

КАЧЕСТВА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ УСПЕШНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Введение. Профессия медицинского работника — одна из наиболее древних профессий. Еще в первобытном обществе люди занимались врачеванием. В истории навсегда останутся имена первых выдающихся врачей древности (Асклепиада, Гиппократ и др.), чьи знания и искусство лечить людей не только спасли многие жизни, но и обусловили развитие медицины и медицинской деонтологии. В современной медицине, несмотря на всё многообразие врачебного нравственного опыта, сосуществуют четыре модели, опирающиеся на основополагающие принципы — «не навреди», «делай добро», «соблюдение долга» и «уважение прав и достоинства личности».

Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократ (460—377 до н. э.), изложенные им в «Клятве». Основополагающим для модели Гиппократ является принцип «не навреди», который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия: «Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому» [1, с. 140]. Это исходная профессиональная гарантия, которая может рассматриваться как условие признания врача обществом и каждым человеком, который доверяет врачу свое здоровье и жизнь. Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и больного человека, сложившиеся в Средние века. Выразить её особенно чётко удалось Парацельсу (1493—1541). «Модель Парацельса» — это форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели завоёвывается социальное доверие личности пациента, то «модель Парацельса» — это учёт эмоционально-психических особенностей личности, признание глубины её душевных контактов с врачом и включённости этих контактов в лечебный процесс. Следующей в историческом развитии медицинской этики кристаллизовалась деонтологическая модель. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает символическое высказывание голландского врача XVII века Ван Туль-Пси: «Светя другим, сгораю сам» [1, с. 142]. Основой деонтологии является отношение к человеку таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. В 60—70-х годах XX века формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Биоэтика — это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Современная форма медицинской этики функционирует в виде всех четырёх исторических моделей — модели Гиппократ и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики.

В соответствии с современными требованиями медицинской деонтологии медицинский работник должен обладать всеми теми моральными качествами, которые относятся к категории общечеловеческих ценностей. И хотя этот человеческий идеал трудно достигим, медицинский специалист должен помнить, что общество в целом предъявляет к нему больше требований, чем к представителям большинства других профессий. Известный психиатр Галинт писал, что «лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной практике, является сам врач» [2, с. 78], его личность и деятельность. Любой человек кроме консультации либо медицинского лечения нуждается в психологической, психотерапевтической поддержке. Существует и эффект плацебо (так, введение физиологического раствора под видом эффективного препарата улучшало состояние больных с гипертонической болезнью в 17% случаев, при ревматизме — у 49% больных, при головной боли — у 61,9%, даже при рассеянном склерозе — у 24% пациентов) [2, с. 78].

Личность медицинского работника будет оказывать психопрофилактический и психотерапевтический эффект сама по себе и увеличивать эффективность его деятельности в том случае, если специалист будет пользоваться авторитетом, доверием, уважением и симпатией. Вот на достижение этого и должна быть направлена его основная деонтологическая деятельность.

Основная часть. Профессиональная деятельность медицинского работника требует наличия определённых способностей: высокого уровня развития произвольного внимания (способность обнаружить даже незначительные нарушения эмоционального состояния человека, познавательной и волевой сфер психической деятельности, проявления внутренней и внешней картины болезни, симптомов заболевания; хорошо развитой словесно-логической долговременной памяти; способности анализировать факты и логически мыслить; ручной ловкости при выполнении различных манипуляций, процедур, быстроты реакции; психоэмоциональной стабильности и способности переносить боль-

шие физические нагрузки; вербальных способностей (умение грамотно и в то же время доступно для других излагать свои мысли) [3].

