

20. Takebayashi T., Akiba S., Kikuchi Y. et al. Mobile phone use and acoustic neuroma risk in Japan // Occup. Environ. Med. — 2006. — № 63. — P. 802–807.

РЕЗЮМЕ

А. В. Бабалян

Влияние излучения мобильного телефона на риск развития опухолей мозга

Статья представляет собой обзор эпидемиологических исследований по влиянию излучения мобильного телефона на риск возникновения опухолей мозга. Для работы были отобраны наиболее значимые и крупные исследования зарубежных авторов. Проведено обобщение и анализ имеющихся противоречивых данных о воздействии мобильного телефона на риск возникновения опухолей мозга.

Ключевые слова: опухоли мозга, мобильный телефон, излучение, риск.

SUMMARY

A. V. Babalyan

Radiation effect from a mobile phone on brain tumor growth

This article reviews epidemiological studies aimed at establishing of association between mobile phone radiation and risk of brain tumors. Only the most relevant and fundamental studies of foreign authors were selected. Both positive and negative results were analyzed to give a straight answer, if mobile phone radiation increases the risk of brain tumors.

Key words: brain tumors, mobile phone, risk, radiation.

© Ю. А. Макаров, 2015 г.
УДК 614.23/.25:316.342

Ю. А. Макаров

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ И ЛИЧНОСТНАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Кафедра общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

Толерантность — это отношение к окружающим и самому себе, когда присутствует, как минимум, терпимое поведение в отношении всего непохожего, непонятного, неприятного, а также внутренняя убежденность в необходимости такого терпимого поведения. В последнем случае речь идет о мировоззренческой позиции. При этом, как и любая другая личностная характеристика, толерантность имеет полюсное строение: «максимально выраженная толерантность — минимально присутствующая толерантность». Крайние позиции, т. е. случаи, когда толерантности слишком много или слишком мало, обозначаются термином «интолерантность». Под толерантностью мы понимаем толерантность именно оптимальную. Другими словами, толерантность может быть только оптимальной или не быть толерантностью как таковой.

Оптимальная толерантность — это определенные границы *принятия* чужого, иного (как с точки зрения понимания необходимости мирного сосуществования и собственного развития только за счет появления нового, так и с позиций необходимости сохранения собственных взглядов, установок, укоренившихся в поведении субъекта с действующим эмоциональным запретом, табу на раз-

рушение имеющихся представлений о мире, о себе, разрушения собственной личности) при возможности *понимания* другого (чужого, иного). Понять — не значит принять, тем более принять абсолютно. Понимание, т. е. рациональный анализ на основе имеющейся информации об объекте, дает возможность для разумного, спокойного анализа чужого. Как следствие — асертивное поведение («живи сам, и жить давай другим»). Оптимальная толерантность обеспечивает относительно бесконфликтную интеграцию разных членов общества в группы, обеспечивает развитие человека и общества через принятие нового. А с другой стороны, предполагает сохранение единства группы, общества, человеческой личности.

Рассмотрим источники толерантности. С биологической точки зрения, терпимое поведение в большей или меньшей степени запрограммировано в развитии любого стайного животного. Терпимое поведение обеспечивает биосоциальное развитие индивида, являясь элементом выживания и конкурентоспособности биологического вида.

В социуме мы можем наблюдать возникновение толерантного поведения вследствие разных причин. Во-первых, толерантное поведение может быть следствием страха разного генеза (страха неприятных последствий, наказания со стороны другого человека, администрации-начальства, общества и т. д.) [11]. В результате какого-то страха мы можем и не замечать, что наше поведение стало «толерантным», а дальше проявление терпимости в определенных условиях становится просто привычным, закрепляясь на поведенческом уровне. К примеру, профессиональные требования сначала достаточно обременительны. Администрация сурово наказывает за несоблюдение правил. А через некоторое время человек, осваивая профессию, относительно устойчиво и без серьезных «самоистязаний» начинает проявлять толерантное поведение. Правда, если толе-

рантность не проникла на уровень внутренней убежденности, личностной позиции, эта устойчивость наблюдается только в рамках конкретной деятельности (например, профессиональной).

Толерантность может быть следствием влияния искусства и культуры, когда происходит индокризация, внедрение идеи терпимого отношения в сознание человека, по большей части на эмоциональном уровне [4]. И еще один источник толерантности — общее «развитие личности» на основе индивидуально-психологических характеристик-предпосылок (речь идет об осознанном использовании идеи толерантности в «системе стиля жизни», относительно независимом от общества понимании содержания оптимальной толерантности и стабильном проявлении толерантности в поведении человека).

