

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Организация работы главных медицинских сестер  
санаторно – курортных организаций**

учебное пособие по специальности 1-79-01-06

«Сестринское дело» и по специальности

1-86-01-01 «Социальная работа»

Допущено

Министерством образования Республики Беларусь в качестве  
учебного пособия

для слушателей системы дополнительного образования взрослых по  
специальностям «Сестринское дело», «Социальная работа».

Минск БелМАПО  
2017

УДК 614.2: 615.838.97 (075.9)

ББК 51.1 (2) 2 я73

О 75

Рекомендовано в качестве учебного пособия

НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования

протокол № 7 от 12.07. 2017

#### **Авторы:**

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения  
БелМАПО *Матвейчик Т.В.*

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и  
здравоохранения ГрГМУ *Тищенко Е.М.*

заведующий филиалом «Реабилитационный центр Зеленый бор» ГУ  
«Республиканская больница спелеолечения» *Делендик Р.И.*

ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГрГМУ  
*Трусъ Е.И.*

#### **Рецензенты:**

ученый секретарь государственного учреждения «РНПЦ медицинской  
экспертизы и реабилитации» к.м.н., доцент *Э.Э. Вальчук*

кафедра социально-трудовых отношений государственного учреждения  
образования «Республиканский институт повышения квалификации и  
переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты  
Республики Беларусь»

О 75

**Организация** работы главных медицинских сестер санаторно  
– курортных организаций: учебное пособие /Т.В. Матвейчик,  
Е.М. Тищенко, Р.И. Делендик, Е.И. Трусъ. – Минск:  
БелМАПО, 2017. – 338 с., 19 прил., 7 рис., 6 табл., 2 сх.

ISBN 978-985-584-147-1

Учебное пособие предназначено для слушателей системы  
дополнительного образования взрослых по специальности 1-79-01-06  
«Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная  
работа».

УДК 614.2: 615.838.97 (075.9)

ББК 51.1 (2) 2 я73

**ISBN 978-985-584-147-1**

© Матвейчик Т.В., [и др.], 2017

© Оформление БелМАПО, 2017

## Оглавление

Сокращения .....	5
Введение.....	7
Глоссарий по санаторно-курортному лечению.....	9
Раздел I. Организация санаторно-курортного лечения и оздоровления населения в Республике Беларусь.....	12
Глава 1. Современные аспекты санаторно-курортного лечения (Т.В. Матвейчик, Р.И. Делендик).....	12
Глава 2. Организация работы главной (старшей) медицинской сестры и роль в СКО (Т.В. Матвейчик, Р.И. Делендик, Е.И. Трусъ) .....	22
Глава 3. Особенности работы старшей медицинской сестры в условиях детского санатория (Т.В. Матвейчик, Р.И. Делендик) ....	77
Глава 4. Организация питания и лекарственного обеспечения в СКО. Задачи и требования санитарно-эпидемиологического режима (Т.В. Матвейчик, Е.И. Трусъ) .....	104
Раздел II. Основы медицинской реабилитации .....	122
Глава 5. Медицинская реабилитация. Понятие, аспекты, методы (Т.В. Матвейчик, Р.И. Делендик) .....	122
Глава 6. Роль и место медицинской сестры в системе оказания реабилитационной и профилактической помощи (Т.В. Матвейчик) .....	151
Раздел III. Командный подход в деятельности медицинских работников санаторно-курортных организаций .....	167
Глава 7. Понятие команды работников здравоохранения. Содержание деятельности (Т.В. Матвейчик).....	167
Глава 8. Культура в санаторно-курортных организациях (Е.М. Тищенко).....	185

Глава 9. Модели организационной культуры в санаторно-курортных организациях и возможные конфликты в них (Т.В. Матвейчик) .....	197
Глава 10. Практикум по решению производственных ситуаций в деятельности медицинских работников (Т.В. Матвейчик) .....	211
Заключение .....	257
Приложения .....	261
Литература .....	322

## Сокращения

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

АИС – автоматизированная информационная система

АРМ – автоматизированное рабочее место

БА – бронхиальная астма

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВН – временная нетрудоспособность

ДО – дистанционное обучение

ЕКСД – единый квалификационный справочник специалистов и должностей

ЕРБ ВОЗ – Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения

ИСОМП - инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи

КРЗ – команда работников здравоохранения

ЛФК – лечебная физическая культура

МП - медицинская помощь

МР – медицинская реабилитация

МС – медицинская сестра

МО – медицинская организация

ОЗ - организация здравоохранения

ООИ – особо опасные инфекции

ПАВ – психоактивные вещества

Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

ПМП – первичная медицинская помощь

ПК – повышение квалификации

РБС – республиканская больница спелеолечения

РП – реабилитационный потенциал

РПр – реабилитационный прогноз

СИ – средства измерения

СКО – санаторно-курортные организации

СКЛ – санаторно-курортное лечение

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

ФЗОЖ – формирование здорового образа жизни

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

## **Введение**

В Концепции развития санаторно-курортного лечения и оздоровления населения Республики Беларусь, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 04.11.2006 г. №1478, одной из задач является координация деятельности не только санаторно-курортных организаций разной ведомственной подчиненности, находящаяся в компетенции министерств и ведомств, но и внутри самих учреждений. Все вместе это обеспечивает работа команды специалистов под руководством главного врача и его основного помощника – главной (старшей) медицинской сестры. Существенным фактором успешности коллектива является правильное отношение руководителя к сотрудникам. Как считал А.Г. Шрубенко: «Главное – ценить людей, не терять веры, не изменять убеждениям и вносить максимальный вклад в развитие, воспринимать себя в ней и ее в себе, избегать кризиса действий».

Настоящее учебное пособие «Организация работы главных медицинских сестер санаторно – курортных организаций» посвящено разделам работы современного сестринского руководителя с целью обеспечения актуального организационно-методического сопровождения деятельности. «Быть внимательным к мыслям больного человека – искусство нелегкое, ему нельзя научиться, если не упражняться с ранних лет», - считал Н.И. Пирогов.

Актуальность избранной темы учебного пособия согласуется с Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг., Концепцией развития санаторно-курортного лечения и оздоровления населения Республики Беларусь, Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31.12.2010 г. № 1922 «Об утверждении Государственной программы по преодолению последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС на 2011 - 2015 годы и на период до 2020 года», потребностями практического здравоохранения.

В отдельных разделах пособия отражены компоненты опережающего образования, ориентированного на практику и

решение проблем, элементы симуляционного обучения для тренировки опыта принятия управленческих решений как составляющих для выполнения многообразных задач повышения качества медицинской помощи на рабочем месте медицинской сестры. Цицерон писал: «Недостаточно обладать мудростью, надо уметь пользоваться ею», что подтверждает необходимость создания учебного пособия с целью закрепления знаний по организации деятельности медицинских работников в команде. Это соответствует одному из направлений совершенствования санаторно-курортной и оздоровительной помощи в нашей стране, состоящему в улучшении качества жизни и здоровья подрастающего поколения и всего народа.

Авторский коллектив выражает признательность за идеи и помощь в подготовке данной работы:

Аверченко И.Ф. – Генеральному директору ОАО «Белагроздравница»;

Болбатовскому Г.Н. – директору Республиканского центра по оздоровлению и санаторно-курортному лечению населения;

Вальчуку Э.А. – д.м.н., профессору кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

Кострица С.А. – директору РУП «Детский реабилитационно-оздоровительный центр «Ждановичи»;

Левченко П.А. – главному врачу ГУ «Республиканская больница спелеолечения».

## Глоссарий по санаторно-курортному лечению

- **Курорт** – освоенная и используемая в лечебных, профилактических и оздоровительных целях природная территория, подлежащая специальной охране, располагающая природными лечебными ресурсами, необходимыми для их эксплуатации зданиями и сооружениями, включая объекты инфраструктуры, и соответствующая экологическим и санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам;
- **лечебно-оздоровительная местность** – территория, обладающая природными лечебными ресурсами, пригодная для организации санаторно-курортного лечения (СКЛ), а также для оздоровления и отдыха населения;
- **природные лечебные ресурсы** – природные лечебные факторы, используемые в лечебных и профилактических целях, к которым относятся лечебные грязи, минеральные воды, спелеолечение и благоприятные свойства климата;
- **санаторно-курортная помощь** – система организационных, медицинских, социально-экономических мероприятий, направленных на удовлетворение научно обоснованной потребности граждан в СКЛ и оздоровлении;
- **санаторно-курортное лечение** – вид медицинской помощи, проводимой в санаторно-курортных организациях (СКО), основанный на применении преимущественно природных лечебных факторов;
- **санаторно-курортные услуги** – услуги по оказанию санаторно-курортной помощи, проживанию, питанию, проведению досуга и другие сервисные услуги, предоставляемые в СКО;
- **оздоровление** – комплекс мероприятий, направленных на повышение устойчивости к физическим, биологическим, психологическим, социальным факторам окружающей среды в целях укрепления здоровья граждан;
- **путевка** – документ, удостоверяющий право граждан на получение комплекса услуг в СКО;

- **санаторно-курортные организации** – организации, предоставляющие санаторно-курортные услуги и расположенные на курортах или в лечебно-оздоровительных местностях: санаторий (для взрослых, взрослых и детей, детей); студенческий санаторий-профилакторий; детский реабилитационно - оздоровительный центр;

- **санаторий** — лечебно-профилактическое учреждение для лечения пациентов преимущественно природными средствами (климат, минеральные воды, лечебные грязи и др.) в сочетании с диетотерапией, лечебной физкультурой и физиотерапией при соблюдении определенного режима лечения и отдыха. Санатории организуются на курортах и вне их территории, в местностях с благоприятными климатическими, ландшафтными и санитарно-гигиеническими условиями.

- **детский реабилитационно - оздоровительный центр** – СКО для детей, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС и других техногенных катастроф, в которой предоставляются санаторно-курортные услуги одновременно с организацией учебно-воспитательного процесса;

- **оздоровительные организации** (профилакторий, оздоровительный центр или комплекс, оздоровительный лагерь, дом или база отдыха, пансионат) - это учреждения для взрослых, детей, взрослых и детей, в которых осуществляется оздоровление;

- **профилакторий** – оздоровительная организация для проведения оздоровления работающих людей (обучающихся) без отрыва от производственной деятельности (учебы);

- **оздоровительный центр (комплекс)** – оздоровительная организация для взрослых, детей, взрослых и детей круглогодичного функционирования, расположенная на курорте или в лечебно-оздоровительной местности;

- **оздоровительный лагерь** – оздоровительная организация (учреждение внешкольного воспитания и обучения) для детей с обеспечением учебно-воспитательного процесса круглогодичного или сезонного функционирования с дневным или круглосуточным пребыванием. Оздоровление детей в период каникул организуется в оздоровительных лагерях дневного и круглосуточного пребывания, различных профилей – экологического, туристического,

краеведческого, спортивного и др., функционирующих на стационарной или арендованной базе, с использованием палаток;

- **дом (база) отдыха** – оздоровительная организация с регламентированным режимом пребывания отдыхающих;

- **пансионат** – оздоровительная организация с нерегламентированным режимом пребывания отдыхающих.

## **Раздел I. Организация санаторно-курортного лечения населения в Республике Беларусь**

### **Глава 1. Современные аспекты санаторно-курортного лечения**

Необходимым условием социально-экономического развития государства является соответствие ресурсов здравоохранения потребностям общества в медицинской помощи (МП), в том числе СКЛ и оздоровлении. В Республике Беларусь существует государственная система охраны здоровья народа, позволяющая целенаправленно предупреждать и лечить заболевания на ранних стадиях, вести диспансерное наблюдение за пациентами, проводить их реабилитацию. Важное место в этой системе занимает СКЛ, которое должно обеспечивать успешность МП, лечения, реабилитации и вторичной профилактики, а также содействовать укреплению здоровья нации.

#### **Основные принципы санаторно-курортного лечения**

Возможность укрепить уровень здоровья и подкорректировать имеющиеся болезненно измененные функции в санатории даёт людям неоспоримые преимущества в профилактике и лечении многих заболеваний. В медицинской реабилитации (МР) пациентов после тяжёлых заболеваний санаторно-курортная составляющая особенно важна. При выборе курорта учитывается возможность оптимального сочетания природных лечебно - климатических факторов, наиболее эффективных для конкретной патологии. Основой рационального отдыха и лечения в санатории или на курорте является научно обоснованный режим с разнообразным варьированием физиотерапевтических процедур и лечебной физической культуры (ЛФК). Комплексное применение природных физических факторов, строго дифференцированный подход к пациентам благоприятно влияет на течение патологического процесса, сокращает сроки восстановительного лечения на курорте, как и создание оптимальных условий для отдыха, исключающие в период пребывания на лечении (оздоровлении) конфликтные, психотравмирующие ситуации (гл. 4,5,8,9). Общемедицинские принципы СКЛ преемственно сохраняются на протяжении разных исторических периодов существования нашего государства в виде индивидуального подхода к каждому пациенту, реабилитационной направленности лечения, комплексности оказания МП или профилактики, оздоровления, соблюдения этапов и преемственности, единства стандартов качества в СКО вне ведомственной подчиненности и форм собственности.

Организация СКЛ в Республике Беларусь в настоящее время базируется на следующих принципах:

- профилактической направленности лечения пациентов;
- преемственности в обследовании и лечении пациентов, между медицинскими организациями (МО) и СКО;
- на строгом соответствии контингента больных людей медицинскому профилю санатория, обеспечивающего наибольшую вероятность стойкого терапевтического эффекта по сравнению с другими методами;
- социальной гарантии государства по доступности необходимого вида помощи пациентам;
- на индивидуальном подходе к каждому пациенту, приближении к месту его постоянного жительства и комплексном использовании методов СКЛ.

Важнейшими направлениями в организации санаторно-курортной помощи являются обеспечение СКЛ детей, инвалидов и пациентов, пострадавших от чрезвычайных ситуаций, техногенных катастроф, стихийных бедствий, военных конфликтов, а также людей трудоспособного возраста с основными заболеваниями, приводящими к инвалидности.

Продолжительность СКЛ, обеспечивающая его эффективность, устанавливается для пациента в зависимости от характера патологического процесса, типа и профиля СКО, климатической зоны ее расположения, наличия природных лечебных факторов, материально-технической базы вне зависимости от ведомственной подчиненности.

### **Структура и преемственность предоставления СКЛ**

Вопросами организации, финансирования, планирования оздоровления и СКЛ занимается Республиканский центр по оздоровлению и СКЛ населения, подчиненный Совету Министров Республики Беларусь, а взаимодействие в работе министерств, местных исполнительных и распорядительных органов осуществляет Республиканский межведомственный совет по вопросам оздоровления и СКЛ населения. Министерство здравоохранения Республики Беларусь и его территориальные органы обеспечивает отбор пациентов. Совместная работа этого ведомства, а также ряда других: Министерства социальной защиты Республики Беларусь,

Министерства образования Республики Беларусь, Министерства обороны Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Комитета государственной безопасности Республики Беларусь, Комитета по проблемам последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС при Министерстве по чрезвычайным ситуациям Республики Беларусь, через соответствующие структуры органов государственного управления, обеспечивает организацию СКЛ и контроль.

СКО делятся на базовые (апробация, внедрение лечебно-диагностических методик), региональные (специализированные) и республиканские организации. Они оказывают организационно-методическую помощь по основным медицинским профилям в зависимости от объема, уровня лечебно-диагностической или реабилитационной деятельности. СКЛ предоставляют в учреждениях разной подчиненности и форм собственности следующих типов: санаторий, детский санаторий, санаторий-профилакторий, санаторий для детей с родителями, санаторно-оздоровительный комплекс, детский реабилитационно - оздоровительный центр, пансионат с лечением (см. глоссарий).

### **Цель и задачи санаторно-курортного лечения**

Организация труда в организациях здравоохранения (ОЗ) направлена на решение разнообразных задач, подчиненных общей цели. Основной целью СКЛ является сохранение и укрепление здоровья населения Республики Беларусь, снижение и предупреждение временной и стойкой нетрудоспособности пациентов и инвалидов, влияющей на качество жизни людей.

### **Основные задачи СКЛ в Республике Беларусь**

- совершенствование государственной политики в области СКЛ и оздоровления населения в целях сохранения и укрепления здоровья народа, повышения уровня индивидуального здоровья, содействие улучшению демографической ситуации;
- внедрение рыночных механизмов в сферу деятельности СКО;
- развитие рынка и экспорта санаторно-курортных услуг, базирующихся на современных достижениях медицины, курортологии и менеджмента;
- создание производств по переработке целебных природных ресурсов, обладающих лечебным действием (минеральная вода,

грязи, сапропели), реализация их на внешнем и внутреннем рынке, по примеру санаториев «Боровое», «Радон»;

- обеспечение качественного анализа, организационно-методического и научного сопровождения деятельности СКО;

- создание современной высокоэффективной системы, предоставляющей возможности для удовлетворения потребности населения в СКЛ, оздоровлении, вторичной профилактике наиболее распространенных заболеваний взрослых и детей, а также МР инвалидов;

- переход на самоокупаемость СКО, содержащихся за счет средств республиканского бюджета и социального страхования, за исключением санаториев системы Министерства труда и социальной защиты;

- развитие и совершенствование системы СКЛ и оздоровления населения. Важнейшими принципами организации санаторно-курортной помощи является ее доступность, социальная гарантированность, плановость, высокая эффективность и использование природных лечебных факторов.

Для конкретизации организации работы персонала в СКО руководитель должен ориентироваться в направлениях деятельности и профилях санаториев. Комплекс санаторно-курортный может включать в себя различные МО: санаторий (для взрослых, детей, для детей с родителями), бальнеологическую лечебницу, грязелечебницу, курортную поликлинику, санаторий-профилакторий, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия, центр восстановительной медицины и реабилитации.

### **Профили санаториев в Республике Беларусь**

- -С заболеваниями сердечно - сосудистой системы;
- - С заболеваниями органов пищеварения;
- - С заболеваниями органов дыхания (нетуберкулезного происхождения);
- - С заболеваниями женских половых органов;
- - С заболеваниями опорно-двигательного аппарата;

- - С заболеваниями кожи;
- - С заболеваниями почек и мочевыводящих путей;
- - С нарушениями обмена веществ.
- Санатории для детей, подростков, для лечения туберкулеза, внутренних органов, спастических параличей и т.п.

С учетом потребности в СКЛ, наличия, освоения и рационального использования природных ресурсов и экономического потенциала государства планируется дальнейшее развитие сети СКО в Республике Беларусь.

Совершенствование работы медицинского персонала направлено на наиболее полное восстановление здоровья и улучшение его качества за счет использования комплекса оздоровительных, лечебных, природных факторов.

Основные положения о перечне медицинских показаний и медицинских противопоказаний для направления пациентов на МР отражены в приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 г. №1300 « О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения».

### **Показания для лечения в условиях санатория**

Определение показаний к направлению на СКЛ является важной составляющей деятельности медицинских работников СКО, поскольку от их соблюдения зависит медицинский эффект от лечения пациента в целом. При этом специалистам необходимо руководствоваться перечнем заболеваний, при которых показано соответствующее лечение. Медицинские сестры (МС) так же, как и врачи, участвующие в приеме пациентов, должны ориентироваться в показаниях к лечению в санатории и помогать правильному отбору людей.

В первую очередь к таким заболеваниям относятся болезни системы кровообращения: пороки сердца, гипертоническая болезнь I стадии в фазе А и Б, заболевания сердечной мышцы (миокардиодистрофия, миокардит), инфаркт миокарда, облитерирующие болезни сосудов (тромбофлебиты, тромбангиты облитерирующие I и II стадии нарушения кровообращения на

конечностях (в период ремиссии), трофические изменения кожи, произошедшие в результате тромбофлебитов.

Другая группа заболеваний, при которых показано СКЛ - болезни органов пищеварения: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (вне обострения и при отсутствии осложнений), болезни оперированного желудка, заболевания пищевода (хронические эзофагиты и рефлюкс-эзофагиты), хронические гастриты и хронические гастродуодениты (вне фазы обострения). Также сюда относят хронические холециститы (вне фазы обострения), дискинезии желчного пузыря и желчных путей, желчнокаменную болезнь, кроме форм, требующих хирургического вмешательства или осложненных частыми обострениями. К показаниям для СКЛ относят также постхолецистэктомический синдром, заболевания кишечника (хронические колиты, энтериты, энтероколиты различной этиологии, включая функциональные расстройства), остаточные явления вирусного гепатита, (при отсутствии ряда противопоказаний), хронические гепатиты в неактивной фазе, хронические панкреатиты легкой и средней тяжести.

Следующая группа показаний к лечению в условиях санатория – болезни почек и мочевыделительной системы: хронический цистит, пиелонефрит вне обострения, мочекаменная болезнь, хронический простатит, гломерунефрит токсического и инфекционного происхождения в подострой и хронической стадиях, при условии сохранности функции почек.

Пациентам, страдающим болезнями обмена веществ и эндокринных желез, также полезно и необходимо СКЛ: при сахарном диабете легкой и средней степеней тяжести, алиментарном и эндокринном ожирении (без явлений декомпенсации сердечной деятельности), тиреотоксикозе, гипотиреозе, подагре, микседеме.

Значительную группу показаний к СКЛ или оздоровлению составляют болезни органов дыхания и болезни уха, горла и носа, не имеющие туберкулезного характера. Сюда относятся: бронхиальная астма в фазе ремиссии или с редкими приступами, остаточные явления плевропневмонии, эмфизема легких (при отсутствии выраженного кардиопульмонального синдрома), хронические бронхиты и трахеиты, остаточные явления экссудативного и сухого плеврита, пневмокониозы, пневмосклерозы, силикозы, хронический абсцесс легких и бронхоэктазии в фазе стойкой ремиссии, хронические фарингиты, риниты, тонзиллиты, дисфонии.

Эффективно СКЛ при ряде болезней суставов, костей и мышц: ревматические полиартриты, хронические спондилоартриты, болезнь Бехтерева, переломы с замедленной консолидацией, спондилиты инфекционного происхождения, остеомиелиты, трофические язвы, образовавшиеся после длительно незаживающих ран.

СКЛ показано также пациентам, страдающим различными болезнями нервной системы: болезни центральной нервной системы; радикулиты, плекситы и невриты; невротические состояния и неврозы, последствия травм головного и спинного мозга; последствия инсульта.

Гинекологические заболевания и болезни кожи успешно лечатся в условиях СКО: генитальный эндометриоз, миома матки, фиброзно-кистозная мастопатия, псориаз, нейродермит, себорейная экзема, дерматиты, сикоз, красный плоский лишай.

**Противопоказания** к СКЛ хорошо известны всем работникам лечебно-оздоровительных организаций: заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения и осложненные острыми гнойными инфекциями. Помимо этого, существуют общие противопоказания, исключающие направление пациентов на СКЛ и оздоровление:

1. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции (карантина). Эхинококк любой локализации.
2. Все венерические заболевания в острой и заразной форме.
3. Все болезни крови в острой стадии и стадии обострения.
4. Кахексия любого происхождения.
5. Все заболевания и состояния, требующие стационарного лечения, в том числе хирургического вмешательства. Все заболевания, при которых пациенты не способны к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждаются в постоянном специальном уходе (кроме лиц, подлежащих лечению в специализированных санаториях для спинальных больных).
6. Часто повторяющиеся или обильные кровотечения.

Беременность во все сроки на бальнеологические и грязевые курорты, а на климатические курорты, начиная с 26-й недели. Кроме того, во все сроки беременности нельзя направлять беременных на курорты и в санатории:

- а) для бальнео-грязелечения по поводу гинекологических заболеваний;
- б) для лечения экстрагенитальных заболеваний радоновыми ваннами;

в) жилищниц равнин на горные курорты, расположенные на высоте более 1000 м над уровнем моря.

7. Все формы туберкулеза в активной стадии - для любых курортов и санаториев нетуберкулезного профиля.

8. Злокачественные новообразования.\*

\*Примечание. Пациенты после радикального лечения по поводу злокачественных новообразований (хирургического, лучевого, химиотерапевтического, комплексного) при общем удовлетворительном состоянии, отсутствии метастазирования, нормальных показателях периферической крови могут направляться для общеукрепляющего лечения только в местные санатории.

### **Проблемы и пути решения в системе СКЛ**

- В дальнейшей разработке нуждается нормативная правовая база по организации и оценке эффективности санаторно-курортной помощи, а также научный дифференцированный подход по организации питания, проведению медицинского отбора пациентов, нуждающихся в СКЛ и оздоровлении;

- Укрепление материально-технической базы с учетом специализации и новых технологий лечения и реабилитации, а также создание условий для организации учебно-воспитательного процесса и досуга детей и подростков;

- Расширение сети СКО и отделений медицинской реабилитации (МР) по основным видам патологии, приводящей к инвалидности;

- Проведение перепрофилирования СКО с учетом реальной потребности в регионе, структуры и тенденций заболеваемости взрослых, детей и подростков;

- Обеспечение профильного использования и координации деятельности СКО всех типов вне зависимости от ведомственной принадлежности;

- Создание сети специализированных реабилитационных отделений для лечения хронических неинфекционных заболеваний, в том числе для беременных.

Для решения обозначенных проблем в перспективе целесообразно предусмотреть создание специализированного центра (лаборатории) по СКЛ, а также привлечение научных коллективов из системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, других республиканских органов государственного управления, Национальной академии наук Беларуси.

## Выводы

Государственная система охраны здоровья народа в Республике Беларусь позволяет целенаправленно осуществлять профилактику и лечение заболеваний пациентам на ранних стадиях, осуществлять их реабилитацию. Важное место в этой системе занимает СКЛ. Санаторно-курортная помощь пациентам обеспечивает высокую эффективность лечения, МР и вторичной профилактики и содействует укреплению здоровья нации. Эта отрасль медицины не обделена вниманием на самом высоком государственном уровне. Так, Указ Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. №№356 «О некоторых вопросах строительства спального корпуса №2 и реконструкции спелеолечебницы» способствовал тому, что мощность коечного фонда в Республиканской больнице спелеолечения с 1990 г. возросла к 2013 г. более чем в 70 раз.

Организация труда в МО по решению разнообразных задач, подчиненных общей цели восстановления и укрепления здоровья населения Республики Беларусь, снижения и предупреждения временной и стойкой нетрудоспособности пациентов и инвалидов, не может быть одноразовой акцией, это долгосрочная стратегия на стыке лечебной и профилактической медицины. Так, полностью выполнены показатели завершенных в 2014 г. Государственной программы профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний и Государственной программы «Туберкулез», результатом которой стало не только снижение смертности от туберкулеза на 17,3%, но и снижение заболеваемости. Это труд всей армии медицинских работников.

Специализированный центр (лаборатория) по СКЛ, а также привлечение научных коллективов системы Министерства здравоохранения, других республиканских органов государственного управления, Национальной академии наук Беларуси позволят совершенствовать структуру управления, развивать качество медицинской санаторно-курортной помощи и поднять ее эффективность, в том числе, для привлечения медицинских туристов брендом соответствия цены и качества.

Политика государства, направленная на сохранение и укрепление здоровья людей, увеличение продолжительности и качества их жизни, дает основание надеяться на то, что проблемы санаторно-курортной помощи будут решены. В конце концов, как

считал Симеон Афонский: «Чтобы помогать другому человеку, не обязательно быть сильным и богатым, - достаточно быть добрым».

Эта тема на протяжении ряда десятилетий является рефреном существующей политики, что неоднократно отмечено в выступлениях Главы государства. Так, в Послании Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко белорусскому народу и Национальному собранию 20.04.2013 г. он отметил: «В Год бережливости главное – беречь друг друга. Мы чаще слушаем себя, чем собеседника, порой бываем несдержанны. В общественном сознании, да и в каждом из нас еще немало резкости и нетерпимости. Это касается всех... В значительной степени это связано с нашей суровой историей, это объективно. Жизнь никогда не баловала белорусов. На протяжении веков мы постоянно боролись за физическое выживание. Но жизнь меняется. И сегодня мы должны быть более чуткими, терпимыми и добрыми. В любом человеке надо рассмотреть, прежде всего, светлое и хорошее. И тогда проявится настоящий смысл Года бережливости – года, в который все мы будем беречь друг друга. А, оберегая друг друга, мы обязательно сбережем нашу Беларусь!»

### **Вопросы для самообразования**

1. Что представляет собой система оказания СКЛ в Республике Беларусь?
2. В чем состоит цель и каковы задачи СКЛ?
3. Назовите основные принципы оказания СКЛ.
4. Какие основные профили санаториев в стране и в вашем регионе вам известны?
5. В чем смысл знания медицинским работником противопоказаний к пребыванию пациента в санатории?
6. Назовите основные группы показаний и противопоказаний к СКЛ.
7. В чем состоят проблемы организации санаторно-курортной помощи в настоящее время, и каковы, на ваш взгляд, пути их решения?

