Литература

1. *Вискова, Т.А.* Организационная модель педагогического мониторинга учебного процесса в вузе / Т.А. Вискова, Т.В. Лодкина // Вузовская наука – региону: Материалы десятой всероссийской научно-технической конференции. – Вологда, 2012. – Т. 2. – С. 136 – 139.

2. *Плаксий, С.И.* Качество высшего образования / С.И. Плаксий. – М., 2003.

3. *Поташник, М.М.* Управление качеством образования / М.М. Поташник. – М., 2000.

4. ФЗ от 29.12.2012 № 73 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2012. – 31 декабря. – № 303.

УДК 377.5

Н.И. Денисенкова

Научный руководитель: доктор педагогических наук, профессор Л.И. Лурье

РАЗВИТИЕ СПОСОБНОСТИ К САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА С ПОМОЩЬЮ ПОИСКА КОНТЕКСТНЫХ СМЫСЛОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В статье рассматривается процесс развития самоактуализации личности в условиях контекстного обучения. Предложена модель, которая позволяет структурировать этапы самостоятельной деятельности среднего медицинского работника. Отмечается, что организация работы медицинской сестры в пространстве лечебно-профилактического учреждения основывается на ситуативном дискурсе, поиске контекстных составляющих и анализе причинно-следственных связей, которые в совокупности определяют компетентность специалиста сестринского дела.

Контекстность обучения, ситуативный дискурс, самореализация профессиональной деятельности, рефлексивный анализ.

The paper considers the process of development of the person's self-actualization in conditions of context training. It offers the model that helps structuring the stages of independent activity of an average medical worker. It is noted that the work organization of the nurse in the space of medicoprophylactic institution is based on situational discourse, search of contextual components and the analysis of cause and effect relationships that define the competence of the nurse.

Context of training, situational discourse, self-realization of professional activity, reflexive analysis.

В профессиональном образовании контекстный подход является весьма эффективным инструментом для формирования общекультурных и профессиональных компетенций специалиста. Он предполагает изменение не только формы изложения теоретического материала, но и методически обоснованное моделирование в образовательном процессе предметного и социального контекстов усваиваемой студентами учебно-познавательной деятельности. Педагогический ресурс контекстности изложения материала состоит в дополнительном обозначении тех или иных сторон рассматриваемого процесса или явления, смыслового подчеркивания сущностных механизмов решаемой проблемы за счет возможности понимать информацию глубже, чем предписано формальной логикой построения. Это удается добиться благодаря соответствующей направленности педагогической деятельности, выделения тех глубинных аспектов понимания предметов и явлений, которые позволяют, в конечном счете, наполнить основное изложение материала фактами, событиями, способствующими более точному пониманию замысла педагога. Практическая работа медсестры может осуществляться согласно модели деятельности в складывающихся условиях поликлиники, стационара, на дому, которые представляют собой описание системы основных профессиональных функций и задач, реализуемых к разной категории больных: ребенку, женщине, мужчине, пожилому человеку.

Способность к самоактуализации личности специалиста сестринского дела реализуется через приемы контекстного обучения, и это не случайно. Контекстность связана со способностью к рефлексии изучаемого материала, в ходе которой удается обнаружить внешние формально-содержательные слои текста и внутренние, те, что заставляют думать, сомневаться и искать новые пути. Контекстность вызывает в человеке способность находить для более трудных задач способы решения, основывающиеся на смысловом выделении в представленной информации тех сторон, приведенных в содержании образования, о которых обучающийся не знал в ходе изучения материала. Механизмы самоактуализации имеют психологическую и педагогическую природу. Самоактуализация как феномен педагогики реализуется тогда, когда исчерпывается психологический ресурс или же он требует ресурсного наполнения идеями, родившимися в процессе самоанализа.

