

## ***Актуальні проблеми психології розвитку особистості***

УДК 616–051

*Марія Бабич*

### **ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ У СТРУКТУРІ ПРОФЕСІЙНОЇ МОДЕЛІ МОЛОДШОГО МЕДИЧНОГО СПЕЦІАЛІСТА**

*Проведено аналіз основних моделей сестринської допомоги: еволюційно-адаптаційної, моделі поведінкової системи, адаптаційної, моделі дефіциту самоглядання, вдосконаленої оздоровчої, додатково-доповнювальної. Обґрунтовано, що відповідальність включає соціальний, юридичний, економічний та особистісний аспекти і проявляється в різних видах професійної діяльності. Професійна відповідальність вважається найбільш значущою особистісною складовою професійної діяльності.*

**Ключові слова:** "модель" сестринської допомоги; освітньо-кваліфікаційна характеристика медичної сестри, відповідальність; професійна відповідальність.

Інтенсивність соціально-економічних змін висуває до сучасного молодшого медичного спеціаліста високі вимоги, що стосуються психоемоційних процесів хворого, зміни картини захворювання і виникнення психологічних проблем у діагностиці, терапії та реабілітації. Упродовж всього історичного шляху розвитку цивілізації простежується формування ідеалу гуманного особистісно-центрованого ставлення молодшого медичного спеціаліста до хворого. До різних аспектів цієї проблеми зверталися відомі лікарі та філософи минулого: Авіценна, Асклепід, Гален, Гіппократ, Сушруте. Питання специфіки взаємин молодшого медичного спеціаліста і пацієнта відображено у працях клініцистів С.П. Боткіна, О.А. Грандо, І.Я. Завілянського, О.Я. Іванюшкіна, Л.М. Лежепекової, Р.А. Лурія, Н.О. Магазаника, М.Я. Мудрова, О.М. Орлова, І. Харді, Б.А. Якубова. Специфіку взаємодії молодшого медичного спеціаліста й пацієнта розглядали дослідники в галузі психотерапії та психологічного консультування: З. Фрейд, Дж. Морено, К.Г. Юнг, К. Роджерс, А. Адлер, Е. Фромм, К. Хорні, А. Фрейд та ін.

Сьогодні значно зросли вимоги до підготовки медичних сестер, фельдшерів і акушерів: новий якісний рівень знань, висока кваліфікація, обізнаність у різних галузях медицини, нестандартність мислення, висока відповідальність – це те, чого чекають від сучасної сестри милосердя її пацієнти, і те, що хотіли б бачити у своїх помічниках лікарі. Фельдшер чи медсестра повинні бути прикладом високого професіоналізму, безкорисливого служіння покликанню, загостреного почуття відповідальності. Вони повинні самовіддано виконувати свій професійний обов'язок, проявляти майстерність, щире співчуття і піклування, а зцілення хворого є святим обов'язком і особливим покликанням.

У психології відповідальність розглядається як смисловий принцип спонукальної сфери особистості. У її психологічній структурі виділяють предмет відповідальності, інстанції відповідальності, мотиви відповідальності, відповідальні дії та вчинки, а також процес переосмислення здійснених чи не здійснених вчинків [7, с. 205].

На актуальності проблеми формування професійної відповідальності майбутнього молодшого спеціаліста наголошують вітчизняні психологи О.Ф. Бондаренко, Ж.П. Вірна, А.Б. Коваленко, С.Д. Максименко, Л.П. Овсянецька, Л.Е. Орбан-Лембрик, Н.І. Пов'якель, В.А. Семиченко, Л.Г. Терлецька, Н.В. Чепелева. Розв'язанню важливих питань професійної освіти сприяють теоретичні положення сучасних науковців (Г.О. Балл, І.Д. Бех, Л.М. Карамушка, В.В. Клименко, С.Д. Максименко, В.П. Москалець, І.Д. Пасічник, Н.А. Побірченко, В.В. Рибалка, М.В. Савчин, Т.М. Титаренко, Ю.М. Швалб, Т.С. Яценко та ін.