## **Глава 2. Организация работы главной (старшей) медицинской сестры и роль в СКО**

Потребность людей в укреплении физических сил благодаря идеологии по сохранению здоровья через изменение образа жизни возрастает. В этой связи нужны новые технологии организации работы МС СКО, как главных исполнителей в системе СКЛ.

Приоритетной задачей для здравоохранения Республики Беларусь в настоящее время является повышение качества МП. Необходимым условием обеспечения качества МП является:

- правильная организация работы в ОЗ;
- планирование работы;
- рациональная расстановка кадров;
- перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом;
- снижение непроизводительных затрат рабочего времени, обеспечиваемое современной системой организации труда и информационными технологиями в части делопроизводства.

Задачей системы здравоохранения страны является улучшение механизмов воздействия на общественное здоровье, его сохранение и укрепление.

Актуальные направления сохранения общественного здоровья:

- уменьшение частоты и сроков лечения в стационаре, при одновременном улучшении амбулаторной, профилактической (оздоровительной) и реабилитационной помощи;
- использование опыта реабилитации и восстановительной медицины в условиях СКО;
- создание системы действий в команде между работниками разных специальностей и уровней подготовки внутри одной МО. Важное место в их решении отводится МС СКО.

Особенности работы медицинского персонала СКО:

- изменение стратегии поведения пациента по отношению к собственному здоровью, перенос акцентов с лечебного на

профилактический уровень, формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) через изменение жизненных приоритетов;

- необходимость работать в условиях неопределенности и риска в связи с возрастанием числа лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ);
- увеличение доли пожилых и старых лиц в структуре пациентов СКО вызывает необходимость большего внимания к обучению медицинского персонала основам геронтологии;
- возрастание доли лиц с тревожно-депрессивными расстройствами, нуждающихся в специальных лечебных и реабилитационных мероприятиях.

### **Условия эффективной управленческой деятельности главной медицинской сестры СКО**

- использование современных технологий управления, включая информационные;
- рациональное, информационно насыщенное и детально структурированное делопроизводство;
- перечень основной документации (номенклатура дел) позволяет осуществлять контроль приоритетных целей и задач деятельности.

### **Основные функции управления главной (старшей) медицинской сестры**

Для успешного осуществления деятельности сестринского персонала СКО главная МС должна выполнять четыре основные функции: планирование, организацию, работу с кадрами (мотивацию), контроль согласно уровням управления (рис.1). Помимо этого, различают 3 этапа управления деятельностью медицинских работников в зависимости от уровня принятия решения: А – корпоративный (стратегический), В – бизнес уровень (тактический), С – функциональный (оперативный).



## **Пирамида уровней управления, отражающая возрастание власти, ответственности, сложности и динамику принятия решений**

Рис.1. Пирамида уровней управления в соответствии с динамикой власти и ее влиянием на принятие решения

Как видно (рис.1), место главной (старшей) МС ОЗ в зависимости от уровней управления лежит в плоскости оперативного и тактического руководства, за исключением специалистов по сестринскому делу областных и республиканского уровней системы здравоохранения, осуществляющих стратегическое руководство.

### **Особенности управления на функциональном уровне**

Операционный уровень управления (нижний) (старшая МС в пределах компетенции) обеспечивает решение многократно повторяющихся задач и операций и быстрое реагирование на изменения входной текущей информации. На этом уровне достаточно велики как объем выполняемых операций, так и динамика принятия управленческих решений. Этот уровень управления часто называют оперативным из-за необходимости

быстрого реагирования на изменение ситуации. На уровне оперативного (операционного) управления большой объем занимают учетные задачи.

Пример: учет затраченных материалов, продукции, времени.

### **Особенности управления на тактическом уровне:**

Функциональный (тактический) уровень управления (средний) (главная МС) обеспечивает решение задач, требующих предварительного анализа информации, подготовленной на 1 этапе информационно-аналитической системы управления этого уровня, и предназначен для менеджеров среднего звена и специалистов (начальник службы, заведующий отделом, научный сотрудник). Основной задачей является тактическое управление.

На этом уровне большое значение приобретает такая функция управления, как анализ. Объем решаемых задач уменьшается, но возрастает их сложность. При этом не всегда удается выработать нужное решение оперативно, требуется дополнительное время на анализ, осмысление, сбор недостающих сведений и т.п. Управление связано с некоторой задержкой от момента поступления информации до принятия решений и их реализации, а также от момента реализации решений до получения реакции на них.

Выделяют три уровня управления:

- Стратегический;
- Тактический;
- Оперативный.

Отличительные признаки между стратегическим и оперативным управлением в соответствии с основным назначением МО, способами достижения ею целей (миссии), актуальности времени, роли медицинских работников и принятыми критериями эффективности исполнения, приведены ниже (схема 1).

## Предмет стратегического управления проблемой МО



Схема 1. Предмет стратегического управления проблемой МО в зависимости от уровней

Современное управление – это научно обоснованный способ организации труда различных специалистов, для понимания существа проблемы и удобства пользования современному руководителю полезно знание классификации.

### Классификация (виды) стратегий в современном управлении

Наиболее существенные и часто используемые классификационные признаки систематизации стратегий:

- базовая концепция достижения конкурентных преимуществ (стратегия минимизации издержек, стратегия дифференциации, стратегия фокусирования, стратегия инноваций, стратегия быстрого реагирования, стратегия синергизма);
- уровень принятия решений (корпоративные, деловые и функциональные стратегии);
- стадия жизненного цикла отрасли (организации) (стратегии фирм растущих, зрелых и переживающих спад);

- **основные характеристики продукта и сферы** его распространения (продуктовые маркетинговые стратегии, стратегия глобализма);
- **относительная** сила отраслевой позиции фирмы (стратегии отраслевого лидера и последователей, стратегии связанной и несвязанной диверсификации);
- степень **агрессивности поведения фирмы в конкурентной борьбе** (наступательные и оборонительные стратегии конкуренции).

Управление персоналом в ОЗ сгруппировывается по таким направлениям, как поиск и отбор кандидатов на работу в данной СКО, обеспечение его адаптации к первому или новому рабочему месту, своевременное развитие через систему прерывного (дополнительного) образования и непрерывного на протяжении всей работы. Кроме этого в набор деятельности руководителя входит мотивация управления эффективностью, корпоративная (организационная) культура (гл. 8), оценка и аттестация специалиста через его карьеру.

Исследованиями крупнейших компаний в конце 90-х – начале 2000-х гг. определено 4 главных направления постоянного внимания: рынок (продажа, маркетинг); показатели финансовой и нефинансовой деятельности ОЗ; инновации и предоставление услуг; персонал. С точки зрения практики в развитых странах показателями успешного достижения цели по обеспечению человеческими ресурсами (HR), т.е. профессиональными кадрами, являются количество и качество работников данной СКО, организационная культура и структура организации работы всех.

Для каждого из векторов внимания назначают отдельного специалиста, включающего работников отдела кадров, главную (старшую) МС вместе с заведующим отделением (подразделением).

Ответственное должностное лицо согласно уровню управления

Уровень:

- Стратегический - главный врач - функции: стратегическое прогнозирование и целеполагание;

Главная МС - стратегическое планирование, целеполагание.

- Тактический уровень - заместители главного врача – функции: планирование и организация;

Главная МС: оптимальное распределение ресурсов; контроль, координация.

- Оперативный - заведующий отделением (кабинетом) – функции: регулирование; делегирование; мотивация;

Старшая МС, акушерка, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) осуществляют функции по снабжению, координации, контролю, учету, отчетности и анализу.

Функция управления: планирование работы

- Планирование - это сбор, хранение, обработка, анализ информации, разработка альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения. Планирование работы определяет направление действий и заранее предусматривает, что должно быть сделано, в какие сроки, в какой последовательности. Планирование включает: выбор целей и постановку задач; определение мероприятий, необходимых для достижения целей и задач. Четкое планирование позволяет оптимизировать работу, сделать ее более продуктивной и целенаправленной посредством документа - плана.

План - это перечень количественных и качественных показателей на определенный промежуток времени.

Виды планов и порядок их составления

- 1. Комплексный (годовой) план работы составляют с определенной подготовкой:

\*проанализировать выполнение плана работы за предыдущий год;

\*обратить особое внимание на причины невыполнения отдельных пунктов плана;

\*определить, какие из невыполненных пунктов следует перенести на будущий год;

\*выявить основные недостатки, ошибки, упущения в работе персонала и наметить пути их преодоления.

Структура плана

В начале плана должны излагаться основные цели и задачи, стоящие перед сестринским коллективом СКО на предстоящий год.

Структура плана должна состоять из следующих разделов:

\*организация и пути совершенствования работы персонала по обеспечению качества оказания МП;

\*организация работы по повышению квалификации (ПК), аттестации, совершенствованию СКО;

\*контроль использования директивных документов;

\*повышение качества МП и культуры обслуживания пациентов;

\*организационные мероприятия по улучшению санитарно-гигиенических условий санатория, профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСОМП);

\*работа Совета МС;

\*профилактика карантинных инфекций, ВИЧ-инфекции и др. инфекционных заболеваний;

\*охрана труда и техника безопасности в работе МС;

\*организация работы по ФЗОЖ.

Дополнительные планы работы

2. Кроме комплексного (годового) плана работы на год, в номенклатуре дел главной МС должны быть дополнительные планы, как приложения к годовому плану. Количество дополнительных планов может меняться в зависимости от специфики деятельности и особенностей миссии СКО.

К дополнительным планам работы относят:

- план работы Совета МС;
- план заседаний Совета МС;
- план проведения сестринских конференций;
- план работы «Школы медицинской сестры» со старшими МС и их резервом;
- план подготовки медицинских работников по вопросам профилактики ИСОМП, ВИЧ/ СПИД и особо опасным инфекциям (ООИ);
- план-график административных обходов подразделений СКО.

Особое внимание следует уделить плану учебы старших МС и их резерва, работа которых характеризуется:

- разнообразием действий;
- быстрыми, частыми переходами от одной производственной задачи к другой;
- высокой коммуникативной нагрузкой.

С целью управления рабочим временем главная (старшая) МС СКО может пользоваться способом, предложенным Д. Эйзенхауэром, позволяющим систематизировать свои действия.

#### Матрица классификации дел (Д.Эйзенхауэра)

- Дела разделяют на срочные и не срочные, важные и не важные.
- Важные срочные дела: неотложные проблемы, критические ситуации, дела с малым сроком сдачи;
- Важные несрочные дела: планирование, оценка результатов, превентивные мероприятия, создание связей, поиск возможностей, саморазвитие.
- Неважные срочные дела: текущие неотложные дела, телефон, корреспонденция, совещания, общественная работа, перерывы.
- Неважные несрочные дела: рутинная работа, отдельные телефонные звонки или корреспонденция, отлынивание от работы, развлечения.

#### Задача главной МС по обучению резерва кадров:

- организовать на занятиях рассмотрение актуальных тем, включающих вопросы экономики, правового регулирования, психологии, этики, современного подхода к оказанию медицинской помощи пациентам;
- оперативно представлять старшим МС информацию, необходимую для эффективной работы коллектива.

Тематика проведения занятий зависит от профиля и специфики работы СКО.

ПК МС в МО, а не только в СКО, базируется на нескольких внешних и внутренних факторах (по Улумбековой Г.Э.,2010):

1. Внешние факторы: ускорение обновления (удвоение информации в течение 3-5 лет) и глобализация медицинской

информации; увеличение числа лекарств и высокотехнологичных методов лечения; удорожание МП; рост числа пациентов с хроническими заболеваниями на фоне увеличения доли престарелого населения до 25% к 2025г.; повышение информированности и требований пациента.

2. Внутренние факторы: качество и непрерывность медицинского образования; мотивация к качественному труду и непрерывному образованию; условия труда и материально-техническое обеспечение медицинского образования; контроль качества МП.

3. Нормы этики, переход из моральной обязанности медицинских работников по непрерывному медицинскому образованию в законодательно закрепленную норму, предусматривающую санкции, реализуемые через механизмы лицензирования и контрактной системы.

4. Активное применение электронных и телекоммуникационных технологий (проблемное обучение в малых группах, дистанционное, симуляционное обучение, обмен опытом через вебинары).

5. Использование элементов доказательной медицины для электронной поддержки принятия управленческих и клинических решений.

6. Введение качественного изменения базового и дополнительного медицинского образования через увеличение часов на профилактику хронических неинфекционных заболеваний. Этот опыт в течение последних 15 лет прошли 18 европейских государств (Реск et al., 2000). В 17 странах непрерывное медицинское образование считается необходимым, в 6 государствах оно регламентируется законом, в 13 обеспечивается профессиональными медицинскими сообществами. В большинстве стран непрерывное медицинское образование учитывается в кредитах и не требует сдачи итогового экзамена.

Для оптимизации своей деятельности и минимизации потерь времени главная МС, как любой руководитель СКО, должна иметь еженедельный регламент распределения рабочего времени (циклограмму).

### **Еженедельный регламент работы главной медицинской сестры СКО**

Регламент работы включает в себя:

\*перечень повседневных дел, участие в различных мероприятиях и т.д.;

\*участие в общих мероприятиях, проводимых в СКО (совещаниях у главного врача, административных обходах, заседаниях Совета МС, учебе старших МС и т.д.);

\*непосредственно повседневную работу главной МС (обходы отделений, прием посетителей, контроль деятельности медицинских работников).

#### Примерная схема регламента работы главной МС

1.Изучение обязательной корреспонденции, обмен экстренной информацией (утренние, планерки, рассмотрение поступивших документов и др.) - 30-40 мин.

2.Непосредственная производственная работа - 4-5 час.

3.Обмен текущей информацией, согласование вопросов по производственной деятельности, участие в рабочих совещаниях, прием посетителей - 2-3 час.

4.Подведение итогов работы за день и её планирование на предстоящий день - 30 мин.

#### **Ежедневный план работы главной медицинской сестры. Значение. Содержание**

Особое значение для организации работы главной МС имеют ежедневные планы, в которых по часам расписывают все планируемые на предстоящий день мероприятия.

#### **Ежедневный план работы главной медицинской сестры**

Он составляется в письменной форме и имеет следующее содержание:

\*время выполнения тех или иных работ (мероприятий);

\*фамилии, должности лиц, с которыми намечено деловое взаимодействие и место встречи;

\*наименование документов, их номера и даты утверждения, которые могут потребоваться для работы;

\*наименования структурных подразделений, в которых планируется проведение обходов, проверок;

\*время и место проведения различных совещаний, заседаний, в которых необходимо участвовать;

\*другие вопросы, для решения в предстоящий рабочий день.

### **Ежедневный план работы главной медицинской сестры. Анализ**

Анализируя выполнение ежедневного плана, следует оценить, насколько рационально был спланирован день, какова эффективность достигнутых результатов. Особое внимание следует уделить тем пунктам плана, которые не удалось выполнить: выяснить причину и перенести эти мероприятия на другое время.

### **Критерии эффективности работы главной медицинской сестры**

- умение устанавливать приоритеты;
- навыки планирования наиболее важных производственных дел и их выполнение в первоочередном порядке в ежедневном плане на начало дня;
- оперативность изменения плана работы согласно обстоятельствам.

Оперативное планирование в работе главной МС СКО позволяет эффективно распределить рабочее время и обеспечить качественное выполнение остальных функций управления.

### **Понятие организационной деятельности**

Организационная деятельность - это процесс упорядочения взаимоотношений и взаимодействий работников СКО для достижения общих целей, предусматривающая:

- определение ресурсов и действий, необходимых для достижения целей;
- создание на этой основе дееспособных групп (отделений);
- назначение лиц, ответственных за выполнение задач, и передача им прав, необходимых для выполнения порученной работы. Задача главной МС – связать воедино работу всех подразделений.

### **Функция управления главной медицинской сестры СКО: организация работы персонала**

Организовать - значит создать определенную официальную структуру, по которой задания определяются, координируются и контролируются. Основная цель этого процесса - сделать сотрудничество эффективным.

## **Основные аспекты организационного процесса**

- деление ОЗ на подразделения;
- определение полномочий, посредством которых осуществляется связь высшего руководства с нижними уровнями работающих. Средством установления отношений между уровнями полномочий является делегирование.

### **Функция управления: делегирование**

Делегирование - это передача части задач и полномочий, уже закрепленных за руководителем, лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение. Посредством делегирования главная МС распределяет задачи, которые должны быть выполнены МС СКО. Умение делегировать полномочия является одним из положительных качеств руководителя и оценивается, как способность максимально эффективно использовать потенциальные возможности сотрудников.

#### **Требования к руководителю при делегировании полномочий**

- Готовность отдать право принятия решений другим;
- Желание учитывать мнение подчиненного, исходя из того, что его вариант действий не обязательно полностью совпадает с решением, которое бы принял по данному вопросу руководитель;
- Готовность мириться с ошибками других, т.е. подчиненный должен иметь право на ошибку;
- Доверие к подчиненным;
- Возможность найти и использовать средства контроля действий МС, организуя, в частности, эффективную обратную связь и не прибегая к мелочной опеке.

#### **При постановке главной медицинской сестрой задач и делегировании полномочий необходимо ответить на вопросы:**

1. Определить, **что** необходимо сделать.
2. Определить, **каким образом** это сделать.

3. Объяснить, **почему** это важно для организации.
4. Объяснить, **почему** это важно для интересов исполнителя.
5. **Кто** несет ответственность?
6. Согласование **ресурсов** (информационных, временных, финансовых, материальных, человеческих и властных полномочий).
7. **Когда (сроки)** должно быть выполнено задание?

Передача части полномочий лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение, преследует определенные цели и полезно как для руководителя, так и для исполнителя, на чем следует акцентировать внимание (табл.2.1).

Таблица 2.1

Цель и достоинства метода делегирования для руководителя и сотрудника

	Для руководителя	Для сотрудников
«Плюсы»	1) «приближает» управленческое решение к точке возникновения проблемы (задачи); 2) развивает и обучает сотрудников; 3) формирует команду и выявляет управленческий резерв; 4) дает возможность более качественно решать стратегические задачи; 5) экономит силы и время; 6) развивает управленческие (в том числе лидерские) навыки руководителя; 7) позволяет достичь высокого уровня культуры управления в организации	1) обеспечивает разнообразие работы, новый интересный опыт; 2) дает возможность обучаться, расти, становиться более компетентным; 3) укрепляет отношения с руководством и коллегами; 4) развивает навыки руководства; 5) повышает мотивацию, удовлетворенность работой (при успешном решении сложных делегированных задач); 6) предоставляет базу для карьерного роста, возможность показать силы, способности, заявить о себе
«Минусы»	1) недоверие к подчиненным, нежелание делегировать; 2) привычка делать все самому, уверенность лишь в своей правоте («консерватор»); 3) незнание техники	1) пассивность, привычка быть исполнителем, боязнь брать ответственность; 2) нехватка информации, знаний, опыта, навыков, компетентности в целом:

	делегирования; 4) боязнь потерять контроль, авторитет, власть, статус, «воспитать конкурентов»; 5) «обратное делегирование»; 6) негативный прошлый опыт делегирования (нечеткие задачи, слабый контроль, «обратное делегирование», конфликты и др.)	3) страх последствий (наказаний, психологического давления, моральных санкций и др.); 4) отсутствие мотивации (в том числе дополнительной) выполнения делегированной задачи; 5) общий низкий уровень мотивации труда, неудовлетворенность работой в силу многих факторов; 6) перегруженность работой; 7) «делегирование-клеймо»
--	--	---

Негативный предшествующий опыт главной МС СКО может способствовать ее отказу от подобного вида руководства.

### **Причины нежелания руководителей делегировать полномочия**

1. Заблуждение «Я это сделаю лучше».
2. Отсутствие способности руководить.
3. Отсутствие доверия к подчиненным.
4. Боязнь риска.
5. Отсутствие выборочного контроля для предупреждения главного врача о возможной опасности.
6. Проблемы подбора исполнителей.

Главной МС СКО следует ориентироваться в том, какие функции она может и должна передавать другому исполнителю, а какие не подлежат передаче (табл.2.2).

Таблица 2.2

Нужно делегировать	Можно делегировать	Ни в коем случае нельзя делегировать
1. Простые задачи технического (вспомогательного) характера 2. Рутинную (простую и однотипную) работу 3. Подготовительную работу 4. Узкоспециализированные экспертные задачи, в которых сотрудник разбирается значительно лучше 5. Задачи, которые другие могут выполнить быстрее и экономичнее 6. Любые не срочные задачи, которые сотрудник качественно может решить сам	1. Представительские функции в некоторых ситуациях 2. Частные задачи, требующие уникальных качеств (квалификации, опыта) сотрудника 3. «Обучающие» задачи с приемлемыми затратами на обучение и инструктаж сотрудника 4. Комплексные задачи, имеющие невысокую степень риска	1. Стратегические функции по определению целей, задач, стратегии и т.п. 2. Масштабные финансовые вопросы 3. Кадровые решения 4. Управленческие решения по результатам контроля (поощрения и наказания) 5. Задачи особой важности, срочности, высокой степени риска 6. Вопросы безопасности

**Существует 5 зон возможной передачи полномочий главной медицинской сестры СКО другому исполнителю:**

1. Задачи, которые руководителю *необходимо решить самому*.
2. Задачи, которые руководителю *целесообразно решать самому*.
3. Задачи, которые руководитель *может делегировать*.
4. Задачи, которые руководителю *целесообразно делегировать*.
5. Задачи, которые руководителю *необходимо делегировать*.

**Зона 1. Задачи, которые необходимо решать самой главной медицинской сестре** - это задачи, которые она ни при каких обстоятельствах не должна делегировать: определение основных целей, определение политики и стратегии, утверждение планов, согласие на назначение на должность, увольнение, определение размера заработной платы, обсуждение планов индивидуального

развития подчиненных, утверждение решений, объявление выговоров и т.д.

**Зона 2. Задачи, которые целесообразно решать главной медицинской сестре** - в этой зоне находится два типа задач:

1. Задачи, которые могут быть делегированы в случае большого дефицита времени;
2. Объемные и сложные задачи, которые лучше всего решаются руководителем с помощью других.

В этой зоне находится два типа задач:

\*Задачи, которые могут быть делегированы в случае большого дефицита времени;

\*Объемные и сложные задачи, которые лучше всего решаются руководителем с помощью других.

**Зона 3. Задачи, которые главная медицинская сестра СКО может делегировать**

Они могут быть решены сотрудниками, но для этого потребуется инструктаж, внимательное наблюдение и контроль со стороны руководителя. На первых порах медицинские работники будут допускать ошибки, может иметь место недопонимание, и вообще они будут решать задачи гораздо медленнее и хуже, чем сам главный врач (сестра). Тем не менее, именно здесь может быть получен наибольший результат, выигрыш и для главного врача и для СКО – у главной медицинской сестры появится время на решение других задач, специалисты станут более компетентными и самостоятельными.

**Зона 4. Задачи, которые главной медицинской сестре целесообразно делегировать**

1. Задачи, которые могут быть квалифицированно решены без ее участия или в ее отсутствие.
2. Задачи, которые могут выполнять сотрудники, получившие необходимую информацию и указания.

3. Задачи, которые необходимо решать для того, чтобы МО во всех ситуациях могла действовать гибко и оперативно.

### **Зона 5. Задачи, которые главной медицинской сестре необходимо делегировать**

#### **Правила эффективного делегирования**

Соблюдать технологию делегирования означает придерживаться определенных правил. Можно выделить 13 «формальных» правил и 6 «неформальных» правил делегирования. «Формальные» правила описывают техническую сторону делегирования, а «неформальные» — психологическую.

#### **«Формальные» правила делегирования полномочий**

1. Четко формулируйте цель (задачу) и результаты, которые должны быть получены специально подобранным подходящим сотрудником.

2. Распределяйте сферу ответственности и координируйте поручение, укажите, как распределяется долг за порученное задание, выделяя при этом три категории задач:

А - задача выполняется МС до получения итогового результата самостоятельно (полная передача ответственности);

Б - задача выполняется МС самостоятельно, но существуют промежуточные точки контроля. В случае необходимости главная МС, на основании полученной в точке контроля информации, может отменить (или переназначить) делегированную задачу, оказать необходимую помощь и т. п. (частичная передача ответственности);

В - задача исполняется, но при условии тесного консультативного контакта МС с руководителем (разделение ответственности).

3. Объясните причину, почему данное задание важно выполнить.

4. Разъясните МС технологию и алгоритм выполнения задания, консультируйте ее по вопросам результатов, пресекайте попытки обратного или последующего делегирования.

5. Установите четкие и реалистичные сроки выполнения задания.

6. Основные моменты делегированного задания оформите письменно (или попросите специалиста, чтобы он записал поручение). Проверьте понимание задания и мотивацию сотрудника.

7. Делегировать поручение нужно лично, давать информацию, полезную для МС.

8. Предоставьте исполнителю задания запасные ресурсы и каналы помощи.

9. Основные моменты делегированного задания оформите письменно, или попросите МС записать поручение.

10. Четко укажите на способы обратной связи и формы контроля.

11. Информировать всех, с кем будет взаимодействовать исполнитель, о его задаче, правах и полномочиях.

12. «Запланируйте» возможные проблемы, не предъявляйте чрезмерных требований к сотруднику («Человеку свойственно ошибаться»).

13. Четко определите критерии качества исполнения задания и результата работы МС.

Помимо «формальных» правил делегирования руководителем каких-либо дел другому, существуют «неформальные» правила с психологической составляющей делового общения.

### **«Неформальные» правила делегирования полномочий**

1. В момент делегирования демонстрируйте сотруднику свое доверие и веру в его способности и силы.

2. Допускайте возможность ошибок, будьте готовы к ним.

3. Воспитывайте у МС чувство собственного достоинства - поручайте ей такие задачи, которые были бы интересны для нее, помогали бы личностному росту.

4. Уважайте и цените МС, выполняющую новую и «необязательную» для нее работу, оказывайте ей психологическую поддержку.

5. Проявляйте гибкость в делегировании, давайте МС возможность попробовать свои силы в решении различных задач и разнообразными путями.

6. Наберитесь терпения — первоначально делегирование требует от главной МС затрат сил и времени, но позже в значительной мере облегчит работу менеджера и повысит эффективность деятельности, для чего можно воспользоваться схемой - картой (табл.2.3).

Таблица 2.3

Карта ключевых событий, подлежащих делегированию полномочий

Дата исполнения	Задача	Ответственный	Согласование ресурсов
	Событие А Событие Б Событие В		

Главной МС СКО не стоит недооценивать начальный этап взаимодействия при делегировании полномочий.

### **Правила формулирования задачи главной медицинской сестрой СКО при наделении исполнителя полномочиями**

Задачу нужно формулировать так, чтобы для МС она была:

- Реалистичной – цель должна находиться в пределах возможностей человека и быть реально достижимой.
- Напряженной – для достижения цели работа должна осуществляться с напряжением.
- Конкретной (измеримой) – должны быть установлены критерии, по которым цель считается достигнутой (цифровое выражение или четкое разделение на задачи).
- Контролируемой – цель должна проверять ход приближения к решению задачи.

- **Согласованной** – цель должна соответствовать ценностям и миссии СКО и не должна вступать в противоречие с другими целями.

- **Иметь сроки реализации.**

- **Записанной исполнителем**, что в несколько раз повышает вероятность достижения цели.

### **Постановка задач главной медицинской сестрой СКО перед медицинскими сестрами при делегировании**

1. **Задача** – это конкретизация целей, измеримые конечные результаты деятельности СКО. В задаче описывается желаемый результат ее решения, дается детальный план достижения.

- **Задача (что сделать)**
- **Приоритет действий (в каком порядке)**
- **Способ осуществления (как)**
- **Обязанность (кто за что отвечает)**
- **Срок (когда должно быть выполнение)**
- **Ресурсы (материальное обеспечение выполнения).**

Опыт свидетельствует о том, что не каждый специалист, подобранный главной МС СКО для исполнения каких-то несвойственных рабочих заданий, готов браться за исполнение охотно и с интересом (табл.2.4).

