

2. Гончаренко С.У. Методика навчання і наукових досліджень у вищій школі / С.У. Гончаренко. — Київ: Вища школа, 2003. — 323 с.
3. Кушнер Ю.З. Методология и методы педагогического исследования (учебно-методическое пособие) / Ю.З.Кушнер. — Могилев: МГУ им. А.А.Кулешова, 2001. — 112 с.
4. Підласий І.П. Практична педагогіка або три технології/ І.П.Підласий. — Київ: Слово, 2004. — 616 с.
5. Скаткин М.Н. Методология и методика педагогических исследований: в помощь начинающему исследователю / М.Н. Скаткин. — Москва: Педагогика, 1986. — 152с.
6. Харламов И.Ф. Педагогика/И.Ф.Харламов. — М.: Гайдарики, 1999. — 520с.
7. Research methods in psychology / J.J.Shaugnessy, E.B.Zechmeister, J.S.Zechmeister. — 5th ed. - Boston etc.: McGraw-Hill Higher Education, 2000. — 560 p.

У статті розкрито зміст поняття «педагогічний експеримент» та охарактеризовано основні етапи проведення дослідження.

Ключові слова: педагогічний експеримент, основні етапи експерименту, природний експеримент, лабораторний педагогічний експеримент.

В данной статье раскрыто содержание понятия «педагогический эксперимент» и охарактеризовано основные этапы проведения эксперимента.

Ключевые слова: педагогический эксперимент, основные этапы эксперимента, естественный эксперимент, лабораторный педагогический эксперимент.

The article interprets the meaning of the notion «pedagogical experiment» and characterises the main stages of the conducting experiment.

Key words: pedagogical experiment, the main stages of the experiment, natural experiment, laboratory teaching experiment.

УДК 378.147

О.В. Ігнашук
м. Вінниця, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ ІСТОРИЧНОГО ПІДХОДУ ПРИ ФОРМУВАННІ КОМПЕТЕНТНОСТІ З МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Постановка проблеми. На сучасному етапі реформування освіти в Україні, наближення її до європейських стандартів актуалізується проблема вдосконалення змісту підготовки фахівців у системі вищої професійної освіти. Не є виключенням і медична освіта, яка за своїм призначенням покликана здійснювати підготовку компетентного фахівця медичної галузі, спроможного як забезпечувати надання належних медичних послуг, так і підвищувати якість охорони здоров'я загалом. Розробка і впровадження нового покоління освітніх стандартів для вищої освіти в цілому і медичної, зокрема, вочевидь, повинна враховувати і напрацювання, що мали місце в теорії та практиці професійної підготовки фахівців у минулому.

Організацію медичної допомоги потрібно розглядати як реальну за походженням систему, соціальну за субстанціональною ознакою, складну за рівнем складності, відкриту за характером взаємодії із зовнішнім середовищем, динамічну за ознакою мінливості, імовірнісну за способом детермінації, цілеспрямовану за наявності цілей і організовану за ознакою керованості, яка складається не тільки з лікарів та медичних сестер, що безпосередньо працюють з пацієнтами, надаючи медичну допомогу, — це і ціла низка фахівців та організацій, що забезпечують функціонування системи в цілому: представники органів влади, регіональних та місцевих органів управління охороною здоров'я, керівники лікарень тощо. Створення середовища, в якому лікарі, середній та допоміжний медичний персонал зможуть ефективно виконувати свої обов'язки, надаючи медичну допомогу, якої потребує населення — ось основна задача

керівників системи охорони здоров'я. В умовах ринкової економіки та швидкого розвитку приватної медицини, організатори медичної допомоги забезпечують фінансову сторону охорони здоров'я та виконання пріоритетного завдання медичної галузі — покращення здоров'я населення.

Аналіз попередніх досліджень. Становлення медицини, як науки, своїми коріннями сягає ще в прадавні часи. Ретроспективний аналіз дозволяє дослідити процес надання допомоги хворим від елементарних методів догляду до створення потужних високотехнологічних лікарняних комплексів. Однак, саме впровадження ефективних методів організації медичної допомоги та наукових підходів до управління є тим підґрунтям, що виводить поняття якості медичної допомоги на новий, більш досконалий рівень.