В результаті досліджень Н.В. Кузьміної, М.В. Савчина, С.О. Сисової, О.П. Федик отримано важливі дані про сутність професійної підготовки студентів у вищих навчальних закладах. Водночас існуючий стан виховної практики в навчальному закладі формує запит на оновлення її психологічних основ, тісно пов'язаних із загально-психологічним контекстом. А, як відомо, спеціальні методології викликають до життя відповідні психолого-педагогічні технології та психотехніки, у чому зацікавлене суспільство з плюралістичними ознаками в економіці, політиці, ідеології, культурі. Проте, як показує аналіз наукових джерел, на фоні досить активного наукового вивчення різних аспектів відповідальності особистості як такої загалом, а також основних розробок щодо її діагностики та розвитку малодослідженими залишаються проблеми розвитку відповідальності в осіб, які виконують свої професійні обов'язки в особливих умовах, зокрема молодших медичних спеціалістів.

Розглядаючи проблему формування відповідальності як професійно значущої якості молодшого медичного працівника, ми звернулися до методу моделювання.

В сучасній інтерпретації модель спеціаліста визначається як система ознак, що характеризує міру відповідності професійної діяльності рівневі розвитку конкретної професії та включає такі параметри: 1) вимоги до спеціаліста, визначені характером професійних завдань; 2) необхідні в професійній діяльності знання і вміння; 3) специфічні соціальні й психологічні якості особистості, що забезпечують ефективність професійної діяльності.

На думку О.А. Абдуліної [1], модель діяльності й особливості спеціаліста мають бути відображені у професіограмі: вона включає його основні функції, вимоги до спеціаліста, коло теоретичних знань, перелік педагогічних умінь і навичок, інтегративні професійно-особистісні якості. Вона моделює результат, який має бути досягнутий у процесі освіти у вищому навчальному закладі і самостійної практичної діяльності, а на основі професіограми розробляється кваліфікаційна характеристика як модель спеціаліста на рівні випускника вищого навчального закладу.

*Модель сестринської справи* орієнтована на людину, а не на хворобу. Ця модель повинна бути пристосована до потреб пацієнтів, їхніх сімей і суспільства, надавати медичним сестрам широкий вибір ролей і функцій для роботи не тільки з хворими та вмираючими пацієнтами, але й зі здоровим контингентом населення. Моделі сестринської допомоги відбивають існуючу дійсність, дають можливість порівнювати різноманітні концепції сестринської справи протягом тривалого часу.

На даний час у світовій практиці сестринської справи нараховується більше 30 концептуальних моделей сестринської допомоги. Вони містять такі основні положення: обстеження пацієнта, виявлення його проблем, встановлення сестринського діагнозу, планування сестринської допомоги, здійснення плану сестринських втручань і оцінки ефективності сестринського догляду. Найбільше розповсюдження одержали 6 моделей: еволюційно-адаптаційна (Канадська Асоціація сестер), модель поведінкової системи (Джонсон), адаптаційна модель (Рай), модель дефіциту самогляду (Роєм), вдосконалена оздоровча модель (Аллен), додатково-доповнювальна (Хендерсон).

*Еволюційно-адаптаційна модель* розглядає пацієнта як особистість, індивіда. Джерелом проблем пацієнта є дійсні або потенційні зміни в його житті, особливо в критичні періоди, що справляють негативний вплив на стан здоров'я. Пріоритетним завданням сестри є надання допомоги пацієнту в досягненні і підтримці оптимального рівня здоров'я в критичні періоди життя. Тут сестра виступає в ролі наставника-координатора. Предметом втручання медичної сестри є засоби адаптації пацієнта до навколишнього оточення під час змін, які відбуваються у його житті, які потребують зусилля, або змін для підтримки оптимального рівня здоров'я. Засоби втручання медсестри включають застосування різноманітних методів стимулювання пацієнта. Очікуваний результат – досягнення оптимального рівня здоров'я пацієнта в критичні періоди його життя.

*Наступна модель* розглядає пацієнта як *поведінкову систему*. Джерелом проблем пацієнта є функціональний і структурний стрес. Пріоритетна мета сестри в даній моделі – забезпечення рівноваги поведінкової системи і функціональної стабільності пацієнта. Медсестра виступає в ролі регулятора і контролера. Предметом втручання сестри є механізми контролю і регуляції, а також вимоги, які висуваються до пацієнта. Засоби втручання – це дії, які попереджують, захищають, стримують і розслабляють пацієнта в ситуаціях функціонального або структурного стресу. Очікуваний результат – адекватна поведінка пацієнта у відповідь на стресову ситуацію.

