

С. И. Куликов

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА**

Формирование установки на самосохранительное поведение у пациентов рассматривается как часть профессиональной деятельности медицинского работника.

The formation of patients' self-preservation attitude is considered as a part of the professional activity of a health care worker.

Ключевые слова: самосохранительное поведение населения, воспитание пациента, установка на самосохранительное поведение.

Keywords: self-preservation behavior; patient information; self-preservation attitude.

Социальные и экономические потрясения, происходящие в России в последние десятилетия, вызвали катастрофическое ухудшение качества здоровья и повышение уровня смертности населения. Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни населения Российской Федерации играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом, мужчин, которая по сравнению с 1990 годом возросла более чем на 40 %, причем мужчины живут в среднем на 13 лет меньше женщин [4].

По оценкам разных специалистов, в число неблагоприятных обстоятельств, влияющих на состояние здоровья наших соотечественников, входит целый ряд разноуровневых и разнохарактерных условий и факторов:

- неудовлетворительное состояние биологической среды обитания, периодически взрывающееся локальными экологическими катастрофами;
- социальная нестабильность;
- изменение экономических условий жизни населения;
- жесткие требования к темпам, характеру и уровню профессиональной деятельности, жесткая регламентация времени, жизни в условиях перманентного психологического стресса;
- гиподинамия (недостаток двигательной активности) и, как следствие, снижение защитных функций организма;
- широкое распространение вредных привычек и зависимостей: употребление легких (табак и алкоголь) и тяжелых наркотиков, токсических веществ;
- криминализация общества, сопровождающаяся широким распространением различных форм девиаций, в том числе саморазрушительных форм поведения;
- дефицит информации о здоровом образе жизни, об опасности вредных привычек и одновременно завуалированная реклама алко-

гольной и табачной продукции, пропаганда определенного типа поведения, «продвинутого» образа жизни;

- низкая культура самосохранения;
- отсутствие комплексной системы по воспитанию, обучению и формированию здоровой личности [2].

Нельзя оставить в стороне и тот факт, что бесплатное и доступное медицинское обслуживание, бывшее огромным достижением социалистического общества, было ориентировано на общественную, а не на индивидуальную ответственность за здоровье, что привело к низкой профилактической активности населения и перекладыванию заботы о своем здоровье на систему здравоохранения [3].

Потребительское отношение к здоровью укрепились настолько глубоко, что распространилось даже на отношение родителей и педагогов к здоровью детей дошкольного и школьного возраста, следствием чего явились рост и распространение хронических заболеваний, учащение инфекционных заболеваний в детских коллективах. На смену причинам смертности, связанной с острыми заболеваниями, пришли заболевания, объясняющиеся в значительной степени особенностями образа жизни человека [4].

Как показали наши исследования на территории Калининградской области, сложилось противоречие: дети и взрослые признают и декларируют ценность здоровья, однако на деле беспощадно эксплуатируют его как средство достижения других жизненных целей (от хороших оценок в школе до заработков и карьеры). Так, более 80 % школьников, студентов и даже медицинских работников, определяя иерархию ценностей, приписывают здоровью ранги от 1 до 3. В то же время установка на здоровье и самосохранительное поведение, включая потребность в самосохранении и мотивы самосохранительного поведения, слабо развито и не является определяющим при выборе стратегии поведения более чем у 70 % респондентов (выборка составила 300 школьников, студентов и взрослых мужчин и женщин в возрасте от 13 до 55 лет). Более половины респондентов имеют экстернальный локус контроля над здоровьем, а значит, приписывают ответственность за его сохранение и восстановление внешним обстоятельствам и медицинским работникам [5].

Все это выводит на первый план идею воспитания личной ответственности индивида за здоровье. В западных странах еще в 70-х годах прошлого века провозглашен концептуальный переход в политике охраны здоровья от рассмотрения индивида как пассивного потребителя услуг здравоохранения к осознанию его активной роли в сохранении собственного здоровья. Новая политика обеспечения здоровья (Health Promotion) направлена на стимулирование ориентированных на сохранение здоровья стереотипов поведения в сочетании с широкой системой соответствующих организационных, экономических, экологических и медицинских мер поддержки [8].

