

*Интеграция науки и образования***ИНТЕГРАЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И КУЛЬТУРЫ:
К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ**

Бессарабова И.С.

Волгоградская академия государственной службы,
Волгоград

Анализ научной литературы свидетельствует об усилении внимания специалистов к проблеме взаимосвязи образования и культуры, что обусловлено действием ряда объективных факторов, основными среди которых являются: расширение связей между государствами, усиление процессов глобализации, интернационализации, глубокое осмысление феномена культуры как явления, пронизывающего все сферы социального бытия, становление гуманистической парадигмы в качестве доминанты социокультурного процесса, усиление интегративных процессов в науке.

Основной целью современного образования выступает подготовка высокопрофессионального специалиста, способного и готового к мирному сосуществованию в обществе культурного и национального плюрализма, основанном на гуманистических демократических ценностях, общению и сотрудничеству с людьми разных национальностей, рас, вероисповеданий и культур.

Проблема интеграции образования и культуры не ограничивается рамками определенной предметной области и носит междисциплинарный характер. Исследуемая проблема, потребовала обращения к трудам по философии, культурологии, педагогике, философии образования, педагогической культурологии, психологии.

Сущность культурологического подхода в образовании обусловлена процессами гуманизации и гуманитаризации. Изучение и анализ соответствующих научных трудов позволили сделать вывод, что гуманитарная парадигма образования ориентирована на становление человека в культуре, на раскрытие истинного и глубинного в нем. Учащийся получает образование для того, чтобы стать соучастником культурного процесса, вести диалог с культурой, быть не только потребителем культуры, но и ее носителем, и творцом.

Большинство ученых, занимающихся проблемой интеграции образования и культуры, акцентируют важность культурологической подготовки будущих педагогов (Е.В.Бондаревская, В.В.Краевский, Т.В.Иванова и др.). При этом процесс образования рассматривается не только как путь овладения личностью определенной профессией, но и как способ приобщения ее к современной культуре.

Рассматривая проблему взаимосвязи образования и культуры, нельзя обойти вниманием вопрос, касающийся педагогической культуры будущего учителя, так как от уровня культуры специалиста зависит успешность его деятельности. Анализ соответствующих источников свидетельствует о наличии разных подходов к исследованию педагогической культуры. Так, в научной школе Е.В.Бондаревской разрабатывается технология личностно-ориентированной педагогической культуры учителя, подразумевающий спо-

соб творческого освоения педагогической деятельности [2].

Представляется интересным мнение А.В. Барбанщикова, который определяет педагогическую культуру как синтез педагогических убеждений и мастерства, педагогической этики и профессионально-педагогических качеств, стиля учебно - воспитательной работы и отношения преподавателя к своему делу и самому себе [1].

Определение педагогической культуры как динамичной системы педагогических ценностей, специальной компетентности и способов творческой самореализации личности учителя в педагогической деятельности и общении, мы находим у Г.И.Гайсиной. При этом автор выделяет ценностный, деятельностный и личностно-творческий компоненты педагогической культуры учителя [3].

На основе обобщения различных взглядов ученых на проблему интеграции образования и культуры выделены общие положения, объединяющие их в подходе к решению данной проблемы. Высшая ценность образования и его цели заключаются в духовном развитии и творческой самореализации личности в культуре, в становлении личности субъектом культуры, а также обеспечении ее вхождения в мир современной мировой и отечественной культуры. Педагог при этом призван стать человеком, облегчающим учение, способствующим становлению в каждом ученике чувства собственного достоинства, самоуважения, стремящимся обеспечить максимальный психологический комфорт для полноценного развития каждого ученика. Само преподавание в этом случае станет не просто средством передачи информации, а процессом радостного осмысления учения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барбанщикова А.В., Муцынов С.С. Проблемы педагогической культуры: о педагогической культуре преподавателя высшего военного учебного заведения.- Вып.1.-М.: Военное дело, 1980.-208с.
2. Бондаревская Е.В. Педагогическая культура как общественная и личная ценность//Педагогика.-1999.-№3.-с.37-43.
3. Гайсина Г.И. Культурологический подход в теории и практике педагогического образования: Дис. ... д-ра пед.наук.-Москва,2002.-353с.

**ПОТЕНЦИАЛ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА И
СОВРЕМЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ПОДГОТОВКИ
МЕДИКОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА**

Богданова Е.Е.

*Краснодарский краевой базовый
медицинский колледж*

Около 10 лет назад в наше здравоохранение пришли и продолжают развиваться идеи и отдельные параметры понятий «Сестринское дело» и «Сестринский процесс».

Как это ни странно, на первый взгляд, но сегодня можно говорить о том, что профессия медицинской

сестры во многих аспектах только складывается. Идет процесс формирования свода знаний, свойственных только сестринскому делу, а не заимствованному из других наук. Теория сестринского дела имеет существенное значение для развития моделей, по которым будет построено сестринское дело будущего.