Откуда берется интолерантное поведение? Конечно, интолерантность может быть проявлением неких негативных идеологических воздействий и сформированных под их влиянием мысленных и поведенческих установок [3]. Например, попытки дестабилизации политической обстановки в стране (причем, как это следует из понимания интолерантности, к такому эффекту приведет как катастрофический недостаток толерантности, так и ее избыток).

Другой источник — индивидуально-психологические характеристики самого субъекта, человека: агрессия, высокая тревожность, рабская зависимость и отсутствие своего мнения, злоба, отсутствие навыков социального взаимодействия, эмоциональной саморегуляции и пр. Все то, что, собственно, и делает нас стабильно нетерпимыми не только к другим людям, но и ко всему происходящему вокруг. Интолерантное поведение и интолерантные установки могут возникать ситуативно и характеризовать отношение человека только к определенной группе людей, к определенному мнению, к определенной характеристике. Социально-психологические механизмы этого явления известны и давно описаны. На таком понимании источников толерантного и интолерантного поведения и строится сегодня вся коррекция нежелательных проявлений этого явления. Самый простой способ — знакомство с санкциями за нарушения принятого в конкретном месте поведенческого кодекса. Далее собственно психологические методы — обучение навыкам эмоциональной саморегуляции, от психофизиологических методик до попыток изменить самоотношение и отношение к окружающим через перестройку ценностной сферы.

Рассмотрим теперь профессиональную толерантность. *Профессиональная толерантность* — это оптимальный, т. е. востребованный в определенной сфере деятельности уровень терпимого поведения. Безотносительная толерантность, т. е. не связанная с каким-либо объектом, часто представляется до-

вольно абстрактным, а то и вредным явлением. Именно безотносительной толерантности и посвящены, по сути, все современные критические статьи и высказывания людей по поводу данного феномена (от личностных деформаций до развала государств и этносов).

Терпимость — она всегда по отношению к чему-то и при каких-то условиях. Если не учитывать это обстоятельство, то исследовать эмпирически данный феномен практически невозможно. Потому мы сосредоточились на проблеме профессиональной толерантности. Так, ранее в серии статей и монографий мы провели анализ профессиональной толерантности педагога [6, 8–10]. Здесь толерантность — одно из базовых требований к профессиональной деятельности. При этом, если в других профессиональных сферах вполне достаточной признается толерантность ситуативная (вызванная, к примеру, страхом наказания или отработанными до автоматизма поведенческими навыками), то в педагогической работе как цель и наивысшая ценность декларируется толерантность личностная, системная, спроецированная на все сферы деятельности человека.

Толерантность в медицинской практике также имеет особенное значение.

Активно противостоять влиянию стрессогенной среды при общении с больными, при принятии ответственных решений, часто связанных с жизнью другого человека, возможно лишь при наличии эмоциональной стабильности и терпимости. Максимальный эффект тут также достигается лишь в присутствии толерантности как интегральной характеристики.

Откуда берется личностная толерантность? Личностное развитие подчиняется определенным закономерностям и не является результатом простого научения правильному поведению. К примеру, диалогические установки в общении прочно закрепляются в сознании и поведении человека и становятся личностно значимыми только в том случае, если человек «пережил» (в когнитивном, аффективном и поведенческом плане) разные монологические стили взаимодействия, «примерил» их на себя [2, 6, 9]. Тренинг толерантности с акцентом на отработке эмоционального восприятия разных форм взаимодействия приводит к статистически достоверному, стойкому востребованному изменению в структуре личностных установок субъекта.

Как показывают наши исследования, при формировании устойчивых, личностно значимых установок субъекта следует учитывать определенные последовательности в знакомстве и «примеривании» монологических и интолерантных стратегий взаимодействия [6, 9].

Постараемся ответить на вопрос, как связаны толерантность и профессионализм. На основе про-

веденных исследований мы пришли к выводу о том, что оптимальный уровень толерантности положительно коррелирует со средним и высоким уровнем профессионального мастерства.