Значний внесок у розробку ефективних методів організації медичної допомоги та наукових підходів до управління зробили українські та російські вчені: І. Андреєва, А. Акоюн, О. Баєва, В. Белошайка, П. Богаченко, В. Болгов, Ю. Вороненко, Л. Габуєва, В. Галкін, Г. Гасюк, З. Гладун, А. Голяченко, Б. Громовік, С. Двойніков, В. Журавель, Г. Загорій, В. Іванов, Б. Криштопа, О. Левицька, О. Мельник, В. Москаленко, О. Кузьмін, О. Приходський, Я. Радиш, В. Усенко, Ю. Шіленко, О. Щепін та інші дослідники. Зазначимо, що можливості застосування історичного підходу при розробці ефективних методів організації медичної допомоги у своїх дослідженнях висвітлюють: В. Романюк, М. Роулінг, К. Диксон, Д. Фрейст, М. Гринграсс, Т. Гафф, Г. Шульц, Г. Уитакер, К. Сміт та інші [1-3; 5-8].

Метою дослідження є обґрунтування можливості застосування історичного підходу при формуванні компетентності з менеджменту та маркетингу у студентів вищих медичних закладів.

Основні результати дослідження. Становлення організованих форм медичної допомоги розпочалось у Стародавньому світі з зародження перших лікарень. Тривалий час надання медичної допомоги населенню було пов'язане з релігійними поглядами. Побудова культових споруд на честь богів медицини, що були представлені в пантеоні богів політеїстичних релігій рабовласницьких країн, які виконували в тому числі функцію лікування хворих, стало першим етапом у виникненні лікарень. Хоча стародавні лікарі при лікуванні хворих застосовували ритуали, жертвоприношення та трактування снів, але вони вміли обробляти рани, вправляти переломи тощо.

Історичні дані, щодо того, де була заснована перша лікарня, досить суперечливі. За даними одних досліджень, це було в Месопотамії, інших — у буддистських монастирях Індії та Шрі Ланки. Найяскравішим прикладом організації лікувального закладу при храмі є збудований у V столітті до н. е. у Афінах асклепійон — храм на честь бога медицини Асклепія, де були спеціальні приміщення у вигляді великих кімнат, в яких пацієнти могли проводити ніч [6]. Проте, більшість хворих продовжували отримувати медичну допомогу на дому, а світські лікарі тільки відвідували пацієнтів, призначаючи лікування. Римська імперія, успадкувавши здобутки Стародавньої Греції, забезпечила наступний етап у становленні лікарняної допомоги — організацію перших військових шпиталів (навіть слово шпиталь, англ. hospital, має латинське походження) — валентудинаріїв [1, с. 6]. У структуру валентудинаріїв входили кімнати для пацієнтів, які, по суті, були лікарняними палатами з трьома ліжками. Схожі приміщення були при установах для гладіаторів. Проте, незважаючи на гарно продуману на той час структуру такої лікувальної установи, для цивільних мешканців цей вид медичної допомоги був не досяжний і лікарі продовжували надавати свої послуги на дому, після виклику пацієнтами. У цей же час у Стародавньому Римі з'являються посади міських лікарів — архіатрів, що запрошувались на посади міською владою. Такі лікарі об'єднувались у колегії, виконання ними їх обов'язків строго контролювалось владою. Потрібно зазначити, що архіатри вже на той час поділялись за ієрархічними сходами — архіатри, що служили при дворі імператора (archiatri palatini), у провінціях (archiatri provinciales) та в містах (archiatri populares) [6].