## Как преодолеть сопротивление МС делегированию

Причина	Тактика и способы преодоления
Пассивность, привычка во всем полагаться на руководителя	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Демонстрируйте доверие и уверенность в том, что сотрудник сам может хорошо справиться с этим заданием («психологическое стимулирование»)</li> <li>2. Дополнительно стимулируйте! Возможно, на первых этапах использования делегирования требуется продумать дополнительную систему небольших вознаграждений (поощрений) за успешное выполнение делегированных задач</li> <li>3. Обращайтесь за советом. Делегирование может осуществляться в консультативном стиле, когда руководитель обращается к подчиненному за советом и помощью</li> <li>4. Вовлекайте сотрудников в принятие решений. Участие в принятии решений облегчает принятие делегируемой задачи как «своей»</li> <li>5. Обеспечьте «технологичность», четкость механизма делегирования</li> </ol>
Страх критики, наказаний	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Допускайте риск ошибки. Спокойно принимайте ошибки, помогайте их исправить</li> <li>2. Критикуйте этично. Даже в случае неудовлетворительного выполнения порученной задачи подходите к ситуации конструктивно, старайтесь вместе с сотрудником понять причины неудачи, а не «ударить» его по самооценке, тем более прилюдно</li> <li>3. Оценивайте и обсуждайте обстоятельства, а не человека, дайте ему «сохранить лицо»</li> <li>4. Ищите не виновных, а способ исправления ошибки, оказывая помощь</li> <li>5. Планируйте подстраховку заранее</li> <li>6. Вселяйте оптимизм, энтузиазм и вдохновение. «Позитивная» энергия, исходящая от руководителя, главный фактор в преодолении страхов сотрудников, связанных с делегированием</li> </ol>
Причина	Тактика и способы преодоления

Отсутствие знаний, навыков, ресурсов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вместе с постановкой задачи не забывайте выделять ресурсы и давать необходимую информацию</li> <li>2. Выделяйте достаточные для выполнения задачи полномочия (делегирование задачи также означает передачу сотруднику «кусочка» управленческой ответственности и возможностей)</li> <li>3. Соотнесите силы и возможности человека с порученной задачей Идеальная задача для делегирования интересна для самого сотрудника, трудна, но связана с его прошлыми навыками и опытом, и поэтому, при приложении некоторых усилий, вполне решаема</li> <li>4. Планируйте пути и способы получения информации, ресурсов, знаний (обратную связь, «каналы помощи»)</li> </ol>
Перегруженность работой, избыток обязанностей и поручений	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Совместно с сотрудником проведите обзор и анализ фактически выполняемой им работы</li> <li>2. Перераспределите задачи сотрудника по важности и срочности, введите новые приоритеты, включающие новые делегируемые задачи</li> <li>3. Приостановите выполнение некоторых годовых функций или даже отмените на время выполнение ряда обязанностей</li> </ol>
Нет мотивации, желания брать на себя ответственно	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможно, в СКО требуется ревизия мотивации труда и включение в нее стимулов, побуждающих специалистов брать ответственность и поощряющих качественное выполнение делегированных задач</li> <li>2. Принцип признания минимального вклада. Выполнение даже незначительной порученной задачи должно поощряться, хотя бы устной благодарностью</li> <li>3. Создание информационной среды и обмен информацией. Делегирование предполагает выполнение нетипичных для сотрудника задач с обучающей и развивающей ролью. Для закрепления позитивного опыта, полученного в результате обучения, необходимо создать возможности для обмена (например, периодически проводить нечто вроде круглых столов для сотрудников по результатам делегирования в последние 2-3 месяца)</li> <li>4. Сбалансируйте обязанности сотрудника, связанные с выполнением делегированной задачи, с его правами и ресурсами. Часто отсутствие мотивации объясняется простой нехваткой средств и ресурсов для решения делегированных задач, из-за чего они воспринимаются сотрудниками как слишком трудные</li> </ol>

## **Работа главной медицинской сестры СКО с кадрами**

Основная задача главной МС - создание коллектива (команды единомышленников), способного мобилизовать свою деятельность на достижение наиболее высоких результатов в работе и обеспечение качественной МП:

- осуществление подбора, приема на работу и расстановки кадров МС и младшего медицинского персонала;
- обеспечение своевременности ПК и аттестации, получения очередной квалификационной категории МС посредством подачи заявок на повышение их квалификации в установленные сроки. На аттестованность специалистов СКО обращают внимание контролирующие органы, поскольку она влияет на качество МП. Это отмечено в решении лечебно-контрольного Совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.2015 г. пп.4.2 «О рассмотрении обращения гражданки А.»;
- организация обучения на рабочем месте МС с целью повышения уровня профессиональных знаний, совершенствования умений и навыков выполнения лечебных, диагностических, реабилитационных процедур (проведение конференций, тренингов, семинаров, тематических занятий);
- планирование учебы в «Школе молодой медицинской сестры» и обеспечение контроля знаний и умений в форме натаскивания, наставничества, аттестации на рабочем месте, тестирования и зачетов;
- формирование резерва взаимозаменяемости МС на разных участках работы;
- планирование и составление заявки на переподготовку, курсы ПК для средних медицинских работников;
- участие в проведении административных обходов подразделений СКО;
- контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического режима, охраны труда на рабочем месте, пожарной безопасности.

## **Функция управления главной медицинской сестры СКО: мотивация**

Важное место в работе с кадрами занимает мотивация персонала, для которой средством привлечения интереса к труду может стать:

- материальное вознаграждение;
- благодарность;
- повышение в должности;
- перевод на более квалифицированную (престижную) работу;
- наполнение «социального пакета» (жилье, стажировки, оздоровление, детские сады и др.).

Мотивация младшего и среднего медицинского персонала частных клиник (фирм) существенно отличается от мотивации к труду врачей, поэтому и рассматривать это необходимо по отдельности (рис. 2).

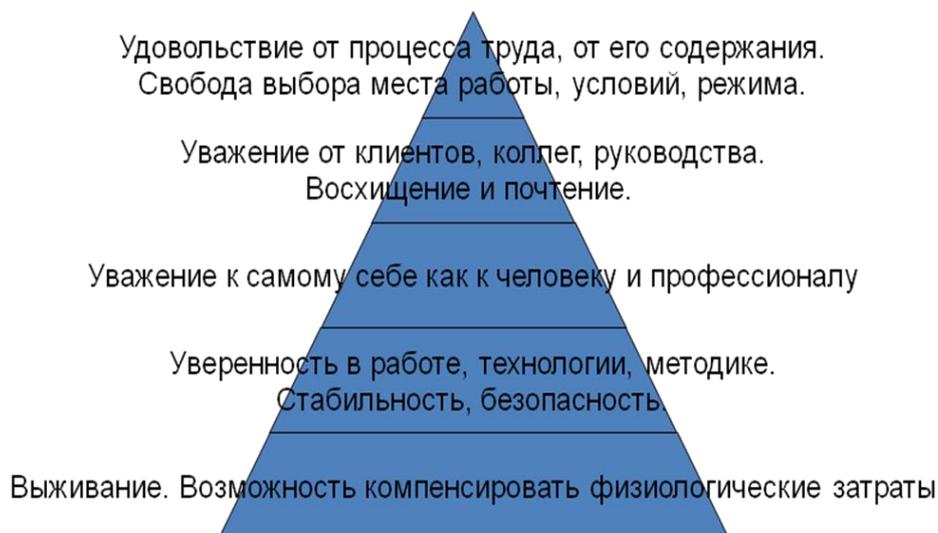


Рис. 2. Пирамида мотивации человека к труду

Пирамида мотивации человека к труду (рис. 2) дает специалисту ответ на основной вопрос: "Что дает мне работа?". Исследованием агентства «Гэллап» в 2013 г. установлено, что 13% сотрудников в ФРГ высоко мотивированы на успех и заинтересованы в работе; 67% в немцев работают просто «по предписанию»; 20% про себя уже уволилось.

Существуют некоторые особенности организации труда медицинских работников в зависимости от формы собственности. С появлением медицинских центров негосударственной формы собственности (фирм) мотивация к работе младшего и среднего персонала стала существенно выше, чем в государственных МО. Зачастую, санитарки, уборщицы и МС не интересовались социальными преференциями в виде оплачиваемого декретного отпуска, больничного листа, они соглашались работать, даже без официального трудоустройства. Причина состояла в том, что в МО частной формы собственности зарплата была в разы выше, чем в аналогичных государственных МО, что обусловило высокий уровень желаний людей работать с большей отдачей. Дальнейшее развитие фирм привело медицинских работников к вопросу о социальном пакете, о премиальных выплатах и других привилегиях, которые может дать им труд. Так, нефинансовой мотивацией для младшего и среднего медицинского персонала частных МО может послужить: организация стирки и утюжка униформы, оборудование комнаты отдыха, где сотрудники могли бы отдохнуть в течение рабочего дня, выпить кофе, расслабиться на мягких диванах. Следует понимать, что эти специалисты большую часть рабочего времени проводят на ногах, поэтому, возможность отдыха придаст им сил и энергии для дальнейшей работы. В комнате отдыха зачастую помещают специализированную медицинскую литературу, ставят DVD диски с документальными фильмами о новостях белорусской медицины, обучающие пособия. Полезно обеспечение такого отдыха, чтобы каждая свободная минута приносила сотрудникам дополнительные знания по избранной специальности.

Не забывают в фирмах о системе дополнительного образования взрослых и курсах ПК. Зная, что за счет компании специалисты могут пройти обучение, повысить профессиональный уровень, они ценят не только место, в котором работают, но и руководство, которое заботится об их профессиональном росте. Возможность присутствовать на конференциях, съездах, совещаниях, обучающих семинарах в качестве представителя фирмы повышает чувство ответственности за свои действия, дает понять, что руководство доверяет и возлагает надежды на подчиненных. Главной МС необходимо предоставлять возможность инициативы и право участия в принятии коллективных решений. Неправильным для

руководителя является выделение кого-то одного, исходя из личных предпочтений, симпатий или антипатий к человеку. Доказательства в пользу именно этого человека, который сможет, например, представлять компанию на международном форуме, должны быть аргументированы.

При мотивации МС и младшего медицинского персонала необходимо помнить, что помимо финансовой мотивации существует не материальное воздействие, которое зачастую более эффективно. Когда дело касается врачей, непосредственно работающих с пациентами, привлекающих их не только профессиональным, но и культурным уровнем, возникают иные требования к работе и, следовательно, иные принципы мотивации.

При переходе из государственных МО в частные фирмы, МС испытывают определенный дискомфорт. В первую очередь он связан с изменением манеры общения с клиентами (пациентами). От умения МС общаться, разговаривать с людьми, зависит не только останется пациент лечиться в клинике (фирме) и далее, или обратится в другую организацию, но и общая репутация фирмы. Отдельные специалисты не способны перестроиться на иной уровень общения, поэтому некоторые руководители фирм отправляют кандидата на должность МС на специализированные курсы по улучшению межличностных отношений до того, как сотрудник приступит к работе. Работая «для пациента-клиента», МС вынуждены задерживаться на работе на неопределенное время, всегда быть вежливыми, приветливыми, внимательными к деталям, вникать в проблему пациента и находить оптимальные пути ее решения.

Мотивируют МС к лучшей работе при помощи увеличения доли премиальной части за счет количества людей, записавшихся к специалисту, с которым она работает. Учитываются положительные отзывы, оставленные в книге жалоб и предложений. Укрепляя здоровье окружающих людей, врач и МС не должны губить свое, поэтому некоторые директора медицинских клиник (фирм) делают отдельную денежную надбавку к заработной плате тем специалистам, которые не имеют вредных привычек, ходят в спортивный зал, позволяют пользоваться оздоровительными процедурами в нерабочее время бесплатно или со значительной скидкой в стоимости. Кто-то устанавливает тренажеры в комнате отдыха, чтобы в свободное время каждый сотрудник имел возможность улучшить свою физическую форму. В странах Европы это давно и успешно применяют как стимул к ФЗОЖ. Важно

установить положительный климат в коллективе. Даже если сотрудники будут вежливо относиться к посетителям, но негативно воспринимать друг друга, это будет заметно каждому. Организация Дней здоровья, совместных поездок за город, корпоративных спортивных команд, которые бы принимали участие в разнообразных соревнованиях, способствует сплочению коллектива. Таким образом, привлекая сотрудников к ФЗОЖ, можно улучшить общую физическую форму сотрудников, создать благоприятную атмосферу (гл. 9) в коллективе и избежать текучести кадров.

### **Функция управления главной медицинской сестры СКО: контроль**

Результаты деятельности МС не будут эффективными, если отсутствует контроль и оценка их деятельности со стороны руководителя. Правильная система контроля позволяет главной МС выявить проблемы в деятельности СКО и скорректировать их до того, как они перерастут в кризис. Контроль – это процесс обеспечения достижения СКО целей, позволяющий разрешить и своевременно скорректировать появляющиеся проблемы.

#### **Этапы контроля**

В процедуре контроля выделяются три этапа:

- установка стандартов и критериев;
- измерение и сопоставление с ними достигнутых результатов;
- проведение необходимых корректирующих действий, если достигнутые результаты существенно отличаются от предварительно установленных стандартов.

#### **Виды контроля в деятельности главной (старшей) медицинской сестры СКО**

Существуют три основных вида контроля: предварительный, текущий и заключительный. **Предварительный** контроль проводится до фактического начала работ, он включает реализацию определенных правил, процедур и линий поведения - анализ деловых и профессиональных качеств в ходе определения человеческих ресурсов, анализ качества будущих материальных ресурсов и др. **Текущий** контроль проводится непосредственно в ходе работы. Это регулярный анализ работы подчиненных, обсуждение возникших проблем и предложений по усовершенствованию деятельности,

позволяющие исключить отклонения от намеченных планов и инструкций. **Заключительный** контроль представляет форму обратной связи, осуществляемую после выполнения поставленных задач, предполагающую получение руководителем информации, необходимой для осуществления дальнейшего планирования и мотивации МС.

### **Функция контроля главной (старшей) медицинской сестры СКО**

Содержание контроля состоит не в том, чтобы зафиксировать нарушения, а в том, что сотрудники, зная, что существует контроль, действовали эффективно, избегая ошибок. Грамотное проведение контроля позволяет выявлять факты, необходимые руководителю для снижения затрат и повышения качества МП, или услуг. При осуществлении главной МС контроля ведения медицинской документации при приеме пациента в СКО следует обратить внимание на заполнение «Медицинской карты стационарного пациента» (уч. ф.№003/у-07) с предъявлением паспорта. Это осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.07.2012 г.№111 «Об утверждении инструкции о порядке и условиях оказания медицинской, в том числе психиатрической, помощи анонимно и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и их отдельных структурных элементов». Можно ориентироваться также на приложения к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.11.2008 г.№1050.

### **Основные методы контроля и оценки деятельности сестринского персонала**

- Административный обход
- Комплексный обход
- Целенаправленный обход (проверка).

## **Административный обход**

Административный обход проводится главной МС совместно с главным врачом или его заместителем в сроки, указанные в еженедельном плане-графике. Проверять можно деятельность старшей МС отделения, состояние санитарно-эпидемиологического режима, работу по ФЗОЖ, готовность к выполнению типичного алгоритма в аварийной ситуации, состояние охраны труда на рабочем месте персонала, противопожарные мероприятия и готовность персонала к поведению в нештатных ситуациях. Обязательными составляющими контроля главной (старшей) МС являются внезапные проверки при административном обходе:

\*надписей на емкостях с растворами дезинфицирующих средств в моечной, манипуляционной комнате с датой их приготовления;

\*дезинфекции обработанного мягкого инвентаря;

\*утилизации отходов;

\*записей в журналах стерилизации и контроля качества предстерилизационной очистки инструментов (ПСО), соблюдения мест хранения грязного белья, уборочного инвентаря и соответствие их маркировки факту соответствующего использования. Помимо прочего, это лежит в русле решения лечебно-контрольного Совета министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.09.2015 г. пп.5.1 «О результатах мониторинга ОДО «Анусан», постановления Коллегии министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.07.2015 г. пп.14.1 № «О ходе выполнения Национальной программы демографической безопасности на 2011-2015 годы».

## **Комплексный обход**

Комплексный обход главная МС СКО проводит самостоятельно, совместно с представителями Совета МС. Основные направления, по которым проводится проверка:

- санитарное состояние подразделения;
- выполнение врачебных назначений;
- состояние медицинской документации;

- хранение и учет лекарственных средств;
- состояние работы по ПК персонала.

### **Целенаправленный обход**

Целенаправленный обход главной МС проводится по мере необходимости, но имеет более конкретные задачи. Обход проводится в присутствии старшей МС подразделения, все замечания доводятся до сведения заведующего отделением с указанием срока устранения недостатков. Информация по результату проверки заносится в акт. Опытный главный врач постоянно отмечает ценность и значение для коллектива каждого сотрудника, подчеркивает не потенциал работника и его положительные стороны и качества, а реально достигнутые результаты. Главная МС должна организовать работу так, чтобы МП была оказана с максимально возможным для пациента эффектом: «Личный пример – не просто лучший метод убеждения, а единственный» - А. Эйнштейн. Смыслом работы главной (старшей) МС является быть рулевым колесом в достижении целей (миссии) СКО, ибо, как считал доктор психологии Френк Карделл: «Жизнь без нашего управления подобна кораблю без рулевого колеса, попавшему в шторм. Такая жизнь подобна блужданиям ночью в огромном лесу, без фонаря, компаса и карты».

### **Другие функции главной (старшей) медицинской сестры**

Помимо функций управления к должностным обязанностям современного руководителя сестринского дела относят:

- участие в обеспечении охраны труда и создание условий на рабочем месте МС, а также метрологический контроль;
- лекарственное обеспечение в СКО;
- организацию и контроль питания пациентов в условиях СКО;
- обеспечение инфекционной безопасности. Контроль проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.2013 г. №107.

Актуальна деятельность всех медицинских работников СКО по предупреждению инфекций, связанных с оказанием МП (ИСОМП). Подробное рассмотрение этих вопросов обусловлено запросами практикующих в системе СКЛ МС, работу которых

контролирует Республиканский и региональные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. Закрепление знаний по этим вопросам сократит число осложнений после СКЛ.

ИСОМП – это любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, поражающее пациента в результате его пребывания в СКО целью лечения, диагностики или реабилитации. Сюда относятся также медицинские работники в силу осуществления ими профессиональной деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре (санатории).

Природа ИСОМП - сложнее, чем казалась долгие годы; она определяется не только недостаточностью социально-экономической обеспеченности лечебно-диагностической сферы, но и не всегда предсказуемой эволюцией микроорганизмов, в т. ч. под воздействием экологического пресса, динамики отношений организма хозяина и микрофлоры. Рост ИСОМП может являться также следствием прогресса медицины при использовании, например, новых диагностических и лечебных препаратов, других медицинских средств, при осуществлении сложных манипуляций и оперативных вмешательств, применении прогрессивных, но недостаточно изученных технологий лечения. В отдельной МО может наблюдаться весь комплекс таких причин, однако удельный вес каждой из них в общем спектре будет сугубо индивидуальным.

Главные (старшие) МС наряду с врачами должны понимать ущерб для СКО от ИСОМП:

- Преждевременное завершение времени пребывания пациента в СКО;
- Социальный, психологический и материальный ущерб пациенту и имиджу СКО;
- Риск заражения других пациентов СКО.

### Наиболее известные **источники ИСОМП**:

- Пациенты (больные люди и бактерионосители), особенно длительно находящиеся в стационаре (санатории);
- Медицинский персонал (больные люди и бактерионосители), особенно длительные носители и пациенты со стертыми формами заболевания;

Роль посетителей стационаров, как источников ИСОМП наукой определена как незначительная.

### **Контингенты риска по ИСОМП**

- Пожилые пациенты
- Дети раннего возраста, недоношенные, ослабленные вследствие разнообразных причин;
- Пациенты со сниженной иммунобиологической защитой вследствие заболеваний (онкологических, крови, эндокринных, аутоиммунных и аллергических, инфекций иммунной системы, длительных операций);
- Пациенты с измененным психофизиологическим статусом, обусловленным экологическим неблагополучием территорий, на которых они проживают и трудятся. В условиях СКО контингенты риска по ИСОМП ограничены.

### **Основные возбудители ИСОМП**

#### 1. Бактерии

- Грамположительная кокковая флора:  
род стафилококков (виды: *st. aureus*, *st. epidermidis*, *st. saprophyticus*); род стрептококков (виды: *str. pyogenes*, *str. pneumoniae*, *str. salivarius*, *str. mutans*, *str. mitis*, *str. anginosus*, *str. Faecalis*);
- Грамотрицательная палочковидная флора:  
семейство энтеробактерий; род эшерихий (*E.coli*, *E.blattae*); род сальмонелла (*S.typhimurium*, *S.enteritidis*); род шигелла (

Sh.dysenteriae, Sh. flexneri, Sh. Boydii, Sh. sonnei); род клебсиелла (Kl. Pneumoniae, Kl. Ozaenae, Kl. Rhinoskleromatis; род протей (Pr. Vulgaris, pr. Mirabilis); род морганелла; род иерсиния; род гафния сerratия; род энтеробактер цитробактер; род эдвардсиелла; род эрвиния и др.

- 2.Семейство псевдомонад: род Psudomonas (Ps. aeruginosa).
- 3.Вирусы:
  - -возбудители простого герпеса, ветряной оспы, цитомегалии;
  - аденовирусной инфекции;
  - гриппа, парагриппа;
  - респираторно-синцитиальной инфекции;
  - эпидемического паротита;
  - кори;
  - риновирусы;
  - энтеровирусы;
  - ротавирусы;
  - возбудители вирусных гепатитов.

4.Грибы (условно-патогенные и патогенные): род дрожжеподобных; род плесневых грибов; род лучистых.

### **Механизмы и пути передачи ИСОМП**

1. Фекально-оральный
2. Воздушно-капельный
3. Трансмиссивный
4. Контактный.

## **Факторы передачи ИСОМП**

- Контаминированный инструментарий, дыхательная и иная медицинская аппаратура, белье, постельные принадлежности, кровати, предметы ухода за больным человеком, перевязочный и шовный материал, эндопротезы и дренажи, трансплантаты, спецодежда, обувь, волосы, руки медицинских работников и пациентов.

- «Влажные объекты» - краны, раковины, сливные трапы, инфузионные жидкости, питьевые растворы, дистиллированная вода. Также это контаминированные растворы антисептиков, антибиотиков, дезинфектантов и др. Это и кремы для рук, вода в вазах для цветов, увлажнители кондиционеров.

## **Опасные диагностические процедуры по риску возникновения ИСОМП**

- Взятие крови
- Процедуры зондирования
- Эндоскопии
- Пункции
- Венесекции
- Мануальные ректальные и вагинальные исследования.

## **Опасные лечебные процедуры по риску возникновения ИСОМП**

- Трансфузии
- Инъекции
- Пересадки тканей, органов
- Операции
- Интубации
- Ингаляционный наркоз

- ИВЛ
- Катетеризация сосудов и мочевыводящих путей
- Гемодиализ
- Ингаляции
- Бальнеологические процедуры.

При осуществлении мероприятий по предупреждению ИСОМП в СКО, МС должны особенно внимательно относиться к деятельности с определенными изделиями медицинского назначения (ИМН), которая несет большой риск здоровью пациента и исполнителю процедур и технологий МС.

### **Классификация изделий медицинского назначения (по Сполдингу)**

- «критические» предметы - хирургические инструменты, катетеры, имплантанты, жидкости для инъекций, иглы, которые должны быть стерильными;
- «полукритические» - эндоскопы, оборудование для ингаляций, анестезии, ректальные термометры должны подвергаться высокому уровню дезинфекции;
- «некритические» изделия или предметы: подкладные судна, манжетки тонометров, костыли, посуда, подмышечные термометры. Это все предметы, контактирующие с кожей пациента, они должны подвергаться низкому уровню дезинфекции или просто быть чистыми.

### **Классификация ИСОМП**

**I. В зависимости от путей и факторов передачи ИСОМП классифицируют на:**

1. Воздушно-капельные (аэрозольные)
2. Водно-алиментарные
3. Контактно-бытовые

4. Контактно-инструментальные
5. Постинъекционные
6. Постоперационные
7. Послеродовые
8. Посттрансфузионные
9. Постэндоскопические
10. Посттрансплантационные
11. Постдиализные
12. Постгемосорбционные
13. Посттравматические инфекции
14. Другие формы.

## **II. От характера и длительности течения ИСОМП**

- Острые
- Подострые
- Хронические.

**III. По степени тяжести ИСОМП:** тяжелые, среднетяжелые, легкие формы клинического течения.

**IV. В зависимости от степени распространения ИСОМП:** генерализованные инфекции: бактериемия (виремия, микемия), септицемия, септикопиемия, токсико-септическая инфекция (бактериальный шок и др.) и локализованные инфекции.

Предупреждение бактерионосительства медицинских работников является доступным и важным разделом профилактики ИСОМП:

- Регулярная качественная диспансеризация медицинских работников;
- Бактериологическое обследование медицинских специалистов по эпидемическим показаниям;

- Своевременное выявление инфекционных заболеваний среди медицинских работников;
- Ежедневный контроль состояния здоровья медицинских работников, осуществляемый старшей МС.

Несмотря на пристальное внимание медицинских работников к соблюдению мероприятий по предупреждению ИСОМП, существует ряд причин, которые этому препятствуют (табл. 2.5).

Таблица 2.5

Причины, способствующие сохранению высокого уровня заболеваемости ИСОМП



Анализ первой группы причин по сохранению определенного уровня заболеваемости при наличии источника и условий для распространения ИСОМП выявляет значение селекции устойчивой микрофлоры и формирование бактерионосительства в СКО. Если причиной роста ИСОМП является снижение иммунитета при заболевании, то на первое место выходит рост контингентов риска и активизация искусственных (искусственных) механизмов передачи. При недостатках размещения, оснащения и организации работы в СКО причины ИСОМП состоят в издержках тактических

управленческих решений, низкой эффективности медицинского оснащения, дефиците кадров, невыполнении медицинскими работниками требований по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима.

Внешний контроль осуществляют главная МС СКО, заместитель главного врача по медицинской части при целенаправленных обходах. Важнейшим критерием в оценке качества МП пациенту при СКЛ является отсутствие осложнений, связанных с выполнением процедур и манипуляций, назначений врача. Повышение профессионального уровня медицинского персонала СКО проводят в форме техучебы, сестринских конференций, обучающих семинаров с привлечением специалистов из образовательных организаций, зачетов по основным регламентирующим приказам, освоения смежных специальностей, подготовки по индивидуальным планам усовершенствования и специализации, аттестации на квалификационную категорию, самообразования, конкурсов на звание «Лучшего по профессии».

Таким образом, многообразные обязанности главной (старшей) МС совместно с администрацией СКО можно свести к таким дополнительным функциям, как:

- \*правильная организация труда МС и младшего медицинского персонала;

- \*создание условий для охраны труда, лекарственного и инструментального обеспечения, роста производительности труда, применение оптимальных форм разделения и кооперации в работе;

- \*развитие командной формы осуществления МП, преемственности, взаимозаменяемости функций, способствующих росту эффективности;

- \*обеспечение соблюдения трудовой и производственной дисциплины, устранение потерь рабочего времени;

- \*соблюдение законодательства о труде, правил по охране труда, мер профилактики производственного травматизма;

- \*правильное применение действующих нормативов и условий оплаты труда с учетом конечного результата деятельности;

- \*осуществление контроля знаний по основным разделам работы МС, противопожарной безопасности, положениям

нормативных документов, инструкциям, соблюдению санитарно-эпидемиологического режима работы;

\*стимулирование своевременного роста деловой квалификации и взаимозаменяемости МС в СКО;

\*быть внимательной к нуждам и потребностям медицинских работников.

### **Охрана труда и метрология как раздел организационной работы главной медицинской сестры**

Действия ВОЗ по охране труда медицинских работников предусматривают конкретные программы в нескольких областях:

- профилактику травм от колюще-режущих инструментов;
- травмы при переносе тяжестей, механических действий с пациентом (эргономика);
- респираторные риски практикующих медиков;
- фармацевтические риски при подготовке противоопухолевых препаратов;
- оценку рисков профессии и управление ими и информацией.

После информационной кампании ВОЗ о предотвращении медицинских травм были проведены переговоры и подписано Рамочное соглашение совместно с Европейской федерацией профсоюзов, которому в 5 летний срок придан юридический статус (De Raeye, 2010). Суть предложений ВОЗ состоит в применении комплексного подхода (оценка и профилактика рисков травм, обучение, повышение уровня информированности персонала и мониторинг). Оценка и предупреждение рисков охватывают условия труда, уровень квалификации, психосоциальные производственные факторы и вакцинацию. Меры воздействия по охране труда медицинских работников включают три группы психосоциальных причин: улучшение организационной структуры; взаимоотношения с коллегами или ПК отдельных работников для более мягкой адаптации и индивидуальное обучение способности справляться со стрессом, которые актуальны для медицинских работников СКО.