Другой наш вывод тесно связан с представлением о происхождении оптимально толерантного поведения. В данном случае выборка состояла из медицинских работников с высшим образованием, в профессиональной деятельности которых толерантность — также далеко не пустой звук. Существует четкое различие между следующими типами профессионалов:

— медицинские работники с низким уровнем профессионализма — для них характерна интолерантность от низкой до максимально выраженной — «мазохистской», причины толерантного поведения определяются страхом, негативными эмоциями;

— медицинские работники со средним уровнем профессионализма — в этой группе также доминирует интолерантное поведение, однако есть и оптимально толерантное — оно касается, в подавляющем большинстве случаев, только какой-то одной сферы профессиональной деятельности (общение с коллегами, администрацией). Толерантное поведение в этой группе объясняется либо страхом в ответ на обвинения в непрофессионализме (следствие — жесткая авторитарность, проявления негативных эмоций и т. п.), либо тем, что в определенных условиях «так принято себя вести», «строго следуя правилам», «меня так научили — если я врач, то должна благожелательно и терпеливо относиться к пациенту» и т. д.;

— медицинские работники с высоким уровнем профессионализма. Тут две подгруппы — у части врачей оптимально толерантное поведение не имеет тотального характера, однако присутствует в большинстве сфер профессиональной деятельности и объясняется устоявшимися поведенческими установками: «Да по другому-то и не получается/не получится»; «Так сложилось постепенно». У другой, сравнительно малочисленной, группы оптимально толерантное поведение обусловлено не страхом или устоявшимися поведенческими паттернами, а прежде всего личностными убеждениями, подкрепляемыми рациональными выводами и эмоциональной убежденностью в необходимости соблюдать правила взаимодействия с окружающими на основе оптимально толерантных отношений.

Мы не обнаружили устойчивой оптимальной толерантности у самых молодых врачей со стажем работы в 1 — 2 года (использована авторская методика диагностики уровня оптимальной толерантности [1, 7, 8]). У всех остальных оптимальная толерантность практически уже не зависит от стажа работы или возраста. Еще одна особенность — врачи с личностной убежденностью в необходимости толерантности, стремящиеся анализировать границы толерантного поведения, всегда выражают со-

мнение в собственной толерантности. У интолерантных субъектов сомнений в собственной толерантности практически нет.

Как преодолеть нестойкость эффекта профессионально терпимого и оптимально толерантного поведения? Во-первых, коррекция знаний о толерантности, навыки саморегуляции, отработка поведенческих алгоритмов должны дополняться личностным, ценностным компонентом, формированием убеждения в необходимости оптимальной толерантности, умением анализировать свое поведение. Тут необходим опыт рефлексии, знание разных моделей поведения. Нужно не только обучать терпимому и толерантному поведению, но и знакомить с образцами поведения интолерантного (оно, кстати сказать, намного разнообразнее). Неприятие этой идеи, отсутствие навыков и методической возможности у педагогов, преподавателей, психологов не позволяют реализовать эту задачу в массовом обучении. Наши исследования дают возможность утверждать, что только такой подход дает максимально выраженный эффект в овладении навыками толерантного взаимодействия [9]. Любое личностное качество, личностная характеристика профессионала складывается вследствие субъективно протекающего процесса. Знакомство с различными вариантами (стратегиями) отношения к окружающей действительности и к самому себе становится началом развития личности, в том числе и в профессиональной сфере.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галицкий А. С., Макаров Ю. А. Структура профессиональной педагогической толерантности: метасистемный подход // *Ананьевские чтения — 2010: Современные прикладные направления и проблемы психологии: Материалы науч. конф.*, 19–21 окт. 2010 г. Ч. 2 / отв. ред. Л. А. Цветкова. — СПб.: Санкт-Петербург. ун-т, 2010. — С. 120–122.
2. Ефимова Д. В., Макаров Ю. А. Национальное самосознание и межэтническая толерантность: монография. — Пенза: ПГПУ, 2004.
3. Зимичев А. М. Психология политической борьбы. — СПб.: Санта, 1993. — 160 с.
4. Клепцова Е. Ю. Психология и педагогика толерантности: учеб. пособие для слушателей системы доп. проф. педагог. образования. — М.: Академ. проспект, 2004. — 176 с.
5. Макаров Ю. А. Внешние и внутренние источники толерантности // *Вестник Санкт-Петербург. ун-та. Сер. 12: Психология. Вып. 4.* — СПб.: Санкт-Петербург. ун-т, 2011. — С. 117–129.
6. Макаров Ю. А. Особенности проявления коммуникативной направленности у педагогов и обучаемых во взаимодействии: дис. ... канд. психол. наук. — Самара, 1998. — 228 с.
7. Макаров Ю. А. Личность педагога и метод диагностики педагогической толерантности // *Ананьевские чтения — 2010: Современные прикладные направления и проблемы психологии: Материалы науч. конф.*, 19–21 окт. 2010 г. Ч. 2 / отв. ред. Л. А. Цветкова. — СПб.: Санкт-Петербург. ун-т, 2010. — С. 263–265.
8. Макаров Ю. А. Личность педагога и метод диагностики толерантности в профессиональной педагогической

среде // Альманах современной науки и образования. — Тамбов: Грамота, 2011. — № 5 (48). — С. 108 — 111.

