

MODERNIZATION OF TRAINING AND EDUCATIONAL PROCESS ON THE BASES OF USING THE COMMON INFORMATION EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Summary

The article deals with the informational educational environment of the establishment, the requirements to it, the educational process at its base, the organization of all parts of the educational establishment.

Key words: informative educational environment, modernization of education, common educational environment, informational communicative competence.

УДК 378.661.014.3

І. М. Круковська

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Стаття присвячена проблемі професійної підготовки фахівців у медичній галузі.

Зазначається, що тісний зв'язок вищих медичних навчальних закладів та лікувально-профілактичних закладів дає позитивний результат щодо підготовки фахівців до професійної діяльності. Особливу увагу приділено готовності майбутніх медиків до виконання керівної функції, розширенню самостійності під час виконання медичних маніпуляцій та організації догляду за пацієнтами.

Ключові слова: професійна підготовка, медична галузь, вищі медичні навчальні заклади, кадровий ресурс, медична допомога, менеджмент, ступенева освіта.

Постановка проблеми у загальному вигляді. Складовою частиною системи охорони здоров'я є сестринська справа, яка має в своєму розпорядженні значну частину кадрових ресурсів та реальні потенційні можливості для задоволення потреб населення в доступній медичній допомозі. Процес реформування медсестринства йде повільно, однією з причин цього є недостатня активність медичних сестер. Знаходячись на другорядних ролях в медицині, медичні сестри не проявляють ініціативи, а без якісного сестринського догляду не може бути якісної медичної допомоги.

Метою статті є визначення особливостей професійної підготовки фахівців медичної галузі.

Виклад основного матеріалу. Основними напрямками оптимізації ресурсного забезпечення охорони здоров'я є: перерозподіл функцій між лікарем і середнім медичним персоналом, між середнім і молодшим медичним персоналом; посилення позицій середнього медичного персоналу на всіх рівнях медичного обслуговування; підвищення їх правового і матеріального статусу. У багатьох країнах світу зростає попит на сестринський персонал. Це можна пояснити тим, що їх практика гнучко реагує на демографічні, економічні та соціальні зміни. Внаслідок цього сестринська діяльність стала ключовим компонентом медичного обслуговування. Сферою діяльності медичних сестер є надання широкого спектру послуг у межах первинної медико-санітарної допомоги. У більшості держав подібний діапазон ролей медичних сестер утворився не заплановано та безсистемно. Цей процес викликаний потребами населення, а у деяких країнах – намаганням втримати зростання витрат у сфері охорони здоров'я. Аналіз роботи головних медичних сестер методом опитування свідчить про ряд факторів, які стримують реформування у цій галузі, а саме: правові (відсутність стандартів і законодавчої бази у сестринській діяльності, у тому числі і для осіб із вищою сестринською освітою); організаційно-управлінські (відсутність комплексного підходу до реформування окремих ланок системи охорони здоров'я, нестача організаторів сестринської справи, які володіють сучасними методами менеджменту та маркетингу, здатних здійснювати контроль якості, ефективності сестринської допомоги); дефіцит сестринських кадрів і молодшого медичного персоналу; низький рівень укомплектованості спеціалістами-організаторами сестринської справи із вищою сестринською освітою; відсутність диференційованого навантаження, оплати праці спеціалістів із різним рівнем освіти. Низький престиж професії медичної сестри у сучасному суспільстві, неможливість професійного росту, відсутність умов для проведення наукових досліджень спонукав певну частину кваліфікованого сестринського персоналу, як свідчить практика, отримати професію лікаря, диплом вчителя біології, хімії тощо [1, с. 7-10].