Обзор литературы по проблеме психологического портрета личности и её готовности к профессиональному труду позволяет выделить следующие качества для успешной работы медицинского работника: стремление произвести хорошее впечатление, доброжелательность и приветливость, аккуратность. Неряшливый внешний вид или, наоборот, экстравагантность одежды с обилием украшений, несомненно вызовут недоверие и к профессиональным качествам медработника, посеют психологическую отчуждённость; общительность (сердечность, внимательность, добродушие). Большим искусством является беседа с человеком, обратившимся за советом и помощью. Прежде всего специалист должен оценить эмоциональное состояние человека, его интеллектуальный и культурный уровень, чтобы тональность и форма беседы шли в нужном ключе. Даже выражение лица, тембр и сила голоса медработника должны изменяться в соответствии с эмоциональным статусом человека. Профессионал должен уметь выслушать и понять, объяснить и доказать, спросить и ответить, убедить и переубедить, создать атмосферу доверительности в беседе и делового настроя в собеседовании, найти тонкий психологический подход к человеку, разрешить конфликт, снять напряжение; обучаемость (способность быстро овладевать новым в работе); эмоциональная зрелость (способность «держаться в руках» в любой ситуации), терпеливость и выдержанность. К основным личностным качествам, определяющим профессиональную пригодность человека к медицинской деятельности, относятся эмпатия (способность к сопереживанию). Это внутреннее состояние сострадания, понимания, готовности и словом и делом облегчить страдание человека; оптимизм, исполнительность (добросовестность в работе, чувство долга, ответственность), инициативность, реалистичность. Мы не такие, какими были 10 лет назад. Да и условия, в которых мы живём, тоже изменились. Важно учиться на прошлом опыте, а не быть чрезмерно привязанным к нему. То, что было необходимым и уместным в прошлом, может не годиться и не срабатывать теперь. Разумный человек развивается и совершенствует себя на протяжении всей жизни; недоверчивость (не поддаваться обману). Человеку надо верить, однако не следует идти на поводу у людей, обратившихся за помощью. И если жалобы человека не соответствуют представлению врача о состоянии человека, то надо искать причину этого. Контроль, проверка жалоб не пользуются любовью, и это объединяет и контролирующих, и контролируемых. Контроль при коллективном управлении не может диктоваться подозрительностью и ослеплением властью. Он определяется скорее предусмотрительностью и заботой, исходит из понимания того, что ошибки свойственны людям, и при разумном подходе большинство людей добиваются хороших результатов. Важно понять, что у людей бывают недостатки, с которыми приходится мириться. Контроль должен отмечать хорошо сделанную работу, которая, к сожалению, слишком часто остаётся незамеченной; практичность (способность работать в условиях стресса), готовность в любое время оказать нуждающимся помощь; уверенность в себе (в знаниях, умениях, профессиональная независимость). Однако уверенность специалиста в своих действиях не должна перерасти в самоуверенность. Специалист должен быть готов признать свои ошибки и откорректировать при необходимости свои действия. Замечено, что хороший врач чаще, чем плохой, сомневается и прибегает к совету коллег или консультантов; энергичность (высокая работоспособность), адаптируемость (способность быстро приспособиться к новым условиям); поведение в коллективе (соперничество и сотрудничество, взаимопомощь, поиски компромиссного решения спорного вопроса, избегание развития конфликта, способность приспособиться к конфликтной ситуации, тактичность); отсутствие вредных привычек. Без здоровья специалиста нет высокой работоспособности, нет успеха. Сохранение здоровья необходимо рассматривать как социально-экономическую необходимость, учитывая затраты общества на подготовку современных специалистов, способных адаптироваться к новым экономическим реалиям, изменениям в профессиональной деятельности на основе научной организации труда и повышения своего научно-теоретического уровня знаний [3—7].

Люди, обратившиеся за медицинской помощью, обычно психологически надломлены своей проблемой и своей зависимостью от окружающих. И поэтому особенно существенным является уважительное отношение к нему со стороны медперсонала. В этой связи обращение к человеку должно быть на «Вы» с употреблением имени и отчества. Качествами, препятствующими эффективности профессиональной деятельности врача, являются безответственность, невнимательность, эгоистичность, эмоциональная несдержанность, жестокость, брезгливость и нетерпимость.

Заключение. Важность психологической подготовки медицинских специалистов особенно возросла в последние годы, когда большое внимание стало уделяться активизации человеческого фактора на производстве и в общественной жизни в целом. Дело в том, что невозможно повысить производственную и социальную активность человека без учёта закономерностей организации его психической жизни. Это касается как трудовой деятельности исполнителей, так и самоорганизации деятельности руководителей.