З зародженням Християнства починається наступний етап розвитку організованих форм медичної допомоги. На засадах милосердя та любові до ближнього в Візантійській імперії та інших країнах у Середньовіччі були засновані притулки для знедолених, хворих, калік та

мандрівників. Таким чином, були засновані перші лікарні. Першим Вселенським Собором було встановлено, що такі лікувальні установи потрібно створити при кожному соборі. Медична допомога, яку в таких притулках надавали монахи та інші служителі, полягала в більшості випадків у догляді, годуванні, турботі та гостинності. Такі форми допомоги набули швидкого поширення у християнстві, у зв'язку з заснуванням великої кількості монастирських орденів. У таких установах уперше з'явилася посада адміністратора лікувального закладу. Таку функцію виконували так звані «відповідальні за палати» (англ. warden), що, зокрема, існували при шпиталі Святої Марії в Англії в 1390 році. В обов'язки цих осіб входив не тільки догляд за хворими, але й їх сповідання [6].

Серед особливостей середньовічних лікарень-притулків на території Європи була їх певна спеціалізація з лікування пацієнтів. Окремі ізольовані приміщення були для хворих на проказу, для сиріт, для осіб похилого віку, для інших хворих [2; 3; 6]. Із заснуванням великої кількості монастирських орденів притулки стали суто вузькоспеціалізованими. І тут не можна не згадати притулки для прокажених при ордені Святого Лазаря. Конструкція притулків також характеризувалась певними особливостями, так палати та ліжка розміщували таким чином, щоб пацієнти могли бачити вітвар, що повинно було прискорювати їх одужання та покращувати самопочуття. Іноді такі притулки проектувались у формі хреста з вітварем у центрі, що в майбутньому було успадковане при проектуванні лікарень, де в центрі відділення знаходиться сестринський пост [2]. Серед особливого виду установ, що були покликані надавати медичну допомогу населенню в середньовіччі з'являються так звані «ксенони» — це були готелі для мандрівників, які потребували медичної допомоги [6].

Потрібно зазначити, що монастирські притулки-шпиталі також активно розвивались і на території нашої держави після хрещення Русі князем Володимиром. Перші такі заклади заснували в Києво-Печерському монастирі в Києві (пізніше в Лаврі). Історія зберегла імені видатних монахів-цілителів, що поєднували в своїй лікувальній практиці не тільки релігійні методи, а й раціональні методи та засоби лікування (зокрема, Агапіт Печерський, Аліпій Іконописець, Даміан-цілитель) [1].

Незважаючи на розвинену мережу християнських притулків, пересічним громадянам світські лікарі продовжували надавати медичну допомогу на дому. Наступним етапом розвитку організованої медичної допомоги стає вдосконалення лікарень, покращення медичної допомоги, що надавалась спеціалістами у лікарнях, та впровадження нових підходів щодо управління лікувальними закладами.

Гарним прикладом заснування перших світських лікувальних закладів, що не належали релігійним установам, були бімарістани (від «бімар» — хворий, «стан» — місце) — середньовічні лікарні в Арабських халіфатах. Історичні дані свідчать, що перша лікарня була заснована в 705-715 роках. У Багдаді така лікарня була заснована в 800 році лікарем Джибраїл ібн Бахти-ши з Вірменії, який також обіймав посаду головуючого над усіма лікарями міста [1, с. 5]. Поява такої посади — це наступний етап у виникненні керівних посад у системі охорони здоров'я. У той час на Близькому Сході функціонували лікарні, засновані халіфами для надання медичної допомоги усьому населенню, невеличкі лікарні, засновані лікарями чи представниками релігії, та військові шпиталі, що супроводжували армію у військових походах [5].

Перші лікарні з кваліфікованим персоналом з'явилися в Європі в XII-XIII століттях. Серед яскравих прикладів таких установ — лицарська лікарня св. Іоанна «Іерусалимського ордена госпітальєрів» (1099 року) на дві тисячі пацієнтів з вузькоспеціалізованими відділеннями (зокрема, відділення для лікування очних хвороб), лікарня Святого Духа в Монпельє у Франції (1145 року), дитяча лікарня-притулок у Марселі на 600 пацієнтів (1180 року), лікарня Санта Марія Нуова, заснована в 1288 році у Флоренції тощо [1; 3; 8].