Проведені дослідження підтверджують готовність медичних сестер до розширення самостійності при організації догляду за пацієнтами та під час виконання маніпуляцій. Для підтримки готовності до розширення повноважень по догляду за пацієнтом необхідно виконання переліку умов, серед яких: адекватна оплата праці, сучасне матеріально-технічне забезпечення робочих місць, організація праці з урахуванням новітніх технологій лікувально-діагностичного процесу, підвищення якості професійної освіти. У ряді випадків медичні сестри виконують низькооплачувану та часто понаднормову роботу, використовують незручне та в недостатній кількості обладнання по догляду за пацієнтами, що змушує керуватися більш низькими стандартами обслуговування пацієнтів. Роль, функції та організаційні форми діяльності сестринського персоналу змінюються у відповідності з новими завданнями, які стоять перед

системою охорони здоров'я: розвиток первинної медико-санітарної допомоги, скерованої на профілактику захворювань та зміцнення здоров'я, гігієнічне навчання та виховання населення; розширення обсягу надання допомоги на дому з використанням нових технологій догляду та сестринського процесу; вдосконалення системи реабілітаційних заходів; формування лікарень та відділень сестринського догляду; розвиток системи хоспісів із наданням паліативної допомоги.

Усе це потребує удосконалення освітньої частини системи підготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів медичної галузі. Для реалізації плану ефективної організаційної діяльності медичних кадрів необхідна підготовка головних медичних сестер (в сучасній інтерпретації – професійних менеджерів сестринської діяльності). У деяких країнах запроваджена достатня кількість додаткових категорій сестринського персоналу, які відрізняються рівнем своєї професійної підготовки. Медичну сестру, яка має підготовку високого рівня, характеризують спеціалізація, розширені знання та більш досконалі навички, вища освіта сестер підкріплена практичною діяльністю за фахом, порівняно вищим рівнем незалежності у виконанні практичної діяльності та самостійності у прийнятті рішень.

Відомо, що реформування неможливе без зміни ставлення лікаря та суспільства до ролі медичної сестри у ефективному функціонуванні ЛПЗ. На сьогодні існує кадрова диспропорція "сестринський персонал – лікарі". Вона характеризується збільшенням у лікарській діяльності частини тих видів медичних послуг, які повинні виконувати належним чином підготовлені медичні сестри. З іншого боку, сестринському персоналу відводиться роль технічного виконавця, від якого не вимагають спеціальної медичної допомоги. Останній фактор досить негативно впливає на якість сестринської допомоги, імідж і привабливість професії "медична сестра". Визнання з боку асоціації лікарів та сприйняття медичної сестри як рівноправного учасника лікувального процесу можливі не тільки у зв'язку зі змінами програми сестринської освіти, а й зі змінами законотворчих процесів щодо визначення ролі і місця медичної сестри у лікувальному закладі.

Тенденції розвитку сестринської справи свідчать про наступне: переважна більшість лікарів не визнають суттєвий вклад медсестри у лікувально-діагностичний процес, не уміють і не орієнтовані на вибудовування рівноправних партнерських відносин із ними; наявна тенденція розвитку синдрому емоційного вигорання, тому своєчасним є введення до штату окремих закладів охорони здоров'я посади психолога для виконання корекції наявної професійної психологічної деформації особистості медичного працівника; кар'єрні спрямування сестринських керівників не мають юридичного забезпечення, що несприятливо позначається на престижі цієї професії у нашій державі [2, с. 87-92].

Введення до номенклатури посад медичної сестри – заступника головного лікаря, координатора по роботі з сестринським персоналом, завідувачів відділеннями сестринського догляду - дозволить вирішити питання належного попиту, ефективного використання та достойної оплати праці спеціалістів із вищою медсестринською освітою. Найбільш ефективна тривалість роботи на одній посаді складає 5 – 7 років, у подальшому необхідна кадрова ротація по горизонталі чи вертикалі або перепідготовка за теорією і практикою організації і управління, яка сприяє вдосконаленню застарілих, або опануванню нових стилів і методів керівництва. Ефективній діяльності керівника сприяє інноваційна зміна цілей або завдань роботи організації.