По мнению А.А. Вербицкого в контекстном обучении «на языке наук с помощью всей системы традиционных и новых педагогических технологий в формах учебной деятельности, все более приближающихся к формам профессиональной деятельности, динамически моделируется предметное и социальное содержание профессионального труда» [1,

с. 35]. Контекстность сама по себе технологически оправдана там, когда есть необходимость углубить полученные знания и сместить акценты в их преподнесении в явном виде, оставив в неявном то, что в большей степени отражает суть рассматриваемых процессов и явлений. Реализация контекстного подхода состоит в организации такой образовательной среды, когда конкретные знания, полученные по основным программам, будут соответствовать культурным условиям, культурному фону деятельности специалистов в реальных условиях и формировать ее дополнительный смысл. В образовательной среде колледжа «особую важность приобретает академическая мобильность участников образовательного процесса в едином социокультурном пространстве» [6, с. 105]. Для преподавателей, осуществляющих подготовку специалистов, участвующих в медицинском обслуживании пациентов, контекстный подход позволяет моделировать процесс профессиональной деятельности во всей его полноте. На учебных занятиях имитируется работа медсестры по обслуживанию больных, которая приближена к реальной лечебной практике и содержит основные ее компоненты. В создаваемых моделях проигрываются все возможности использования ресурсов деятельности специалиста сестринского дела при работе с пациентом, что позволяет в полной мере управлять многообразием подходов к лечению и уходу.

Изучение любой специальности студентом начинается с академической деятельности, определяющей базис, а в последующем направленность на получение фундаментальных знаний, умений и навыков, которые являются основой для формирования общекультурных и профессиональных компетенций. Этот процесс происходит постепенно, вначале педагог использует обобщающие контексты, которые раскрывают суть и место профессии в жизнедеятельности общества, ее значение в развитии материальной и духовной культуры. Затем студенты осваивают учебно-практическую деятельность в условиях имитационно-фантомного комплекса, где в процессе преобразований предметного мира происходит накопление знаний и умений по практическим навыкам работы с пациентом. Основными инструментами познания являются творческое и аналитическое мышление, которые проявляются посредством образов и метафор «как своеобразных средств диагностики, инструмента проникновения во внутренний мир человека на основе “вживания”» [2, с. 46]. И только на стадии практико-ориентированной деятельности в рамках учебно-производственной и преддипломной практик происходит формирование индивидуального стиля специалиста сестринского дела. Особенностью данного периода является понимание субъектом самого себя в контексте проявлений профессиональной жизни и культуры, когда вырабатывается такое личностное качество, как рефлексивность. В основе организации учебной деятельности лежит использование метапредметного подхода в образовании, который обеспечивает целостность общекультурного, профессионального развития, самоактуализации личности и преемственность всех ступеней образовательного процесса. Именно в этих условиях развивается способность к самоактуализации как «стремление человека совершенствоваться, выражать, проявлять себя в значительном для него деле» [3, с. 12]. Для развития способности к самоактуализации медсестер в процессе профессиональной подготовки преподаватель использует следующие педагогические приемы: ситуацию межличностного взаимодействия студента с пациентом и медперсоналом больницы по выполнению сестринской деятельности; ситуацию ориентации в потоках информации о лечебно-диагностическом процессе и состоянии здоровья пациента; ситуацию доверия пациента медсестре в проведении лечебно-диагностических процедур; ситуацию сочувствия пациенту при ухудшении состояния его здоровья; ситуацию психологической поддержки больного и его родственников; ситуацию принятия решений в критическом, кризисном состоянии пациента; ситуацию разрешения конфликта с больным, его родственниками и медицинским персоналом.

Контекстность воспринимается каждым из обучающихся по-своему, и самоактуализация образовательной деятельности происходит под влиянием факторов, далеко неоднозначно воспринимаемых участниками образовательного процесса. Вот почему обратная связь с будущими медсестрами чрезвычайно важна для педагогического диалога по коррекции социальных заданий, направленности педагогической деятельности, которая осуществляется преподавателем при непосредственной поддержке обучающихся.