Показательной мерой по охране труда в Нидерландах (1997-1998 гг.) стала групповая профилактика синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), проведенная среди персонала, работающего с онкологическими больными. Программа «Береги себя», состоявшая из шести 3-час. занятий один раз в месяц, осуществлявшаяся под руководством консультанта, благодаря сети социальной поддержки была оценена всеми участниками особенно высоко. Руководителю полезными для рассмотрения станут факторы, влияющие на обеспеченность медицинскими кадрами и на качество оказываемой ими помощи. Известно, что действия, направленные на улучшение рабочей среды для медицинских работников, разделяют на 4 уровня: региональный уровень, национальный, ведомственный и организационный (рис. 3). Нормативные документы международного и национального уровня носят общий характер, определяют ориентиры и обеспечивают поддержку политики государства, однако конкретное содержание придается на уровне ведомства и МО, позволяющие адаптировать их к специфике труда в здравоохранении, в т.ч. в системе СКЛ.

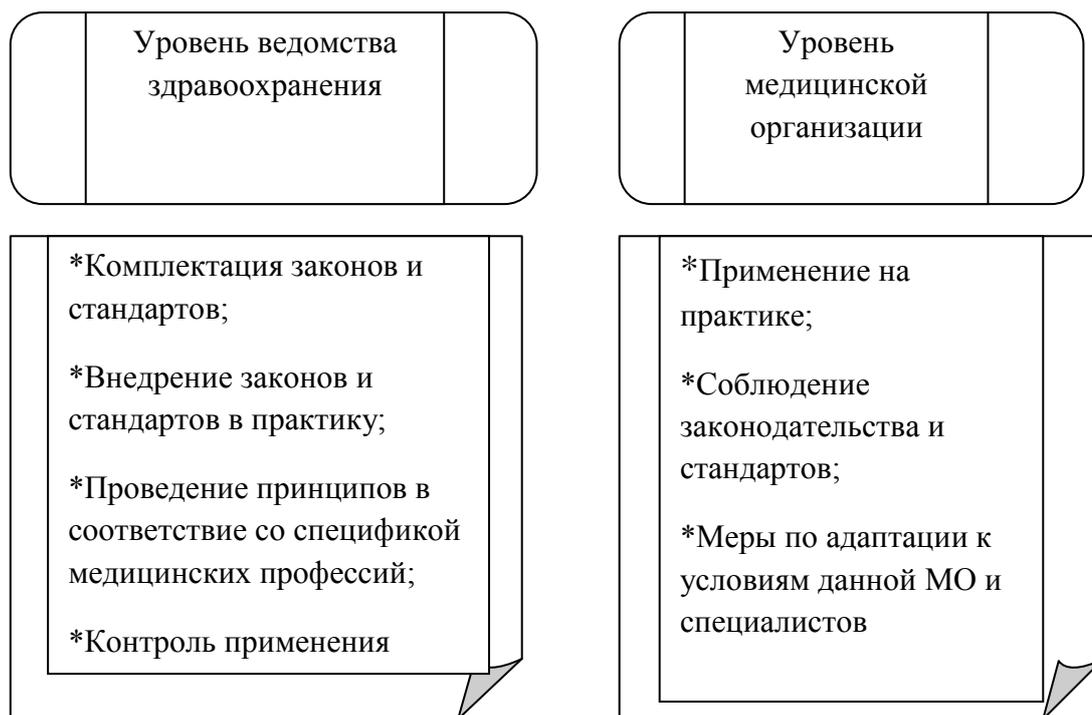


Рис. 3. Уровень применения мер по стратегиям реагирования на создание благоприятной рабочей среды в здравоохранении

## **Участие главной медицинской сестры СКО в охране труда, медицинская метрология и ее специфика**

Укрепление здоровья народа стало важным фактором достижения лучшего качества жизни, в которое включено здоровье и производительность (эффективность) труда, концепция модели оптимального места работы и оказания МП, состоящей в оздоровлении и реабилитации не только пациентов, но и самих работников системы здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) поставило задачи по внедрению стандартов и показателей по укреплению здоровья в отдельных ОЗ, а также на региональном уровне. Стандарты базируются на фактических данных об эффективности организации работы, изменении культуры профессионального взаимодействия посредством организационной культуры (McClure M. et al., 1983) (гл.8,9).

Помимо обозначенных функций, которые выполняет главная МС СКО, другим разделом ее работы является осуществление метрологии, контроль исправности используемой медицинской техники совместно с инспектором (инженером) по охране труда. Технические устройства, используемые в медицине, называют обобщенным термином «медицинская техника». Большая часть медицинской техники относится к медицинской аппаратуре, которая в свою очередь подразделяется на медицинские приборы и медицинские аппараты.

Медицинским прибором принято считать техническое устройство, предназначенное для диагностических или лечебных измерений (медицинский термометр, сфигмоманометр, электрокардиограф и др.).

Медицинский аппарат – техническое устройство, позволяющее создавать энергетическое воздействие терапевтического, хирургического или бактерицидного свойства, а также обеспечивать в медицинских целях определенный состав различных субстанций (для аппарата УВЧ-терапии, электролазера, искусственной почки, ушного протеза и др.).

Метрологические требования к медицинским приборам очевидны, они призваны оказывать дозирующее энергетическое воздействие на организм в безопасных дозах, поэтому заслуживают внимания метрологической службы. Измерения в медицине достаточно специфичны, поэтому в метрологии выделено отдельное направление – медицинская метрология, базирующаяся на определенных требованиях. Основными нормативными документами по метрологии в настоящее время являются:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. № 424 «О метрологической службе Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.11.1996 г. № 255 «Об утверждении и введении в действие Положения о метрологическом обеспечении учреждений здравоохранения Республики Беларусь».

Контроль исправности медицинской техники, как вид деятельности главной МС, осуществляется совместно с инспектором (инженером) по охране труда. В целях выявления всех имеющихся в СКО средств измерений (СИ), их учет начинается с технической переписи, осуществляемой ежегодно по мере поступления нового оборудования, завершается к началу составления графиков поверки (прил. 1).

Материалы переписи СИ должны содержать следующие данные: наименование, тип, единицу измерения, класс точности, нижний и верхний предел измерения, индивидуальный номер, год выпуска, страну – изготовитель. Кроме этого должна быть дата ввода в эксплуатацию, за кем закреплено СИ, данные о проверке. Сведения о СИ заносятся в журнал учета, который должен содержать разделы по каждому виду. Журнал ведется в каждом структурном подразделении СКО. Рекомендуются форма журнала учета СИ, приведенная ниже (прил.1). В журнал учета в отдельный раздел включаются СИ, не обеспеченные поверкой, и импортируемые средства измерений. По мере приобретения, списания и передачи СИ другим лицам, или в другое подразделение СКО своевременно должна осуществляться корректировка учетных данных. После осуществления переписи СИ производится анализ их состояния, принимаются необходимые решения.

#### **Указания по эксплуатации и хранению средств измерений в организациях здравоохранения**

К эксплуатации СИ допускаются работники, обученные приемам и методам измерений. СИ должны использоваться только по прямому назначению, самостоятельно произведенные усовершенствования и переделки, в результате которых изменились их метрологические характеристики, недопустимы. Неисправные, не поверенные в срок, неучтенные, а также при утере свидетельства о поверке или нарушении целостности клейма СИ считаются непригодными к эксплуатации, подлежат немедленному изъятию из применения, поверке или ремонту. Эксплуатирующиеся в СКО СИ закрепляются за лицами, непосредственно работающими на них, о чем должны быть сделаны записи в журнале учета СИ (прил.1).

Исходными данными для составления в СКО графиков поверки являются журналы учета средств измерений. Графики поверок СИ составляются ответственным за метрологическое обеспечение средств измерений, утверждаются руководителем СКО, согласовываются с базовой метрологической службой, Белстандартом, или его территориальными органами.

### **Государственные и ведомственные поверительные клейма**

1. На средства измерений, признанные по результатам государственной или ведомственной поверки пригодными, наносятся поверительные клейма или выдаются свидетельства о поверке.

2. Государственные поверительные клейма содержат следующие знаки:

- две последние цифры года применения клейма;
- шифр территориального органа Белстандарта;
- индивидуальный знак государственного поверителя.

3. Ведомственные поверительные клейма содержат следующие знаки:

- регистрационный номер аккредитованной службы;
- две последние цифры года применения клейма;
- индивидуальный знак поверителя;
- в поле клейма может быть помещена дополнительная информация о квартале или месяце года, в котором проводилась поверка СИ (по указанию Белстандарта).

Главная МС СКО обеспечивает контроль осуществления сервисного обслуживания и метрологической поверки лабораторно-диагностического оборудования, с согласия главного врача назначает ответственных лиц подразделений за этот вид деятельности.

Помимо метрологии, главная МС СКО участвует в работе с кадрами. Основными методами работы, сохраняющими медицинских работников в условиях острого дефицита, явилась, система управления качеством МП, наделение уровнем властных полномочий и ответственности старших МС, улучшение микроклимата во взаимоотношениях врачей и МС, характеристики СКО показательного для других уровня организации и безопасности труда.

Критерии оценки работы МС в СКО базируются:

- на наличии нормативных документов по работе МС, отвечающих современным требованиям, как основы обеспечения качества МП. Количество баллов при аттестации рабочего места МС по оценке условий работы;
- реализации комплексной стратегии поддержанию осведомленности персонала в вопросах укрепления здоровья;
- на показателе заболеваемости сотрудников, производственного травматизма и среднем балле риска по шкале СЭВ.

Многочисленные исследования проблемы риска СЭВ для медицинских работников позволили сделать выводы о том, что для его предупреждения у людей публичных профессий главному врачу СКО необходимо сосредоточить усилия на пяти областях, влияющих на его развитие:

1. Обеспечить управляемую рабочую нагрузку;
2. Оптимальный контроль работы МС;
3. Система справедливого вознаграждения по вкладу, а не по признаку «преданности»;
4. Создание в СКО чувства общности и сопричастности к принимаемым решениям;
5. Разделенные в коллективе жизненные ценности.

Последствиями внедрения предлагаемых характеристик работы в МО признаны достоверное меньшее число осложнений у пациентов после лечения, снижение риска развития СЭВ у медицинских работников и минимизация текучести кадров. Однако, сеть подобных стационаров для сестринской успешной деятельности ограничена территорией США, не поддержана Западной Европой, а в Великобритании статус был аннулирован Национальной службой здравоохранения Соединенного Королевства.

Создание благоприятной профессиональной среды для медицинских работников сопряжено с рядом трудностей, разрешимых только в сотрудничестве Министерства здравоохранения Республики Беларусь с такими ведомствами как Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь, Министерство финансов Республики Беларусь и рядом иных. С этой

целью необходимым становится вовлечение в сотрудничество ключевых партнеров на основе концепции социального диалога как средства достижения лучшей рабочей среды. Взаимный интерес нанимателей и работников по вопросам экономической и социальной политики для улучшения условий найма и качества МП, имеет давние традиции в странах Европейского союза с 2006г., где социальными партнерами являются NOSPEEM и ЕФПОО (EPSU).

Существуют исследования об условиях коллективных договоров в секторе здравоохранения (Швеция, Германия, Австрия, Чехия), свидетельствующие о нескольких факторах успешности социального диалога (Voss T., 2010):

\*вовлечение в принятие решения через сотрудничество круга специалистов с помощью организационной культуры;

\*доверие между заинтересованными сторонами;

\*законный статус переговоров и обязательный характер его результатов;

\*наличие стратегических целей развития отрасли и организации;

\*компетентность и вовлечение медицинских работников в диалог, наличие посредничества в конфликтных ситуациях, поддержание инициативы по предоставлению социальной поддержки.

Известны многочисленные примеры социальных пакетов по мотивации на высококачественный труд МС, например в «Стабилизационной программе» преодоления дефицита медицинских кадров в Чешской Республике (2008). Подобные меры могут быть применены к специалистам в СКО:

1. Перевод специалистов в разряд категории работников с более высокими ставками заработной платы, и увеличение системы льгот;

2. Современные программы прерывного ПК и самостоятельного обучения с помощью наставников с элементами стимулирования обеих участников процесса;

3. Возрастание сферы компетентности и возможность самостоятельности в работе МС, закрепленное законодательно;

4. Оптимизация пропорций между семейной жизнью и работой (гибкий график работы, оформление на работу на полставки, места в детский сад; возможность лечения детей в дневных стационарах своей МО);

5. Ведение реестра численности медицинских работников, с учетом их потребности в ведомственном жилье.

Результатом «Стабилизационной программы» в Чехии стало уменьшение дефицита кадров наполовину уже через год (Safrankova A., Di Cara, 2010). Другим примером повышения привлекательности сестринской профессии, например, в Бельгии (2008) может служить национальный четырехлетний план, на выполнение которого были выделены солидные государственные инвестиции (Lardennois M.). Четырьмя главными направлениями по мотивации медицинской сестры к высококачественному труду были следующие:

1. Принятие мер по уменьшению норм нагрузки на одну МС; снижению уровня стресса (увеличена численность медицинского персонала; стимулирование лиц, овладевших смежными умениями и навыками и готовых к взаимной замене; использование систем информационных технологий для облегчения канцелярской рутинной работы; стандартизованные листы наблюдений согласно сестринскому процессу);

2. Создание условий для ПК за счет обучения на рабочем месте и введения магистерских степеней;

3. Изменение уровня оплаты труда системой премий за работу в выходные и праздничные дни, в позднее и ночное время, за исполнение административных обязанностей;

4. Обеспечение мер по общественному признанию профессии МС путем поддержки представительства в общественных профессиональных организациях и в органах здравоохранения.

В Германии есть свои стратегии, повышающие привлекательность медицинской профессии, благоприятствующие семейной жизни в практике стационаров, возможные для применения в СКО:

1. Частичная занятость молодых матерей (на 15-93% полной ставки);

2. Разделение объемов работы, особенно на управленческих должностях;

3. Координация графиков дежурств у членов семейных пар из разных отделений одной МО;

4. Создание счетов рабочего времени (прибавление и вычитание часов работы);

Правовые инструменты, использованные на международном и национальном уровне в Европейском союзе, аналогичны мерам, закрепленным отечественным законодательством. Стимулы и нормы материнства и условий для семейной жизни широко использованы и в нашей стране, и в других государствах, они направлены на укрепление демографической безопасности государства и сохранение возможностей для успешной работы медицинского персонала - женщин.

Примером воздействия на разумное сочетание медицинской работы и семейной жизни является Исландия с высоким (до 90%) уровнем участия женщин в трудовой деятельности и одновременно высоким уровнем рождаемости. В 2000 г. там произошло изменение законодательства, согласно которому система предоставления отпусков по беременности и родам равна для матерей и отцов, которые самостоятельно внутри семьи могут решить этот вопрос. При рождении или усыновлении ребенка оба родителя имеют право на трехмесячный оплачиваемый отпуск без права его передачи другому родителю. При этом если один из родителей решит не пользоваться этим отпуском, то он пропадает. Оба родителя имеют совместное право на дополнительный трехмесячный отпуск, оплачиваемый в размере 80% заработной платы, который можно разделить внутри семьи и между собой, используя гибко. Через три года после введения подобной системы, число мужчин, участвующих в уходе за ребенком, возросло до 92%. Помимо этого, в Исландии использовали:

\*переход к облегченному труду МС без прерывания трудовых отношений;

\*гибкий график работы;

\*обеспечение безопасности рабочего места с целью исключения угрозы для здоровья матери и ребенка;

\*право на отпуск, в связи с родами, болезнью ребенка, сокращенный рабочий день в течение краткосрочной болезни ребенка;

\*помощь в оплате услуг детского сада или предоставление такой поддержки.

Учитывая направление государственной политики по обеспечению демографической безопасности, защите семьи и материнства в Республике Беларусь, внимание главной МС СКО к молодым семьям, является ситуационно и нравственно обусловленным.

В Республике Беларусь не проводилось исследований на подобную тему, однако факторами, обуславливающими тяжесть физического труда МС, занимаются в системе охраны труда и техники безопасности.

К факторам, обуславливающим тяжесть физического труда МС, относят следующие показатели:

\*неравномерное распределение физической нагрузки на опорно-двигательный аппарат;

\*динамические и статические мышечные нагрузки, связанные с подъемом, перемещением и удержанием разных по массе пациентов;

\*необходимость частых и глубоких наклонов корпуса;

\*длительное поддержание физиологически нерациональных рабочих поз (неудобных, вынужденно фиксированных, например, у операционной МС);

\*многократно повторяющиеся движения рук разной амплитуды у инструктора ЛФК, МС по массажу, МС физиотерапевтического кабинета.

Последствиями монотонности работы, ее неравномерного ритма, неправильных технических приемов при переносе тяжести и длительного напряжения отдельных мышечных групп становятся заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

В связи с условиями труда выделяют 3 группы профессий:

- 1-я группа - легкий физический труд с большим количеством мелких ручных действий (монотонные стереотипные движения) в условиях гиподинамии и вынужденной рабочей позы;

- 2-я группа - физический труд средней тяжести в сочетании с однотипными движениями, вынужденным положением тела, контактом с вредными веществами;

-3-я группа - профессии со значительной физической нагрузкой, перемещением больших грузов и значительным статическим усилием.

У специалистов этих групп профессиональными являются координаторные неврозы, полинейропатии, периартриты плечевого сустава, эпикондилиты плеча, бурситы. Профилактикой заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы специалистов данных профессий являются приемы эргономики, максимальная малая механизация при перемещении пациентов, а также рабочая поза «сидя – стоя» с использованием подъемно-поворотного табурета и плавной системы регулирования высоты сидения.

В традиционном понимании эргономика - это наука о приспособлении должностных обязанностей, рабочих мест, предметов и объектов труда, а также компьютерных программ для наиболее безопасного и эффективного труда работника, исходя из физических и психических особенностей человеческого организма. В прикладном смысле это наука, позволяющая адаптировать работу к личным особенностям специалиста.

Общеизвестно, что определенным гарантом эффективной профессиональной деятельности является наличие безопасной рабочей среды. Труд медицинских работников относится ко II категории напряженности. Благодаря исследованиям ученых, можно выполнять служебные обязанности наиболее успешно и безопасно для здоровья исполнителя. При описании требований к рабочему месту рассматриваются способности специалиста по отношению к физическим условиям работы (например, напряжение, выносливость, ловкость, гибкость, способность выдерживать положения и позы, острота зрения и слуха), а также как специалист контролирует собственное умственное и эмоциональное состояние в отношении рабочего регламента. Это может касаться графиков работы, рабочей нагрузки, связанного с работой профессионального стресса.

В идеале, адаптация к обстановке, оборудованию, инструментам, которые использует специалист, и к окружающим условиям делает МС способной адекватно выполнять обязанности без риска для самой себя, коллег и окружающих людей. Этому способствует также повышение адаптации медицинского работника

к деятельности путем специальной подготовки и использования личных средств защиты.

## **Организация рабочего места медицинской сестры**

В условиях СКО существует несколько зон работы МС, в которых можно использовать элементы эргономики (ФТЛ, массаж). При организации рабочих мест с целью обеспечения безопасности и удобства ее труда необходимо учитывать то, что конструкция рабочего места, размеры и взаимное расположение его элементов должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психофизиологическим данным МС. Важным для качественной производственной среды является выбор положения работающего человека, при этом необходимо учитывать:

1. Физическую тяжесть работы;
2. Размеры рабочей зоны и необходимость передвижения в ней персонала в процессе выполнения своих функций;
3. Технологические особенности процесса выполнения работы;
4. Статические нагрузки рабочей позы;
5. Время пребывания в особом положении и перерывы на обед.

Для выполнения медицинских функций, в позиции «стоя», рабочее место МС организуется, как при физической нагрузке средней тяжести и тяжелой. Если технологический процесс оказания МП не требует постоянного перемещения работающего специалиста и физическая тяжесть работы позволяет выполнять его в положении сидя, в конструкцию рабочего места рекомендуют включать кресло и подставку для ног. Науки соционика и эргономика предлагают использовать пространственную компоновку рабочего места для МС и врачей. Конструкция рабочего места должна обеспечивать выполнение трудовых операций в зонах выполняемых действий в зависимости от требуемой точности и частоты действия:

- выполнение трудовых операций «очень часто» (2 и более операций в минуту) и «часто» (менее 1 операции в минуту) должно производиться в пределах зоны легкой досягаемости и оптимальной зоны моторного поля для выполняемых действий;
- исполнение редких трудовых операций допускается в пределах зоны досягаемости производимых действий.

В отношении работников СКО применение эргономики расширилось, в настоящее время она направлена на тех, кто вовлечен в оказание непосредственной помощи пациенту. Эта наука изучает деятельность врачей, МС, работников вспомогательных служб (техников, лаборантов, фармацевтов, социальных психологов), а также лиц, занятых в службах обеспечения. К ним относят администрацию, повара, хозяйственных работников, рабочих эксплуатационных служб. В последние годы результаты анализа были использованы для адаптации оборудования, используемого в СКЛ, а также распространение рабочих советов на отделения, учет расстояния между палатой, количеством и расположением оборудования при типовом планировании СКО.

Одним из первых факторов, определяющих здоровье медицинских работников и качество МП, является значительное физическое напряжение, о чем свидетельствуют частые перерывы в процессе выполнения процедуры, мешающие специалисту. Негативное воздействие на МС оказывают психологические факторы, ассоциированные со случаями фатальных заболеваний или травм, работой с престарелыми пациентами и смертью, к счастью, исключенных из арсенала деятельности в условиях СКЛ. Учет всех факторов - трудная задача для главной МС, но подход, направленный только на один из вредных факторов не дает результатов. Так, например, восприятие пациентами качества пребывания в СКО их взаимоотношений с врачами и другим специалистами, питание и внутренний микроклимат во многом определяют эффективность МП для пациента.

Учеными за рубежом исследуется совокупность и взаимодействие личных факторов (усталость, соответствие, возраст и подготовку) и факторов обстоятельств (организация работы, график, покрытие пола, мебель, оборудование, средства связи и психологическая поддержка в коллективе), которые взаимодействуют и влияют на оказание МП в СКО. Точная характеристика актуальной работы, выполняемой медицинскими работниками, зависит от эргономических наблюдений в течение полных рабочих дней, сбора значимой и объективной информации о движениях, позах, элементах творческого подхода и эмоционального контроля, необходимых для удовлетворения рабочих требований. Они помогают определить факторы, которые могут взаимодействовать с эффективной, безопасной, комфортной медицинской работой. Этот подход также выявляет возможности работников, не удовлетворенных, или получающих удовольствие от своей работы.

## **Функции старшей медицинской сестры СКО**

Основная роль старшей МС заключается в рациональной организации труда сестринского и младшего медицинского персонала подразделений, осуществлении контроля их деятельности, организации обучения на рабочем месте методами натаскивания и наставничества, адаптация специалистов на рабочих местах, планирование роста их квалификации в системе дополнительного образования взрослых. Для успешного выполнения этих задач старшая МС составляет годовой план работы, включающий разделы по контролю исполнения должностных обязанностей, а также по работе с кадрами. Внутренний контроль выполнения работы специалистами осуществляют старшая МС и заведующий отделением при ежедневных обходах, наблюдении за работой персонала, личных беседах с пациентами, находящимися в отделении. Контролю подлежит проверка состава и сроков годности аптечки по оказанию МП при неотложных состояниях (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2006 г. №484; приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 г. №1030).

### **Выводы**

Главная (старшая) МС СКО осуществляет рациональную расстановку и использование среднего и младшего медицинского персонала адекватно уровню их образования и навыкам, составляет графики работы и отпусков; обеспечивает четкую работу регистратуры (приемного покоя), справочно-информационной службы, процедурного и других кабинетов, работающих без врачей. Она также осуществляет контроль соблюдения дисциплины, направляет работу МС и младшего медицинского персонала в русло надлежащей культуры в обслуживании пациентов и выполнения врачебных назначений. Ей присущи функции контроля, учета, распределения, расходования и использования медицинского инструментария, лекарственного обеспечения, бактериальных препаратов, перевязочного материала, а также хранение и учет сильнодействующих ядовитых медикаментов, сопровождаемый ведением медицинской документации. Совместно с главным врачом она содействует использованию на практике элементов по научной организации труда, составляет планы ПК средних медицинских работников, организует и контролирует их выполнение. Из

перечисленных функций понятно, что работа специалиста руководителя по сестринскому делу многообразна и ответственная, требует творчества и знаний.

Обеспечивая контроль осуществления сервисного обслуживания и метрологической поверки лабораторно-диагностического оборудования, главная МС СКО согласует с главным врачом ответственных лиц подразделений за эту работу.

По итогам года главная МС СКО с целью стимулирования предоставляет главному врачу информацию о МС, готовых к взаимной замене в разных подразделениях в случае производственной необходимости. Обоснование в штатном расписании СКО должности реабилитолога, подготовка которых начата в Беларуси в рамках осуществления Болонских договоренностей (1989 г.) в сфере унифицирования медицинского образования в Европе, является делом недалекого будущего для МС с высшим образованием.

Исследованием Ф. Барра (1961) шкалы профессионального статуса по 100 интеллектуальным показателям из 21 возможного балла профессии МС отведен индекс 10,86-16,28 балла, и для врача – 16,58-17,50 баллов, что выдвигает это вид деятельности в разряд высокоинтеллектуальных и творческих одновременно. При этом индекс интеллекта не служит показателем статуса в обществе, доказанного П.А. Сорокиным в 1996г. через уровень образования, квалификации и интеллектуального развития.

### **Вопросы для самообразования**

1. Назовите основные функции главной (старшей) МС сестры СКО.
2. Назовите известные вам виды планов в работе главной МС. В чем отличие планов работы для главной и старшей МС?
3. В чем содержание и значение понятия «мотивация»?
4. Что такое метрология, в чем состоит контроль исправности медицинской техники, кем он регламентируется и осуществляется в СКО?
5. Каковы известные вам методы, виды и этапы контроля?
6. Каковы критерии оценки уровня организации и безопасности труда?

7. Известны ли вам области воздействия руководителя для предупреждения развития у сотрудников СЭВ?

### **Глава 3. Особенности работы старшей медицинской сестры в условиях детского санатория**

Дети являются приоритетом в политике государства, многочисленные государственные программы активизируют деятельность ученых и практиков в системе здравоохранения на совершенствование оказания МП с применением современных педиатрических, педагогических, психологических открытий. В связи со сложностью работы МС с этой категорией пациентов, требования к работе в системе организации педиатрической помощи высоки.

Согласно ВОЗ возрастные периоды человеческой жизни следующие: до 15 лет – детство; 16-30 лет – юношество; 31-45 лет – молодость; 46-60 лет – зрелый возраст; 61-75 – пожилой возраст; 76-90 – старческий возраст; 91 и более лет считают долгожительством. Возраст накладывает на ребенка особенности, которые специалисты должны учитывать в работе с ними.

Так, дошкольный возраст (период развития ребенка от 3 до 6-7 лет) служит для социальной адаптации и становления личности, развития речи, расширения контактов со сверстниками и взрослыми. Одновременно это время наиболее высокой заболеваемости, поэтому контакты с медицинскими работниками часты. Дети этого возраста, недооценивая опасность заболевания, склонны скрыть страдания или ввести медицинского работника в заблуждение, опасаясь неприятных дальнейших контактов с ними, возможных манипуляций, уколов. Дети внушаемы и на вопрос: - «здесь больно?» - могут дать самые противоречивые ответы.

Младший школьный возраст (от 6 до 11 лет) характеризуется большей самостоятельностью, общение с ними в значительной степени облегчено. Однако, если дети незнакомы или мало знакомы с МС, это может легко повлиять на отношение к ней. Кроме того, у ребенка уже развито чувство собственного достоинства, самоуважения. Насмешливые, уменьшительно-ласкательные формы обращения чаще всего обидны для ребенка этого возраста.

Подростковый период (от 11 до 15-18 лет). По классификации ВОЗ этот возраст до 15 лет считается детством, а 16-30 лет – юношеством. Подростки требуют особого внимания и такта, ибо в этот переломный период происходит становление личности. В отношениях с медицинским работником появляется независимость, скрытность. Иногда самоутверждение и протест в отношениях с окружающими приобретают крайние формы, вплоть до вредных привычек, конфликтов, аномалий поведения и даже суицидальных

попыток. Это требует выражения искреннего желания помочь подростку тактичным поведением и советом. Неприменимы нравоучения, наставления, ирония, использование интонаций и слов, задевающих самолюбие и унижающих подростка. МС, имеющая контакт с подростком, должна иметь не только педагогические, но и психотерапевтические навыки.

