

– показатель общей самооценки – самооценка здоровья – планирование деятельности – моделирование деятельности – оценка результатов деятельности;

- гибкость поведения – мотивационно-ценностная сфера ЗСД.

8. На начальном этапе профессионального становления врача представляется возможным воздействовать на здоровьесберегающую деятельность студентов с целью ее оптимизации через тренинги личностного роста.

Для интернов/ординаторов необходимы специфические здоровьесберегающие тренинги, где они будут обучаться новым технологиям лечения и реабилитации.

Наибольшие трудности представляет воздействие на здоровьесбережение и приверженность лечению у врачей. Данная проблема требует дальнейшего изучения и разработки методов коррекции здоровьесберегающей деятельности.

В дальнейшем планируется продолжить работу, направленную на исследование особенностей здоровьесберегающего поведения и приверженности лечению у медицинских работников и разработку рекомендаций по оптимизации этих показателей.

ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ С ТЕРМИНАЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ

Ушакевич Т. А.

*Городской клинический психиатрический диспансер
г. Минск, Республика Беларусь*

Особенность работы психолога с умирающими больными предполагает знакомство с терминальными состояниями, подготовка пациента к смерти и сопровождение его до окончания жизни, работа по созданию терапевтической среды и терапевтического сообщества, проработка экзистенциальных проблем, связанных со смертью. Однако мало уделяется

внимания психологической готовности, зрелости психолога для выполнения этой работы.

Постановка проблемы. Работа психолога с инкурабельными (терминальными) больными является частью паллиативной помощи. Психологи, работающие в этой сфере должны непосредственно соприкоснуться с собственными страхами, принять собственную конечность существования. Специфика работы осложняется еще и тем, что психолог не может дистанцироваться от пациентов. Где, самым травматичным является не просто встреча со смертью, но психологическое участие в ней. Конечно же, идентификация, отождествление с больными и их переживаниями порождает повышенные требования к потенциалу выносливости, а если говорить точнее – к духовности каждого, кто идет работать к умирающим больным. И, вероятно, одним из самых печальных моментов является факт исчезновения плодов своего труда. Также стоит отметить, что, к сожалению, до недавнего времени тема смерти была закрыта. Люди, казалось, считали, что могут предотвратить смерть, если не будут о ней говорить. Смерть воспринималась как неестественное и пугающее событие.

Анализ последних исследований и публикаций. Понятие паллиативной медицины появилось давно, однако ее границы до сих пор не имеют четкой очерченности, так как она базируется скорее на философских принципах. Сами же философские понятия достаточно сильно разнятся в своих трактовках, поэтому самым адекватным, пожалуй, будет объяснение термина, связанное с этимологией слова «паллио», что в переводе означает обволакивание, облегчение и, соответственно, компромиссный путь решения проблемы. Понятие «терминальный» происходит от английского прилагательного «**terminal**», которое имеет значения «*заключительный, конечный, терминальный, окончательный, последний, завершающий*». Особый вклад в эту работу внесла американская исследовательница Элизабет Кублер-Росс, работавшая с умирающими онкологическими больными. Стоит отметить, что в большинстве случаев с такими больными работают специалисты, обладающие определенными

положительными качествами характера (доброта, интеллектуальность, открытость, тонкость восприятия эмоционального состояния окружающих, способность понимать поступки людей и др.).

Основная часть. Работа с умирающими пациентами и их родственниками чрезвычайно сложна и требует больших физических и душевных затрат. Стоит отметить следствия воздействий тех стрессовых факторов, которые, вызывают проявления синдрома «эмоционального выгорания»: повышенную невротизацию, физическую усталость, развитие психосоматических болезней, таких, как язвенная болезнь, заболевания сердца, внутренних органов и т.д. В плане изменений психики можно фиксировать повышенную утомляемость, неврастеническую симптоматику с раздражительностью, колебаниями настроения, канцерофобические навязчивости, а также, чувством опустошенности, в отдельных случаях – ощущением некомпетентности в профессиональной сфере, неуспеха в ней и в личной жизни, пессимизмом, снижением удовлетворенности от повседневной работы и др.

Особо травмирует смерть молодых пациентов, активизируя в мыслях переживания о собственной кончине от тех же причин. А также реакция родственников, которые всю боль и отчаяние могут отреагировать на того, психолога, который находился рядом с умирающим.

Смерть - явление универсальное, затрагивающее каждого человека, каждое живое существо. Смерть касается всего, что развивается во времени: обществ, культурных систем, предметов, людей. Смерть многолика - даже если говорить о смерти как чисто человеческом качестве, то можно выделить смерть физическую (разрушение тела), биологическую (остановка жизненно важных функций организма), психическую (сумасшествие), социальную (уход из активной общественной и практической деятельности). Поэтому отношение к смерти - одно из самых устойчивых в истории коллективных представлений, настроений, эмоций, изучение которого позволяет выявить определенные закономерности и тенденции в формировании жизненных установок и моделей поведения

Вывод. Обычно вопрос об отношении человека к смерти связывают с чувством страха, тревожного ожидания. Поэтому психологи работающие с больными, находящимся в терминальной стадии должны обладать следующими качествами:

- Конструктивное восприятие смерти, которую они реально пережили. Не имеет значения, будет ли это смерть близкого человека или животного. Это можно соотнести принятием, примирением, снимающими страх перед смертью. Негативное восприятие этого события надолго поселяет в душе чувство особого страха, своеобразного «комплекса смерти»;
- Духовность человека. Реализована ли она в религиозности или нет – не столь принципиально. Важный аспект здесь - вера. Следует заметить, что духовность либо вера, необходимая в общении с больным, защищает от психической травмы и самого ухаживающего за ним.
- Милосердие, проявляющееся в доброте и полном отсутствие равнодушного отношения к страданиям больного человека, стремление немедленно прийти ему на помощь, сюда же входит и понятие жертвенности.

Наконец, уместным будет напомнить высказывание Парацельса: «Придет время, когда врач будет целить больного самим собой». Психолог, как и медик является либо лекарством для больного, либо ядом, сокращающим жизнь.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЬСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Хоменко Н.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь*

В семейных и близнецовых исследованиях была доказана наследственная предрасположенность к шизофрении. Вклад генетических факторов в развитие болезни достигает порядка 80%. При изучении механизмов и путей развития заболевания одной из проблем изучения