Возможно, стиль преподнесения учебного материала, когда контекстная составляющая будет достаточно велика, возникнет и при использовании информационных технологий. Контекстность обучения в данном случае может быть усилена рисунками, фотографиями, фактическим материалом, аудиозаписями, учебными фильмами, презентациями или иными средствами образного представления действительности. У обучающихся расширяется познание благодаря пониманию новых элементов, связей, событий и явлений, и эта контекстность связана с обогащением изучаемого предмета новыми системообразующими элементами и условиями его существования. Контекст – еще не раскрытый в полной мере ресурс повышения у медицинских сестер способности принимать и анализировать полученные данные в оттенке тех граней, которые отражают полноту информации. Таким образом, контекст, используемый для медицинских сестер в процессе профессиональной подготовки, присутствующий в истории болезни пациента, фиксирует связующие точки учебного материала, который может служить для рефлексии и саморефлексии. Контекст определяет щадящий информационный режим и для больного. Для пациента он может быть напоминанием об острой стадии заболевания, нести в себе информацию, которая в случае ее получения резко ухудшит состояние его здоровья.

Многие виды деятельности врача и медицинской сестры являются предопределенными нормативными документами, добровольными обязательствами, ко-

торые берут на себя медицинские работники, руководствуясь кодексом чести представителей своей профессии. Медицинский работник при работе с пациентами ориентируется на личный опыт, материально-технические возможности лечебно-профилактического учреждения и кадровый потенциал больницы. Каждый раз врачу и медсестре при реализации программы лечения и ухода за пациентом приходиться учитывать множество деталей, которые присутствуют скрытно, но отражают специфику лечебно-диагностических действий конкретному человеку. Возникает множество неопределенностей, обусловленных ситуативным поведением личности специалиста при работе с больным, например, когда пациент находится без сознания, в тяжелом состоянии, то роль медсестры становится ведущей, так как она взаимодействует с лечащим врачом, всем медицинским персоналом больницы и с родственниками больного.

Восприятие медперсоналом текущей ситуации, в которой находится пациент в пространстве больницы, часто представляется в неявном виде и обозначено контекстно в форме необходимых процедур, за каждой из которых стоит определенный перечень их предписания. Врач при осмотре больного выявляет индивидуальные особенности характера человека, его реакцию на болезнь, психологическую устойчивость организма, понимание сути обследования и лечения заболевания, которые не всегда фиксируются в истории болезни, но необходимо знать медсестре для выполнения своей работы. В ряде случаев с пациентом в стационаре находятся родственники и близкие ему люди, которые стремятся стать активными субъектами медицинской деятельности, что не всегда возможно из-за специфики выполнения медицинских процедур.

Диагностический процесс в медицине, «построенный на рассуждениях о признаках болезни и их сочетаниях, опирается на логику аргументации, предположений и требует доказательности различных специалистов, что создает серьезные трудности в принятии окончательного решения» [4, с. 1]. Диагноз заболевания больного вытекает из совокупности заключений отдельных специалистов, каждый из которых, анализируя симптомы, не всегда однозначно обозначает болезнь пациента. Задача медсестры в потоке этой информации и обозначении медицинского диагноза увидеть возможные индивидуальные особенности, которые необходимо учесть при лечении и уходе за больным. Эти особенности обусловлены предысторией заболевания и могут быть соотнесены как к индивидуальному проявлению болезни, так и к самой процедуре лечения и реабилитации. У пациента может быть атипичное, скрытое течение симптомов болезни, он мог раннее получать курс лечения в поликлинике, где не все медицинские процедуры доступны, у пациента, возможно, имеется индивидуальная непереносимость определенных медикаментов, кроме того, некоторые лекарственные средства, разумные с точки зрения медицинской практики, при лечении данной патологии не помогают. Требуется учитывать психофизиологическое состояние больного, когда болезнь вызывает боль, физические страдания и нарушает привычную жизнедеятельность человека. Таким образом, симптомы заболевания, определяющие контекст истории болезни, свидетельствуют о тех изменениях в организме, которые подлежат лечению. В большинстве случаев этот процесс осуществляется с помощью анализа причинно-следственных связей, поэтому квалификация медсестры, ее практический опыт имеют существенное значение в диагностике и планировании сестринской деятельности.