Особенности взаимоотношения МС с ребенком в условиях СКО:

- Из-за излишнего оптимизма детей, их беспечности внушать ребенку не только веру в исцеление, но и мобилизующее чувство опасности;
- Проявлять «взрослое» уважительное отношение к ребенку с соблюдением его интересов;
- Особенность восприятия неприятных ощущений состоит в низком пороге болевой чувствительности, поэтому при выполнении болезненных процедур нужно уметь отвлечь, переключить внимание, развлечь ребенка.
- жалея ребенка, не показывать свою жалость, ибо это подрывает способность сопротивляться болезням;
- помнить о детской ревности и привязчивости, с осторожностью устанавливать отношения с каждым ребенком;
- иметь индивидуальный подход к каждому маленькому пациенту с учетом возраста, опыта, иммунитета, психологических установок и жизненных ценностей;
- сострадая ребенку с выраженными отклонениями от нормы, убедить его, что он умнее и добрее, чем злые дети (которых медику уместно останавливать), находить в нем индивидуальные достоинства (остроумие, доброту, сообразительность, аккуратность);
- проявлять такт по отношению ко всем детям, но особенно к подросткам в силу значительной ранимости психики.

Непосредственное общение МС детского санатория проходит через установление контакта, включающего приветливость, умение выслушать с интересом, немедленную реакцию на запросы пациента.

Нужно обращаться к ребенку по имени, а не по фамилии, недопустимы такие обращения к ребенку, как «больной» или «пациент». Заинтересованный тон, такт и вежливость, недопустимость порицания или морализирования – основные инструменты общения МС. С учетом возраста ребенка, недопустимы длительные беседы и сложные вопросы в работе с маленькими детьми, полезно включение элементов игры и поощрения. Главной деонтологической задачей МС является подавление страха у ребенка и его близких людей, чему способствуют личностные качества МС и приемы отвлечения, шутка. Нужно узнать, чего боится ребенок (обследования, боли, белых халатов, уколов...). Для борьбы со страхом очень полезно обычными словами назвать то, что их вызывает. Если ребенок напряжен, борется со слезами, стоит ободрить его словами: не беда, поплачь, если больно. Если ребенок поверил МС, он с меньшим страхом идет на неприятные процедуры, исследования, чем при отсутствии понимания.

При назначении процедур или манипуляций нужно осторожно подготовить ребенка, сообщив ему о том, что он будет чувствовать, сказав, если нужно, что «действительно немного будет больно», или попросить его сказать, если будет очень больно. Строгость МС, но в доброжелательной и мягкой форме в сочетании с уважением и известной дистанцией облегчает выполнение профессиональных задач. Помогают в общении голос, жесты, мимика. МС не должна быть угрюмой, мрачной или рассерженной, недопустим окрик на мать в присутствии ребенка, даже если она не права. При хронических заболеваниях у детей большое значение имеет, чтобы родители приняли к сведению сам факт заболевания, осознали его.

Соблюдение этики обязательно в отношении с ребенком вне зависимости от его возраста. Терпение, любовь к детям, высокий профессионализм и педагогические навыки помогают в работе МС. Такие личностные особенности, как жизнерадостность, готовность и умение играть с ребенком любого возраста, шутить, быть с ребенком на равных, тактичность, сохранение тайны, отсутствие высокомерия, грубости, высокая точность и легкость исполнения манипуляций в значительной степени облегчают общение. ЮНЕСКО рекомендует руководствоваться уставом госпитализированного ребенка, в котором отмечено: «Право на самое лучшее лечение – это фундаментальное право, в особенности для детей».

Для работы с пациентами полезно знать запросы людей в жизненных ситуациях, позволяющих воздействовать на них в определенные моменты мотивации на выздоровление, например, или на склонность к соблюдению того образа жизни, который обусловлен заболеванием.

**Невротические потребности людей (Ю.Н. Кулюткин, Г.С. Сухобская):**

- потребность в любви, одобрении;
- в партнере;
- заключить жизнь в узкие рамки;
- довольствоваться малым;
- стремление к власти;
- постоянного контроля себя и других;
- веры в собственное могущество;
- в эксплуатации;
- общественного признания и престижа;
- в восхищении собой;
- в честолюбии;
- в самодостаточности и независимости;
- в погоне за самосовершенствованием.

Их знание помогает в распознавании возможных инстинктов людей для воздействия на них, например, при формировании потребностей в здоровье, защите и др.

**Возможные инстинкты людей (по В.И. Гарбузову)**

- самосохранение
- продолжение рода
- альтруизм
- исследования
- инстинкт доминирования над кем-либо, чем-либо

- свободы
- достоинства.

Существует ряд психолого-педагогических ситуаций у детей, мешающих или ухудшающих действие лечебных факторов санатория, влияющих на качество МП. МС педиатрические должны учитывать их и не усугублять психологическое состояние ребенка, пребывающего в СКО, а способствовать их нивелированию за счет переключения, игр, спортивных занятий.

Пребывание ребенка в детском санатории может быть риском для возникновения разных расстройств.

### **Ситуации, предрасполагающие к возникновению пограничных расстройств у школьников**

1. Неспособность справиться с учебной нагрузкой
2. Враждебное отношение педагога
3. Смена школьного коллектива
4. Неприятие детским коллективом
5. Чрезмерная умственная нагрузка (длительно травмирующая ситуация)
6. Переутомление.

Частота отклонений в поведении увеличивается от начала четверти, года - к концу. Распространенность невротических расстройств увеличивается от начальных классов к старшим (у мальчиков в 2 раза чаще, у девочек - в 3,3 раза). На подобные жалобы детей МС следует обращать внимание врачей и педагогов.

### **Наиболее частые жалобы школьников**

1. Усталость.
2. Сонливость в дневные часы.
3. Пассивность на уроках, во время игр.
4. Отказ от умственного напряжения.
5. Нестойкость интересов.

Родители и педагоги иногда принимают это состояние за лень, пытаются повысить требования к ребенку, но пользы от этого нет.

Продолжением неотрегулированной проблемы плохого самочувствия ребенка и его следствием становится дезадаптивное поведение, нуждающееся со стороны МС не только в диагностике, но и специальном воздействии совместно с врачом и педагогом СКО.

### **Варианты дезадаптивного поведения детей**

**1. Активный протест.** Ребенок непослушен, нарушает дисциплину на уроке, на перемене, проявляет негативизм по отношению к другим - ссорится, мешает играть, раздражается, гневается. При стабильном проявлении реакции активного протеста - диагностируется как патология поведения.

**2. Реакция пассивного протеста.** Редко поднимает руку на уроке, выполняет требования педагога формально. На перемене он пассивен, предпочитает находиться один, не проявляет интереса к коллективным играм. Испытывает депрессивное настроение, страхи.

**3. Реакция тревожности и неуверенности.** Ребенок пассивен на уроке, при ответах напряжен и скован. На перемене не может найти себе занятие, предпочитает находиться рядом с детьми, но не вступает с ними в контакт. Тревожен, легко плачет, краснеет, теряется при малейшем замечании учителя. Выраженные реакции тревожности и неуверенности сопровождаются появлением невротической симптоматики в виде тиков, заикания, энуреза, и т. п., а также учащением соматических заболеваний.

Совместно с врачом МС имеют возможность влиять на такое поведение ребенка, а чаще – подростка с целью оказания медицинской и психолого-педагогической помощи.

Для оказания медицинскими работниками профессиональной помощи следует понимать сущность влияния.

Психологическое влияние — это воздействие на состояние, мысли, чувства и действия другого человека с помощью психологических средств, с предоставлением ему права и времени отвечать на это воздействие. Психологическое влияние осуществляется для достижения трех целей:

- Для удовлетворения своих потребностей с помощью других людей или через их посредничество;
- Для подтверждения факта своего существования и значимости этого факта;

- Для преодоления пространственно-временных ограничений собственного существования.

Различают 3 уровня влияния: цивилизованное влияние, манипуляцию и варварское влияние.

К психологическим средствам влияния на состояние, чувства и действия другого человека относятся: вербальные сигналы (слова, подбор выражений, правильность речи), паралингвистические (особенности произнесения речи). Также сюда относят невербальные средства: взаимное расположение собеседников в пространстве, позы, жесты, мимика, контакт глаз.

Цивилизованное влияние соответствует правилам поведения (этикету) и субъективным критериям справедливости или благородства (этике). Требует от человека определенного уровня психологической культуры, при котором другой участник общения перестает быть грубым и жестоким.

К цивилизованным видам влияния относятся: аргументация, контраргументация, самопродвижение и конструктивная критика. Эти виды влияния отвечают критериям цивилизованности: способствуют сохранению и развитию дела, деловых отношений и личностной целостности участников. В зависимости от конкретных условий, цивилизованными могут быть и некоторые спорные виды влияния (просьба, пробуждение импульса к подражанию, внушение, заражение) (рис. 4).

● **Аргументация.** Высказывание и обсуждение доводов в пользу определенной позиции с целью формирования или изменения отношения собеседника к решению или позиции. Цивилизованное психологическое влияние — это воздействие с помощью слов, причем оно открытое и адресовано к интеллектуальным возможностям человека. Это способствует развитию и сохранению дела, деловых отношений, личностной целостности участников. Цивилизованное психологическое влияние не использует силовых и обманных приемов.

● **Контраргументация** - это высказывание доводов против определенной позиции с целью изменения отношения.

● **Самопродвижение.** Объявление своих целей и предъявление фактов своей компетентности и квалификации для того, чтобы быть оцененным по достоинству и благодаря этому получить преимущества при назначении на должность и др.

- **Конструктивная критика** – воздействие на человека через полезное для работы замечание.

### **Техники цивилизованного влияния**

- **Метод положительных ответов Сократа.** Последовательное доказательство предполагает использование слов: «Согласны ли вы с тем, что...». Если адресат отвечает утвердительно, данный шаг можно считать пройденным и переходить к следующему.

- **Метод двусторонней аргументации.** Открытое предъявление как сильных, так и слабых сторон предлагаемого решения дает адресату понять, что инициатор влияния видит ограничения этого решения. Тем самым адресату предоставляется возможность самому взвесить аргументы «за» и «против».

### **Техники цивилизованной контраргументации**

- **Метод перелицовки аргументов партнера.** Прослеживание хода решения проблемы, предложенного партнером, вместе с ним до тех пор, пока не будет найдено противоречие, свидетельствующее о справедливости противоположных выводов.

- **Метод развертывания аргументации.** Предъявление партнеру новых, ранее не известных ему доказательств.

- **Метод разделения аргументов.** Разделение аргументов участника спора на верные, сомнительные и ошибочные убеждения, а также обсуждение их по формуле:

- •«Я согласен с Вами в том, что...»;
- •«Не могу избавиться от некоторого сомнения в том, что...»
- •«Что касается (далее следует ошибочный аргумент), то, к сожалению...».

- **Заражение.** Передача своего состояния или отношения другому человеку или группе людей, которые перенимают это состояние или отношение. Передаваться состояние может как произвольно, так и произвольно.

- **Внушение.** Сознательное неаргументированное воздействие на человека или группу людей, имеющее своей целью изменение их состояния, отношения к чему-либо и создание предрасположенности к определенным действиям.

● **Пробуждение импульса к подражанию.** Способность вызывать стремление быть подобным себе. Стремление подражать и копирование чужого поведения и образа мыслей также может быть произвольным и непроизвольным.

● **Формирование благосклонности.** Привлечение к себе непроизвольного внимания адресата путем проявления инициатором собственной незаурядности и привлекательности, высказывания благоприятных суждений (рис. 4).

● **Просьба.** Обращение к адресату с призывом удовлетворить потребности или желания инициатора воздействия.



Рис. 4. Пример партнерства. Прием: несмотря на разногласия, расставайтесь друзьями

● **Игнорирование.** Умышленное невнимание, рассеянность по отношению к партнеру, его высказываниям и действиям. Чаще всего воспринимается как признак пренебрежения и неуважения, однако в некоторых случаях выступает как тактичная форма прощения бестактности или неловкости, допущенной партнером.

● **Самопродвижение** - открытое предъявление своей компетентности и квалификации для того, чтобы быть оцененным по достоинству и, благодаря этому, получить преимущества в чем-либо (например, при отборе на должность). Если не можешь подтвердить свои возможности реальными действиями, то, по крайней мере, не опровергай их своими же поступками. Самопродвижение - не просто утверждения, а реальные действия.

#### **Техники самопродвижения, как формы цивилизованного влияния**

- реальная демонстрация своих возможностей;
- предъявление сертификатов, дипломов, печатных работ и др.;
- раскрытие своих личных целей;
- формулирование своих запросов и условий. Самопродвижение, как и аргументация, обладает малой внутренней энергетикой, поэтому нуждается в том, чтобы его специально развивали и усиливали.

Видами варварского влияния являются грубость, дикость нравов, невежественное отношение к культурным ценностям. К варварским видам влияния относятся нападение (во всех его разновидностях) и принуждение. Даже если в краткосрочной перспективе эти методы влияния повышают успешность работы, позже они неминуемо нарушают и разрушают деловые отношения и личностную целостность участников.

Различают такие виды варварского нападения как импульсивное и целенаправленное. Импульсивное нападение часто происходит вопреки осознанным намерениям, вследствие стремления личности освободиться от напряжения. Целенаправленное нападение предполагает контролируемые действия, направленные на достижение определенной цели.

### **Формы варварского нападения:**

- деструктивная критика (пренебрежительные суждения о личности);
- деструктивная констатация (упоминание о фактах биографии, ошибках, нарушениях);
- деструктивные советы (безапелляционные указания).

**Принуждение.** Стремление заставить человека с помощью угроз и лишений выполнить определенные действия. В наиболее грубых формах принуждение может использоваться с целью угрозы физической расправы, ограничения свободы и физических воздействий.

**Нападение.** Внезапная атака на человека, являющаяся формой разрядки эмоционального напряжения. Высказывание оскорбительных суждений о личности человека, агрессивные замечания, навязывание своей позиции.

### **Формы варварского принуждения:**

- объявление жестко определенных сроков или способов выполнения работы без каких-либо объяснений;
- наложение не подлежащих обсуждению запретов и ограничений;
- запугивание возможными последствиями;
- угроза наказания.

Манипуляционное влияние (рис. 5) занимает особое место среди других видов влияния. Манипуляция – это преднамеренное и скрытое побуждение адресата к переживанию определенных состояний, принятию решений и/или выполнению действий, необходимых для достижения инициатором своих собственных целей. Манипуляция располагается между варварским уровнем взаимодействия и цивилизованным. Является переходной ступенью от варварства к цивилизации. Манипуляция нацелена на то, чтобы принудить человека чувствовать, думать и действовать так, как это выгодно манипулятору, но при этом так, чтобы человеку не казалось, что его принудили. Если манипуляция остается скрытой, внешне она может показаться цивилизованным методом, поскольку и дело, и деловые отношения могут процветать, и даже личностная целостность участников не будет затронута. Однако, если

манипуляция открывается, она перестает отвечать всем трем критериям цивилизованности (соответствие этике, этикету и критериям справедливости).

Отличительные черты манипуляции:

- осознанность манипулятором своих целей и средств;
- скрытость целей манипулятора;
- скрытость средств манипулятора;
- принятие адресатом на себя ответственности за все происходящее.



Рис. 5. Пример манипуляции

Виды и цель манипуляционного влияния различны. Различают гедонистическую и прагматическую манипуляции. Цель гедонистической манипуляции - наслаждение изменением состояния адресата. Цель прагматической манипуляции - добиться выигрыша (заставить адресата что-либо принять, или отказаться).

Спорные виды влияния, которые могут встречаться в работе МС СКО:

- внушение (рис. 6);
- заражение;
- просьба;
- игнорирование;

- пробуждение импульса к подражанию;
- формирование благосклонности целевой персоны (рис. 4).



Рис. 6. Пример внушения

Принципы влияния МС на поведение ребенка или отдыхающего пациента в СКО состоят в следующем:

- **Принцип похвалы.** Compliments делают нас более уступчивыми.
- **Принцип сходства.** Нам нравятся люди, похожие на нас, мы охотнее соглашаемся с требованиями таких людей, часто неосознанно.
- **Принцип взаимного обмена.** Человек стремится определенным образом отплатить за то, что предоставил ему другой человек.
- **Принцип дефицита.** Люди в большей степени ценят то, что менее доступно.
- **Принцип обязательства и последовательности.** Стремление большинства людей быть и выглядеть последовательными в своих словах, мыслях и делах.

Разнообразие средств воздействия медицинского работника на мнение, взгляды другого человека – пациента предполагают использование только этичных приемов. Это полезно для сохранения психического здоровья ребенка, находящегося в определенной изоляции от привычной среды обитания при лечении в санатории.

### **Советы медицинской сестре СКО по охране психического здоровья ребенка**

- Всегда находите время поговорить с ребенком, особенно с условиях его временной изоляции от постоянного места жительства и учебы. Интересуйтесь его проблемами, вникайте в возникающие у него сложности, обсуждайте их, давайте советы.

- • Не оказывайте нажима на подрастающего человека, признайте его право самостоятельно принимать решения, уважайте его собственное мнение.

- • Научитесь относиться к ребенку как равноправному партнеру, который пока просто обладает меньшим жизненным опытом.

- • Не унижайте детей криком, исключите из практики собственного семейного воспитания «психологические пощечины».

- Не требуйте от школьника невозможного в учении, сочетайте разумную требовательность с похвалой. Радуйтесь вместе с ребенком даже маленьким успехам.

- Осознайте, что взрослеющий подросток не всегда адекватен своим особенностям. Умейте прощать, «лечите» добром. Знаменитая киноактриса О. Хепберн писала: «Если тебе понадобится рука помощи, она всегда при тебе – твоя собственная. Когда станешь старше, поймешь, что у тебя две руки: одна, чтобы помогать себе, другая – чтобы помогать другим».

- Не сравнивайте ребенка с другими, более успешными детьми. Этим вы снижаете его самооценку. Сравните его с ним же самим, но менее успешным.

Защита ребенка и подростка от возможного неблагоприятного воздействия примеров социального воздействия вредных факторов, способствующих наркомании, является обязанностью медицинских работников. Известно, что на развитии зависимости от наркотиков, например, особенно сказываются низкий уровень образования подростка, безыдейность, неумение организовать и занять досуг,

неблагоприятная обстановка в семье, низкий уровень элементарных медицинских знаний. Распространение зависимостей в подростковой среде обязывает МС знать причины, признаки проявления и своевременно реагировать.

### **Причины для проведения раннего вмешательства медицинских работников и окружающих в защиту психического здоровья детей и подростков СКО**

- влияние ровесников имеет эпидемический характер, поэтому нельзя допустить злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) именно у подростков;
- злоупотребление ПАВ сопровождается психическими расстройствами, что становится риском не только для самого ребенка, но и для контингента окружающих его людей;
- злоупотребление ПАВ более успешно лечится именно в подростковом возрасте;
- сокращение числа подростков, злоупотребляющих ПАВ, ведет к уменьшению инфицирования ВИЧ и заболеваемости СПИД.
- необходимо знать о некоторых особенностях заболевания алкоголизмом и наркоманией для того, что своевременно реагировать на эти состояния и принимать неотложные действия.

Исследованиями физиологов установлено, что заболевание алкоголизмом сопровождается ослаблением условно-рефлекторной деятельности коры больших полушарий, развитием в ней охранительного торможения, понижением умственной работоспособности, нарушением корково-подкорковых взаимоотношений и нервной регуляции жизненно важных функций организма. В период разгара этого заболевания отмечаются существенное понижение умственной работоспособности, нарушение функции зрительного, слухового, тактильного и двигательного анализаторов, расстройство аналитической и синтетической деятельности мозга, ослабление памяти, критичности, возможности концентрировать внимание.

Наркомания представляет собой состояние периодической или хронической интоксикации, вызванное употреблением натуральных или синтетических наркотических веществ. В работе с пациентами с зависимостями медицинские работники и педагоги могут ориентироваться на наличие у подростка непреодолимого влечения к принятию наркотиков, тенденцию к повышению дозы,

психологическую и физическую зависимость этих людей от наркотиков.

Особенности личности подростка с зависимостью бросаются в глаза: лживость; инфантилизм; стремление идти по более легкому пути; пассивность; зависимость от чужого мнения. Это сопровождается демонстративное поведение (игра на публику), жажда развлечений, неустойчивость характера и эмоций, разрушительные действия, неустойчивость, превращение любого мелкого конфликта в «проблему жизни»; невнимательность, сонливость, частые пропуски уроков без причин.

Доля подростков в структуре зависимых от наркотиков возрастает. Следует знать особенности поведения пациентов на разных этапах наркотизации. Различают 5 этапов развития наркотической зависимости:

1 этап – единичное или редкое употребление. Психологическая зависимость проявляется развитием астении и апатии, утратой положительных ориентиров, чувства долга и ответственности, способности к сопереживанию.

2 этап – многократное употребление без признаков психической и физической зависимости. При этом идет полная потеря взаимных обязательств, утрата этических принципов и эмоциональных привязанностей. Главным в это время становится озлобленность, кражи и преступления ради добычи наркотика.

3 этап – наркомания первой степени – психическая зависимость, поиск ради получения приятного.

4 этап - наркомания второй степени - физическая зависимость, поиск не ради эйфории, а чтобы избежать мук ломки (абстиненции).

5 этап - наркомания третьей степени – полная физическая и психическая деградация пациента.

### **Причины обращения пациентов, злоупотребляющих ПАВ, к медицинской сестре СКО**

- У таких пациентов больше проблем со здоровьем, что заставляет чаще обращаться за помощью к медицинским работникам;
- Эти подростки и взрослые склонны предъявлять врачу санатория такие проблемы со здоровьем, как АГ, склонность к хроническим инфекциям, требуя от них объяснения этих проблем;

- Медицинские работники – это лица, пользующиеся уважением и особыми полномочиями в период СКЛ, что налагает меру ответственности за здоровье пациентов.

Заболеваемость алкоголизмом имеет незначительную тенденцию к снижению, но в болезнь вовлекается все более молодой возраст потребителей, поэтому медицинские работники должны профессионально знать особенности поведения и состояния здоровья у зависимых от алкоголя людей.

### **Специфические признаки злоупотребления алкоголем**

- Психика/поведение: хроническая тревога, бессонница, лживость
- Кожа: розовые угри, фолликулит, экзема, псориаз. Эритема ладоней, «паукообразные» гемангиомы.
- Дыхательная система: ОРЗ, пневмония, астма.
- Сердечно - сосудистая система: аритмия, АГ, «праздничное сердце», ИБС.
- Желудочно-кишечный тракт: рефлюкс, разрыв пищевода, острый и хронический панкреатит, гастрит, гепатит, цирроз печени, асцит, рак печени, спленомегалия.
- Мочеполовая система: импотенция, атрофия яичек, снижение либидо; у женщин - олигоменорея, дисфункция яичников.
- Костно-мышечная система: подагра, миопатия, контрактура ладонного апоневроза, острый некроз скелетных мышц.
- Периферическая и центральная нервная система: эпилепсия, геморрагический инсульт, полинейропатия.

В подростковом возрасте процессы развития, становления эндокринной и центральной нервной системы еще не завершены. Кроме того, молодой организм имеет более интенсивный обмен веществ, повышенную проницаемость тканей, ускоренный кровоток. Все это способствует быстрому всасыванию и распространению наркотических ядов в жизненно важные участки организма, особенно головной мозг.

На начальных этапах появляются такие признаки, как частая смена настроения - от глубокой депрессии до перевозбуждения, раздражительность, ранее не свойственная определенному человеку, резкий спад в учебе или работе. Этим переменам может

сопутствовать изменению внешнего вида: резкая потеря веса, бледность, ухудшение сна, рассеянное внимание, расстройство психики. Токсическое воздействие наркотических веществ может вызвать защитную реакцию организма в виде тошноты, рвоты, сильной головной боли, расстройства стула, падения кровяного давления, сердцебиения и других малоприятных симптомов. Даже непродолжительный прием наркотических (токсических) средств отрицательно влияет на психику и общее состояние здоровья. Вдыхание аэрозолей не только нарушает деятельность печени и почек, но и может привести к параличу дыхательного центра. При незначительном физическом напряжении после вдыхания некоторых аэрозольных веществ часто возникают сердечная недостаточность, удушье.

Психическая зависимость от наркотиков у многих формируется даже после двух-, трехкратного их приема. Однако с ней можно успешно бороться, пока человек не испытывает желания увеличить дозы принимаемого наркотического вещества, физической потребности в его одурманивающем действии - эйфории, за которой наступает другая фаза, противоположная по характеру действия, крайне болезненная - абстиненция.

Развитие физической зависимости (пристрастия к токсическим веществам) затрудняет лечение этой страшной болезни. Наркоманы и токсикоманы называют абстиненцию ломкой. Во время нее возникает беспокойство, нарушается сон, появляется слабость, головокружение и резкие головные боли, тошнота, рвота, боли в икроножных мышцах, в желудке, сопровождающиеся поносом. Возможно искажение зрительного восприятия. У многих пациентов возникают эпилептические припадки. Они появляются на третьи сутки абстиненции и повторяются до 3 - 5 раз в день.

Бытует мнение, что курительные смеси менее токсичны и не вызывают привыкания. Это неверно. Негативные последствия употребления курительных смесей (спайсов) гораздо более выражены, чем последствия употребления марихуаны, амфетаминов и галлюциногенов. От приема курительных смесей может развиваться шизофрения или маниакально-депрессивный психоз. Зафиксированы случаи, когда любители спайса, будучи под действием смеси, убивали находящихся рядом людей, а потом ничего не помнили.

Как определить, употребляет ли подросток наркотики:

1. Неестественно узкие или широкие зрачки, покрасневшие глаза, бледная кожа, сухие губы. Состояние вялости сменяется необъяснимой энергичностью, веселое настроение – откровенной агрессией и злобой.

2. Ребенок постоянно просит денег. Из дома начинают пропадать ценные вещи.

3. В его комнате родители могут находить самодельные папиросы, обожженные пипетки, пластиковые бутылки с оплавленным отверстием у основания, другие схожие предметы.

4. В разговоре со сверстниками подросток использует нелогичные словосочетания и непонятные фразы, вроде «тортик на 0,5», «когда подарки привезешь», «что у нас по плану на вечер».

5. Подросток порой не способен мыслить логически, начинает невнятно и нечетко говорить. Следует помнить, что одних знаний об опасности наркотических веществ недостаточно для того, чтобы предотвратить их употребление. Необходимо научить подростка избегать ситуаций, в которых на него кто-либо может оказывать давление, научить сказать «нет».

Существуют различия в понятиях: потребление, злоупотребление и зависимость от алкоголя или ПАВ. Прием алкоголя, как и многих других веществ, является видом поведения человека. Отличие алкоголя (табака) от других пищевых продуктов, связано с его способностью *влиять на психическую деятельность* человека: эмоции, поведение, мышление. Из-за этого алкоголь и относят к действующим на психику веществам, включающим также наркотики, психотропные средства (барбитураты, входящие вместе со спиртом в состав корвалола и валокордина, бензодиазепины) и токсические вещества (клей, бензин, растворители). Алкоголь и большинство ПАВ способен вызывать у людей *злоупотребление и зависимость*.

Под злоупотреблением понимают такой вид приема алкоголя, который наносит вред *физическому* (повышение давления, поражение печени, сердца и др.) и *психическому* здоровью (бессонница, тревога, депрессия). При этом, он также может *нарушать профессиональную* (увольнение), *семейную* (разводы, скандалы) и *общественную жизнь* человека (аресты, нетрезвое вождение). Злоупотребление является болезненным состоянием и требует вмешательства врача, но на этом этапе им может оказаться и обычный терапевт или невролог, имеющий навыки краткосрочного вмешательства при алкогольных проблемах.

Зависимость от алкоголя - это болезнь, такая же, как тревога или депрессия, при которой человек нуждается в помощи других врачей – нарколога или психотерапевта.

Основными симптомами зависимости от алкоголя являются:

- сильная непреодолимая *потребность «выпить»* («тяга»);

- *нарушение* способности *контролировать* приём алкоголя (начало и окончание выпивки и дозу) («нет тормозов, запои»);
- желание или *неудачные попытки сократить* или контролировать выпивки; состояние *отмены* (абстинентный синдром) при прекращении или уменьшении приёма алкоголя и облегчение этого состояния при выпивке;
- *толерантность* - постепенное увеличение потребляемой дозы алкоголя; игнорирование других интересов и увеличение времени выпивок; и, наконец, продолжение выпивок при их явном вреде для здоровья.

Диагноз зависимости может быть поставлен только специалистом при наличии трех или более из этих признаков, обнаруживаемых на протяжении одного месяца в течение прошедшего года.

