

ятрогеній, які часто приховують від суспільства, а з іншого боку доступність будь-якої інформації в Інтернеті, поява великої кількості телевізійних медичних і околomedичних телепрограм призвели до збільшення негативних випадків самолікування, які призводять навіть до смерті.

До лікарських помилок можуть вдатися як молоді лікарі через відсутність досвіду, так і більш досвідчені – через переоцінку своїх знань і зниження рівня професійної кваліфікації. Багато лікарів у процесі лікарської діяльності зазнають професійної деформації, що сприяє зниженню емоційного співчуття хворому, втрату емпатії до нього, знехтування індивідуальними особливостями кожного пацієнта. Саме такий стан є стартом для появи проявів ятрогенії у професійної діяльності лікарів.

Висновки. Профілактику ятрогенних захворювань потрібно починати саме зі студентської лави. Навчати майбутніх лікарів засвоювати деонтологію, правові знання, методики психології та психопрофілактики, які б дозволили не допускати помилки в роботі і сформувати в собі головні знання для майбутньої професійної діяльності. Та головне потрібно пам'ятати, що лікарями не народжуються – ними стають.

КОМУНІКАТИВНІ БАР'ЄРИ У СПІЛКУВАННІ РЕАБІЛІТОЛОГА І ПАЦІЄНТА ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Болдирєв О.В.

Науковий керівник: к.філол.н., ст. викл. Вещикова О.С.

Кафедра культурології та українознавства

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження – з'ясувати основні бар'єри і труднощі у спілкуванні лікаря-реабілітолога і пацієнта, а також розглянути деякі тактики переконання.

Вважається, що Гіппократу належить такий вислів: «Якщо є кілька лікарів, із яких один лікує травами, другий – ножом, а третій – словом, найперше звернеться до того, хто лікує словом». За допомогою комунікації можливо рятувати людей, уникнути або вирішити непорозуміння, конфлікти тощо.

У процесі комунікації при передачі інформації можуть виникати різні перешкоди, що може вплинути на сприйняття інформації лікарем або пацієнтом. До таких бар'єрів зараховуємо різні рівні пізнавальної сфери у людей, які спілкуються між собою; відсутність емпатії; відсутність умов для самореалізації в однієї зі сторін спілкування; несумісність характерів; екстремальні ситуації, які порушують звичний процес взаємодії; бар'єр відрази (гидливість); порушення міжособистісної дистанції; маніпулювання в процесі спілкування однієї зі сторін. Щоб подолати ці бар'єри, лікар-реабілітолог повинен володіти комунікативною компетентністю. За Н. Б. Галіяш, комунікативна компетентність лікаря – це заснована на комунікативних здібностях, уміннях і знаннях, інтелектуально й мотиваційно обумовлена соціально-професійна характеристика, що дозволяє лікареві самостійно й відповідально реалізовувати ефективні й адекватні комунікативні дії в конкретних ситуаціях міжособистісної взаємодії.

Виокремлюють такі складники комунікативної компетентності лікаря: орієнтованість у різноманітних ситуаціях спілкування; спроможність ефективно взаємодіяти з оточенням завдяки розумінню себе й інших; адекватна орієнтація людини в самій собі, у ситуації; готовність і уміння будувати контакт з пацієнтами; внутрішні засоби регуляції комунікативних дій; знання, уміння і навички конструктивного спілкування.

Подолати бар'єри у спілкуванні допоможуть тактики переконання, до яких, зокрема, належать метод вибору, метод сократівського діалогу (метод семи «так»), метод авторитету, метод виклику, метод дефіциту, метод проєкції очікування тощо.

ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ В МЕДИЦИНІ

Бугайова К.П. Перепечка Т.С.

Науковий керівник: к.філос.н., доц. Спиця Н.В.

Кафедра суспільних дисциплін

Запорізький державний медичний університет

На сьогодні, в Інтернеті активно поширюється цитата, яка описує ситуацію багатьох жінок, медичних працівників за освітою: «На моїй співбесіді для проходження ординатури в престижній університетській лікарні Середнього Заходу голова запитав мене, чи були мої низькі оцінки результатом «гонитви за хлопцями». Світ змінюється, приходиться час обговорити проблему