

Учебно-методическое обеспечение проектирования адаптивной образовательной среды заключается в создании учебно-методических условий, которые способствуют развитию творческих профессиональных умений педагога-слушателя в соответствии с современными требованиями к образованию.

Организационно-технологические обеспечение проектирования адаптивной образовательной среды заключается в создании организационно-технологических условий, способствующих организации самостоятельной познавательной деятельности обучающихся и управлению этой деятельностью.

«Готовность» в педагогической литературе рассматривается как фундаментальное условие успешного выполнения определенной деятельности. Ученые выделяют разные подходы к определению готовности к деятельности. Первый – функциональный: готовность определяется как психическое состояние, как наличие у субъекта образа структуры определенного действия и постоянной направленности сознания на его выполнение. Готовность личности действовать представляет собой целенаправленное поведение человека, основанное на интеграции предшествующего общественного и индивидуального опыта, т.е. на эмоциях, убеждениях, склонностях и способностях. Второй – личностный. Готовность к деятельности в этом случае выступает как устойчивая характеристика личности. Характеризуя готовность личности к самообразованию, Г.Н. Сериков отмечает, что готовность личности – это интегративное состояние, в котором она пребывает в конкретный момент времени. При этом готовность рассматривается в развитии, как внутренний процесс, происходящий в личности и как психологическое новообразование личности. Основными внутренними условиями готовности

являются адекватная мотивация, субъектная личностная позиция, развитая концептуальная модель профессиональной деятельности; основное внутреннее средство – системные умения организации индивидуализированных форм эффективной профессиональной деятельности и развитые формы рефлексивного мышления (В.П. Кузовлев).

Мы рассматриваем готовность учителя к проектированию адаптивной образовательной среды как результат целенаправленного взаимодействия слушателя с андрагогом в системе повышения квалификации и как следствие – начало самостоятельной профессиональной деятельности по педагогическому проектированию в школе.

Итак, педагогическое обеспечение – это комплекс условий психолого-педагогических, учебно-методических и организационно-технологических. Педагогическое обеспечение подготовки учителя к проектированию адаптивной образовательной среды позволяет развивать творческий потенциал учителя и ученика и, как следствие, развить умения адаптироваться к постоянно меняющейся жизненной среде и преобразовывать ее.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьева, Н. Г. Педагогическое обеспечение саморазвития студентов как культурный феномен / Н. Г. Григорьева // Специалист. – 2002. – № 2. – С. 24 – 26.
2. Кузовлев В.П. Профессиональная подготовка студентов в педагогическом вузе: АДД. – М., 1999.
3. Психолого-педагогическое обеспечение профессиональной деятельности учителя / Д. Ф. Ильясов [и др.]. – М. : Владос, 2008. – 343 с.
4. Сериков Г.Н. Образование и личность. Теория и практика проектирования образовательных систем. – М. : Логос, 1999. – 272 с.

Медицинские науки

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Горбач Н.А., Фомина Н.А.

*Красноярский государственный медицинский университет
Красноярск, Россия*

Анализ литературных источников показал, что социально-экономические реформы, происходящие в нашей стране, значительно повысили потребности общества в оказании высококвалифицированной медицинской помощи, в том числе сестринской. Однако практическое здравоохранение до настоящего времени не имело медицинских сестер, владеющих методами ухода, которые соответствовали бы мировым стандартам. Были предприняты определенные шаги по реорганизации сети учебных заведений. В настоящее время создана многоуровневая сис-

тема сестринского образования, которая включает в себя базовую (основную) подготовку; повышенный (углубленный) уровень подготовки и высшее сестринское образование. Многие авторы считают необходимым переход от системы периодического повышения квалификации 1 раз в 5 лет к системе непрерывного медицинского образования, когда образование получают ежегодно. С учетом опыта развитых стран следует реализовывать непрерывное медицинское образование как в форме традиционных образовательных программ, так и в виде повышения квалификации путем посещения медицинским работником конференций, изучения научных работ и др. В РФ имеются серьезные предпосылки для развития непрерывного медицинского образования. О его необходимости упоминается и в законодательной базе, и в информационно-образовательных базах, создающихся профессиональными медицинскими обществами.