*Адаптаційна модель* розглядає пацієнта як людину, яка перебуває у постійній взаємодії з оточенням і пристосовується до нього за допомогою різноманітних засобів. Джерелом проблем пацієнта є дефіцит активності (пасивність) у результаті його захворювання. Пріоритетним завданням медичної сестри є навчання пацієнта адаптуватися до навколишнього оточення в період хвороби. Сестра виступає в ролі педагога-

організатора. Предметом втручання є використання найрізноманітніших засобів стимулювання пацієнта до навчання, що полегшує пристосування до навколишнього середовища. Засоби сестринського втручання й очікуваний результат – адаптація пацієнта в результаті доброго пристосування до умов, які змінюються.

*Модель дефіциту самодогляду* розглядає пацієнта як індивіда, який може здійснювати самообслуговування. Джерелом проблем пацієнта є дефіцит самообслуговування, нездатність піклуватися про себе. Пріоритетним завданням медсестри є створення умов для здійснення пацієнтом самодогляду для досягнення і підтримання оптимального рівня здоров'я. Сестра виступає в ролі вчителя і контролера. Предмет втручання – порушення виконання компонентів самодогляду. Засіб втручання – асистування. Очікуваний результат – досягнення оптимального рівня самообслуговування.

*Вдосконалена оздоровча модель Аллен* - розглядає пацієнта не як окремо взятого індивіда, а як людину, яка входить до складу сім'ї. Кожен пацієнт розглядається через "сімейний фільтр", визначається як вплив сім'ї на нього, так і його вплив на сім'ю. Проблема пацієнта розглядається як проблема всієї родини. Тому її першопричини вишукуються в цьому оточенні. Сестра виступає в ролі вчителя. Предметом втручання є сім'я пацієнта, на яку спрямована увага, зусилля і діяльність. Засіб втручання – навчання відбувається в сімейних умовах, де розв'язуються основні екзистенційні проблеми пацієнта. Очікуваний результат – сім'я в цілому повинна стати активним учасником і співпрацювати у процесі покращення здоров'я хворого члена сім'ї.

*Додатково-доповнювальна модель* розглядає пацієнта у нерозривній єдності з його потребами, які людина повинна задовольнити для повної гармонії в цивілізованому суспільстві. Ця модель рекомендована Європейським регіональним бюро ВООЗ для медичних сестер Європи (Вірджинія Хендерсон). Пріоритетним завданням сестри є надання допомоги пацієнту для гармонійного забезпечення всіх потреб. Сестра виступає в ролі наставника і вчителя. Предмет втручання – порушення однієї з потреб. Способи втручання і очікуваний результат – гармонійне задоволення потреб [6, с. 59-62].

Таким чином, сучасна професійна модель сестринської справи являє собою поєднання науки і практики, спрямованих на поліпшення стану здоров'я, турботу про іншого, відображає численні зміни в організації, концепції, структурі та завданнях сестринської справи. Медична сестра в ній виступає не простим виконавцем волі лікаря, як раніше, а партнером: збирає анамнез, визначає проблеми пацієнта і надалі постійно стежить за його поведінкою, повідомляє лікарю про всі зміни його стану, бере участь в обході пацієнтів лікарем. Вона може самостійно вести спостереження, лікування певних груп хворих (наприклад, у хоспісах, будинках або відділеннях медсестринського догляду, лікувальних установах для хронічних хворих та інших), а лікаря викликати лише для консультацій. Медична сестра діє як незалежно, так і в співпраці з ін-

шими фахівцями охорони здоров'я. Це вимагає від неї професійної відповідальності з чітко визначеним предметом, мотивами, інстанцією, відповідними діями, а також включення механізму постреалізації [8, с. 17].