### **Возможные советы медицинской сестры пациентам, злоупотребляющих алкоголем или ПАВ**

- Разбавляйте спиртные напитки, заменяйте спиртное безалкогольными напитками; ешьте до и после выпивки. Старайтесь отвлечься от рюмки и пейте медленнее; занимайтесь чем-нибудь другим, чтобы выпить меньше; начинайте позже, чем обычно; делайте разгрузочные дни от алкоголя: лучше два-три или даже четыре дня в неделю.
- Старайтесь не попадать в ситуации высокого риска, когда возможна потеря контроля: в кампаниях, с друзьями, после работы, на праздниках, после получки, на выходные.
- Старайтесь не пить, когда Вам скучно или одиноко, Вы раздражены, напряжены и в плохом настроении, при бессоннице и тревоге.
- Если вы оказались в такой ситуации – уходите, отказывайтесь. При желании человека алкоголизм излечим.
- Попробуйте другие формы развлечения и отдыха, и, самое главное, учитесь отказываться. Важно найти тех людей, которые употребляют умеренно и готовы поддержать вас в стремлении решить алкогольные проблемы.

Таким образом, пациенты с зависимостью от алкоголя или наркотиков представляют собой людей с неуправляемой психикой,

озлобленных, агрессивных, парализованных страхом, жадных, лживых, с полным отсутствием воли, спонтанным мышлением с навязчивыми галлюцинациями и мыслями. Полезным становится напоминание такому пациенту о человеческой уязвимости и собственной смерти.

Особенностью подросткового возраста являются резкие качественные изменения, затрагивающие все стороны развития ребенка. В связи с этим не следует ни недооценивать, ни переоценивать трудности, возникающие у подростка в это время, нужно правильно их понять и оказать своевременную помощь.

От работников одной МО, в которой имел место случай предотвращенного самоубийства, мы получили просьбу остановиться на вопросах их профилактики среди подростков. Этот случай суицидального поведения пациента на протяжении длительного времени стал источником стресса для МС.

Суицидом (англ. suicide) называют осознанный уход из жизни, совершённый человеком в состоянии сильного душевного расстройства, либо под влиянием психического заболевания, острых психотравмирующих ситуаций, при которых собственная жизнь как высшая ценность теряет смысл. Причины самоубийств многообразны и коренятся не только в личностных особенностях ребёнка и окружающей его психотравмирующей обстановке, но и в социально-экономической и нравственной организации общества.

Суицидальное поведение является более широким понятием и, помимо непосредственного ухода из жизни, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. По данным ВОЗ, в промышленно развитых странах число юношей, совершивших самоубийство, в 4 раза выше, чем девушек, а показатель неудавшихся суицидальных попыток примерно в 10 раз выше состоявшихся случаев. В России число незавершённых суицидов колеблется от 86 до 265 случаев на 100 тыс. населения (2010 г.)

Самоубийство оказывает на окружающих сильное эмоциональное воздействие. Они испытывают сложные чувства вины, стыда и угрызений совести, потому что не смогли предотвратить случившееся. Попытка суицида глубоко ранит близких людей, однако у них появляется возможность облегчить душевные страдания, откликнуться на «крик о помощи».

Будучи в длительном контакте именно с МС СКО, такие подростки с суицидальным поведением особенно нуждаются в помощи специалистов. Роль МС и педагога в данном случае сводится к своевременному выявлению таких детей и обеспечению первичной профилактики суицидального поведения. В этом ему могут помочь

профессиональная наблюдательность и знание *типов личности с повышенным суицидальным риском*.

*Эмоциональный* тип — дети и подростки с быстрой сменой настроения, относящиеся к себе очень критично, откровенные, простодушные, склонные к сопереживанию, слабо защищенные от негативных воздействий. Неудачи, конфликты, смерть близких людей могут послужить причиной самоубийства.

*Депрессивный* тип — робкие, застенчивые дети, с выраженной ущербностью, подавленным настроением, страдающие от любой грубости, недавно испытанных унижений или трагических потерь, недоверчивы и подозрительны, утомляемы, боятся презрения окружающих. Грубость, высказанный на глазах у окружающих упрёк могут спровоцировать такого подростка на уход из жизни.

*Агрессивный* тип. Такой ребёнок не хочет и не умеет подчиняться, неуживчив, взрывной, гневливый, бывают вспышки ярости, направленной на самого себя, отличается вызывающим или криминальным поведением, включающим физическое насилие. Нередко это одиночки, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками.

К *истерическому* типу относятся подростки, которые не переносят неприязни окружающих, стремятся быть в центре внимания любыми способами. Это могут быть неординарные поступки, обмороки, припадки с целью произвести эффект.

Ребёнок с *фрустрированным* типом личности испытывает различные отрицательные переживания: тревогу, раздражение, отчаяние и т.д. из-за несоответствия между ожидавшимися и реальными достижениями. Часто это подростки с завышенными претензиями.

Исследования показывают, что в зависимости от типа личности проявляется различная склонность к суицидальному поведению: 36% самоубийств совершают люди истероидного типа, 33% — инфантильные, эмоционально лабильные субъекты, 13% — астенические личности.

Выделяют четыре основные категории суицидов:

Эгоистический суицид, в основе которого лежит отчуждённость. Подростки, склонные к такому виду ухода из жизни, предоставлены главным образом сами себе, их мало что связывает с окружающим миром, у них слабая зависимость от близких людей, они предпочитают одиночество.

Альтруистический, совершённый ради определённой цели, сознательный уход из жизни во имя какой-то большой цели, убеждений, спасения людей и т.п.

Фаталистический уход. Из-за чрезмерно строгого контроля над личностью, её свободой жертва не видит перед собой будущего, отрицательно воспринимает действительность, считает, что жить больше невозможно. Эти подростки чаще всего психически неуравновешенны, либо больны.

Аномическое самоубийство совершают люди, не умеющие рационально справиться с трудностями. Это результат тяжёлого разногласия между личностью и окружающей средой. Например, у прилежного ученика случается ряд срывов по одному из предметов, а учитель не смог или не захотел поддержать его.

Существует также отдельный вид суицидов, когда человека просто вынуждают покончить с собой. Особенно это явление распространено среди подростков и молодёжи. На детские неокрепшие умы часто влияют секты (45% самоубийств), экстремистские общества (22%), а в некоторых случаях ровесники (4%).

Суицидальные мотивы классифицируют следующим образом:

1) лично-семейные (болезнь или смерть близких людей, одиночество, оскорбление, безответная любовь, половые расстройства, случайный секс);

2) состояние здоровья (в том числе уродство, тяжелые психосоматические заболевания);

3) поведенческие конфликты (боязнь наказания, позора, тюрьмы);

4) конфликты в учёбе;

5) материально-бытовые трудности, становящиеся все более частым мотивом из-за усилившегося расслоения общества.

Факторы повышенного суицидального риска можно разделить на: *внешние* – 1) психические заболевания и пограничные состояния 2) экстремальные условия жизни или работы 3) утрата престижа 4) пьянство, наркомания;

*внутренние* – 1) неадекватная самооценка 2) отсутствие целей и интереса к жизни 3) особенности характера 4) сниженная способность к эмоциональным нагрузкам.

Медицинским работникам и педагогам СКО следует также знать *признаки суицидального поведения*, особенно при работе с детьми, имеющими психические, онкологические, наркологические болезни:

- уход в себя, замкнутость, склонность к уединению и отчуждению;

- капризы, привередливость, если они не вызваны погодой, усталостью, учебными или семейными неурядицами, самочувствием;

- чувство безнадежности, тревога, плач без причины, депрессия;

- агрессивность (вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости с целью обратить на себя внимание);
- нарушение аппетита;
- дарение своих вещей без всяких объяснений;
- проблемы со сном, апатия;
- резкие перемены в поведении, во внешности;
- побеги из дома;
- употребление алкоголя, токсикомания, наркомания;
- активная подготовка (собираание лекарств, посещение кладбищ, разговоры о смерти, записки о самоубийстве, рисунки с гробом, крестом в чёрном цвете, отображающие жестокость, направленную на себя);
- утрата интереса к любимым занятиям;
- членство в какой-либо группировке или секте.

Мысли о самоубийстве могут проявляться в высказываниях подростков: «Я никому не нужен»; «Меня никто не любит»; «Не хочу никого видеть»; «Жизнь не имеет смысла»; «Я навестил вас в последний раз»; «Вы со мной больше не увидите»; «Я не могу выносить этого»; «Я не хочу жить» и т.д. Несчастливая любовь, случайный секс, конфликты с родителями, потери родных, близких друзей, подростковая беременность, фатальные хронические или мучительные заболевания в большинстве случаев могут быть причиной депрессии. Поскольку депрессии часто связаны с суицидами, то МС и педагог СКО должны вовремя распознать риск недуга, чтобы своевременно принять меры: направить к врачу, проконсультировать у психолога, рассказать о специальных службах, «телефонах доверия», центрах неотложной помощи по предотвращению суицидов.

Признаки депрессии разнообразны и могут быть «маской» многих иных заболеваний:

- колебания настроения
- потеря аппетита и интереса ко всему
- нарушение сна
- низкая самооценка
- избегание друзей, семьи
- применение агрессии, насилия, непослушание или побеги
- постоянная скука, трудности с концентрацией внимания
- снижение успеваемости в школе

- употребление алкоголя или наркотиков
- пренебрежение уходом за внешностью
- личностные изменения
- психосоматические жалобы (головные боли, усталость, боли в животе).

МС обязана сообщать врачу о замеченных проявлениях депрессии у пациента для своевременного медицинского или психологического воздействия. В целях гармонизации взаимоотношений МС с пациентом, ей полезно знать, как вести себя с нестандартной ситуацией грубости или невоспитанности подростка или взрослого отдыхающего.

### **Правила поведения медицинского работника, столкнувшегося с невоспитанностью пациентов**

- Нельзя показывать огорчение или возмущение, если вас не приветствуют или опаздывают.
- На несправедливое обвинение, надо ответить холодно, но спокойно.
- Если собеседник кричит, рекомендуют прием «Чужая роль» – войти в его положение: «Я понимаю вас». При этом Р. Киплинг писал, что «Женская догадка обладает большей точностью, чем мужская уверенность».
- Если собеседник возмущен – выразить сочувствие поддакиванием: «Да, вы правы».
- Если партнер кричит оттого, что не прав, прием самообвинения – извинитесь! Д. Карнеги считал, что «В мире существует только один способ одержать верх в споре - это уклониться от него».
- Если пациент кричит - следует использовать прием «отстранения»: разглядеть детали костюма, прически, подумать о его возрасте, хобби, семье; проанализировать удачную речь или ошибки лексики. Следить за собственным пульсом, «взорвусь – не взорвусь». Помните слова К. Крауса: «Образование и культура - это то, что большинство получает, многие передают и лишь немногие имеют».
- Будьте внимательным с первой минуты встречи. Благодарите, умеете отказать («Да, но...»), учитесь прощаться доброжелательно. «Надежды - это обручи, которые не дают лопнуть сердцу» (Т. Фуллер).

Для оптимизации отношений между врачом, МС и пациентом следует понимать, что пациенты крайне нуждаются в информации о своей болезни. Жажда получения информации больше, чем готовность медицинского работника к ее предоставлению; интерес к получению сведений о болезни сопровождается желанием построить эмоционально-позитивные отношения с медицинским работником; качество общения между врачом (МС) и пациентом оказывает непосредственное доказуемо позитивное или негативное влияние на симптомы и течение болезни. Доказано, что многие пациенты, желая получить информацию, готовы предоставить медработникам «кредит» доверия. Понимание и доверие базируются на уровне культуры, жизненном опыте, правилах этики.

### **Этические нормы делового общения медицинской сестры СКО**

- оставить за порогом СКО свои личные тревоги; человеческие симпатии – антипатии; политические убеждения; нетерпимость и вредные для дела черты характера, такие, как конфликтность, высокомерие, брезгливость;

- вступая в контакт с пациентом, врач и МС должны быть понимающими, внимательными, терпеливыми;

- уметь создать оптимальную психологическую атмосферу,

демонстрировать положительные эмоции;

- быть снисходительным к слабостям, убеждениям, предрассудкам пациентов;

- иметь располагающий внешний вид;

- обладать индивидуальными навыками общения: умением слушать, задавать вопросы, проявляя интерес и понимание точек зрения другой стороны, особое внимание, оценку смысла вербального и невербального поведения и ощущений пациента;

- иметь индивидуальные организационные приемы для общения:

поведенческие реакции на взаимоотношения (участвующие, убеждающие, делегирующие, директивные), приемы на выполнение задач стороннего наблюдателя, социально-эмоциональной поддержки или двойной роли.

## **Выводы**

В работе с больным ребенком в детском санатории имеет значение дружественная атмосфера в кабинете, наличие игрушек, уют, отсутствие потенциально опасных предметов. Соблюдение всех этих требований и правил обеспечивает старшая МС.

Особенностью современного периода является возрастание в условиях СКО числа пациентов с разного рода зависимостями, задачей медицинского персонала становится не только диагностика психического состояния, но и предупреждение суицидального поведения подростков через приемы цивилизованного влияния. Знание медицинскими работниками СКО, психологами, социологами и просто неравнодушными окружающими людьми типов личности людей высокого суицидального риска, категорий, причин, мотивов самоубийств, признаков суицидального поведения помогут в его своевременном распознании и предотвращении.

Возрастает роль руководителя, сохраняющего позитивный взгляд мышления, все препятствия рассматривающего как здоровый вызов для позитивных изменений и путь, который нужно преодолеть.

## **Вопросы для самообразования**

1. Какие возрастные периоды человеческой жизни вам известны и как эти периоды расценивает ВОЗ?
2. Известны ли вам факторы, способствующие развитию пограничных состояний у школьников, а также способы влияния на них?
3. Назовите существующие варианты дезадаптивного поведения детей?
4. Какие этапы наркотической зависимости вам известны?
5. Что такое влияние, и какие его виды вам известны?
6. Приведите примеры цивилизованного влияния руководителя в медицинском коллективе.
7. Приведите примеры варварского влияния.
8. Какими принципами этики руководствуются медицинские работники в работе с пациентом?

#### **Глава 4. Организация питания и лекарственного обеспечения в санаторно-курортных организациях. Задачи и требования санитарно-эпидемиологического режима**

Актуальность изучения проблем организации питания обусловлена тем, что в последние десятилетия в глобальном масштабе в структуре основных причин заболеваемости и смертности произошли значительные изменения. На долю новообразований и болезней системы кровообращения приходится около 60% из общего числа смертей и 50% общего бремени болезней. Схожие тенденции имеют место в Республике Беларусь. Вместе с тем, доказано, что 1/3 сердечно - сосудистых заболеваний и 20-60% случаев рака связано с нерациональным питанием. Учитывая эти показатели и прогнозируемое возрастание указанных заболеваний, разработка мероприятий по обеспечению оптимального питания, способных повлиять на сложившуюся ситуацию, является важной задачей персонала СКО.

Лечебное питание являлось предметом изучения и систематизации взглядов уже в средние века. Например, в Салернской (Италия) медицинской школе был издан «Салернский кодекс здоровья», в котором были сформулированы основы гигиены питания и записано, что «Высший закон медицины – диету блюсти неуклонно: будет лечение плохим, коль забудешь, леча, о диете. Сколько, когда, почему, где, как часто и что применимо – все это должен предписывать врач, назначая диету». Во времена Гиппократ и Авиценны акцент делался на изучении свойств растительной пищи, в лечебниках XIV столетия внимание сосредоточено на питательной ценности продуктов животного происхождения, в XVIII веке в 1-й Градской больнице Москвы и в Лефортовском госпитале применяли четыре диеты, отличающиеся кулинарной обработкой: общей, средней, слабой и жидкой. Развитие диетологии связано с именами ученых А.А. Покровского, И.П. Разенкова, Г.Н. Сперанского, А.Ф. Тура, И.П. Павлова, М.И. Певзнера, М.С. Маршака.

Успехи биологии, биохимии, физиологии в нормальных и патологических условиях дали научное подтверждение необходимости соблюдения режима питания, использования внешних факторов влияния на аппетит больного человека и здорового. Например, в трудах М.С. Маршака указано на необходимость индивидуального питания в соответствии с патогенетической терапией. Оно должно быть «... дифференцированным не только в отношении заболевания, но и характера течения болезненного процесса, обязательно согласовываться с общим планом терапии и должно иметь целью не

только воздействие на пораженный орган, но, еще в большей степени, на общие нарушения в организме».

Современная нутрициология развивается трудами А.М. Уголева, О.П. Молчановой, А.А. Покровского, Ю.Х. Мараховского, согласно которым в основу концепции сбалансированного питания заложено правило соответствия ферментных систем организма химическим структурам пищи и всем уровням ее ассимиляции. А.А. Покровский считал: «Задача лечебного питания сводится, прежде всего, к восстановлению нарушенного соответствия между ферментными констелляциями больного организма и химическими структурами пищи путем приспособления химического состава рационов и физико-химического состояния пищевых веществ к метаболическим особенностям организма».

В СКО обеспечение питания является важным компонентом и одной из составляющих удовлетворенности пациентов. В СКЛ различают диетическое и оздоровительное питание, как компонент комплексного лечения.

Научно обоснованная система организации питания и дифференцированного применения с лечебной целью определенных пищевых продуктов, их сочетаний и видов кулинарной обработки является содержанием лечебного питания. При этом решается несколько клинических задач:

- \*поддержание массы тела пациента в период лечения и выздоровления;

- \*обеспечение адекватного физиологическим затратам питания для поддержания иммунной активности организма пациента;

- \*создание максимального покоя в период обострения и длительной ремиссии болезни;

- \*соблюдение преемственности в лечебном питании между стационаром и СКО для перехода на домашнее питание.

При диетическом питании организуются, так называемые, лечебные столы, которые призваны учитывать следующие гигиенические требования и правила:

1. *Полноценность* суточного лечебного рациона, под которым понимается поступление необходимого для организма количества белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов.

2. *Сбалансированность* – правильное физиологическое соотношение в суточном рационе основных компонентов – белков, жиров и углеводов, витаминов и минеральных солей.

3. *Безопасность* – соблюдение гигиенических норм приготовления, правильная термическая обработка пищевых продуктов, исключающее заражение острыми кишечными заболеваниями, типа дизентерии, салмонеллеза и др.

4. *Соответствие* питания возрастным и профессиональным нормам и наблюдаемой у отдыхающих патологией, особенно с заболеваниями органов пищеварения, печени, почек и др.

5. *Щажение* поврежденных ферментных систем организма пациентов путем введения или исключения специфических факторов питания.

6. *Адаптация* кратности и *последовательности* перехода от щадящих режимов питания к расширенным видам.

Принцип диетического питания достигается приемом щажения (механического, химического, термического). Механическое щажение достигается измельчением и тепловой обработкой, химическое осуществляется исключением отдельных продуктов, способами обработки, а термическое проводится за счет исключения сильных термических раздражителей. Медицинские работники должны знать, что для диетического питания имеют значение разнообразие меню, кратность и увеличение частоты приемов пищи до 5-6 раз, либо уменьшение промежутков между приемами пищи, исключение утомления пациента до и после еды.

Назначение лечебного питания осуществляется в соответствии с перечнем стандартных диет согласно инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения, утвержденным Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь №135 от 29.08.2008 г. (прил. 2).

Описание каждой стандартной диеты включает цель назначения, характеристику химического состава и продуктового набора, показания к назначению, химический состав и энергетическую ценность, способы приготовления и режим питания.

Примеры каждого из применяемых столов лечебного питания содержатся в прил.3. Помимо четырехразового режима питания, в СКО при наличии медицинских показаний и по заключению консилиума врачей назначается индивидуальное и дополнительное питание. Недавно возникший вид нутритивного питания, при котором обеспечение энергетических и пластических потребностей организма пациента обеспечивается специальными смесями для энтерального питания через рот, зонд, стому, в СКЛ не используется.

Индивидуальное питание – вид лечебного питания, назначаемый при отдельных заболеваниях, требующих коррекции по увеличению, уменьшению или исключению отдельных пищевых продуктов с сохранением норм среднесуточного набора (прил. 4,5).

Дополнительное питание - вид лечебного питания, который назначается при отдельных заболеваниях, требующих увеличения отдельных компонентов рациона сверх норм среднесуточного набора продуктов питания, регулируется диетсестрой (прил. 5,6).

Техническое и медицинское руководство организацией лечебного питания в СКО осуществляет главный врач, либо его заместитель, или заведующий отделением. Организационное и научно-методическое руководство обеспечивает врач-диетолог, его должность предусмотрена в СКО с числом коек 500 и выше, а при числе коек 300-500 полагается 0,5 ставки. В случае, если должность диетолога не предусмотрена, руководство лечебным питанием возлагается на одного из врачей на основании приказа главного врача.

Потребность в диетсестрах определяется из расчета 1 ставка на 200 коек, а в туберкулезных и инфекционных больницах – на 100 коек. Организацию лечебного питания в отделении МО осуществляют старшие сестры отделений, ведение номенклатуры дел пищеблока обеспечивает врач-диетолог, либо диетсестра (прил. 8).

Диетсестра и заведующий производством подчиняются по лечебным вопросам диетологу, либо врачу, на которого возложено руководство лечебным питанием, а по хозяйственным вопросам – заместителю главного врача по административно-хозяйственной части.

Шеф-повар (повар) является ответственным за соблюдение технологии приготовления, калорийность питания, выход готовых

диетических блюд. Контроль качества готовых диетических блюд (бракераж) осуществляет врач-диетолог, МС-диетолог, дежурный врач, разрешающий выдачу пищи в отделения и фиксирующий это в бракеражном журнале (прил. 9).

Организация учета и отпуска лечебного питания пациентам на пищеблоке осуществляется диетсестрой под руководством врача-диетолога при участии бухгалтера, под общим контролем заместителя главного врача по медицинской части согласно номенклатуре дел (прил. 8,9).

Учет рационов питания для пациентов осуществляют палатные МС, ежедневно сообщаящие старшей МС отделения сведения о наличии пациентов с указанием назначенных им диет по состоянию на определенный час (прил. 5,6,7). После этого старшей МС отделения заполняется порционное требование на питание находящихся пациентов на 9 час., с уточнением их количества на 15 час. (прил. 7), подписывается ею и заведующим отделением и передается диетсестре СКО. Дополнительно к диетическим рационам, согласно показаниям, оформляется заказ на индивидуальное или дополнительное питание пациентам (прил. 5), оформленный в 2-х экземплярах, подписанный врачом, заведующим отделением, утвержденный руководителем СКО. Первый экземпляр передается на пищеблок, второй сохраняется в истории болезни.

На основании сводных данных по количеству пациентов, состоящих на питании, МС-диетолог под руководством врача и при участии шеф-повара составляет меню-требование на выдачу продуктов питания в двух экземплярах на следующий день.

Назначение меню-требования на выдачу продуктов питания - учет отпущенных со склада продуктов на пищеблок. Оно составляется согласно сводному меню с учетом среднесуточного набора пищевых продуктов, ежедневно утверждается главным врачом СКО, либо его заместителем по медицинской части, подписывается врачом, ответственным за организацию лечебного питания, бухгалтером, заведующим производством и передается в бухгалтерию для проведения расчета и выписки продуктов из кладовой на кухню. МС-диетолог числителем проставляет количество пищевых продуктов, необходимое для одной порции данного блюда, а бухгалтер знаменателем показывает количество пищевых продуктов, необходимое для приготовления всех порций данного блюда и общее количество всех пищевых продуктов по меню-требованию. В задачу МС-диетолога входит разработка технологической карты на кулинарную продукцию (прил. 10),

контроль выполнения утвержденных среднесуточных натуральных норм на одного пациента (прил. 11), а бухгалтер, при подсчете дневной стоимости питания, должен следить за ее соответствием предусмотренной смете. В случае увеличения потребности в продуктах питания выписывается дополнительное требование, в обратном случае избыток продуктов, остающийся на кухне, засчитывается при выписке требования на следующий день. На пищеблоке на каждое наименование блюда должна быть заранее составленная карточка-раскладка (прил. 10), в которой отмечен перечень продуктов питания, нормы их закладки, химический состав, калорийность, вес (выход) готового блюда. Закладка продуктов в котел проводится на кухне в присутствии диетсестры, продукты взвешиваются, проверяется вес порций приготовленных блюд. Пробу готовой пищи на пищеблоке снимает дежурный врач, после его разрешительной записи в бракеражном журнале пища выдается в отделение (прил. 9). Помимо этого, ежедневно заполняется журнал «Здоровье» (прил. 12).

В целях контроля организации лечебного питания в СКО администрации совместно с главной МС, МС-диетологом, представителями общественных организаций рекомендуется не реже 1 раза в месяц внезапная проверка веса и количества готовых блюд в отделениях. По результатам рейда составляется акт на соответствие Постановлению Совета министров Республики Беларусь от 01.11.2006 г. №1450 (прил. 13).

В СКО с количеством коек свыше 99 создается Совет по питанию, в состав которого входят главный врач или его заместитель по медицинской части, врач-диетолог, заведующие отделениями терапии, интенсивной терапии, хирургии, педиатрии, МС-диетолог, заведующий производством шеф-повар. Задачи Совета по питанию СКО, заседания которого проводят не реже раза в квартал, следующие:

1. Адаптация нормативной базы к особенностям конкретной СКО;
2. Совершенствование лечебного питания и внедрение новых технологий диетического питания;
3. Утверждение номенклатуры диет, перспективных меню, картотеки блюд;
4. Соблюдение санитарных правил содержания пищеблока (кухни) и буфетных;

## 5. Анализ эффективности диетотерапии при различных заболеваниях.

Особое внимание в СКО отводится организации лечебного питания для детей в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.06.2015 г. №83 (прил. 14).

Обеспечение СКО лечебным питанием и его доставка могут осуществляться организацией общественного питания. Так, в г. Минске питание учащихся в школах проводят по централизованному принципу согласно решению Минского горисполкома №757 от 15.05.2003 г. через УП «Комбинат питания «Витамин», для пищеблоков РНПЦ «Пульмонология и фтизиатрия» питание пациентам организовано в индивидуальной упаковке. Этим достигается совершенствование технологических процессов и улучшение качества питания пациентов.

Изучение качества питания населения отдельных регионов с научных позиций является важным вкладом в улучшение одной из составляющих качества жизни. Это стало основной целью проведения социологического исследования во время республиканской экспедиции «Будь здоровой, Беларусь!», организованной по инициативе и при поддержке газеты «Республика». Наряду с этой целью экспедиций в города на Припяти ставились задачи ФЗОЖ, выполнения Указа Президента Республики Беларусь от 01.01.2008 г. №1 «Об объявлении 2008 года Годом здоровья», который способствовал интеграции усилий, стимулировал творческую, научную и практическую активность всех структур научно-образовательной и практической медицины.

В Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2010-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Беларусь от 11.08.2011 г. №357 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2010-2015 годы» была предусмотрена подпрограмма «Формирование здорового образа жизни и создание благоприятной среды». Свое развитие она получила в Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы (подпрограммы 1,2). В условиях СКЛ пациенты могут получать определенные сведения о конкретизации именно своего питания. Обучение пациентов СКО основам диетологии – это плановая работа МС и врачей с использованием обучения, консультирования, приемов воздействия на привычное пищевое поведение,

направленных на расширение знаний пациента и изменение его отношения к собственному здоровью.

В 2008 г. была реализована масштабная благотворительная медицинская программа Белорусской медицинской академии последипломного образования. Она включала консультирование специалистами «профессорского десанта» пациентов в гг. Наровля, Туров, Давид-Городок, проведение Круглых столов для подростков и населения, мастер - классы для медицинских работников и населения по проблемам предупреждения осложнений сердечно - сосудистых, онкологических заболеваний и травматизма посредством адекватного лечения. Две линии организованного «Телефона доверия» по предупреждению болезней желудочно-кишечного тракта и мочекаменной болезни позволили получить необходимую информацию людям из разных мест Житковичского района и самого г. Тулова без отрыва от работы.

Основой для разработки системы профилактических мероприятий, связанных со здоровым рационом питания, является изучение существующей структуры потребления пищевых продуктов. В рамках экспедиции «Будь здоровой, Беларусь!» специалистами Белорусской медицинской академии последипломного образования был проведен социологический опрос о потреблении основных групп пищевых продуктов населением г. Тулова.

В основу вопросника был положен частный метод. Респонденты отвечали, как часто в течение месяца и в каких количествах они употребляли отдельные виды пищевых продуктов. Всего в опросе приняло участие 50 человек (32 женщины и 18 мужчин) в возрасте от 18 до 73 лет.

Практикующие медики знают, что особенно трудно даются общие рекомендации, полезные для большинства людей. Всегда проще, ознакомившись с конкретным пациентом, историей его жизни и болезни, давать совет только ему одному. Тем не менее, экономика общественного здоровья обуславливает проведение исследований, важных для коррекции общих погрешностей, в данном случае в питании людей г. Тулова.