В целях повышения качества непрерывно-го медицинского образования необходимо научно обосновать мероприятия по совершенствованию системы последипломной подготовки среднего медицинского персонала на базе многопрофильного ЛПУ. В качестве объекта исследования определены: система последипломной подготовки среднего медицинского персонала; учреждения, осуществляющие последипломную подготовку среднего медицинского персонала; средний медицинский персонал (980 человек). Возрастная структура среднего медицинского персонала многопрофильного лечебного учреждения представлена в следующем соотношении: в возрасте от 20 до 30 лет - 40%; от 31 до 40 лет - 28%; от 41 до 55 лет - 25%; старше 56 лет 7%. Обоснованы применяемые методы исследования: аналитический; социологический (анкетирование); выкипировка данных из учетной и отчетной медицинской документации; статистический, метод экспертных оценок; организационное моделирование.

Изучение существующей системы последипломной подготовки среднего медицинского персонала, анализ социально-гигиенических характеристик и мотивации среднего медперсонала к систематическому повышению квалификации и самостоятельному образованию по специальности, выявление факторов, влияющих на мотивацию (возраст, пол, образование, семья), выявление резерва рабочего времени среднего медицинского персонала в многопрофильном лечебном учреждении для расширения функциональных обязанностей специалистов со средним медицинским образованием, в том числе в плане гигиенического воспитания населения (семей) позволяют разработать мероприятия по совершенствованию системы последипломной подготовки среднего медицинского персонала (возможно, в виде организационной модели на базе центров повышения квалификации для средних медицинских работников в рамках многопрофильного лечебного учреждения), внедрить их и оценить эффективность внедрения. Полученные данные предоставляют возможность руководителям здравоохранения иметь инструмент для материального стимулирования на основе объективных показателей.

ОЦЕНКА ЛИЧНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ВРАЧА

Доника А.Д., Еремина М.В., Марченко А.А.
Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоград, Россия

Для оценки индивидуального профессионального потенциала врача на додипломной стадии нами разработаны дифференциально-диагностические таблицы (ДДТ), позволяющие прогнозировать успешность профессиональной реализации студентов с учетом выбранного про-

филя специализации. В качестве предикторов профессионально важных качеств использованы показатели соматического здоровья и психоэмоционального состояния. Комплекс показателей отбирали с учетом информативности по критерию Джеффриса-Кульбака, достоверных непосредственных или опосредованных корреляционных связей с результативными признаками достоверных статистических различий в альтернативных экспертных группах врачей. Согласно полученным результатам в *модельной группе будущих хирургов* не выявлено лиц с высоким ИПП, свидетельствующим об оптимальном соответствии врачебному профилю. Средний ИПП (неполное соответствие профилю) регистрируется у 66,3% юношей и 42,4% девушек ($p < 0,005$). Низкий ИПП выявлен у 33,7% юношей и 58,6% девушек. В *модельной группе будущих терапевтов* не выявлено достоверных различий оценки ИПП между девушками и юношами, $p > 0,05$. При этом высокий ИПП регистрируется у 10,2-11,3%, средний – у 59,4 – 60,5%, низкий – у 30,4-28,4%. Обращает внимание, что девушек-терапевтов с низким ИПП достоверно меньше, чем в группе хирургов (30,4% против 58,6%, $p < 0,05$). Низкий ИПП будущих терапевтов в основном обусловлен низкими показателями психоэмоционального статуса.

Результаты оценки личного профессионального потенциала с использованием ДДТ показали, что основной причиной несоответствия хирургическому профилю являются трудно компенсируемые низкие показатели соматического здоровья (гемодинамики, заболеваемости, физического развития), свидетельствующие о необходимости профессионального отбора для рассматриваемых специальностей. Социально-психологическими детерминантами профессиональной дезадаптации для врачей обеих модельных групп являются низкие показатели профессионально значимых характеристик психоэмоционального состояния и социально-психологических установок, обуславливающих целесообразность мероприятий медико-психологического сопровождения профессиональной деятельности независимо от врачебного профиля.

НЕЙРОСЕТЕВОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ

Маль Г.С., Корнилов А.А., Валукевич В.Н.,
Корнеева С.И., Левашова О.В.
ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Росздрава
Курск, Россия

Интерес к возможности прогнозирования лечебного эффекта с помощью нейронных сетей обусловлен тем, что этот метод предоставляет новые возможности в прогнозировании течения заболевания, определении его степени тяжести,