9. Макаров Ю. А. Магнетическая личность: монография. — Москва: Lennex Corp, 2013. — 99 с.

10. Макаров Ю. А. Толерантность профессиональная и личностная // The culture of tolerance in the context of globalization: methodology of research, reality and prospect: Materials of the international scientific — conference on 13 — 14 May 2014. — Prague: Vedecko vydavatelske centrum «Sociosfera-CZ», 2014. — P. 127 — 132.

11. Шебураков И. Б. Формирование толерантности государственного служащего к негативным психологическим воздействиям профессиональной среды: дис. ... канд. психол. наук. — М., 2002. — 184 с.

РЕЗЮМЕ

Ю. А. Макаров

Профессиональная и личностная толерантность на примере медицинских работников

Рассказывается о понятии профессиональной толерантности, о том, как ее сформировать и какие для этого необходимы условия.

Ключевые слова: толерантность, оптимальная толерантность, профессиональная толерантность, условия формирования оптимальной толерантности в профессиональной деятельности.

SUMMARY

Yu. A. Makarov

Professional and personality tolerance exemplified by medical workers

The article in question runs about the concept of professional tolerance, how to generate it, and under which conditions.

Key words: tolerance, optimal tolerance, professional tolerance, optimal conditions for the formation of tolerance in professional activities.

© Коллектив авторов, 2015 г.
УДК 616-036.22:687.016

**А. О. Карелин Н. А. Мозжухина,
Г. Б. Еремин, И. В. Май, А. Ю. Ломтев,
А. В. Киселев**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ САНИ- ТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕ- СКОГО КОНТРОЛЯ И НАДЗОРА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург; Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Пермь

ВВЕДЕНИЕ

Практика различных стран показывает, что введение риск-ориентированной модели при осуществлении контрольно-надзорной деятельности позволяет существенно дифференцировать подход к проведению контрольных мероприятий, концентрируя усилия надзорных органов на объектах, представляющих реальную угрозу для здоровья граждан, и снижая при этом административные барьеры для социально-ответственного бизнеса. ВОЗ отмечает, что «охрана здоровья людей начинается с оценки факторов риска для здоровья». В соответствии с нормативной базой Всемирной торговой организации, ее члены должны обеспечивать реализацию санитарных мер путем оценки

рисков для жизни и/или здоровья людей [15 — 18]. На уровне Европейского Союза принято значительное количество актов, устанавливающих необходимость риск-ориентированных подходов в сфере безопасности труда, безопасности продуктов, контроля выбросов промышленными предприятиями. Регламент Европейского парламента и Совета по вопросу об официальном контроле, проводимого с целью проверки соответствия кормовому и пищевому законодательству, устанавливает необходимость подготовки долгосрочных планов контроля, определяющих приоритеты и критерии классификации риска, а также наиболее эффективные контрольные процедуры [11]. Директива Европейского парламента и Совета о действиях в сфере водной политики устанавливает требование оценки риска загрязнения воды подконтрольными субъектами [1]. Эта модель реализуется практически во всех развитых экономиках. Интересен опыт государств — членов ЕврАзЭС в построении риск-ориентированных моделей оценок [2, 4, 5]. Например, в Республике Казахстан кратность контроля зависит от степени риска объекта и осуществляется с учетом значимости субъекта с точки зрения тяжести последствий, отраслевой статистики нарушения требований [3]. В законе о государственном контроле и надзоре в Республике Казахстан введены понятия «риск», «оценки риска», «системы оценки рисков». В Республике Беларусь не вводились такие понятия, однако в Указе Президента Республики Беларусь о совершенствовании контрольно-надзорной деятельности выделены группы рисков объектов (высокая, средняя, низкая) [12].

Цель исследования — анализ возможности применения системы оценки рисков для здоровья при