На початку XV століття в Англії існувало вже близько 200 лікарень-притулків при монастирях і соціальна потреба в них зростала. Проте з розпуском монастирів Генріхом VIII, розвиток шпитальної справи значно сповільнився [1, с. 3]. Висока потреба в закладах охорони здоров'я змусила владу у XVIII столітті відкрити громадські лікарні, і першою серед них була

лікарня, яку відкрили французькі гугеноти у 1718 році. У 1719 році була відкрита Вестмінстерська лікарня, у 1724 — лікарня Гая, а 1740 року — лікарня у Лондоні [8]. Перший шпиталь у Північній Америці відкрив у Мехіко в 1524 році іспанський конкістадор Енран Кортес [7].

Протягом XVIII-XIX століть кількість лікарень у світі значно збільшилася, проте вони залишалися закладами для бідних, безпритульних, важкохворих та вмираючих. Фінансово забезпечені люди надавали перевагу медичному догляду вдома, в колі родини, що могла ними опікуватись. Усе радикально змінилося з запровадженням у медицині антисептиків та анестезії. Зі зростанням рівня медичних знань значно зростає і рівень медичної допомоги у лікарнях. Про це свідчить також швидке збільшення їх кількості, зокрема, у США між 1875 і 1925 роками кількість лікарень збільшилась з 170 до 7000, а кількість лікарняних ліжок з 35 до 860 тисяч [7].

Аналізуючи покращення умов перебування в лікарнях, неможливо не згадати один з найяскравіших прикладів вдалого реформування лікарняної справи — це наукові дослідження та практичні досягнення британської сестри милосердя Флоренс Найтінгейл. Своїми рішучими діями вона створила клініки, де доля нужденних була не страждати, очікуючи смерті, а отримувати медичну допомогу, справжній догляд та піклування. Зниження смертності з 42 до 2 %, введення системи освіти середнього та медичного персоналу, організація медичної допомоги пораненим на полі битви — це лише невеличкий перелік її визначних досягнень, що мали позитивний вплив на становлення ефективного адміністрування лікувальних закладів у майбутньому [6].

Перші кроки в організації керівництва медичною допомогою на державному рівні були зроблені у Московській державі. Тут був заснований спеціальний орган управління медичною справою — Аптекарський наказ (1620 року), що до середини XVII сторіччя перетворився на велику загальнодержавну установу. Функціями Аптекарського наказу було керівництво аптеками, організація збору лікарських рослин, створення медичної служби в армії, організація тимчасових шпиталів, запрошення на службу іноземних лікарів, підготовка лікарів та спостереження за їх роботою, переклад медичних книг на російську мову, оцінка стану здоров'я різних осіб, проведення заходів по боротьбі з епідеміями тощо. Навіть у XVIII столітті Росія залишалась єдиною державою з центральним органом керівництва медичною справою [1]. У 1721 році була створена Медична канцелярія, наступниця Аптекарського наказу, на чолі якої стояв архіатр. У 1763 році вона була реорганізована в Медичну колегію на чолі з президентом — не лікарем. У цей період у губерніях активно відкриваються громадські лікарні, притулки, сиротинці, спеціалізовані медичні заклади. Це був лише початок розвитку лікарняної справи в Росії, який супроводжувався поганим матеріальним забезпеченням та оснащенням лікарень, малозабезпеченістю медичного персоналу, хоча з часом благодійні внески значно покращили становище окремих медичних закладів [1].

На початку XIX століття, за прикладом країн Західної Європи, відбулася державна реформа в Росії, проте вона не передбачала створення міністерства охорони здоров'я. І, в цей час, Росія все ще залишалась єдиною державою, де існували органи управління — медичний департамент у структурі Міністерства поліції [1]. Але стан лікарняної справи став покращуватись тільки наприкінці XIX — початку XX століття зі стрімким розвитком медицини, покращенням теоретичних знань і практичних навичок. Незважаючи на науковий прогрес, у Росії бракувало лікарняної допомоги. До 1913 року в Росії існувало 208 тис. лікарняних ліжок (13 ліжок на 10 тис. осіб), працювало 23 тис. лікарів (1,8 лікарів на 10 тис. осіб) та приблизно 50 тис. середнього медичного персоналу. Основна кількість таких установ була зосереджена в містах. Для сільських жителів досяжною залишалась тільки земська медицина, заснована ще в 60-х роках XIX століття. Вона пройшла 2 етапи розвитку — перший, так звана роз'їзна система, та наданням допомоги переважно фельдшерами, та другий — стаціонарна, коли лікар закріплювався в конкретному медичному закладі.