Формування медсестринської моделі підготовки медсестер на нових засадах потребує сутнісного перегляду освітньо-кваліфікаційної характеристики випускника спеціальності "Сестринська справа" I та II рівнів підготовки з урахуванням переглянутих функціональних обов'язків та всіх можливих місць її майбутньої праці. Розроблена відповідно до нових професійних завдань освітньо-кваліфікаційна характеристика (модель) медичної сестри за рівнем молодшого спеціаліста, схвалена МОЗ і Міносвіти України (2000), об'єднує наступні вимоги: 1) самостійно здійснювати догляд за пацієнтом через медсестринський процес, який включає задоволення його потреб (гігієнічний комфорт та безпеку середовища, дихання, харчування, рух, спілкування) з урахуванням фази росту, розвитку (індивідуальності) в умовах стаціонару, поліклініки, вдома на всіх етапах діагностично-лікувального процесу; 2) здійснювати підготовку пацієнтів та всього необхідного для всіх видів обстежень; 3) асистувати при проведенні лікарських маніпуляцій; 4) виконувати призначення лікаря, пов'язані з лікуванням пацієнта; 5) надавати потерпілим першу (немедикаментозну) допомогу; 6) захищати права та інтереси пацієнта; 7) виконувати нові професійні функції, пов'язані зі здоров'ям пацієнта відповідно до медсестринського процесу; 8) консультувати та навчати пацієнта і соціально значущих для нього осіб з питань, пов'язаних з підтримкою та зміцненням здоров'я, надання само- та взаємодопомоги; 9) залучати пацієнта у процес планування та реалізації програм захисту його здоров'я.

Професійна підготовка тісно пов'язана з вихованням особистісних якостей медичної сестри, до яких ми відносимо: а) моральні – співчутливість, доброзичливість, самопожертва, чесність, терпеливість, ввічливість, уважність, лагідність, оптимізм, мужність, скромність, принциповість, почуття власної гідності; б) естетичні – акуратність, охайність, здатність створити комфорт для пацієнта; в) інтелектуальні – професійна ерудиція, спостережливість, намагання проникнути у суть явищ, здатність планувати догляд за пацієнтом, виходячи з логічного осмислення його проблем і потреб; спроможність науково обґрунтувати свої дії [10, с. 204-205].

Якщо в минулому освітньо-кваліфікаційні характеристики містили у собі формування лише вмінь та навичок, пов'язаних з виконанням окремих практичних маніпуляцій по догляду за хворими, то на даний час переглянуто всі види професійної діяльності медичної сестри, значно розширено предмет її відповідальності. Як результат, крім умінь та навичок суто з догляду та спостереження за хворими, надання невідкладної долікарської допомоги, які вимагалися раніше, у новій освітньо-кваліфікаційній характеристиці вперше сформульовані вмінні з пропаганди медико-гігієнічних знань та профілактики захворювань, форму-

вання здорового способу життя у населення, навчання та виховання свідомого ставлення до здоров'я, як це прийнято в інших країнах світу.

Глибокі знання і вміння в медицині – певна гарантія уникнути помилок, іноді непоправних. У роботі медичних працівників бувають помилки двох видів: суб'єктивні і об'єктивні. Помилки суб'єктивного характеру виникають внаслідок низького професійного рівня або безвідповідального ставлення до своїх обов'язків, бо кожне, навіть найменше порушення правил і розпоряджень, може спричинити трагічні наслідки. Медичні сестри, акушерки мають бути уважними до скарг хворих, не ігнорувати їх, наприклад, коли хворий просить покликати лікаря. Іноді недосвідчені медсестри сприймають скарги, як примхи, і не поспішають, не доводять до відома лікаря, що може бути причиною погіршення стану або навіть смерті внаслідок запізненого надання допомоги хворому. За такі помилки медичного працівника притягують до відповідальності.

Помилки, зумовлені об'єктивними причинами, не можна передбачити. Наприклад, це може бути в разі атипового перебігу хвороби, що природно призводить до неправильного встановлення діагнозу і, відповідно, неправильного лікування. Бувають випадки, коли медичний працівник не може передбачити реакцію організму людини на введення лікарських речовин, особливо якщо надає невідкладну допомогу або проводить екстрену операцію, чи не знає специфічних індивідуально-психологічних особливостей пацієнта.

До професійних порушень, передбачених Кримінальним кодексом України, належать: ненадання допомоги хворому особою медичного персоналу, халатність, незаконне лікування, порушення правил боротьби з епідеміями, виготовлення, збут отруйних, сильнодіючих і наркотичних речовин, незаконно зроблений аборт, службовий підлог, розголошення даних попереднього слідства або дізнання.

Кожен медичний працівник зобов'язаний надати першу невідкладну медичну допомогу, але обсяг її має визначатися в межах компетенції даного медичного працівника. Якщо він через недостатність спеціальних знань не може надати медичну допомогу, то має негайно викликати іншого медпрацівника або доставити хворого в лікувальний заклад. Тяжкі наслідки може спричинити неухважність до скарг хворого, визначення їх як несерйозних. Треба добре подумати перед тим, як сказати хворому: "Нічого страшного, скоро минеться".