Взаємини у системі "лікар – сестра – пацієнт" будуються не лише на загальнолюдських цінностях, законах комунікації, але й регулюються документами, головними і визначальними серед яких є: "Етичний кодекс медичної сестри", "Кодекс професійної діяльності медичної сестри". Ці документи детально розкривають вимоги до особистості лікаря і сестри, у них акцентується увага на колегіальних партнерських взаєминах лікаря із медсестрою та пацієнтом. Відомі психологічні особливості діяльності медичної сестри-керівника включають вимоги до емоційної витривалості, комунікативності, стійкості до стресів, волі, винахідливості.

Формування нової системи рівноправних партнерських відносин між лікарем і медичною сестрою можливе за рахунок удосконалення системи оплати праці лікаря й медичної сестри у відповідності із обсягом і якістю надання медичних послуг та розробкою критеріїв оцінки під час післядипломної перепідготовки.

Наявний зарубіжний досвід з цього питання (США, Японії та інших країн) переконливо свідчить про необхідність заохочення людини до кар'єрного зросту в умовах однієї спеціальності (горизонтальна модель просування кар'єри). У той же час в управлінні кар'єрою сестринських фахівців можливе використання вертикальної моделі зі зміною провідної установи і вузькою спеціалізацією працівника.

Сестринський керівник має ряд переваг, які дозволяють йому стати лідером змін, ідеологом безперервної освіти медичних сестер. У підготовці медичних сестер-керівників, окрім умов для отримання знань із менеджменту, лідерства з використанням різних форм навчання, необхідно використовувати наступне:

- забезпечити психологічну атмосферу навчання, високу культуру організації праці, використання матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я задля розвитку традицій етики, деонтології та поваги до особистості керівника;

- використовувати у навчальному процесі досвід медичних сестер-керівників, що значно підвищить якість та зміст практичних занять [3, с. 28].

Серед проблем охорони здоров'я у період реформування особливо актуальна проблема якості медичної допомоги. Серед основних показників якості медичної допомоги слід особливо відзначити прийнятність – відповідність допомоги очікуванням пацієнтів та їх родичів; справедливість та законний розподіл обґрунтованої допомоги населенню, безпека та своєчасність, які залежать від праці медичних сестер. На сьогодні у напрямку вирішення цієї проблеми здійснюється організаційний етап – окреслюється коло питань, критерії якості, методи роботи, строки, відповідальність.

У кінцевій меті ступеневої освіти – професійному зростанні, гарантії безпеки, компетентності сестринського догляду – зацікавлені рівною мірою як працівник, так і роботодавець. Останній зацікавлений у підтримці конкурентоспроможності медичного закладу, що неможливо досягти силами некваліфікованого персоналу. Працівники намагаються бути максимально потрібними на ринку трудових ресурсів, що змушує їх підтримувати свої знання, навички протягом періоду післядипломної освіти на належному рівні для збереження професійної компетентності.

Співпраця із соціальними службами формує потребу практичної охорони здоров'я у якісно новій підготовці медичних сестер. Один із основних видів соціальної роботи медичної сестри є обслуговування пацієнтів на дому. Його основна мета – максимально продовжити перебування громадян у звичному для них місці існування, підтримати їх особистий і соціальний статус, захистити їх права і законні інтереси.

Існують значні резерви підвищення якості санітарно-просвітницької роботи, здійснюваної сестрами, на які звертають увагу під час навчання медсестринських керівників: здійснення санітарно-просвітницької роботи з урахуванням індивідуальних побажань пацієнта; виявлення рівня готовності пацієнта щодо збереження та зміцнення здоров'я; урахування мотивації індивідуума до профілактики і здорового способу життя, який прямо пропорційний погіршенню стану здоров'я і збільшенню числа захворювань; планування та здійснення оздоровчих, профілактичних і реабілітаційних заходів; строки, обсяг і форми проведення роботи із пацієнтами повинні залежати від їх готовності і мотивації щодо зміцнення та збереження здоров'я; залучення до реалізації плану профілактики захворювань пацієнта членів родини та друзів.

