шляхом ефективного і належного виконання задач лікарської діяльності та демонструвати належні особисті якості, мобілізуючи для цього релевантні знання, вміння, навички, емоції, спираючись на свою внутрішню мотивацію, ставлення, моральні й етичні цінності та досвіді усвідомлюючи обмеження своїх знань і вмінь та акумулюючи інші ресурси для їхньої компенсації*.  2. Концепція ПК, що відповідає наведеному визначенню, ґрунтується на функціональному підході, за якого людина є компетентною не сама по собі, а відносно реалізації зовнішніх функцій, коли людина успішно функціонує, здійснює діяльності або виконує задачі у відповідь на індивідуальні або соціальні вимоги. Така компетентність має внутрішню структуру (когнітивні, психомоторні, емоційні, мотиваційні, соціальні, етичні та поведінкові компоненти тощо), але оцінити наявність компетентності можна шляхом спостереження за зовнішніми реальними діями людини в конкретних ситуаціях та з певним рівнем мотивації, коли вона мобілізує для дії свої внутрішні якості. Цю компетентність можна набувати впродовж життя; роль соціальних інституцій, зокрема освітніх установ, в процесі набуття компетентності є надзвичайно важливою. Прийнявши визначення ПК за робоче, компетентність можна класифікувати за різними ознаками, які розширюють розуміння поняття, а також будувати певні моделі компетентності.  3. Поняття „компетентність” і „професійна компетентність” мають тісний зв’язок з поняттям “навчання”. У моделях компетентності, створених впродовж останніх 50 років, можна простежити вплив основних теорій навчання – від біхевіористських до конструктивістських. Максимальний вплив спричиняють теорії біхевіоризму, когнітивізму та конструктивізму, а найбільш доцільними і перспективними для використання є інтегровані теоретичні моделі компетентності, які ґрунтуються на різних теоріях навчання.  4. Серед досліджених дев’яти сучасних моделей ПК лікаря переважають моделі, що ґрунтуються на біхевіоризмі. Також присутні моделі, пов’язані із когнітивізмом. Сучасні конструктивістські теорії навчання не спричиняють суттєвого впливу на побудову конкретних моделей ПК лікаря, вірогідно через новітність конструктивізму для галузі освіти, зокрема медичної, і через те, що більшість проаналізованих моделей розроблялися п’ять-сім років тому. За аспектом моделювання п’ять з дев’яти досліджених моделей ПК майбутнього лікаря базуються на відображенні його зовнішніх функцій, властивостей і якостей, які є не діяльністю лікаря, а фундаментом цієї діяльності, тобто внутрішньою „структурою” лікаря. Ці моделі є структурно-функціональними моделями ПК лікаря. Решта моделей є або суто структурними, або суто функціональними, або моделлю процесу. Більшість моделей є прогностичними і використовуються як основа для формування майбутніх лікарів. Для перевірки адекватності змісту вітчизняної моделі ПК лікаря за ГСВО були відібрані ті зарубіжні моделі, що максимально подібні до моделі ОКХ за суб’єктом та за концепцією: модель Шотландії (регіональна), цільова модель США (національна), глобальні мінімальні найважливіші вимоги (інтернаціональна) і швейцарський каталог навчальних цілей (національна).  5. Аналіз коректності і адекватності моделі ПК лікаря за ГСВО дозволив підтвердити її принципову адекватність на підставі того, що в основі моделі лежить обґрунтований теоретичний підхід, більш прогресивний у порівнянні з деякими зарубіжними моделями ПК лікаря, а також того, що її зміст на 42-61 % еквівалентний окремим проаналізованим зарубіжним моделям. При цьому 43 % професійно-спрямованих вмінь Додатку А еквівалентні всім чотирьом проаналізованим моделям. Цей рівень еквівалентності є достатнім; лише в цільовій моделі США рівень еквівалентності іншим моделям є вищим. Виявлені в процесі аналізу елементи компетентності, відсутні в моделі ГСВО, але присутні в усіх або більшості інших моделей, мають бути введеними до моделі ПК майбутнього лікаря за ГСВО. Тому зміст ОКХ за умови її принципової адекватності потребує коригування і доповнення. Методика розробки ОКХ також потребує вдосконалення шляхом корекції недоліків з відображення особистісних якостей фахівця, уточнення процедури визначення здатностей, передбачення повного спектру вмінь з належною класифікацією, безпосереднього включення когнітивних компонентів, зокрема знань на різних рівнях засвоєння.  6. Систематизація методів діагностики згідно зі структурою і змістом моделі ПК лікаря виявила, що сучасна світова медична освіта має достатній арсенал засобів стандартизованої діагностики вимірювання для надійного та валідного оцінювання більшості елементів ПК. Оцінка діагностичності моделі засобами стандартизованої діагностики під час державної атестації виявила повне охоплення вмінь, наведених у Додатку А ОКХ, методами, що входять до державної атестації (при цьому 61 % вмінь входить до змісту обох методів). Соціально-важливі здатності, наведені у Додатку, Б під час державної атестації не діагностуються; їхнє оцінювання здійснюється під час навчання студента у навчальному закладі. В перспективі має розглядатись питання розробки додаткових якісних інтегрованих методів оцінювання, які дозволять урахувати в формалізованій системі оцінювання соціально-важливі, а в перспективі особисті здатностей майбутнього лікаря. | |