

ных видов активности учащихся, проведенных Л.Е. Тхи Хоа [1988], Е.М.Бохорским [1991], М.В.Воробьевой [1994]. Поэтому, по нашему мнению, формирование надежности профессиональной деятельности будущего специалиста может представлять собой формирование его субъектного опыта саморегуляции. Анализ и определение субъектного отношения учащихся к саморегуляции различных сторон своей активности, проявлений саморегуляции в различных видах деятельности может стать конструктивным подходом в решении задачи целенаправленного формирования надежности как совокупного профессионального качества специалиста.

Таким образом, технология психологического сопровождения формирования надежности профессиональной деятельности будущего специалиста через развитие им саморегуляции может быть представлена тремя основными этапами:

1. Диагностика уровня саморегуляции субъекта образования;
2. Информирование его о путях, способах развития саморегуляции;
3. Поддержка и помощь в развитии у субъекта образования умений саморегуляции через формирование его субъектного опыта.

Реализация технологии психологического сопровождения формирования надежности профессиональной деятельности специалиста возможна при использовании лично-ориентированных технологий: развивающей психодиагностики; психологического тренинга; психологического консультирования по проблемам личностного и профессионального развития и др.

Э.В. Патраков (Екатеринбург)

Организация медико-социальной помощи в условиях многодисциплинарной команды

Комплексный подход к комплексной медико-социальной помощи предполагает, что пациенты нуждаются в систематическом сестринском уходе, регулярной социальной поддержке, психологической поддержке и коррекции, медикаментозной терапии, систематической и широкой оценке потребностей в медицинской, психологической и социальной помощи и доступе к специалистам для эффективного удовлетворения разнообразных потребностей.

Это может обеспечить только многодисциплинарная команда (далее – МДК), обладающая комплексом компетенций, которые позволяет ей выявлять и решать широкий спектр проблем, связанных с психическим расстройством пациента. Многодисциплинарная команда – это группа специалистов, объединенных решением одной задачи (реабилитации пациента) на совместно согласованных принципах.

В состав многодисциплинарной команды по социальной реабилитации могут входить следующие специалисты: медицинская сестра, специалист по социальной работе, социальный работник, врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, юрист и менеджер. Кроме того, в состав команды могут входить и родственники, ближайшее социальное окружение пациента, заинтересованное в его выздоровлении и реабилитации, представители общественных организаций. В том числе, организаций потребителей психиатрических услуг.

На практике в большинстве случаев возможны совмещения. Например, врач-психиатр и врач-психотерапевт в лице врача психиатра-

психотерапевта, медицинская сестра и социальный работник – в лице медицинской сестры с углубленной подготовкой по социальной помощи. С 1 сентября 2004 г. вступил в силу Государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования, согласно которому на повышенном уровне среднего профессионального образования (0406 – Сестринское дело) вводятся квалификации: медицинская сестра с углубленной подготовкой по социальной помощи, медицинская сестра с углубленной подготовкой по психиатрии.

Опыт применения многодисциплинарного подхода в Великобритании показывает, что за каждым клиентом должен быть закреплен конкретный член МДК. Закрепленный специалист отвечает за формирование и поддержание физической и социальной активности пациента, проведение комплексной оценки его потребностей, ранжирование приоритетности нужд вместе с пациентом, проведение лечения или реабилитации в рамках своей компетентности и направление к другим членам МДК для других видов лечения или реабилитации.

С помощью указанного ряда мер будет достигаться координация помощи и оценка ее эффективности. Однако, практика показывает, что за пациентом может быть закреплен любой член МДК любой специальности. Как правило, это тот специалист, который установил наилучший психологический контакт с пациентом. Важно обучать *всех* членов команды общим базовым навыкам оценки и взаимодействия. Это обеспечит, с одной стороны, хорошее качество работы, а с другой, эффективную междисциплинарную связь внутри команды.

Оценка состояния пациентов обеспечиваются на регулярных собраниях. Обсуждение случаев и оценка динамики состояния здоровья больных способствует так же актуализации и накоплению опыта персонала. Собрания команды используются для решения следующих конкретных задач: оценка нужд и психической динамики конкретных пациентов, поиск способов обеспечения безопасной и эффективной практики лечения и реабилитации, конструктивная обратная связь в отношении выбора и применения лечения и социальной реабилитации, обеспечение доступа к другим специалистам и сопутствующей терапии (где необходимо), психологическая поддержка закрепленного специалиста в условиях эмоциональной нагрузки.