Контекстность на всех этапах работы медперсонала с пациентом реализуется через коммуникацию субъектов деятельности и использование ситуативного дискурса. То есть в условиях неопределенности вырабатывается дискурсивная линия лечения и ухода за пациентом в пространстве медицинского учреждения. Врач, являясь инициатором лечения больного, во многих случаях определяет природу дискурса, который выражается в медицинских указаниях для конкретного пациента. Медсестра, получая задание врача, выполняет определенные профессиональные действия, доводит процесс обследования и лечения пациента до логического завершения. Врачебные рекомендации и совет медсестры могут касаться одного и того же больного, но медсестра не будет выполнять медицинские процедуры и лекарственную терапию без «рецепта» врача. В критической ситуации для больного именно медсестра является инициатором к действию и ее роль является первостепенной, так как она владеет всем комплексом процедур для оказания экстренной доврачебной помощи пациенту и несет профессиональную ответственность за жизнь больного.

Медсестра располагает последовательностью заданий, полученных от лечащего врача и другого медицинского персонала, которые определяют стратегию сестринской деятельности по организации лечено-диагностических процедур для больного. В этой стратегии предполагается, что каждый этап процедуры ухода за пациентом контекстно базируется на совокупности приемов лечения и той материальной базы, которая для этого имеется. Медсестре постоянно приходится сопоставлять получаемые задания с возможностью их выполнения в конкретных производственных условиях. Это бывает сложно выполнить, когда консультация врача осуществляется по телефону или в режиме on-line. Если консультация врача дается для больного, с которым у врача отсутствует конкретное взаимодействие, кроме того имеется недостаточная материально-техническая база больницы для диагностики, то задача медсестры по обслуживанию пациента становится сложнее. Самоактуализация личности, профессиональная адаптация и социализация специалиста сестринского дела формируются в ситуации неопределенности, которая вносит в работу медсестры элементы новизны, способствует приобретению профессионального и жизненного опыта.

Многое в деятельности медсестры требует сопоставления многообразий, применения таких инструментов, как: символизация, обобщение, интерпрета-

ция и метафоризация, которые позволяют перенести опыт и знания из известного контекста в неизвестный, что способствует его преобразованию и совершенствованию. Это может быть выражено у специалистов в виде внутренних и внешних поведенческих стратегий осуществления деятельности, позволяющих быть успешными при самореализации в профессиональной среде. Условно они представлены на схеме.

Первая область выражает совокупность факторов, признаков, симптомов определенного заболевания и диагностических процедур для конкретного больного. Получение данных о состоянии здоровья пациента осуществляется на основе базовых принципов медицинского обследования, по которым составлены диагностические схемы и алгоритмы. Эти модели получения данных о пациенте носят регистрационный, расчетный или опросный характер. На их основе осуществляется построение рабочей гипотезы о состоянии здоровья пациента.

Вторая область – арсенал медицинских, фармацевтических и эргономических средств, позволяющих осуществлять принципы лечения и ухода. Для каждого больного формируется индивидуальная программа лечения, которая представляет собой «определенную последовательность действий, направленных как на выздоровление пациента, так и на улучшение общих характеристик состояния здоровья» [5, с. 129].

Медицинская сестра, в конечном счете, управляет не в полной мере определенным первым множеством, поскольку не все лечебно-диагностические процедуры, которые назначены пациенту, корректны, возможны, определенны, достигнуты и выполнимы в условиях лечения больного. А второе множество – это процесс лечения и ухода, также оказывается вариантом множества, выражает избирательность к конкретному физическому лицу. Сопоставление и соотнесение первого и второго множества предполагает некий внутренний механизм превращения имеющихся знаний, умений и навыков специалиста в пространстве лечебной деятельности, ориентируемых на конкретного больного.

Схема

Структурно-логическая схема организации деятельности медсестры в пространстве лечебно-профилактического учреждения



Эта избирательность исходных возможностей к действию и само действие подчинены логике причинно-следственной связи, вытекающей из контекстного содержания лечебно-диагностической деятельности. Единство диагноза и лечения больного подчинено логике причинно-обусловленных приемов лечения, вытекающих из точного понимания возможностей реагирования на разные симптомы болезни, выступающие как целостное проявление заболевания.

