

социально-психологический феномен, эксплицирующийся у 33-52% врачей-руководителей по дифференцирующим критериям: показатели коммуникативных и организаторских качеств градаций «выше среднего» (соответственно у 50,2 и 67,2%) при доминировании организаторских качеств (у 74,5% врачей-руководителей) над коммуникативными; более высокое, чем у врачей-исполнителей развитие целеустремленности, ответственности за других, способности к принятию волевых решений, сильнее выражена риск-рефлексия.

Ключевой характеристикой эффективного руководства является индивидуальный стиль руководителя. Истинный авторитет руководителя представляет собой заслуженное уважение к нему и основывается на таких составляющих, как знания, опыт руководителя, его доверие к подчиненным и его требовательность к ним, забота о них, высокие личные качества. Неумело сформированный индивидуальный стиль руководства способствует возникновению у руководителя ложного авторитета, который снижает эффективность руководства; подчиненные нередко льстят руководителю, в действительности не уважая его.

Наши исследования показали, что оптимальный для управления медицинским коллективом демократический стиль руководства встречается в среднем у 16,7% врачей-руководителей; у 17,7% врачей-руководителей – либеральный стиль руководства, наиболее конфликтогенный – авторитарный стиль – встречается от 8,3 до 25,6% врачей-руководителей.

В целом негативные тенденции в личностных позициях врачей-руководителей, осложняющие реализацию лидерских ролей отмечены у 15-25% руководителей, в частности, по таким показателям, как низкий уровень коммуникативного контроля, доминирование негативных эмоций и нежелание сближаться с людьми, эгоцентрические установки.

В этой связи, на наш взгляд, представляется целесообразным, включение в Государственный стандарт высшего профессионального медицинского образования учебной программы по планированию карьеры, предусматривающей обучение будущих врачей планированию профессиональной траектории, включающей с одной стороны, профессиональное развитие врача (горизонтальная мобильность), с другой – последовательное занятие должностей, опыт работы на которых необходим для успеха в должности руководителя медицинского коллектива (вертикальная мобильность).

Кроме того, в программу дополнительного постдипломного профессионального образо-

вания для организаторов здравоохранения необходимо интегрировать учебные циклы по обучению лидерским навыкам, направленные на формирование определенной культуры руководителя, социальной позиции, необходимых психологических знаний и менеджерской техники принятия решения.

Список литературы

1. Доника А.Д., Сергеева Н.В. Лидерство в медицинской профессии: проблемы социолого-психологического анализа // Социология медицины. – 2010. – № 1(16). – С. 18-21.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ПЛАТНЫМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ КЛИНИКАМИ

Маланьин И.В., Кульпинова О.А.,
Дмитриенко И.А.

*ООО «Авторская стоматологическая
клиника академика Маланьина»,
Краснодар,
e-mail: Malanin-dent@mail.ru*

Одним из аспектов регулирования правовых отношений между врачом - стоматологом и пациентом при оказании платных стоматологических услуг стоматологическими учреждениями является наличие информированного согласия пациента на медицинское вмешательство. Под информированным согласием пациента на медицинское вмешательство понимается его право, закрепленное в Конституции Российской Федерации (с поправками от 30 декабря 2008 г.), а так же в правовых актах и международных документах, имеющих правовое значение: «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» 1996 год; «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», статья № 32, 1993 год (редакция от 07.03.2005 года); Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 год и других.

Особое значение вопрос об информированном согласии пациентов платных стоматологических клиник на медицинское вмешательство приобретает в настоящее время, когда в стране параллельно развиваются бюджетная (по обя-

зательному медицинскому страхованию) и внебюджетная (на коммерческой основе) системы оказания медицинской помощи. Активно формируется судебная практика при рассмотрении исков пациентов внебюджетных стоматологических клиник против врачей-стоматологов, когда ключевым аргументом в пользу пациентов является отсутствие его информированного согласия. Тем более, что нарушение процедуры информированного согласия доказать гораздо проще, чем разобраться в тонкостях лечебно-диагностического процесса.

Таким образом, необходимость внедрения в повседневную практику платных стоматологических клиник информированного согласия пациента на медицинское вмешательство сомнений не вызывает. И на сегодняшний день эта необходимая мера, которая позволяет реализовать права пациента при получении им стоматологических услуг и создать реальную основу, при которой сфера охраны здоровья граждан будет функционировать в условиях соблюдения и уважения прав и достоинств человека.

Педагогические науки

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПСИХОЛОГА

Бозаджиев В.Л.

*Челябинский государственный
университет, Челябинск,
e-mail: bvl_psy@inbox.ru*

Специфика любой профессиональной деятельности такова, что она накладывает свой отпечаток на человека, как субъекта этой деятельности. В структуре личности происходят изменения, которые имеют, с одной стороны, положительный характер, когда происходит усиление и интенсивное развитие качеств, способствующих успешности в деятельности, с другой – негативный характер, проявляющийся в изменении, подавлении и даже разрушении отдельных компонентов структуры личности. Эта группа негативных изменений определяется Э. Зеером и Э. Сыманюк как профессионально обусловленные деструкции. Последние представляют собой изменения сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающиеся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса [1]. К профессиональным деструкциям Э. Зеер и Э. Сыманюк относят профессиональные деформации, профессионально обусловленные акцентуации, выученную беспомощность, профессиональную отчужденность и стагнацию. Предлагая свой подход к анализу профессиональных деструкций психолога, мы опираемся в основном на точку зрения названных выше авторов. В то же время, внося некоторые уточнения, к профессиональным деструкциям психолога мы относим профессиональные деформации, профессионально обусловленные

акцентуации, профессиональную некомпетентность, профессиональную беспомощность и профессиональную отчужденность.

Главная опасность для психолога и его профессиональной деятельности заключается в том, что угроза начинающейся профессиональной деформации возникает гораздо раньше, чем для представителей других профессий. Происходит это достаточно медленно, а значит, и не всегда заметно. Это не только затрудняет их своевременное распознавание и принятие каких-то контрмер, но и создаёт ситуацию, когда психолог, опять же «постепенно», начинает привыкать к этим своим негативным тенденциям в развитии и деформации становятся неотъемлемой частью его личности.

Первый кризис наступает уже на третьем курсе обучения, когда происходит окончательная идентификация студентов со своей будущей профессией. Они начинают чувствовать себя психологами и предполагают, что должны тестировать всех и вся (иногда это возникает и раньше – тогда, когда студенты впервые сталкиваются с методами психодиагностики). Здесь очень важно, чтобы параллельно с иллюзией возможности справиться со всеми жизненными проблемами, возникло умение отделить себя – человека от себя-профессионала: вот это я – внутри профессии, а вот это – вне её. Начинающему специалисту это пойдет на пользу, а его профессиональное становление, вероятно, будет более успешным и безболезненным. Если же этого не происходит, деформация начинает прогрессировать.

Одна из черт профессиональной деформации психолога – развитие гиперконтроля над своим поведением. Во время консультаций, групповой работы, тренингов, проведения эксперимента психолог должен жёстко контролировать своё поведение – слова, позы, жесты. Этому