Запровадження наукового підходу щодо організації роботи медичних закладів стало можливим після стрімкого розвитку менеджменту, як науки. Науковий підхід Фредерика

Тейлора, адміністративна школа Анрі Фойля, зародження школи людських стосунків у працях Елтона Мейо та розвиток наукової думки в теорії управління вивели керування організаціями на якісно новий рівень [4]. А на початку XX століття науковий підхід починає впроваджуватись в організацію роботи будь-якої установи, в тому числі в галузі медицини. В цей час центр розвитку наукових підходів до управління медичними закладами переміщується у західноєвропейські країни та США.

В США з запровадженням адміністративних посад в лікарнях — з'являються суперінтенданти, обов'язки яких у більшості випадків взяли на себе медичні сестри, лікарі або представники духовенства. Уперше освіту адміністратора лікувального закладу можна було отримати в Мілуокі (штат Вісконсін), де у 1927 роки дипломи отримали перші два випускники. Проте, за відсутності бажаючих отримати таку освіту, програма підготовки адміністраторів була закрита. У 1929 році Майкл Девіс опублікував свою працю «Керування лікарнями, кар'єра: потреба у керівниках для бізнесу з прибутками у мільйон доларів, як їх потрібно тренувати». У цій праці він запропонував до переліку дисциплін, що будуть вивчати майбутні адміністратори лікарень на першому році навчання, включити бухгалтерський облік, статистику, менеджмент, економіку, суспільні науки, історію лікарняної справи та медицини тощо. Крім того, М. Девіс наполягав на необхідності формування у них на другому році навчання практичних навичок з основ бізнесу та охорони праці. Перша така сучасна програма управління системою охорони здоров'я була створена в 1934 році в Університеті Чикаго, тривала протягом двох років — року теоретичного навчання та року стажування. І лише у 1958 році в Корнуельському університеті запропонували повну двохрічну систему навчання, що і нині є базовою з отримання професії керівника закладом охорони здоров'я в Північній Америці [4].

З широким упровадженням принципів ринкової економіки в сучасних умовах у систему навчання лікарів починають вводити новий предмет — менеджмент у системі охорони здоров'я, що покликаний збільшити інформованість майбутніх спеціалістів у цій галузі щодо наукових підходів організації та управління медичними закладами.

Висновки. Проведений ретроспективний аналіз концепцій маркетингу та менеджменту при організації медичної допомоги дозволив встановити, що перші організовані форми надання медичної допомоги виникли ще в Стародавньому світі із зародженням лікарень. Поступове накопичення досвіду в організації лікувальних закладів відбувалося в епоху феодалізму з розвитком монастирської медицини. У Новий час починають розвиватись громадські медичні установи, вдосконалюється їх структура та покращується якість медичної допомоги. Перші спроби запровадження менеджменту в медичній допомозі на державному рівні були здійснені в Росії, але запровадження менеджменту відповідно до вимог суспільства стало можливим лише на початку XX століття з його становленням як науки.

Література:

