в 1,5 %, что требует внимательного анализа эффективности применения данного метода.

По данным канцер-регистра, в поликлиниках города и области ежегодно отмечаются относительно стабильные и одинаковые показатели выявления ЗНО в 1 и 2 стадиях (до 50 – 60%) и 3 – 4 ст. (до 17 – 20%). Из этого следует, что качество и эффективность диагностики зависят не столько от инструментального оснащения ЛПУ, сколько от квалификации, клинического мышления и онкологической настороженности участковых (семейных) врачей. Эффективности профилактической и диагностической работы не способствуют: финансовая зависимость ГП от диагностических подразделений больниц и онкодиспансера, нехватка штатных врачей онкологов и акушерок смотровых кабинетов в ГП, отсутствие финансирования для формирования медико-санитарной культуры населения с помощью СМИ, чрезмерная загрузка участковых врачей бумаготворчеством, страховые компании-посредники.

Полученные данные рекомендуем учитывать в образовательном процессе при подготовке специалистов, организации онкослужбы и информированности населения.

(Научный проект № 09-06-00933а поддержан грантом РГНФ)

АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА И ИМПЕРАТИВ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАНИЯ

Чепурышкин И.П.
Смоленский государственный университет
Смоленск, Россия

Перед обществом и государством сегодня стоит чрезвычайно важная задача выступить гарантом социальной защищенности детей с ограниченными возможностями здоровья, взять на себя обязанность обеспечить им условия для нормальной жизни, учебы и развития задатков, профессиональной подготовки, адаптации к социальной среде, то есть для их абилитации. Анализ исторических предпосылок формирования современной системы управления качеством образования в школе-интернате показал, что идея абилитации детей с ограниченными возможностями, как процесса восстановления их физических и умственных способностей, имеет довольно длительную историю и насчитывает несколько столетий.

Понятие «абилитация» также имеет неоднозначные трактовки. На сегодняшний день нет согласия среди авторов, обращающихся к этому понятию. Понятие «абилитация» близко по значению с используемым в Дании и Швеции понятием нормализации (normalisation). В переводе с латинского habilitation означает буквально «предоставление прав, возможностей, обеспечение формирования способностей» и применяется часто в детской психиатрии в отношении лиц, страдающих с раннего возраста каким-либо физическим или психическим дефектом.

В медицинской литературе понятие абилитации часто дается в сравнении с понятием реабилитации. По Л.О. Бадаляну: «Абилитация - это система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, еще не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества. Об абилитации следует говорить в тех случаях, когда инвалидизирующее больного патологическое состояние возникло в раннем детстве. Этот ребенок не владеет навыками самообслуживания и не имеет опыта общественной жизни [1, 337].

В материалах пособия «Совершенствование образования» [3]. Национального Института совершенствования городского образования США отмечено, что школьники учатся и используют полученные знания по-разному. Тем не менее, цель образования заключается в достижении всеми учащимися определенного общественного статуса и утверждении своей социальной значимости. Инклюзия - это попытка придать учащимся с ограниченными возможностями здоровья уверенности в своих силах, что мотивирует их пойти учиться в школу вместе с другими детьми: друзьями и соседями. Дети с особыми образовательными потребностями нуждаются не только в особом отношении и поддержке, но также в развитии своих способностей и достижении успехов в школе. В материалах упоминаемого пособия подчеркнуто, что последняя редакция федерального закона США «Об образовании людей с ограниченными возможностями здоровья» поддерживает практику инклюзии. Новый закон об образовании ратует за включение детей с ограниченными возможностями в образовательную среду, за прохождение ими общеобразовательной программы. Заключение консультативной комиссии при передаче в Конгресс США, следующим образом объяснило цели и задачи законодателей: инклюзия есть «приня-

тие каждого ребенка и гибкость в подходах к обучению».

Обобщая вышеизложенное и опираясь на опыт работы автора, мы считаем, что в школе-интернате для детей с ограниченными возможностями здоровья должно быть сформировано абилитационно-воспитательное пространство. В рамках экономического кризиса в обществе создание устойчивой системы образования, которая могла бы интегрировать все воздействия на детей, практически невозможно. Существующая реальность наглядно демонстрирует, что даже специальная школа-интернат с новейшей системой образования, гуманистическими отношениями, различными творческими делами, вступая в конкуренцию с яркой и пестрой, изобилующей ультрасовременными «ценностями», средой, зачастую терпит фиаско. И выход из этого, как нам представляется, есть лишь один. Прежде всего, необходимо в самом интернатном учреждении совершенствовать жизнь детей; делать ее яркой, эмоциональной, насыщать интересными, неординарными событиями. Более того, школа должна быть привлекательной как для детей, так и для взрослых; в ней должны органично уживаться традиционность и инновационность, отсутствие излишней опеки и забота. В этом случае, школа становится конкурентоспособной в окружающем ребенка пространстве; а все нормы и ценности, выдвигаемые школьной инфраструктурой, могут стать для ребенка внутренними убеждениями и собственными нормами. События культурного, спортивного или иного характера, происходящие в окружающем пространстве, вводятся в жизнь школьного коллектива. В то же время реализация задачи создания подобного пространства сталкивается со сложной задачей абилитации детей с ограниченными возможностями. Это значит, что в этом пространстве ребенок должен научиться делать что-то такое, чего он был лишен с детства. В этом вопросе как раз и кроется противоречие. Казалось бы, здесь на первое место должна встать индивидуальная коррекционная деятельность медиков. Исходя из этого, многие специалисты делают вывод, что «полноценная помощь ребенку с ограниченными возможностями здоровья должна включать не только систему абилитационных мероприятий, но и комплексную психолого-медико-педагогическую работу по построению такого пространства жизни и активности, которая наилучшим образом побудит ребенка использовать приобретенные функции в естественных условиях. Задачи по организации направленной активности ребенка, созданию у него мотивов к выполнению действий, вызывающих затруднения, к преодолению собственных трудностей входят в сферу педагогики и психологии и решаются с помощью построения специального педагогического пространства. Чем раньше ребенок, получив помощь, получит возможность активно действовать в адекватно организованном пространстве, тем лучшим будет результат для его дальнейшего развития [2].