У компетенції органів охорони здоров'я залишаються керовані чинники умов і способу життя. У зв'язку із цим фінансування галузі повинне зростати, зважаючи на значущість її впливу на стан здоров'я населення як економічну категорію.

За даними ВООЗ не існує прямої залежності між рівнем соціально-економічного розвитку держави та масштабом сестринської діяльності. Так, у ряді країн із низьким доходом населення, сестринська справа добре розвинена та забезпечує у повному обсязі первинну медико-санітарну допомогу. У найбільш бідних країнах медичні сестри керують більшою частиною медичних служб. Вони часто працюють із бідними та найменш соціально захищеними верствами суспільства.

Рівень і спосіб оплати праці лікарів також позначається на масштабах практики медичної сестри: якщо лікарі отримують гонорар за кожну проведену процедуру або надану послугу, то вони прагнуть виконати цю роботу самостійно. Там, де такої системи оплати не існує, можна з цілковитою упевненістю стверджувати, що подібні процедури, послуги стануть складовим компонентом праці медичних сестер.

Медичне обслуговування коштує дорого. У всьому світі на потреби охорони здоров'я щорічно витрачається близько 2000 млрд. доларів США. Медичні сестри - найбільш значна частина медичного персоналу - практично не впливають на прийняття рішення відносно виділення бюджетних асигнувань на найм, навчання і працевлаштування кадрів.

Організаторам системи охорони здоров'я та сестринської справи добре відомі проблеми працевлаштування медичних сестер із вищою освітою: відсутність законодавчої бази і вузька номенклатура сестринських посад із вищою освітою; низька моральна та матеріальна зацікавленість медичних сестер в удосконаленні професійних знань та навичок; фізично та емоційно важка праця без можливості для релаксації та розрядки; низький рівень престижу професії медичної сестри; тривалий період адаптації молодих спеціалістів на робочих місцях; синдроми емоційного вигорання та хронічної втоми; відсутність нормативів навантаження та стандартів якості.

Таким чином, співпраця організаторів охорони здоров'я із науковими та педагогічними колективами є можливим шляхом вирішення цілого ряду проблем. Одним із педагогічних завдань реформування медсестринства є розвиток у майбутнього керівника сестринської справи мотивації до творчості. Цьому може сприяти:

- розвиток у собі позитивних емоцій, які проявляються у спілкуванні з колегами та пацієнтами;
- творча робота, яка дає можливість самостійно реалізуватися;
- можливість кар'єрного росту і соціальні гарантії.

Разом з тим необхідне стимулювання для активізації навчання керівників сестринської справи. Це можливо здійснити шляхом тестової перевірки базових знань спеціалістів; мотивації до розвитку індивідуальних якостей відповідальності, ініціативності, цілеспрямованості, креативності, працездатності,

працелюбства, дисциплінованості; вмінням знаходити компромісні рішення, передбачати, планувати, аналізувати, бути готовими до ризику, володіти стійкістю до стресів; для вдосконалення комунікативних навиків використовувати відеоігри, рольові та ділові ігри; використання у діяльності різних форм підвищення якості сестринських навиків з метою професійної адаптації молодих спеціалістів до традицій закладу; поліпшення службового етикету і культури свого закладу [4, с. 17-28].

Враховуючи потреби суспільства, можна передбачити, що у розвитку концепції здоров'я буде відчутна необхідність у створенні авторських просвітницьких оздоровчих програмах. Цей напрям роботи слід всебічно заохочувати на районному та обласному рівнях, разом із вивченням потреб населення даного регіону.

Задля підвищення якості та ефективності медичної допомоги необхідно підвищити рівень правових знань і нормативного документування, діловодства, комп'ютеризації діяльності сестринського керівника, оволодіння ним базовими економічними знаннями. Необхідне вивчення фактичної та наявної потреби у середньому медичному персоналі з урахуванням наближення до оптимального співвідношення лікар – сестра.