Общеизвестно, что реальная вещь заменяется моделью в том случае, если идея, процесс или предмет слишком велики или абстрактны, чтобы обращаться непосредственно к ним. В любом случае модель облегчает и изучение, и обсуждение предмета или процесса. Именно модель сестринского дела отражает действительность и позволяет с первых месяцев обучения в медицинском колледже изучать структуру и практические задачи. Студенты, направляемые преподавателями клинических дисциплин, имеют возможность обсуждать абстрактные предметы, используя конкретные термины, и ответить на многие практические вопросы. Например:

Что входит в функции медсестры?

Каковы взаимоотношения между медсестрой и пациентом?

Как соотносятся сестринское дело и медицина?

Чем руководствуется медсестра в самостоятельных действиях?

Практически структурированная профессиональная деятельность, включающая специально предусмотренные обучением нюансы общения, позволяют среднему медицинскому персоналу в определенных случаях пользоваться заготовками. При этом медсестры, фельдшера и акушерки не только экономят время, но и обходятся без излишних экспромтов, приводящих в помощи и лечении к нежелательным последствиям.

К сожалению, очень много времени и усилий уходит на переубеждение уже работающего по старым представлениям медицинского персонала перейти к новым стандартам, - будь то протоколы оказания неотложной помощи по строгому алгоритму, уход за длительно болеющими пациентами или коммуникативными проблемами с пациентами и их родственниками. Советское здравоохранение, помимо всеми признаваемых заслуг, оставило нам в наследство далеко не трепетные взаимоотношения между двумя категориями россиянами - теми, кто лечит и теми, кого лечат. Хамство и безразличие медиков сменяются на более приемлемые формы общения зачастую только в ответ на деньги и связи пациентов.

С самого начала занятий по сестринскому делу студенты на теоретическом, а затем и на практическом уровне отрабатывают в различных формах общения с пациентом не только как с объектом, нуждающимся в чисто медицинских мероприятиях, но и как с субъектом. На сегодняшний день медик любого уровня не может считаться профессионально компетентным, если не освоил и не усвоил значение всего комплекса коммуникаций с пациентами, опирающегося на знания его возрастных физических и психологических особенностей и возможностей. Не случайно на первом году обучения в медицинском колледже изучается дисциплина «Здоровый человек», которая делится на разделы «Здоровые дети», «Зрелый возраст» и «Пожилой возраст». Традиционно разделы

ведутся соответственно педиатрами, акушерами-гинекологами, андрологами и терапевтами (в том числе геронтологами). С нашей точки зрения, было бы абсолютно уместно помимо врачей подключать к изучению этих вопросов специалистов среднего звена, умеющих рассматривать проблемы под углом сестринской модели взаимоотношений.

Сестринское дело не конкурирует со сферой врачебной деятельности, а обладает достаточным потенциалом, чтобы стоять вровень, но рядом с интересами врачей. Взаимодействие между медсестрами и другими работниками здравоохранения постоянно растет и развивается. Пациенты начинают принимать активное участие в вопросах, связанных с их собственным здоровьем и благополучием. Медсестры призваны заниматься охраной здоровья точно так же, как предупреждением заболеваний и лечением. В частности, сюда относятся непосредственный и постоянный уход за больными и инвалидами, консультативная помощь близким, меры неспецифической профилактики заболеваний и т.п. Постулат Флоренс Найтингейл, гласящий, что состояние больного можно улучшить, воздействуя на его окружение, получает свое ежедневное подтверждение в инициативе медсестер, обеспечивающих и пропагандирующих свежий воздух, тепло, свет, питание, гигиену, физический и психологический комфорт. От медсестры ожидается, что она будет определять основные потребности пациента и, если он не способен сделать это сам, будет удовлетворять их до тех пор, пока помощь не станет излишней.

Очевидно, что неприятие рядом медиков среднего звена современных требований связан не только с нежеланием осваивать достаточно объемный и непростой материал, что называется «за ту же зарплату» (безусловно, более чем недостаточную), но и собственными психологическими и коммуникативными проблемами. Когда на занятиях преподаватель объясняет студентам, что при оказании неотложной помощи медсестра должна в определенной очередности контролировать состояние пациента, воздействуя на него в соответствии со стандартами профессиональной деятельности, готовить необходимые препараты и взаимодействовать с врачом или другими медиками, это объясняется генеральной целью – максимально быстро облегчить страдания больного. Во взаимодействии со всеми сотрудниками любого уровня медсестра должна уметь принимать меры, прежде всего необходимые для безопасности пациента. Здесь недопустимы проволочки на раздумья, сомнения и дискуссии с коллегами, отнимающие буквально «золотые минуты». Определение подобными действиями может квалифицироваться только как профессиональная некомпетентность.