В нашей стране актуальность данной концепции стала осознаваться только в последнее десятилетие в условиях социально-экономических

преобразований [2]. Однако существующие механизмы ее реализации и предпринятые меры до сих пор не дали желаемого результата.

Представляется конструктивным участие педагогической науки в выработке конструктивных подходов к изменению ситуации. С одной стороны, важно координировать решение вопросов интеллектуального, нравственного, эстетического, физического воспитания с разработкой здоровьесберегающих технологий в системе образования, с другой – необходимо трансформировать стереотипную модель и директивные принципы в профессиональной деятельности медицинского работника и построить партисипативную модель восстановления и сохранения здоровья человека с участием двух заинтересованных сторон: профессионала и самого пациента.

Данная педагогическая модель взаимодействия с пациентом и предполагает воспитание у последнего установки на самосохранительное поведение, базируется на теории организационных и системных изменений и теории социальной установки [9]. Педагогика и медицина, опираясь на лучший опыт превентивной деятельности педагогов и врачей в обществе, в частности, обучения здоровому образу жизни его членов, объективно объединяются с целью решения определенных жизненно важных задач в интересах индивида, отдельной группы или социума. Иными словами, из сугубо медицинской профессиональная деятельность медицинского работника превращается в медико-педагогическую.

Педагогические методы и приемы и ранее использовались в процессе специального обучения больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и др. заболеваниями. Однако обучение пациента проводилось клиническим психологом в контексте психотерапевтической работы с ним. Пациенты посещали специальные занятия в лечебно-профилактическом учреждении, обучение ставило целью привить пациенту навыки самоконтроля и организации жизни [7].

Более конструктивным представляется воспитание широкого круга пациентов, обратившихся за медицинской помощью, как активных соучастников процесса выздоровления. Воспитание должно быть направлено на модификацию поведения пациента, поскольку многие болезни цивилизации связаны именно с ним. По данным J. Reinertsen, устранение поведения, приводящего к нездоровью, может снизить риск заболевания на 50 % [7]. Среди множества детерминант нездоровья врач выделяет либо персональные (когнитивные, личностные и др.), либо семейные, социальные характеристики поведения, связанного со здоровьем (поддержка социума, «сети» социальной поддержки; социальные роли). Эффективность дальнейших приемов и методов воспитательной работы с пациентом в процессе лечения обусловлена не только умением врача повлиять на поведение пациента, но и наличием у него самого установки на самосохранительное поведение.

Таким образом, основная цель воспитательной работы медицинского работника по сохранению и укреплению здоровья заключается в развитии и совершенствовании у пациента установки на самосохранительное поведение, включающей в себя мотивы и навыки самостоятельно принимать оптимальные решения в области здорового поведения и профилактики заболеваний на основе достоверной информации.

Список литературы

1. Подласый И.П. Педагогика. М.: Просвещение; Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1996.
2. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / Ин-т социологии РАН. М.: Наука, 2006.
3. Ковалёва А.А. Отношение населения к врачебной заботе о здоровье // III Всероссийский социологический конгресс: программа, тезисы докладов, публикации, организаторы / ИС РАН, РОС. М., 2008.
4. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации // URL: www.med-pravo.ru
5. Куликов С.И. Ценностное отношение к здоровью медицинских работников как педагогическая проблема // Вестник Института Балтийского региона РГУ им. И. Канга. 2009. №2. С. 81 – 85.
6. Попков В.А., Коржув А.В. Теория и практика высшего профессионального образования. М., 2004.
7. Медицинская педагогика // URL: slovari.yandex.ru/dict/psychlex6/article/PS6/ps6-0013.htm
8. Reinertsen J. Promoting health is good business. Occupational Health and Safety, 1983. 52, 6. P. 18 – 22.
9. Mark Ph.D. Edberg. Essentials of Behavioral Theory in Public Health (Essential Public Health), 2007. P. 69 – 70.

Об авторе

С.И. Куликов – асп., РГУ им. И. Канга.

Author

S. Kulikov, PhD student, IKSUR.