Таким образом, развитие способности к самоактуализации личности специалиста сестринского дела с помощью поиска контекстных смыслов профессиональной деятельности позволит обеспечить реализацию личностно-ориентированной парадигмы образования. Контекстное обучение при должном научно-методическом обосновании возможно в определенных условиях образовательной среды колледжа, где существующие базовые ценности, выполняемые субъектами образования, консолидированы в общие цели совместной работы преподавателя и студента. Организация такого обучения способствует трансформации предметной учебно-познавательной деятельности в профессиональную, которая включает огромное многообразие действий, и, в конечном счете, определяет компетентность специалиста сестринского дела при выполнении тех или иных работ.

Литература

1. *Вербицкий, А.А.* Контекстно-компетентностный подход к модернизации образования / А.А. Вербицкий // Высшее образование в России. – 2010 – № 5. – С. 32 – 37.

2. *Закирова, А.Ф.* Понятийно-терминологическая система педагогики: герменевтика-интерпретационный подход / А.Ф. Закирова. – Тюмень, 2007.

3. *Зеер, Э.Ф.* Психология профессионального развития / Э.Ф. Зеер. – М., 2009.

4. *Кобринский, Б.А.* Логика аргументации в принятии решений в медицине / Б.А. Кобринский // НТИ. Сер. 2. – 2001. – № 9. – С. 1 – 8. – URL: metodolog.ru› 00577/ 00577.html.

5. *Крошилин, А.В.* Построение методики автоматизированной оценки состояния здоровья пациента / А.В. Крошилин, С.В. Крошилина, А.Н. Пылькин, Е.Н. Долженко // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 6. – С. 128 – 132.

6. *Лурье, Л.И.* Социокультурная многомерность образовательной деятельности / Л.И. Лурье // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 1. – С. 102 – 111.

УДК 371.927

Е.А. Жаркова

КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЧТЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ В УСЛОВИЯХ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ

Статья посвящена комплексному исследованию нарушений чтения у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью с использованием дифференцированной экспресс-диагностики в условиях логопедического кабинета поликлиники. Выявлены и описаны типологические группы младших школьников с СДВГ в зависимости от степени, механизмов, симптоматики и состава нарушений чтения.

Первичное, специфическое нарушение чтения; вторичное, неспецифическое нарушение чтения, отставание в чтении.

The article deals with the complex study of reading disorders of primary school children with attention deficit disorder and hyperactivity using differentiated rapid diagnostics in the logopedic room of the polyclinic. The typological groups of primary school children with ADHD depending on the degree, mechanisms and symptoms of reading disorders are identified and described in the paper.

Primary, specific reading disorder, secondary, non-specific reading disorder, reading lag.

В настоящее время дети с нарушениями чтения являются наиболее распространенной частью неуспевающих детей в первых классах, и в значительной мере данные нарушения сохраняются и позднее. По результатам отечественных исследователей, до 30 % младших школьников испытывают выраженные трудности в овладении навыком чтения, более 60 % учащихся, оканчивающих школу, имеют неполноценный навык чтения [4], [6]. Значимость успешного овладения чтением очевидна. Чтение, являясь целью обучения, в дальнейшем становится орудием, средством и основным способом и условием овладения знаниями, умениями и навыками, необходимыми учащимся для успешного обучения и развития. Нарушение чтения – дислексия, проявляющаяся в стойкой, избирательной неспособности овладеть навыком чтения, несмотря на сохранные слух, зрение и интеллект, является серьезным препятствием для обучения в начальной школе. В связи с этим в последнее время в центре внимания изучения механизмов дислексии все чаще оказываются дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивности (СДВГ): ставится вопрос о СДВГ как возможной причине неспецифических трудностей в чтении и как о важном факторе, сопутствующем дислексии [2].

На сегодняшний день практически отсутствуют экспериментальные знания, критерии дифференцированной диагностики, коррекционные подходы с