Традиционно медицинская модель, использовавшаяся столетиями, ориентирована на заболевание, и усилия врача направлены на поставку диагноза, поиск и лечение отклонения, дисфункций и дефектов. Большинство видов врачебной деятельности (будь то лечение, преподавание или исследовательская работа), так или иначе, направлено на различные аспекты заболеваний и недугов. Модель же сестринского дела ориентирована в большей степени на человека или

группу людей, чем на недуг. Эта модель должна быть приложима к нуждам людей, их семей и сообществ и предоставлять медсестрам широкий выбор ролей и функций для работы со всеми – с больными и здоровыми. В соответствии «Кодексом Международного Совета Медсестер» на медсестру возлагается четыре основные обязанности: сохранять здоровье, предотвращать заболевания, восстанавливать здоровье и облегчать страдания. Потребность в деятельности медсестры универсальна. Сестринское дело подразумевает уважение к жизни, достоинству и правам человека.

Очень показательны современные требования к ответственности среднего медицинского персонала:

- Личная ответственность за осуществление практических вмешательств и за постоянное повышение квалификации;
- Выполнение работы на самом высоком уровне, возможном в данной ситуации;
- Взвешенность решений о личной компетенции при взятии на себя или даче поручения.

По сути, эти абсолютно доступные пониманию любого думающего человека требования, не нуждаются в комментариях. Почему же в большинстве ЛПУ отношения между врачами и средним медперсоналом основываются далеко не на паритетных началах? В лучшем случае, врачи с уважением говорят о «грамотных» и «опытных» медсестрах, исходя лишь из способности последних выполнять назначения и поручения все тех же врачей. Собственная компетенция медсестры скорее раздражает. Это особенно удивительно в нишах, принадлежащих модели сестринского дела. Возникает лишь одно логическое объяснение: большинство врачей и сегодня ориентированы на уже изжившую себя во всех развитых странах медицинскую модель, в которой медсестра – всего лишь «служанка» врача.

Возможно, именно по этой причине в России (особенно на периферии) тормозится возникновение таких необходимых структур, как хосписы. В Краснодаре идея вынашивается давно, но, по всей видимости, очень скоро обретет реальные формы, удовлетворяющие хотя бы наполовину потребности города. Ни для кого не секрет рост числа онкологических больных, в том числе среди молодежи. Традиционно инкурабельных пациентов стараются при малейшей возможности отправить домой – на руки родственников. Отделения стационаров и диспансеров не хотят ухудшать показатели, да и просто зачастую не имеют экономической возможности содержать подобных больных, представляя им профессиональную помощь. Будет ли домашний уход полностью адекватным – на совести близких. Имеют ли они возможность должным образом помогать и облегчать последний период жизни родственника – их проблемы. Это одна из тех ситуаций, когда в полном смысле жизненно необходимы средние медицинские кадры, специально обученные профессионально и подготовленные психологически. Тактика ведения подобных пациентов достаточно разработана (с учетом современных возможностей нашей медицины). С выпиской больных домой возникает проблема профессиональной помощи не только самому больному, но и его семье. И помощь

эта должна охватывать период болезни, страданий, умирания пациента, а также потери, горя и реабилитационного периода близких. Большие сомнения вызывает такая «экономия» наших ЛПУ. Именно в компетенции медсестер выстраивать должный уход больному, максимально щадящий чувства его родных. И это только один из аспектов огромной и очень насущной проблемы.

С нашей точки зрения, при всей своей сложности и многогранности эта задача реально разрешима. Да, это требует специального обучения, большого труда и постоянного самосовершенствования со стороны преподавателей медицинских колледжей. А, значит, полного понимания и желания работать в этом направлении с их стороны. Но другого выхода нет. Современные требования к профессиональной подготовке среднего медицинского персонала должны иметь перед собой своего рода сверхзадачу: построение каждой медицинской сестрой некоего этического пространства – внутри себя, внутри своей профессии и вокруг себя.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИФИКАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ВУЗА НА ЛИЧНОСТНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ БУДУЩЕГО УЧИТЕЛЯ

Гусевская О.В.

*Иркутский государственный
педагогический университет*

Постоянное расширение сферы образовательных услуг, ускорение процесса морального старения всех компонентов социального опыта требуют от современного специалиста в области образования высокой мобильности, субъективной готовности к непрерывному самообразованию, самоисследованию и самосовершенствованию собственных профессиональных качеств с тем, чтобы адекватно социальным запросам творчески самореализоваться в учительской профессии. В школе востребован педагог, готовый успешно и продуктивно сотрудничать со всеми участниками педагогического процесса, способный брать на себя ответственность, владеющий современными образовательными технологиями, письменным и устным общением, способный оперативно реагировать и быстро адаптироваться в различных педагогических ситуациях.

Классическая система подготовки педагогических кадров, в большей мере ориентированная на социальную стабильность, консервативна, поэтому с опозданием откликается на запросы обновляющейся школы.

В результате сложившейся ситуации все более осознаются противоречия между постоянно возрастающими требованиями к личности учителя - профессионала и невозможностью традиционной модели непрерывного профессионального образования обеспечить процесс ее становления и развития, между объективной потребностью общества в эффективно действующей системе непрерывного образования, способствующей профессиональному становлению