Питание является одним из важнейших факторов здоровья человека, обеспечивая адекватный рост и развитие в детском возрасте, высокую работоспособность взрослого и активное долголетие пожилых и старых людей. Оно обеспечивает человека энергией и веществами, из которых строится организм, и которые

регулируют обменные процессы, рост, восстановление жизнедеятельности. Поистине человек есть то, что он ест.

Подсчитано, что за 70 лет жизни человек съедает примерно 8 т хлебобулочных изделий, 11-12 т картофеля, 6-7 т мяса и рыбы, 10-12 тыс. яиц и выпивает 10-14 тыс. литров молока. На процесс еды при этом он тратит около 6 лет жизни.

Человеческий организм нуждается более чем в 40 незаменимых питательных элементах, которыми он сам себя обеспечить не в состоянии, поэтому должен получать извне. Потребности человека в питательных веществах нередко определяются его наследственными особенностями, поэтому набор пищевого рациона одного пациента может не подходить другому. Например, людям, страдающим от высокого кровяного давления, сокращают до минимума потребление соли, а тем, у кого кровяное давление нормальное и пониженное, соленая пища безвредна.

Подбор пищевых продуктов основывается на том, что в организм должно поступать достаточное количество жиров, белков, углеводов, витаминов, минеральных солей, воды. Считается, что суточная норма белка в среднем должна составлять 100 г, жира – 80-90 г, углеводов – 350-400 г. Важным принципом рационального питания является сбалансированность основных пищевых веществ. Соотношение белки-жиры-углеводы должно составлять соответственно 15-30-55% суточной калорийности потребляемой пищи соответственно.

Известно, что потребляемая пища должна покрывать расход энергии, т.е. способствовать поддержанию энергетического баланса. Важным показателем соответствия режима жизни и питания физическому развитию пациента служит постоянство показателя массы тела, в настоящее время рассчитывается через индекс массы тела.

В результате социологического исследования 2008 г. были получены следующие данные. В целом питание обследованных лиц было охарактеризовано как достаточное. Вместе с тем, практически у всех респондентов г. Тулова имел место качественный дисбаланс потребления отдельных групп пищевых продуктов. В рационе наблюдалось увеличенное, по сравнению с рекомендуемыми величинами, потребление продуктов переработки зерновых культур - хлеба, хлебобулочных изделий, круп и макарон. С другой стороны, в рационе опрошенных лиц недостаточно фруктов, растительного масла, рыбы, а также молока и молочных продуктов. Несколько повышено потребление жирных сортов мяса – в основном опрошенные люди употребляли свинину, а также мясных продуктов

– колбас. Отмечается относительно высокое употребление в пищу сахара, а также консервированных овощей и фруктов. Характерной особенностью рациона анкетированных жителей являлась его монотонность – одни и те же продукты употреблялись в течение месяца достаточно часто. К положительным характеристикам структуры потребления продуктов питания среди жителей г. Турова отнесено достаточное употребление в пищу овощей, картофеля и яиц. Анализ полученных сведений позволил сделать вывод, что в целом рацион питания обследованных лиц г. Турова требует некоторой корректировки. Это пример того, как следует воздействовать на изменение привычного пищевого поведения средствами медицинской пропаганды.

Одним из направлений деятельности медицинских работников становится обучение людей навыкам здорового питания, особенно в условиях относительно длительного пребывания в СКО. Общими рекомендациями по улучшению структуры потребления пищевых продуктов жителей г. Турова стали следующие:

- оптимизация потребления продуктов переработки зерна (хлеба и хлебобулочных изделий, круп и макарон);

- насыщение рациона продуктами с многосторонней активностью. Это грейпфрут, киви, клубника, малина, арбуз. Из овощей рекомендованы такие как редис, репа, баклажаны, тыква, помидоры, болгарский перец;

- повышение потребления фруктов, растительного масла, рыбы и морепродуктов (например, морской капусты), а также молока и молочных продуктов;

- рациональное сочетание продуктов животного и растительного происхождения. Белорусам не стоит отказываться от традиционной пищи, которую любили наши деды, такой, например, как кисель. Картофельный крахмал стимулирует синтез витамина В2, под воздействием которого активизируется обмен желчных кислот. В результате этого процесса, помимо прочего, снижается уровень холестерина в крови. А это, несомненно, полезно при избыточном употреблении жирных сортов мяса типа свинины. При построении своего рациона можно чаще вспоминать, что разумный гонится не за тем, что приятно, а за тем, что избавляет от неприятностей, как считал Аристотель; изменение структуры потребляемых мясных продуктов (увеличение потребления нежирных сортов – птицы, говядины), снижение потребления колбасных изделий; расширение ассортимента потребляемых продуктов питания.

Человек - творец своего здоровья, поэтому лучше с раннего возраста учиться жить так, чтобы оставаться здоровым и в гармонии с миром. Сущность нового отношения к здоровью состоит в том, чтобы уметь применить на практике получаемые знания и умения.

Организационная часть работы главной (старшей) МС СКО по обеспечению питания состоит в соблюдении предписаний Инструкции (прил. 2); номенклатуры дел пищеблока (прил. 8,9,12); выписке продуктов питания (прил. 5,6); ведении всего перечня документации на пищеблоке (прил.2-13). Пригодится знание ею особенностей питания детей (прил. 11-14), а также периодический контроль знаний у сотрудников пищеблока типов диет и показаний к ним (прил. 3, 12).

Частью работы главной МС по организации питания при СКЛ является обеспечение безопасности ее приготовления и реализации, что обеспечивается системой непрерывного инфекционного контроля, при условии наличия в штате диетсестры эта задача выполнима. Обеспечение инфекционной безопасности при СКЛ достигается посредством соблюдения санитарно-эпидемиологического режима и отдельных действий по профилактике избранных инфекций (прил. 15).

ИСОМП - собирательное понятие, включающее различные нозологические формы. Материалы исследований свидетельствуют, что в структуре этих инфекций, выявляемых в крупных многопрофильных стационарах, ведущее место занимают гнойно-септические инфекции до 75-80% от общего количества. Основными факторами риска возникновения гнойно-септических инфекций являются увеличение числа носителей патогенных штаммов среди сотрудников, формирование устойчивых госпитальных штаммов, увеличение зараженности воздуха микроорганизмами, спорами и грибками, окружающих предметов и рук персонала вследствие диагностических и лечебных манипуляций, несоблюдения правил размещения пациентов и ухода за ними. Другая большая группа ИСОМП - кишечные инфекции - составляют до 7-12% от общего количества с преобладанием сальмонеллеза. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных пациентов хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Выделяемые от пациентов и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибактериальной устойчивостью к внешним воздействиям.

Ведущими путями передачи возбудителя в условиях МО являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой.

Значимое место занимают гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D (6-7% в общей структуре). Особую категорию риска представляет медицинские работники, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций, работу с кровью, контакт с биологическими жидкостями и кожей пациентов. При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала.

На долю инфекций, регистрируемых в СКО, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К ним относятся грипп, другие острые респираторные инфекции, дифтерию, туберкулез. Нормативные документы, регламентирующие работу МС по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в СКО, представлены (прил.15).

Для соблюдения мер по защите пациента и медицинского работника от инфицирования в стенах СКО необходимо соблюдение противоэпидемических мероприятий, включающих:

- Соблюдение асептики и антисептики при проведении лечебно-диагностических процедур (использование одноразового или стерильного медицинского инструментария).
- Применение эффективных мер обеззараживания рук медицинского персонала при осуществлении инвазивных манипуляций.
- Дезинфекцию объектов внешней среды, имеющих определенное значение в механизме передачи возбудителей (постельные принадлежности, воздух, посуда, уборочный инвентарь).

Помещения СКО, в которых работает МС, по санитарному содержанию условно можно разделить на такие, как:

- кабинеты, требующие особого режима дезинфекции, так называемые «режимные» кабинеты;
- другие функциональные помещения, к которым относят территории палат, коридоров, лестниц, а также санитарно-бытовых помещений. Это туалеты, душевые, бельевые, а также кладовые, буфеты, столовые.

Согласно требованиям санитарных правил и норм все оборудование, мебель, должны иметь гигиеническое покрытие, обеспечивающее возможность, доступность проведения влажной уборки, дезинфекции, должно содержаться в чистоте, в исправном

состоянии. Вышедшее из строя, неисправное оборудование, мебель, инвентарь подлежат немедленному ремонту или замене. Запрещается хранение неиспользованного оборудования в функциональных помещениях. Поверхности стен, потолков должны быть целостными, гладкими, не иметь следов затеков, плесени. В помещениях с влажным режимом работы (режимные кабинеты, операционные блоки, санузлы, клизменные, помещения для хранения грязного белья) стены облицовывают влагостойкими материалами на полную высоту, потолки должны иметь водостойкое покрытие без щелей и стыков. Используемый уборочный инвентарь должен иметь маркировку с указанием подразделения, назначения (для уборки пола, выше пола), использоваться строго по назначению и храниться в специально отведенном месте санитарных комнат, после каждой уборки подвергаться дезинфекции. Инвентарь для уборки туалетов должен иметь сигнальную маркировку красным цветом.

Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение медицинскими работниками требований санитарно-гигиенического и эпидемиологического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей составляет основу перечня мероприятий по профилактике ИСМП.

Технология проведения генеральной уборки после завершения заезда отдыхающих в СКО проводится по типу заключительной дезинфекции:

- надеть специальную одежду для уборки (халат, тапочки, передник, шапочку, перчатки);
- помещение максимально освободить от мебели и сдвинуть ее к центру;
- окна моют теплой водой с моющим средством для окон;
- при помощи отдельного уборочного инвентаря наносят моющий раствор на стены, протирают поверхности, оборудование, предметы обстановки, пол, соблюдая последовательность - потолок, окно, стены сверху вниз, оборудование, пол от дальней стены к выходу;
- смывают чистой водой с использованием ветоши;
- повторно обрабатывают все поверхности дезинфицирующим рабочим раствором, выдерживая экспозицию по вирулоцидному режиму;
- вымывают руки с мылом;
- сменяют спецодежду на чистую;
- смывают чистой водой;

- расставляют мебель, оборудование по местам;
- включают бактерицидные лампы на 2 часа;
- 1 час проветривают помещение;
- дезинфицируют уборочный инвентарь.

В период сезонного подъема респираторных заболеваний МС СКО следует проводить режим кварцевания кабинетов с помощью бактерицидных облучателей. Практика свидетельствует, что этим вопросам некоторые специалисты не уделяют нужного внимания, за что получают денежные штрафы при контроле со стороны работников Центров гигиены и эпидемиологии, а также подвергают риску собственное здоровье и здоровье пациентов.

Следующей функцией главной (старшей) МС при СКЛ является создание такого запаса медикаментов, который обеспечивал бы пациенту бесперебойное его оказание в полном объеме.

Обеспечение населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами, прежде всего, отечественными является важнейшей составной частью политики в области обеспечения лекарственной безопасности государства. Президентом Республики Беларусь А.Г.Лукашенко определено, что фармацевтическая промышленность является приоритетом социально-экономического развития страны, отрасли дано поручение в 2015 г. довести долю отечественных лекарственных средств на внутреннем рынке страны до 50% в стоимостном выражении.

Достижение поставленной Главой государства цели во многом зависит от устойчивого развития фармацевтической промышленности на основе системы государственного управления, направленной на комплексное решение проблем фармацевтического сектора в области разработки, освоения, производства и обеспечения лекарственными средствами организаций здравоохранения. Это будет способствовать оказанию исчерпывающей амбулаторной и стационарной медицинской помощи населению страны. Нормативная база для достижения поставленной цели достаточна (прил.16).

Создание и внедрение в производство новых отечественных лекарственных средств, фармацевтических субстанций осуществляется в рамках финансовой помощи в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 16 апреля 2012 г. № 174 «О некоторых мерах по развитию фармацевтической промышленности», а также и в рамках ГНТП «Фармацевтические субстанции и лекарственные средства».

В Республике Беларусь промышленное производство лекарственных средств осуществляют 28 субъектов хозяйствования, обеспечивающих устойчивую тенденцию ежегодного увеличения регистрации новых отечественных лекарственных средств.

По состоянию на 01.03.2015 г. всего в Республике Беларусь зарегистрировано 6193 наименования лекарственных средств и фармацевтических субстанций, в том числе 4995 наименований лекарственных средств, из которых - 1393 - отечественного производства. При этом 79 лекарственных средств являются оригинальными (произведены из отечественных субстанций), 1291 наименование лекарственных средств являются генерическими, то есть полными копиями импортных аналогов, 23 наименования - инновационными лекарственными средствами. Белорусские лекарственные средства производятся на самом современном технологическом оборудовании из тех же фармацевтических субстанций, что и лекарственные средства ведущих мировых производителей.

Специалисты СКО должны знать, что доступность и адекватность лекарственной помощи населению в стране обеспечивается путем наиболее полного насыщения внутреннего рынка безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами, а также совершенствования системы реализации лекарственных препаратов. Применение только отечественных лекарственных средств, воздействие на постоянное снижение стоимости медикаментов и ограничения регистрации новых импортных лекарственных средств не входят в компетенцию таких специалистов, это предписано Статьей 5 Республиканского формуляра лекарственных средств. Доступность лекарственных средств: «Государство обеспечивает доступность лекарственных средств путем: наиболее полного насыщения внутреннего рынка безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами, в первую очередь включенными в Республиканский формуляр лекарственных средств, перечень основных лекарственных средств; совершенствования системы реализации лекарственных средств».

Политика обеспечения лекарственными средствами населения страны базируется на ряде принципов по их рациональному использованию, которые означают, что лекарственное средство:

- 1) назначено по соответствующим медицинским показаниям и имеет минимальные побочные эффекты;
- 2) подобрано в соответствующей дозировке, с указанием способа введения и длительности курса лечения;

- 3) эффективно, безопасно и удобно для применения пациентом;
- 4) доступно по цене.

Главная (старшая) МС СКО знает основные требования к имеющимся лекарственным средствам, которые: удовлетворяют потребности пациента в МП, выбираются с учетом приоритетов государственного здравоохранения, должны иметься в наличии в любое время и в достаточных количествах, быть доступны для организации по цене и иметь гарантированное государством качество.

При закупках лекарственных препаратов главные МС СКО ориентируются в нормативных документах (прил.16) и формах отчетности (прил.17-18).

В деятельности медицинских работников со средним специальным образованием важное место приобретает использование одного из разделов программы МАП-СОФТ - персонифицированного учета медикаментов, позволяющего отслеживать движение средств, начиная с аптеки и заканчивая пациентом. Задачей раздела программы МАП - СОФТ «Движение медикаментов в отделении» является электронный учет, приход, расход медикаментов, расходных материалов, дезинфицирующих средств, антисептиков, спирта в структурном подразделении. Он осуществляется главной (старшей) МС (прил.16-18).

Благодаря локальной компьютерной сети, МС (старшая) имеет возможность со своего рабочего места получить полную информацию о наличии средств в аптеке. Для получения медикаментов, расходных материалов, дезинфицирующих средств, антисептиков, спирта материально ответственное лицо, исходя из полученной информации, формирует требование и с помощью локальной сети интернет отправляет его в аптеку (прил.17-18). После получения и отпуска требования заведующим аптекой, необходимые средства автоматически ставятся на приход материально ответственному лицу. Электронный вариант требования переносится на бумажный носитель, подписывается ответственным лицом, заведующим отделением и заверяется заместителем главного врача по медицинской части.

Материально ответственное лицо ежедневно в электронном варианте передает на пост (в отделение) полученные из аптеки средства из расчета суточного запаса. Используя данную программу, к концу месяца автоматически формируется ежемесячный отчет по использованию структурным подразделением медикаментов,

перевязочного и расходных материалов, дезинфицирующих средств, антисептиков, спирта (остаток на начало месяца, приход, расход, остаток на конец месяца).

Связь: материально ответственное лицо - аптека – специалист позволяет получить последнему полную информацию о наличии лекарственных препаратов, дезинфицирующих средств, перевязочного материала и т.д., создавать ежемесячные отчеты и архивировать все данные, экономить время и вести учет всех необходимых для работы средств.

Использование программы «Персонифицированный учет медикаментов» на основе локальной компьютерной сети осуществляет связь между отделением - аптекой - бухгалтерией, что позволяет контролировать движение всех необходимых для работы средств по МО, формировать отчет, анализировать расход и получать стоимость лечения из расчета на одного пролеченного пациента. При отсутствии в СКО программы персонифицированного учёта старшая и главная МС работают с бумажными носителями информации, что требует большего времени.

### **Выводы**

Для медицинских работников в системе СКЛ сохраняется задача обучения пациентов делать выбор в пользу соблюдения правил здорового питания. Практикующие МС поняли, что одноразовой акцией здоровье не создашь и не укрепишь. Только с идеей личной ответственности за собственное здоровье человек захочет индивидуальной программы его укрепления. Резервом выполнения задач по обучению людей идеологии здоровья являются МС и Пвр, понявшие истину древних: «Предупреждайте болезнь, прежде чем она наступит». Главным средством улучшения здоровья является профилактика, которая на 1-2 порядка превышает эффективность лечебной медицины.

Используемая система организации лечебного питания позволяет на научной основе учитывать особенности протекания обменных процессов при различных заболеваниях и влиять на индивидуальность метаболизма при помощи подбора и сочетания продуктов, способа кулинарной обработки, суточного пищевого рациона в форме диеты. Соблюдение гигиенических норм и правил организации питания является одним из основных лечебных и оздоровительных факторов СКО, особенно в современных условиях, когда часть отдыхающих, включая детей, имеет избыточную массу тела.

Обеспечение инфекционной безопасности в стенах СКО достигается посредством системы действий главной (старшей) МС по профилактике ИСОМП.

Главные (старшие) МС становятся проводниками политики в области обеспечения лекарственной безопасности государства, в масштабах отдельной СКО. Посредством новых электронных технологий, позволяющих своевременно обеспечивать пациентов качественными, эффективными и безопасными лекарственными средствами в течение всего периода лечения, гарантируя объем и качество МП.

### **Вопросы для самообразования**

1. Какие существуют правила лечебного питания в условиях санатория?
2. Каковы клинические задачи организации лечебного питания?
3. Назовите известные вам классификации столов лечебного питания, а также показания и противопоказания к их назначению.
4. Назовите основные диеты, используемые в лечении болезней системы кровообращения, желудочно-кишечного тракта, почек, сахарного диабета, иных болезней обмена?
5. В чем состоит содержание контроля работы пищеблока в функциональных обязанностях главной (старшей) МС СКО?
6. Каковы нормы потребности СКО во враче-диетологе и МС-диетологе?
7. Назовите меры по профилактике ИСОМП, осуществляемые при СКЛ.
8. Какими документами в настоящее время регламентируется политика в области обеспечения лекарственной безопасности государства.
9. Каковы основные требования, предъявляемые к лекарственным средствам в Республике Беларусь, и в чем состоят принципы их рационального использования.

## **Раздел II. Основы медицинской реабилитации**

### **Глава 5. Медицинская реабилитация. Понятие, аспекты, методы**

О месте МР и значении проблем в ее оказании свидетельствует несколько данных статистики:

10% населения мира инвалиды (в Республике Беларусь  $\approx$  4,1% населения инвалиды).

25% населения стран имеют различные расстройства, которые могут привести к инвалидности.

75-80% инвалидов в развитых странах работают. В Беларуси 85% инвалидов не работают. Увеличивать число инвалидов и социально зависимых лиц может позволить себе только богатая страна, поскольку затраты на выплаты пособий больше, чем на активную МР на ранней стадии болезни. При этом, эффективность затрат на реабилитацию большая, составляет 1:7, 1:10.

1983-1992 гг. ООН назвала десятилетием инвалидов с разработкой «Всемирной программы действий в отношении инвалидов».

ВОЗ поставлены основные задачи медицины: укрепление здоровья; профилактика болезней; лечение; реабилитация.

#### **Тенденции реабилитации в мировой практике**

- Работа с физически неполноценными лицами;
- Работа с инвалидами;
- Работа с больными людьми. Девиз работы с молодым пациентом: вместо пенсии – реабилитация. Девиз работы с пожилым пациентом: вместо ухода - реабилитация.

**Реабилитация** – это процесс, целью которого является предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь пациенту в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания (1963 г.). Это утверждение было дополнено уточненным подходом к реабилитации на совещании Министров здравоохранения восточноевропейских стран (Прага, 1967). В нем подчеркнута не только профилактическая важность

реабилитации пациентов, но и необходимость активного участия государственных институтов в реализации комплексной реабилитации.

При определении численности пациентов, нуждающихся в реабилитации в условиях стационара, ВОЗ предлагает исходить из показателя 20-25 % от общего числа больных людей. В условиях поликлиники потребность исчисляется, исходя из удвоенного количества – 40-50%. Основными заболеваниями, формирующими контингенты больных людей и инвалидов, нуждающихся в реабилитации, являются ортопедотравматологические, неврологические, кардиологические, хирургические, пульмонологические и другие профили. Потребность в МР в стационарах имеет место для 60–65% госпитализированных взрослых пациентов, в амбулаторно-поликлинических организациях у 53,4% обращающихся, в местных санаториях потребность в МР превышает возможности функционирующей санаторной сети в 3,5-4 раза.

Особое значение имеет МР в педиатрии, так как в детском возрасте начинаются многие заболевания, приводящие впоследствии к ограничениям функций и социальной недостаточности. Достаточно высока нуждаемость в реабилитации детей с нарушениями физических и психических функций:

- врожденные или приобретенные в детстве уродства;
- жертвы несчастных случаев;
- хронические заболевания;
- остаточные явления перенесенной болезни.

До 80% детей, обращающихся за медицинской помощью, могут получить эффект от реабилитации.

Отраслью научных знаний, изучаемых реабилитологией, являются выявление закономерности восстановления трудоспособности, нарушений, ограничений жизнедеятельности у пациентов и инвалидов, социальной недостаточности у индивидов с возвращением их в общество.

Основные положения о порядке оказания МР в ОЗ, о научно-методическом, организационном сопровождении, об уровнях МР (республиканском, областном, районном и ведомственном) разработаны. Они данные представлены в приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2014 г. №1300 «О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения».

## **Понятие и аспекты медицинской реабилитации**

Профилактическая направленность и важность реабилитационной работы с контингентами нуждающихся в ней людей декларирована в определении, предложенном Комитетом экспертов ВОЗ (1967 г.).

**Реабилитация** – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни. На первое место выдвигается задача восстановления трудовых функций и навыков у пациентов и инвалидов, возможность участия их в общественной жизни, производственной деятельности, как средства достижения ими экономической независимости и самостоятельности, снижения расходов на их содержание. Таким образом, реабилитация преследует не только сугубо экономические, но и социальные цели не в меньшей мере.

Одно из последних российских определений реабилитации дополнено современными классификациями о нарушениях, ограничениях жизнедеятельности и социальной недостаточности. «Реабилитация – это «восстановление нарушенных функций и трудоспособности у больных или жизнедеятельности у инвалидов (взрослых и детей) путем осуществления системы государственных и общественных медицинских, психологических, профессиональных и других социальных мероприятий, направленных на возможно раннее и наиболее эффективное возвращение или включение их в обычные условия жизни и в общественно-полезный труд» (П.А.Маккавейский и с.).

МР включает раннюю (в остром периоде и раннем восстановительном периоде заболевания, в т.ч. в результате травмы, увечья, контузии, врожденных дефектов и неотложных состояний); и позднюю реабилитацию пациентов. Это повторная реабилитация пациентов в позднем восстановительном периоде или при возникновении стойких последствий заболевания, в т.ч. в результате травмы, увечья, контузии, врожденных дефектов и неотложных состояний.

## Основы медицинской реабилитации

Ориентация политики здравоохранения на преимущественное развитие и поддержку системы первичной медицинской помощи (ПМП) требует разработки новых организационных форм и подходов, основанных на заинтересованности в сохранении здоровья населения, как со стороны органов управления здравоохранением, так и общества в целом, каждого гражданина. Расширяющиеся возможности повышения медицинской, социальной, экономической эффективности сохранения и укрепления здоровья населения поставили проблемы реабилитации на одно из первых мест в системе здравоохранения.

Реабилитация предусматривает помощь больному человеку и инвалиду в решении его социальных, медицинских, профессиональных, педагогических и психологических проблем. Все они связаны с болезнями, последствиями травм и формирующейся социальной недостаточности. Этот комплекс мер осуществляется разными общественными структурами. Значительное место в системе этих мер занимает здравоохранение, реализующее мероприятия по МР. Целью системы МР является предупреждение и устранение негативных последствий заболеваний и травм, оптимальное восстановление нарушенных биологических и социальных функций. Максимальная задача МР – достижение полной социальной, трудовой и бытовой активности, минимальная – повышение способности пациента к самообслуживанию до исключения необходимости в постоянном уходе.

Научные исследования последнего десятилетия подтверждают, что ранняя МР, начатая в первые сутки заболевания, положительно влияет не только на выживаемость пациента (уменьшает смертность), но в последующем значительно улучшает качество жизни. Реализация ее в остром периоде заболевания и травмы существенно уменьшает общие затраты на лечение и социальную помощь, во многих случаях обеспечивает снижение длительной нетрудоспособности и предотвращение инвалидности.

Вместо традиционного лечения отдельных заболеваний и местного воздействия на проявления болезни и нарушенные функции, решается задача восстановления больного человека как личности, возвращения его к активной жизни в обществе. В концепции и конкретном содержании МР заложена борьба за человека, а не только против болезни. МР начинается с момента острой фазы болезни и продолжается до тех пор, пока не будет достигнуто максимально возможное устранение физических,

психических и профессиональных нарушений, обусловленных заболеванием.

Реабилитационное направление в медицине представляет собой самостоятельную дисциплину, стройную систему научных знаний и организационных форм. Это направление медицины способствует углубленной разработке механизмов саногенеза: реституции, регенерации, компенсации и гомеостаза.

**Саногенез** – это динамический комплекс защитных приспособительных процессов, возникающих при действии на организм человека чрезвычайных раздражителей. Развивается на всем протяжении болезни человека, от состояния предболезни, до выздоровления, направлен процесс на восстановление нарушенной саморегуляции.

Влияние саногенетических механизмов проявляется на разных этапах воздействия патогенного фактора на организм:

- в период здоровья саногенетические факторы противодействуют развитию болезни;
  - в период болезни выступают как механизмы, противодействующие развивающемуся патологическому процессу;
- в период выздоровления способствуют ликвидации последствий патологического процесса и восстановлению нарушенных функций.

**Реституция** – процесс восстановления деятельности обратимо поврежденных структур. Механизм реституции реализуется путем нормализации внутриклеточных окислительно-восстановительных процессов, активизации ферментативных систем, способствующих восстановлению проницаемости и возбудимости мембран. Реституционные механизмы разнообразны и при различных патологических состояниях реализуются в разной форме.

**Регенерация** – это структурно-функциональное восстановление целостности поврежденных тканей и органов (в результате их повреждения или частичной утраты) вследствие роста и размножения специфических элементов тканей, она имеет большое значение в восстановительных процессах. В ее основе лежит способность к росту и размножению специфических элементов различных тканей.

**Компенсация** – представляет собой процесс, объединяющий сложные и многообразные реакции по функциональному замещению или возмещению утраченных или недостаточных функций. П. К. Анохиным сформулированы основные положения о принципах компенсаторных реакций организма, включающих сигнализацию

дефекта; прогрессивную мобилизацию компенсаторных механизмов; непрерывную обратную связь и относительную устойчивость компенсаторных приспособлений. Различные отделы нервной системы (анимальной и вегетативной), нейрогуморальные факторы, гормональная деятельность обеспечивают множественное взаимное замещение функций, их компенсацию, как следствие результатов, достигнутых в связи с реституцией и регенерацией, закрепляет достигнутые восстановительные механизмы и результаты.

**Иммунитет** – это способ защиты организма от живых тел и веществ, несущих признаки генетически чужеродной информации. Многообразие иммунных нарушений определяется тяжестью и многообразием антигенно-структурного гомеостаза в организме.

Саногенетические мероприятия должны рассматриваться как с позиций биологического воздействия на организм, так и в тесной взаимосвязи с внешней средой и, в частности, с социальной. В лечебной практике приходится оценивать преимущества того или иного средства или метода на соответствующий процесс в разной фазе заболевания, при разных условиях его протекания. По своей сути реабилитация становится обязательной составной частью лечения. На фоне активного воздействия лечебными факторами на патогенетические механизмы, необходимо активное раннее включение всего комплекса защитно-приспособительных воздействий с целью активизации резервных сил всего организма, вместо локального воздействия на патологический процесс.