*Дисциплінарна відповідальність* настає за скоєння дисциплінарного проступку: порушення правил внутрішнього розпорядку лікувального або навчального закладу, порушення трудової, виробничої навчальної дисципліни, недобросовісне виконання своїх обов'язків, невиконання інструкцій і наказів керівників охорони здоров'я чи керівника лікувального закладу. Дисциплінарні проступки ведуть до таких видів дисциплінарного стягнення, як зауваження, догана, сувора догана, переведення на нижче оплачувану роботу, звільнення з роботи. Ці види стягнень

застосовують не пізніше, ніж через місяць від дня, коли виявлено провину, і через шість місяців від дня скоєння її.

Медичний працівник може бути притягнений до *матеріальної відповідальності*, яка полягає у відшкодуванні збитку, заподіяного лікувальному закладу або хворому. Матеріальна відповідальність настає у випадках, передбачених законодавством, і може бути повною або частковою. За навмисні протизаконні дії медичні працівники притягуються до кримінальної відповідальності. За скоєний професійний злочин до медичних працівників у судовому порядку можуть бути застосовані такі міри покарання: позбавлення волі, штраф, виправні роботи.

У вітчизняній системі освіти мета навчання визначена вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики випускника спеціальності, що є основним державним нормативним документом для складання програм навчання та атестації якості підготовки фахівця. Науково обгрунтоване складання навчальних планів та програм вимагає системного підходу, який дозволив би представити в єдності цілі освіти, які будуть досягнуті в процесі вивчення окремих дисциплін та організації виховного процесу.

У структурі професійної моделі медичного працівника відповідальність виступає однією з найбільш значущих базових якостей, яка проявляється в його практичній діяльності в таких її аспектах, як: особистісний, що включає три складові – відповідальне ставлення до пацієнтів, до професійної діяльності, до себе; функціональний, що проявляється в різних напрямках діяльності соціального працівника, та предметний, який виступає підґрунтям для професійно-особистісного розвитку і саморозвитку соціального працівника та є показником його готовності до професійної діяльності. Високий рівень сформованості відповідальності як смислового принципу спонукальної сфери медичного фахівця є основою реалізації предмета відповідальності.

1. *Абдулина О.А.* Общепедагогическая подготовка учителя в системе высшего педагогического образования / О.А. Абдулина. – М. : Просвещение, 1990. – 141 с.
2. *Абульханова-Славская К.А.* О путях построения типологии личности / К.А. Абульханова-Славская // Психологический журнал. – 1983. – Т.1, № 1. – С.14-29.
3. *Бех І.Д.* Відповідальність особистості як мета виховання / І.Д. Бех // Початкова школа. – 1994. – № 9 – 10. – С. 4–8.
4. *Братко А.А.* Моделирование психики / А.А. Братко. – М.: Наука, 1969. – 176 с.
5. *Муздыбаев К.* Психология ответственности / Куанышбек Муздыбаев; [под ред. В.Е.Семенова]. – Л. : Наука, 1983. – 240 с.
6. *Пасечко Н.В.* Основи сестринської справи (курс лекцій). – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – С.59–62.
7. *Савчин М.В.* Психологія відповідальної поведінки: [монографія] / М.В. Савчин. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2008. – С. 205–207.
8. *Савчин М.В.* Мотиваційні джерела осмислення особистістю предмета відповідальності / М.В. Савчин // Сучасна психологія в цілісному вимірі : матеріали третіх Костюківських читань : у 2-х. т. – К., 1994 – С. 225–226.

9. Слостенин В.А. Теория и практика высшего педагогического образования / В.А. Слостенин. – М. : МГПИ им. Ленина, 1987. – 143 с.
10. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні: навч. посіб. / М.Б. Шегедин – Тернопіль : Укрмедкнига. 2003. – С.196-205

*The analysis of basic nursing care models: evolutionary and adaptive, behavioral model system, adaptive, self-care deficit model, improved health, extra-complementary. Substantiated that responsibility includes the social, legal, economic and personal aspects and is manifested in various aspects of professional activity. Professional liability is considered the most significant part of personal professional activities.*

**Key words:** "model" for nursing care, education and qualification characteristics of nurses, responsibility, professional responsibility.