Кроме того, каждый член команды получает профессиональную поддержку от старшего коллеги с целью обеспечения безопасной и эффективной клинической практики и дальнейшего развития профессиональных компетенций. В связи с этим у МДК должны быть: принятый всеми и связанный теоретический подход к лечению и оказанию социальной и иной помощи, взаимное уважение к профессиональной квалификации и клиническим суждениям других коллег, наличие обратной связи в любой момент времени, ясное понимание, кто участвует в лечении и реабилитации клиента и индивидуальная ответственность каждого специалиста.

Для слаженной работы команде необходимо иметь четкие критерии приема на лечение, выписки, частоты и интенсивности терапевтической поддержки на протяжении всей работы с пациентом. Наряду с профессиональной команда должна иметь и эффективную административную поддержку, например, в виде следующих организационных мер: наличие помещения для собраний, согласованное время регулярных собраний, материалы и оборудование для представления случаев, система регистрации решений, наличие председательствующего, профессиональное требование обязательного посещения соб-

раний, наличие лечебных и реабилитационных протоколов, устанавливающих виды лечения и помощи, на которые клиенты имеют право.

На широкое внедрение работы многодисциплинарных команд могут также влиять следующие факторы: система качественного обучения современным научно доказанным методам оказания психиатрической помощи; обучение целой команды или ее существенной части, а не отдельных членов; организация работы так, чтобы специалисты могли применять новые методы лечения и помощи; нагрузка должна быть приемлемой с учетом интенсивного характера методик; регулярная поддержка старших коллег. Оказание комплексной помощи в условиях многодисциплинарных команд все шире внедряется в мировую практику не только психиатрической, но и социальной помощи.

О.А. Плесовских, Е.Ю. Стригулина (Екатеринбург)

Факторы риска здоровья в профессиональной деятельности педагога

По мнению многих исследователей (И.Г. Андрусевич, О.Н. Герьянская, Н.Д. Коровина, С.М. Бондаренко, В.С. Ротенберг, Л.И. Боровиков), профессия педагога отличается крайне низкими показателями здоровья и может быть отнесена к группе риска развития невротических расстройств, психологической патологии и других заболеваний. Как любая профессия, профессия педагога имеет некоторые особенности своего труда, которые связаны с физиологией человека, а также с рядом проблем, связанных с охраной здоровья педагога.

Профессиональная деятельность педагога является ведущей на протяжении всей его жизни. У профессионалов меняются и мотивы деятельности, и средства их реализации. Б.С. Братусь указывает на возрасты 28-34, 40-45, 50-55 лет, как на периоды существенных личностных сдвигов, для которых характерен «синдром эмоционального сгорания». К. Кандо определяет «эмоциональное сгорание» как дезадаптивность к рабочему месту из-за чрезмерной рабочей нагрузки и неадекватных межличностных отношений. С. Маслач, одна из ведущих специалистов по изучению «эмоционального сгорания», детализировала этот синдром как особое состояние, включающие чувство эмоционального истощения, изнеможения. Е. Макер приводит перечень симптомов «эмоционального сгорания», а С. Маслач выделила характеристики личности, подверженной синдрому.

После того, как учеными была определена сущность основных признаков синдрома, этот феномен стал общепризнанным, закономерно встал вопрос о выявлении и классификации факторов, тормозящих развитие болезни или способствующих ей.

Психологическое здоровье педагога обуславливается «внешними» факторами риска здоровья, условиями его труда, условиями среды, в которой он работает. Л.М. Митина дает следующее определение психологического здоровья – «это не есть отсутствие конфликтов, фрустраций, проблем, оно означает скорее зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, обеспечивающих полноценное человеческое функционирование».

М.Б. Бида и Э.А. Одиноец выделяют некоторые особенности труда педагогов:

1. Отсутствие в течение всей трудовой жизни постоянного режима дня вследствие изменения расписания занятий по полугодиям и наличия двухмен-