1. Романюк В. П. История мировой и отечественной медицины: учебное пособие / В. П. Романюк, В.С. Лучкевич, И. Л. Самодова. — СПб. : СПбГМА им. И. Мечникова, 2010. — 160 с.
2. Роулинг М. Европа в Средние века: быт, религия, культура / Роулинг М. — М. : Центрполиграф, 2013. — 273 с.
3. Dixon C. S. Living with religious diversity in early-modern Europe / C. S. Dixon, D. Freist, M. Greengrass. — Ashgate Publishing, Ltd., 2009. — 301 p.
4. Hilsenrath P.E. Healthcare management education settings in the United States: History and perspective / P.E. Hilsenrath // Journal of Management History. — 2012. — № 18 (4). — P. 386-401.
5. Huff T. E. The rise of early modern science: Islam, China and the West / T. E. Huff. — Cambridge University Press, 2003. — 425 p.
6. Risse G.B. Mending bodies, saving souls: a history of hospitals / G. B. Risse. — New York. : Oxford University Press, 1999. — 752 p.
7. Sultz H. A. Health care, USA: understanding its organization and delivery / H. A. Sultz, K. M. Young. — Jones & Bartlett Learning, 2006. — 557 p.
8. Whitaker H. Brain, mind and medicine: essays in eighteenth-century neuroscience / H. Whitaker, C. U. M. Smith, S. Finger. — Springer, 2007. — 389 p.

У статті представлено історичний підхід як один з напрямів методології спеціального наукового пізнання, що дозволяє зрозуміти залежність теперішнього від минулого, а також значення теперішнього як умови досягнення майбутнього. Визначена необхідність проведення ретроспективного аналізу становлення системи охорони здоров'я для формування компетенцій з менеджменту та маркетингу у майбутніх фахівців у вищих медичних навчальних закладах.

Ключові слова: історичний підхід, історія медицини, менеджмент, охорона здоров'я.

В статье представлен исторический подход как одно из направлений методологии специального научного познания, которое позволяет понять зависимость настоящего от прошлого, а также значение настоящего как условия достижения будущего. Определена необходимость проведения ретроспективного анализа становления системы здравоохранения для формирования компетенций по менеджменту и маркетингу у будущих специалистов в высших медицинских учебных заведениях.

Ключевые слова: исторический подход, история медицины, менеджмент, здравоохранение.

This paper presents a historical approach as one of the areas of special methodology of scientific knowledge that allows us to understand the dependence of the present on the past and the present value of the future as a condition of achieving. Identified the need for retrospective analysis of a system of health care for the formation of competencies in management and marketing in the future specialists in medical schools.

Key words: historical approach, history of medicine, management, healthcare.

УДК 377.8

Я.В. Ільчишин
м. Львів, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ВИХОВАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ОБОВ'ЯЗКУ МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ

Для успішного виконання професійної діяльності людина має володіти низкою характеристик. У науці вони одержали назву — професійні якості особистості. Важливим підсумком сучасних досліджень стало встановлення того, що будь-яка професійна діяльність реалізується на базі системи професійних якостей. Проаналізуємо точки зору учених про те, що є професійні якості як психолого-педагогічна проблема. У процесі освоєння й виконання діяльності психологічні якості поступово професіоналізуються, утворюючи самостійну підструктуру.

Актуальність проблеми у тому, що професійна діяльність фахівців цивільного захисту відбувається в особливих умовах і характеризується впливом великої кількості стресогенних чинників, вплив яких через недостатній розвиток професійно важливих якостей призводить до зниження ефективності виконання діяльності, професійному вигорянню і психосоматичних порушень.

Проблеми формування професійних якостей курсантів під час навчально-виховного процесу відображено в психолого-педагогічних дослідженнях: В. Дяченко (формування професійної усталеності курсантів) [3], К. Дем'янюка (професійна уява) [1], Г. Штефанича [12] (професійно-моральна стійкість), Я. Зорія (професійно-патріотична підготовка) [6], В. Зоня (професійно-психологічні якості) [5], Г. Яворського (професійно-соціальна зрілість) [13].

Аналіз науково-педагогічних джерел та практики підготовки фахівців цивільного захисту дозволив виявити низку суперечностей між: традиційними підходами до професійної підготовки та вимогами сучасного суспільства, зумовленими пошуком інноваційних шляхів професійного становлення студентів та курсантів; сучасними вимогами щодо професійних якостей майбутніх фахівців цивільного захисту та реальним рівнем їх сформованості.

Мета статті полягає в тому, щоб проаналізувати особливості професійних якостей майбутніх фахівців цивільного захисту, які формуються у навчально-виховному процесі вищих