Підвищення ролі, рівня самостійності та престижу професії медичної сестри можливе шляхом стандартизації професійної діяльності середніх медичних працівників у різних сферах та удосконалення наявних організаційних форм праці медичних сестер.

У суспільстві переважає низька соціальна захищеність медичних працівників, недосконалість нормативно-правової бази охорони здоров'я, відсутність страхування професійного ризику, який містить СЕВ медичного працівника. Це сприяє прояву таких тенденцій, як: збільшення середнього віку медичної сестри, відтік спеціалістів з галузі після 10 років сестринської практики. Зворотна залежність між рівнем освіти, соціальним захистом і матеріальним забезпеченням працівника охорони здоров'я несприятливо позначається на його способі життя [5, с. 332].

Таким чином ступенева підготовка медичних сестер має базуватися на раціональному використанні кадрового потенціалу і перспектив розвитку сестринської справи. Ефективними шляхами вирішення даних проблем є зміна ставлення суспільства до сестринської професії на підставі залучення медсестер-керівників до навчання основам ділового професійного спілкування; публікації у періодичних виданнях та виступи у ЗМІ лідерів сестринської професії про роль та значення своєї діяльності для сучасного та майбутнього стану медичної допомоги; підвищення ролі об'єднань медичних сестер у підвищенні якості медичних послуг шляхом формування мотивації до самоосвіти; удосконалення нормативно-правової бази, у тому числі працевлаштування медичних сестер з вищою освітою; матеріальна винагорода шляхом оптимізації системи оплати в залежності від обсягу, часу та якості наданої сестринської допомоги; удосконалення навчання медичних сестер-педагогів, наставників з питань організації, контролю, комунікацій.

З кожним роком кількість спеціалістів сестринської справи з вищою освітою неухильно зростає. Таким чином, з'являється реальна можливість впливати на формування та задоволення потреб сестринського персоналу, вносити інноваційні пропозиції, вивчати нові професійні ролі та можливості наявного кадрового резерву. Медичні фахівці нової формації мають вирішувати ряд завдань, пов'язаних із розширенням сфери діяльності та змінами потреб у системі медико-санітарної допомоги, з підтримкою новаторських підходів в освіті медика, а також у його практичній діяльності. Підтримка ініціативи, стимулювання лідерства, удосконалення системи відбору та застосування різних форм та рівнів навчання добре вплинуть на майбутнього медичного працівника.

Висновки. На основі аналізу існуючої системи професійної підготовки фахівців медичної галузі в Україні можна констатувати, що вона перебуває на стадії активного розвитку. Тісний зв'язок вищих медичних навчальних та лікувально-профілактичних закладів дає позитивні результати щодо підготовки фахівців до професійної діяльності. Для подальших досліджень з цієї проблеми вважаємо за доцільне розглянути можливість використання досвіду інших держав щодо професійної підготовки фахівців медичної галузі в Україні.

Література

1. Банчук М.В. Якість підготовки медичних сестер – нагальна вимога часу / М.В.Банчук, О.П.Волосовець, І.І.Фещенко та ін.//Буковинський медичний вісник.-2007.-спец вип.-С. 7-10.
2. Степанов В.В. О состоянии научных исследований по организации работы среднего медицинского персонала/В.В.Степанов// Главная медицинская сестра.-2006. №1. С. 87-92.
3. Рогова О.Г. Основні напрямки реформування системи охорони здоров'я України/О. Г. Рогова//Актуальні проблеми державного управління. Збірник наукових праць. 2008 – № 2. 28с.
4. Шегедин М.Б. Медсестринська освіта/ М.Б. Шегедин// Медична сестра.-2006.№1 –С. 17-28.
5. Шегедин М.Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Автореф. ...д.м.н. 14.02.03 / Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. Київ, 2001. С. 332.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ

Резюме

Статья посвящена проблеме профессиональной подготовки специалистов в медицинской отрасли. Указывается, что тесная связь высших медицинских учебных заведений и лечебно-профилактических учреждений дает положительный результат при подготовке специалистов к профессиональной деятельности. Особое внимание уделено готовности будущих медиков к выполнению руководящей функции в медицинских учреждениях, расширению самостоятельности во время выполнения медицинских манипуляций и организации ухода за пациентами.