Следует отметить, что в настоящее время в России в отношении государства к лицам с ограниченными возможностями здоровья имеет место переход к новому этапу.

Качество образования в школе-интернате для детей с ограниченными возможностями рассмотрено как педагогическая проблема и направление образовательной политики.

Историческими предпосылками формирования современной системы управления качеством образования в школе-интернате для детей с ограниченными возможностями стали: во-первых, - разработка и реализация проектов по созданию общей интегрированной школы, объединяющей в своих стенах учащихся с разными образовательными возможностями; во-вторых, - формирование абилитационных центров, обеспечивающих рост качества жизни детей с ограниченными возможностями, и создание инклюзивных школ, в которых все ученики имеют равный доступ к процессу обучения в течение учебного дня и равные возможности для установления и развития важных социальных связей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Бадалян Л.О. Невропатология. - М., 2000. - С.337-347.

2.Чепурышкин И.П. Моделирование воспитательного пространства школ-интернатов для детей с ограниченными возможностями: Автореф. дис…канд.пед.наук. - Ижевск, 2006.- 28с.

3. Improving Education. The Promise of Inclusive Schools.

Педагогические науки

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА СРЕДНЕГО ЗВЕНА

Аверьянов П.Ф., Чиж А.Г.
Саратовский медицинский колледж Росздрава
Саратов, Россия

В настоящее время в связи с внедрением в медицину высоких технологий значительно выросли требования к уровню знаний медицинского работника среднего звена, соответственно выпускника средних медицинских учреждений и, в целом, к качеству среднего медицинского образования.

Возрастает ответственность медицинского работника среднего звена за принятые решения в своей работе, возрастает значимость среднего медицинского образования.

Учитывая вышесказанное, нам представляется, что среднее профессиональное медицинское образование, кроме сохранения принятой классической формы, должно иметь:

1. Преемственность школьного образования в образовании средних профессиональных медицинских учебных учреждений.

2. Собственную разноуровневую специальную подготовку.

3. Продолжение образования, обогащенного практическими навыками среднего медработника (на базе среднего медицинского образования).

4. Повышение значимости собственно среднего медицинского образования с правом выбора на продолжение образования в высшей школе.

Расширяя вышеперечисленные тезисы, мы можем сказать, что:

1. Преемственность среднего общего образования определяет:

Раннюю профессиональную ориентацию учащихся школ (медицинские классы, подготовительные курсы и т.п.) вплоть до курса младшей медицинской сестры.

Углубленное изучение в школе, возможно по дополнительным программам, основополагающих дисциплин среднего учебного заведения (химия, биология и т.д.).

Реализацию методического единства преподавания на этапах обучения Школа-ССУЗ за счет включения в школьный учебный процесс преподавателей средних образовательных учреждений.

Перспективы создания единой образовательной системы: Школа-Колледж-ВУЗ.

2. Среднее медицинское образование должно иметь собственную разноуровневую подготовку:

В связи с различными мотивационными установками и способностями к овладению знаниями самими студентами.

Для заполнения лечебно-профилактических учреждений разнофункциональными в зависимости от требований в обеспечении основного лечебно-диагностического процесса, набора навыков, объема знаний и т.п. специалистами-медиками среднего звена (например, сестра-массажист, палатная медицинская сестра, манипуляционная, работающая в кабинете со сложной аппаратурой, сестра-организатор и т.д.)

3. Среднее специальное образование, обогащающее выпускников практическими навыками и дающее базу специальных знаний, может быть продолжено:

С углублением специальных знаний на отделениях медицинских сестер повышенного уровня ССУЗа.

С изучением специальных знаний на более высоком уровне, с развитием навыка логического (клинического) мышления на медицинских факультетах ВУЗов.

4. Повышение значимости среднего медицинского образования и как следствие вариантное его продолжение в высшей школе может трактоваться как:

Повышение роли и значимости специалиста среднего звена в лечебно-профилактических учреждениях.

Подтверждение собственными научными разработками специфики работы специалиста среднего звена с их последующей защитой.

Включение высококвалифицированных специалистов среднего звена в преподавательский корпус среднего специального учебного учреждения для преподавания профильных дисциплин.

Таким образом, предлагаемая рационализация в обучении среднего медицинского персонала, по нашему усмотрению, может дать дополнительные экономические, социальные и профессиональные факторы к развитию разноуровневой подготовки в среднем медицинском образовании.