Говоря о целях психологической подготовки специалистов, важно подчеркнуть необходимость формирования их практического психологического мышления, которое является важной составляющей так называемого социального мышления руководителей и исполнителей. Если говорить о сверх-

задаче психологической подготовки, то ею должно стать формирование специалиста как практического психолога, способного на высоком научном уровне решать практические психологические задачи.

В процессе подготовки руководителей медицинских учреждений недостаточно ограничиваться формированием знаний, умений и навыков работы с людьми. Приобретённые новые знания, умения и навыки проявляются в поведении и деятельности тех руководителей, которые высоко мотивированы именно в этом отношении, имеют выраженную направленность, ориентацию на решение психологических проблем, возникающих в руководимом ими коллективе. Отсюда вытекает важнейшая задача психологической подготовки руководителей на соответствующих курсах при местных университетах — формировать внутреннюю готовность (установку) к поиску и решению психологических вопросов в коллективе. Психологическая готовность (установка) оказывает регулирующее влияние на поведение и деятельность руководителя. Для решения этой задачи недостаточно кратковременных (даже если они регулярные) кампаний подготовки руководителей. Определяющее значение в данном случае имеет непрерывное образование и самообразование, непрерывающееся воспитание и самовоспитание руководителей.

Список цитируемых источников

1. Психотерапия : учеб. / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2007. — 672 с.
2. Медицинская психология : учеб. пособие / М. М. Важенин [и др.]. — Минск : Выш. шк., 2001. — 125 с.
3. Романова, Е. С. 99 популярных профессий. Психологический анализ и профессиограммы / Е. С. Романова. — СПб. : Питер, 2006. — 464 с.
4. Зигерт, В. Руководить без конфликтов / В. Зигерт, Л. Ланг. — М. : Экономика, 1990. — 335 с.
5. Кашапов, Р. Р. Курс практической психологии для высшего управленческого персонала / Р. Р. Кашапов. — Ижевск : Изд-во Удм. ун-та, 1995. — 704 с.
6. Курбатов, В. И. Стратегия делового успеха / В. И. Курбатов. — Ростов н/Д : Феникс, 1995. — 416 с.
7. Кухарчук, А. М. Человек и его профессия : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / А. М. Кухарчук, В. В. Лях, А. Б. Широкова. — Минск : Соврем. слово, 2006. — 544 с.

Материал поступил в редакцию 25.02.2014 г.

УДК 614.253.83

Н. С. Тхорик

Учреждение образования «Барановичский государственный университет», Барановичи

К ВОПРОСУ О СУЩНОСТИ ПОНЯТИЯ «НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНОЙ» (В СФЕРАХ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ)

Введение. Необходимость определения сущности понятия «неизлечимо больной» обусловлена контекстом нашего исследования на тему «Социальные установки к неизлечимо больным у студентов-волонтеров». Проблема социальных установок входит в число приоритетных объектов социально-психологических исследований. В свою очередь негативные социальные установки к неизлечимо больным могут стать источником целого ряда проблем социального и психологического характера [1—4]. Их преодоление, предупреждение и профилактика являются актуальной социальной задачей, решение которой позволит определить новые направления и возможности оказания социально-психологической помощи неизлечимо больным и их родственникам. Полученные результаты исследования могут быть использованы и для подготовки студентов-волонтеров, участвующих в организации ухода за неизлечимо больными.

Основная часть. Понятие «неизлечимо больной» широко используется и в медицине, и в психологии, однако определение, в полной мере отражающее его сущность, отсутствует. Так в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» [5], направленном на обеспечение правовых, организационных, экономических и социальных основ государственного регулирования в области здравоохранения в целях сохранения, укрепления и восстановления здоровья населения, нормирующих деятельность медицинских работников, используется термин «неизлечимые заболевания», но нормативно правового акта, содержащего перечень неизлечимых заболеваний, нет. Также отсутствует определение понятия «неизлечимо больной» [5; 6]; используется термин «пациент в терминальной стадии заболевания» [6].

Следует отметить, что попытки формализовать вопросы, связанные с определением неизлечимости заболеваний, предпринимались неоднократно. Например, Федеральный закон от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» содержит норму, признающую, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), остаётся неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу [7].