Ключевые слова: профессиональная подготовка, медицинская отрасль, высшие медицинские учебные заведения, кадровый ресурс, медицинская помощь, менеджмент, ступенчатое образование.

I.M. Krukovs'ka

PECULIARITIES OF TRAINING THE SPECIALISTS IN THE MEDICAL FIELD

Summary

The article deals with the professional training in the medical field. It is stressed that the close relationship of medical schools and medical institutions gives a positive result at specialist training for professional work. Particular attention is paid to the training of the future doctors to perform managerial functions in health care facilities, expansion of autonomy during medical procedures and organization of patients care.

Key words: vocational training, medical field, medical higher educational establishments, human resources, medical care, management, education levels.

УДК 37.013.42

С. І. Семчук

НОВІТНІ ЗАСОБИ НАВЧАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ВИХОВАТЕЛЯ

У статті висвітлені актуальні питання формування комп'ютерної компетентності фахівців дошкільної освіти. Проаналізовано сучасні погляди науковців щодо означеної проблеми. Розкрито сутність, структуру та складові комп'ютерної компетентності особистості. Автор розглядає поняття "комп'ютерні технології", "комп'ютер як технічний засіб навчання", "мультимедійні засоби навчання". Визначає особливості використання комп'ютерних технологій як засобу організації навчання фахівців дошкільної освіти.

Ключові слова: комп'ютерна компетентність, комп'ютерні технології, комп'ютеризація, дошкільна освіта.

Постановка проблеми. Перехід до інформаційного суспільства суттєво впливає на дошкільну освіту, особливо на професійну підготовку фахівців. Як зазначає С. Сисоева, це стосується не лише змісту, форм і методів навчання, а й самого розуміння сучасної професійної освіти як неперервної, спрямованої на формування творчої особистості глобалізованого інформаційного суспільства XXI ст., здатної до саморозвитку та навчання впродовж усього життя [3].

Реформування дошкільної освіти, необхідність її інформатизації потребує науково-методичного забезпечення використання у педагогічному процесі новітніх засобів навчання, зокрема інтерактивних технологій та підготовку фахівців, які досконало володіють сучасними комп'ютерними технологіями.

Застосування комп'ютерних технологій докорінно змінює роль і місце педагога й дитини у навчальному процесі ДНЗ. Вихователь перестає бути просто "ретранслятором" знань, а стає співтворцем сучасних, позбавлених повчальності й шаблонності, новітніх технологій навчання.

Комп'ютерні технології відкривають шлях до самостійної навчальної діяльності й особистої відповідальності молодого покоління, яку вихователі відносять до ключової компетентності. Загальноновизнано, що нині формування комп'ютерної компетентності вихователів є однією з обов'язкових умов досягнення освітніх цілей сучасності [2, с. 3–6].

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Висвітлення проблем, пов'язаних з використанням сучасних інформаційних та комп'ютерних технологій у педагогічному процесі, започатковано і розвинуто у фундаментальних працях учених (Р. Вільямса, Б. Гершунського, В. Глушкова, А. Єршова, К. Маклін, Ю. Машбиця, С. Пейперта, Є. Полат та ін.). У роботах цих авторів показано, що впровадження комп'ютерних технологій у практику навчання є однією із форм підвищення ефективності навчального процесу.

Проблемою розробки й використання комп'ютерних технологій навчання займалися вчені (Н. Атапова, А. Верлань, М. Головань, А. Гуржій, Ю. Дорошенко, М. Жалдак, Ю. Жук, І. Іваськів,