**Индивидуальная программа реабилитации** является основным механизмом осуществления помощи инвалидам, общими принципами которой являются индивидуальность, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность. Представляет собой сочетание оптимальных для пациента реабилитационных мероприятий, включающий в отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных, социальных и других мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

**Реабилитационный потенциал (РП)** – это интегральный показатель, учитывающий резервные возможности различных органов и систем организма, потенциал личности пациента и влияние среды обитания на восстановление его функциональных

возможностей, повседневной жизнедеятельности и профессиональной пригодности.

В остром периоде заболевания определение РП затруднено, для этого необходимо динамическое наблюдение за пациентом. По окончании острого периода (у разных пациентов это время более или менее продолжительно) возможна первичная оценка РП и направление в специализированное отделение МР учетом РП.

Интегральная оценка РП в отношении восстановления конкретных видов жизнедеятельности проводится на основании четких количественных показателей.

**Реабилитационный прогноз (РПр)** – предполагаемая вероятность осуществления РП и предполагаемой интеграции инвалида в общество – возможный результат реабилитации, определяемый не только уровнем и содержанием РП, но и реальными возможностями применения современных реабилитационных технологий, средств и методов. В основе определения РП и РПр лежит совокупность характеристик сохраненных функций и личностных особенностей пациента с хроническим заболеванием и инвалида, касающихся определенных видов жизнедеятельности, которые необходимо развивать и поддерживать в процессе медико-социальной реабилитации.

**Принципы реабилитации.** Учеными, государственными и законодательными структурами предпринимаются постоянные попытки раскрыть сущность реабилитации, базовой основой которой являются принципы реабилитации.

1. **Государственный характер** реабилитации базируется на государственной поддержке развития служб реабилитации, усилении роли межведомственной интеграции реабилитации в улучшении потенциала здоровья населения и обеспечении демографической безопасности.

2. Наиболее возможное **раннее начало** мероприятий по реабилитации. В случае угрозы инвалидности она становится ее профилактикой, если же инвалидность наступила – это первый этап борьбы с ней.

3. **Непрерывность** реабилитации, краеугольный камень эффективности, благодаря которой достигается снижение инвалидности и длительной нетрудоспособности и связанных с ними затрат на длительное материальное обеспечение и постепенное излечение.

4. **Комплексный характер** реабилитационных мероприятий, в которых должны принимать участие не только медицинские

работники, но и социологи, психологи, педагоги, представители органов социальной защиты, страхования, профсоюзов, юристы.

**5. Индивидуальный характер** реабилитационных мероприятий базируется на неповторимом характере людей в различных условиях жизни и труда, строго индивидуальными должны быть программы реабилитации каждого пациента.

**6. Реализация** реабилитации **в коллективе** пациентов обусловлена, тем, что цель реабилитации – возвращение индивида в коллектив, что морально облегчает существование больного или инвалида, воодушевляет его и заставляет поверить в собственные силы. Реабилитация более эффективна, если мероприятия ее (трудотерапия, профессиональная подготовка, адаптация протезов, спортивные занятия и т.д.) реализуются в коллективе. Примерами подобных коллективов являются общество слепых, глухих, занятия в группах с однородной патологией.

**7. Возвращение** пациентов к **активной общественно полезной деятельности**, состоящее в том, чтобы предоставить работу соответственно возможностям, является логическим завершением реабилитации (возврат к труду), предусматривает полное самообслуживание человека и его материальную независимость.

Согласно материалам исследований Э.А. Вальчука (2010) потребность в реабилитации пациентов в Республике Беларусь выше рекомендованной ВОЗ (25%), и составляет нужду в ней у 60-65% стационарных больных. Для 53% амбулаторных пациентов требуется санаторная реабилитация, однако потребность в ней удовлетворяется только на 25%. По данным В.С. Глушанко (2008) потребность в реабилитации еще выше, составляя 90,6%, в то время как обеспеченность – 25%. Потребность в реабилитации женщин больше, чем мужчин, особенно высокая потребность в возрасте 60-69 лет.

### **Потребности в реабилитации для разных классов болезней**

1 место – БСК. Государственная система 5-этапной реабилитации пациентов с инфарктом миокарда обеспечивает до 60% потребности без групп инвалидности.

2 место - Болезни костно-мышечной системы и соединительных тканей.

3 место – Болезни органов пищеварения.

Фактическая потребность в реабилитации, по мнению практикующих специалистов, иная: травмы, болезни костно-мышечной системы, БСК.

### **Технологические этапы МР**

Воздействие заболевания на организм пациента происходит: на органном, организменном и на социальном уровне. Исходя из этого, существуют три уровня приложения МР:

- первый уровень → восстановление функции;
- второй → восстановление критериев жизнедеятельности;
- третий → социальное восстановление больного человека.

В соответствии с уровнями воздействия МР, технологическими этапами будут следующие:

1 этап – восстановление функциональной способности:

- полное восстановление;
- частичное выздоровление или компенсация;
- замещение.

2 этап – восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни: воспитание и функциональное лечение; трудотерапия.

3 этап – вовлечение пациента в трудовой (учебный) процесс,

4 этап – диспансеризация реабилитированных лиц.

**Аспекты реабилитации.** Трактую реабилитацию как комплекс мероприятий, единое целое, реализуемое разными системами народного хозяйства, все, что находится внутри этого комплекса, условно можно назвать аспектами или составными частями. И.К. Шхвацабая выделяет шесть ее основных аспектов: медицинский, физический, психологический, профессиональный, социальный и экономический.

- **Медицинский аспект** – включает лечебные, лечебно-диагностические и лечебно-профилактические вопросы, в которых внимание должно быть сконцентрировано на профилактике возможных последствий заболеваний и травм, ведущих к нарушению трудоспособности, ликвидации возникших последствий, устранению вызванных функциональных расстройств.

- **Физический аспект** – охватывает применение физических факторов: ЛФК, интенсивных тренировок, механотерапии, трудотерапии, физиотерапии, а также методов исследования реакции организма на эти воздействия, содержанием которых становится повышение физической работоспособности. При этом важно, чтобы эффект от медикаментозного лечения, дополнялся физическими факторами, которые оказывают более широкое воздействие на функции различных систем организма.

- **Психологический аспект** предусматривает всемерное ускорение психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактику и лечение развивающихся патологических психических изменений с помощью методов психотерапевтического воздействия и фармакотерапии.

- **Профессиональный аспект** реабилитации содержит не только восстановление трудоспособности, но и дальнейшую профилактику возможного ее снижения, предусматривает решение вопросов по определению трудоспособности, трудоустройству, профессиональной гигиене, физиологии и психологии труда, трудовому обучению, переквалификации, элементам эргономики.

- **Социальный аспект** охватывает влияние социальных факторов на развитие и течение болезни, социальное обеспечение согласно трудовому, пенсионному законодательству, взаимоотношения пациента и семьи, производства, общества.

- **Экономический аспект** предполагает изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах МР для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий.

Технологические этапы реабилитации четко определены Международной организацией труда:

1. Восстановление функциональной способности: полное восстановление, частичное выздоровление, компенсация (при ограниченном излечении или отсутствии излечения), замещение (ортопедическое или хирургическое).

2. Восстановление адаптации к повседневной и профессиональной жизни: лечение воспитанием и функциональное лечение (стимулирование к деятельности); трудотерапия.

3. Вовлечение в трудовой процесс.

4. Диспансеризация реабилитированных.

Виды реабилитации. ВОЗ в качестве основных видов реабилитации утвердила следующие: медицинская, социальная, профессиональная, психологическая, выделяют еще педагогическую реабилитацию. В зависимости от вида реабилитации ее выполняют

разные специалисты, основными из которых являются реабилитологи.

### **Специалисты, занимающиеся реабилитацией:**

1) врачи - специалисты (невропатологи, ортопеды, терапевты и др.). Они помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов. Эти специалисты решают проблемы МР;

2) реабилитолог - это специалист, проводящий мероприятия по улучшению и поддержке здоровья, физической работоспособности, функциональной независимости, уменьшению нарушений, инвалидности с целью повышения качества жизни и интеграции пациента в общество. Специальность сложилась с 1993 г. на стыке трех наук: медицины, педагогики и психологии. В настоящее время потребность в этих специалистах будет возрастать, согласно статистическим прогнозам по вопросам демографии;

3) реабилитационная МС. Оказывает помощь пациенту, осуществляет уход, обучает пациента и членов его семьи;

4) врач физиотерапевт;

5) инструктор по ЛФК;

6) специалисты по нарушению зрения, речи, слуха;

7) психолог;

8) психотерапевт;

9) социальный работник и другие специалисты.

В настоящее время в Республике Беларусь впервые разработана единственная в СНГ действующая полная региональная модель здравоохранения. Она представлена 4-х уровневой концепцией (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.01.2010 г. №52 «Об утверждении Положения о разноуровневой системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь»):

1 уровень – районный;

2 уровень – межрайонный и городской;

3 уровень – региональный (областной);

#### 4 уровень – республиканский и межрегиональный.

Этапом МР является место ее реализации, организации, обеспечение соответствующими реабилитационными услугами населения в соответствии с разработанной технологией и возможностями ОЗ.

**Медицинская реабилитация** – комплекс лечебных мер воздействия, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций и здоровья пациентов и инвалидов, его синонимом является термин «восстановительное лечение». Цель МР заключается в устранении или ослаблении последствий болезни, травмы или увечья до полного или частичного восстановления или компенсации нарушений в психическом, физиологическом и анатомическом состоянии больного человека.

МР должна стать важнейшим, основным и ранним этапом лечения. С понятием МР тесно связаны физические методы реабилитации, такие, как кинезотерапия, трудотерапия, лечебный массаж.

Система мероприятий, проводимых ОЗ, направлена на выздоровление, компенсацию и восстановление нарушенных функций, формирующихся в результате болезни или травмы, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Это приспособление пациента и инвалида к новым условиям жизни и трудовой деятельности, возникшее вследствие болезни». В нем, как считает Э.А. Вальчук (2011), должны принимать участие не только врачи, но социологи, социальные работники, психологи, педагоги, ортопеды, но и специалисты по протезированию, обеспечивая *комплексность* реабилитации.

*Непрерывность* – реабилитация у лиц со значительным ограничением жизнедеятельности и социальной недостаточностью должна быть постоянной. Ее проводят весь период лечения в стационаре, в ряде случаев продолжают в амбулаторных, санаторных или домашних условиях в течение многих месяцев и даже лет. МР должна сочетаться с социальной, профессиональной, психологической и педагогической реабилитацией.

Конвенция о правах инвалидов принята Генеральной ассамблей Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке 13 декабря 2006 г., вступила в силу 3 мая 2008 года. Конвенция направлена на обеспечение полного участия инвалидов в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни общества (социальную интеграцию), ликвидацию дискриминации по признаку инвалидности, защиту инвалидов и осуществление ими

всех прав человека и основных свобод, а также на создание эффективных правовых механизмов обеспечения этих прав.

Республика Беларусь присоединилась к Конвенции о правах инвалидов, о чем свидетельствует Указ Президента Республики Беларусь от 24 сентября 2015 г. №401 "О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов", вступивший в силу со дня подписания.

## **Методы МР**

- 1) физические методы (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия);
- 2) механические методы (механотерапия, кинезотерапия);
- 3) массаж;
- 4) традиционные методы лечения (акупунктура, физиотерапия, мануальная терапия, трудотерапия);
- 5) психотерапия;
- 6) логопедическая помощь;
- 7) ЛФК;
- 8) реконструктивная хирургия;
- 9) протезно - ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь);
- 10) СКЛ;
- 11) технические средства реабилитации;
- 12) информирование и консультирование по вопросам МР.

**Социальная реабилитация** – система социальных, социально-психологических, педагогических, правовых и экономических мер, направленных на создание условий для преодоления пациентами и инвалидами ограничения жизнедеятельности, формирующейся или сформированной социальной недостаточности, путем восстановления навыков жизни в обществе и связей, достижения свободной и независимой жизнедеятельности наравне со здоровыми

гражданами. Она является важным условием для последующей социальной интеграции, или реинтеграции инвалида, т.е. включения или возвращения индивида в обычные условия жизни в соответствии с возрастом, образовательным уровнем и способностями, занимаемым в обществе положением.

#### **Методы социально - бытовой адаптации:**

- 1) информирование и консультирование по вопросам социально - бытовой реабилитации пациентов и членов его семьи;
- 2) обучение пациента самообслуживанию;
- 3) адаптационное обучение семьи пациента;
- 4) обучение пациента и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации;
- 5) организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида);
- 6) обеспечение техническими средствами реабилитации. В программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента;
- 7) сурдотехника;
- 8) тифлотехника;
- 9) технические средства реабилитации.

#### **Методы социально - средовой реабилитации:**

- 1) проведение социально - психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психологическая коррекция, психологическое консультирование);
- 2) осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости);
- 3) содействие в решении личных проблем;
- 4) консультирование по правовым вопросам;

5) обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

**Педагогическая реабилитация** объединяет меры коррекционного обучения и воспитания, направленные на усвоение инвалидом, прежде всего ребенком-инвалидом, определенной системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему успешно функционировать в качестве полноправного члена общества. Роль педагогической реабилитации и семьи возрастает при снижении способностей ребенка к восприятию, усвоению, актуализации и передаче знаний вследствие физического или психического дефекта.

**Психологическая реабилитация** представляет систему специальных и целенаправленных мероприятий по восстановлению, формированию, развитию различных видов психической деятельности, функций, качеств и образований, позволяющих человеку успешно адаптироваться в среде и обществе, принимать и выполнять соответствующие социальные роли, достигая высокого уровня самореализации. Основными методическими приемами психологической реабилитации являются консультации, психологический тренинг, психологическая коррекция и психотерапия, позволяющие достигнуть высоких результатов.

**Профессиональная реабилитация** – система государственных и общественных мер, направленных на возвращение или включение инвалида в общественно-полезный труд, в соответствии с состоянием его здоровья, трудоспособности, личными склонностями и желаниями.

Система мер профессиональной реабилитации включает:

- Медико-социальную экспертизу (врачебно-трудовую экспертизу);
- профессиональную ориентацию;
- подготовку инвалида к профессиональному труду (обучение, переобучение);
- подготовку производства к использованию инвалидов (создание для него специального рабочего места);
- мероприятия по обеспечению занятости (трудовой интеграции) инвалидов;
- динамическое наблюдение и контроль рационального трудоустройства, а также определение успешности социально-трудовой адаптации инвалидов;
- мероприятия по социально-трудовой адаптации (закреплению инвалидов на производстве).

### **Восстановительное лечение**

Включает современные технологии на всех стадиях восстановительного процесса: ЛФК, раннее выявление состояний предболезни и заболеваний, их полноценную профилактику и реабилитацию посредством комплексного использования природных факторов. Методы восстановительной терапии следует воспринимать, прежде всего, как попытку изменить внешнюю среду, сделать её возможной для перевода патофизиологических реакций функционирования организма на физиологические ответные действия.

### **Санаторный этап реабилитации**

Многолетние результаты экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют, что санаторный этап медицинской реабилитации является чрезвычайно важным для завершения патологического процесса, активации защитных механизмов организма, что способствует предупреждению прогрессирования болезни и рецидивов. На этом этапе наиболее результативным является комплексное применение природных лечебных факторов, однонаправленное их экзо - и эндогенное применение, а также внутренний приём минеральных вод в сочетании с нутриентами. Нутриентами являются органические и неорганические вещества, входящие в состав пищевых продуктов, используемые организмом для обеспечения жизнедеятельности, нормального обмена веществ, роста, развития организма и защиты от вредных факторов внешней среды (витамины, белки и пр.). На этом этапе создаются условия для нормализации структурно-метаболических нарушений, имевшихся на доклинической стадии болезни и сохранившихся после завершения клинической стадии. Это достигается длительным применением диетической коррекции, ЛФК, климатотерапии, минеральных вод. Природные лечебные факторы должны использоваться на этом этапе длительное время.

**Санаторно-курортная реабилитация** включает лечение хронических заболеваний в фазе неполной ремиссии или вялотекущего обострения, МР пациентов и инвалидов, рекреационную и функциональную реабилитацию больных людей. Она является основным видом деятельности курортной медицины в настоящее время и в будущем. Курортная реабилитация останется одним из главных направлений курортной медицины. Потребность в ней очень велика, а ее эффективность оправдывает вкладываемые в нее средства. Для совершенствования этого метода необходимы открытия в психологии, физиологии и социологии. Это позволит

разработать новую лечебную помощь пациентам для их адаптации к окружающим условиям, восстановлению здоровья при тяжелых заболеваниях и травмах.

**Психотерапия и психокоррекция.** Одно из ведущих мест в МР занимает психотерапия и психическая установка пациента на труд. Она реализуется в результате контакта лечащего врача и МС с пациентом. Цель психотерапевтического воздействия: коррекция расстройства путем перестройки отношения больного человека к тем или иным трудностям, которые являются причиной психогенных реакций. Психотерапия проводится пациентам с умеренно выраженными психическими нарушениями: астено-депрессивным синдромом, тревожно-депрессивным синдромом, невротическими реакциями, пассивным отношением к лечению и отсутствием веры в выздоровление. Основные направления работы врача-психотерапевта в условиях отделения состоят из работы с пациентами, родственниками и персоналом. Важное место в положительном психотерапевтическом воздействии отводится среднему медицинскому персоналу. На одного пациента планируется от 6 до 14 занятий.

**Культуротерапия** – использование искусства в лечебных целях практиковалось с древних времен разными народами и культурами. Культуротерапия в широком значении охватывает все формы терапии, которые с целью реализации определенных терапевтических целей используют культурные средства (изделия культуры), трактуемые как особые инструменты терапии. Культуротерапия в узком значении – это культурно-просветительская деятельность в МО, созвучная отдельным потребностям и потенциальным возможностям пациентов. Использование искусства для лечебных целей строится на представлении, что оно может выполнять определенные терапевтические функции. Ими являются:

**Арттерапия** (театротерапия) Под ней понимают осознанное и целевое использование искусства, а также соучастие в творческом акте лиц с психическими расстройствами.

Основным принципом программно-целевого обучения является достижение максимальной эффективности комплексной реабилитации лиц с хронической патологией посредством специальной подготовки самих пациентов и членов их семьи и окружения. Цель обучения - дать знания больному человеку, родственникам, помогающие признать необходимость изменения образа его жизни, окружения, семьи, выработать такой жизненный и семейный уклад, при котором все необходимые мероприятия

лечебно-реабилитационного характера заранее планируются и осознаются пациентом и его окружением. Это должно быть осознано созависимыми людьми как мера, необходимая для уменьшения негативных последствий нарушений, снижения ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, а также мотивации пациента на контроль, самоконтроль и управление болезнью.

**Галотерапия** – лечение в условиях камер искусственного микроклимата, основным действующим фактором которых является высокодисперсный аэрозоль сухого хлористого натрия с концентрацией ионов  $0,5 - 9 \text{ мг/м}^3$ , а размер частиц соли колеблется от 1 до 5 мкм.

Возможности функционирующих спелеолечебниц ограничены, поэтому в отдельных санаториях используются аналоги спелеотерапии - спелеокамеры, представляющие собой герметическое помещение, внутри которого находятся палаты из соляных блоков толщиной 60 см, специально оборудованные дозаторами кислорода, углекислого газа, галогенератором, что создаёт условия, аналогичные таковым в пещерах. Воздух в такие помещения подаётся через фильтры из измельчённых камней того же месторождения. Таких камер в настоящее время на территории СНГ построено более 300.

**Спелеотерапия** - метод не медикаментозной терапии и МР заболеваний органов дыхания, в основе которого лежит использование микроклимата подземных объектов (соляных шахт и карстовых пещер). В Республике Беларусь воздействие асептического воздуха уникальных природных пещер в лечебных и профилактических целях широко используется в санаториях Гродненской и Минской областей. Особенно известна с 1990 г. медицинским эффектом от спелеолечения бронхиальной астмы (БА), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), хронического бронхита, хронического полипозного риносинусита, поллиноза и других аллергических ринитов у взрослых и детей Республиканская больница спелеолечения в г. Солигорске, располагающая 250 койками. Она содержит уникальный подземный комплекс пещер, залегающих на глубине 420 метров в массиве каменной соли (галит) и калийном пласте (сильвинит). Подземная спелеолечебница спроектирована и построена по специальному научно обоснованному проекту, обеспечивающему обособленную систему проветривания, собственную инфраструктуру, что принципиально отличает ее от всех действующих в настоящее время лечебных шахт. Физико-химическая среда Солигорских соляных шахт существенно

отличается от подобных комплексов, поскольку галитово - сильвинитовый слой соли обеспечивает в 20 раз большее содержание в воздухе хлористого калия. Определенная глубина местных шахт способствует более высоким цифрам атмосферного давления, приводящим к повышению парциального давления кислорода и лучшему усвоению его организмом пациента. Специфический лечебный эффект атмосферы шахт достигается благодаря стабильному микроклимату, оптимальному ионному составу воздуха, наличию в нем мелкодисперсного соляного аэрозоля, отсутствию аллергенов и патогенной микрофлоры. Отмечается влияние высокого содержания в аэрозоле ионов кальция и магния, устойчивой влажности, невысокой равномерной температуры, низкой радиационной нагрузки, отсутствия электрических и атмосферных колебаний, повышенного содержания углекислоты в воздухе, малой вентиляции. В целом это способствует снижению сенсбилизации организма, уменьшению воспалительных изменений в бронхах, улучшению реологических свойств мокроты и дренажной функции бронхов, оказывает антибактериальное действие, мягкий иммуномодулирующий эффект, чем объясняется достаточно широкий перечень показаний для спелеолечения.

#### **Этапы организации спелеотерапии в Республике Беларусь**

В 70 – е годы XX века сотрудниками Белорусского научно-исследовательского санитарно-гигиенического института изучались условия формирования подземной среды в горных выработках калийных рудников и ее специфическое влияние на организм человека, которые легли в основу научного обоснования метода спелеотерапии в Республике Беларусь (**этап научного обоснования**).

В 1980 г. по результатам проведенных исследований главный аллерголог Министерства здравоохранения БССР, доктор медицинских наук, профессор Скепьян Н.А. обратился в Министерство здравоохранения БССР с предложением использования калийного рудника для лечения в подземных условиях пациентов с бронхо-легочной патологией. Это позволило на практике реализовать создание в стране нового направления в медицине – лечения методом спелеотерапии (**этап практического внедрения научных исследований**).

Постановлением Совета Министров БССР от 5 февраля 1986 г. № 41 было принято решение о строительстве на базе первого калийного рудника ПО «Беларуськалий» в г. Солигорске

спелеобольницы на 120 коек и подземного спелеокомплекса. Первые 33 пациента 5 февраля 1990 г. были приняты на спелеолечение, из них 20 чел. из Минского района, 10 - из г. Минска, 2 – из Могилевской области, 1 - из России (этап развития метода спелеолечения на республиканском уровне).

С вводом в эксплуатацию в 1997 г. первого наземного корпуса Республиканской больницы спелеолечения (РБС) на 120 мест спуски в подземное отделение были организованы уже в 2 смены: в дневное и вечерне-ночное время. Подобная организация работы персонала позволила без значительных финансовых затрат увеличить пропускную способность, количество пролеченных методом спелеотерапии пациентов увеличилось в 2 раза, составив в среднем 1620 чел. в год (этап организационно-технического совершенствования метода спелеолечения).

Согласно Указу Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко от 11 августа 2011 г. № 356 «О некоторых вопросах строительства спального корпуса № 2 и реконструкции спелеолечебницы государственного учреждения «Республиканская больница спелеолечения» в 2012 г. введены в эксплуатацию спальный корпус №2 на 120 мест, второе подземное отделение. Это знаменовало этап реализации полной доступности метода спелеотерапии для профильных пациентов, на основе государственного подхода и комплексности решения научных проблем.

Мощность РБС увеличилась до 250 коек, что позволило в большей степени увеличить доступность спелеотерапии для пациентов, нуждающихся в данном виде лечения и обеспечить отсутствие очередности для граждан Республики Беларусь.

За период с 2012 -2014 гг. пролечено всего 11 2687 чел. Из них: пациенты 18 - 60 лет - 8051 (71,4%), старше 60 лет – 1789 (15,9%), дети 1428 (12,7%), что свидетельствует о широком возрастном диапазоне охвата спелеолечением более 42 тыс. пациентов за весь период деятельности РБС.

С января 2013 г. к РБС присоединен филиал «Реабилитационный центр «Зеленый бор», что улучшило доступность, охват и качество МП пациентам.

За 2013 – 2014 гг. в РБС пролечено 6096 детей, в том числе 5197 детей в филиале «Зеленый бор», в среднем 2960 детей в год, что соответствует этапу совершенствования ориентированного на практику научного метода спелеотерапии.

### **Перспективы развития спелеотерапии в Республике Беларусь**

Доступность и своевременность МП являются важнейшими принципами ее оказания. В этой связи, увеличение охвата спелеолечением пациентов, нуждающихся в данном виде комплексной терапии, особенно детей, в т. ч. моложе 10 лет, пациентов трудоспособного возраста с использованием наземного спелеолечения, является гарантией качества специализированного лечения при заболеваниях БА, ХОБЛ, органов голоса, слуха и речи. Это практический научный и медицинский вклад в снижение инвалидности пациентов от заболеваний бронхо-легочной системы, болезней уха-горла-носа, пример медико-экономической эффективности метода спелеолечения.

Дальнейшее научное сопровождение метода, изучение медицинского эффекта различных вариантов продолжительности, комбинирования спелеопроцедур, длительности всего курса позволит обоснованно расширить перечень медицинских показаний к спелеолечению. Важным для дальнейшего развития является научное обоснование медицинских показаний, в частности, болезней кожи (псориаз, нейродермит, атопический дерматит), заболеваний слизистой носа и околоносовых пазух (хронические полипозные риносинуситы), а также оздоровление при отдельных видах психо-соматической патологии.

Внимание государства к комплексному решению медицинских проблем благоприятно для улучшения качества жизни людей, имеющих патологию аллергического генеза и болезни органов дыхания, что отражено в этапах развития метода спелеолечения в Республике Беларусь.

Подобными знаниями медицинские работники могут делиться в популярных и научных публикациях с целью тиражирования уникальности природных лечебных мест Беларуси, привлечения внимания отечественного врачебного и иностранного сообщества, медицинского туризма.

Лечение в созданных человеком помещениях со специально поддерживаемыми параметрами среды, имитирующими подземную среду, называют спелеоклиматотерапией.

В настоящее время созданы искусственные камеры, моделирующие основные параметры микроклимата солекопей.

Первая конструкция «Галокамеры» была разработана в 1985 (Ленинград, ВНИИ пульмонологии). Был создан оригинальный препарат «Аэрогалит» – высокодисперсный порошок соли солекопей Солотвина, которые обеспечили оптимальные параметры микроклимата галокамеры. Благодаря высокой дисперсности порошок проникает в мелкие бронхи и оказывает секретолитическое и противовоспалительное действие, активизирует мукоцилиарный транспорт, нормализует осмолярность бронхиального секрета и функциональное состояние слизистых дыхательных путей. При лечении улучшение отмечено у 80,4% взрослых больных, наибольший эффект наблюдался при хроническом астматическом и хроническом необструктивном бронхите.

Под **климатотерапией** понимают возможность использования природных метеорологических факторов, включая дозированные климатические процедуры в профилактических, лечебных и реабилитационных целях. Климатолечение - один из важнейших природных не медикаментозных методов, под которым понимают использование в лечебных и профилактических целях специфического воздействия климата разных типов, отдельных метеорологических комплексов и различных физических свойств воздушной среды. Изучение влияния климатических факторов на организм человека привело к выделению отдельного научного направления - медицинской климатологии, стоящей на стыке медицины и климатологии, медицинской географии и курортологии. Комплекс воздействия уникальных природных факторов при должной поддержке маркетинга и рекламы будет способствовать развитию медицинского туризма для жителей не только нашей страны.

Направления климатолечения:

\*смена климата, оказывающая стимулирующее действие, повышает сопротивляемость организма, может вызывать ожидаемый перелом в течении болезни, особенно при вялотекущих патологических процессах;

\*использование климатолечебных факторов в привычном для пациента климате, включает лечение в местных санаториях, рекомендуется, прежде всего, пациентам с нарушенной адаптацией и повышенной чувствительностью к смене погоды;

\*применение специальных дозированных климатических процедур;

климатопрофилактика - закаливание организма, совершенствование механизмов его приспособляемости к изменяющимся условиям внешней среды.

Климатотерапия заключается в кратковременной смене климата и использовании разных видов климатических процедур (аэро - гидро - гелиопроцедуры, их сочетания - талассотерапия, спелеотерапия и др.). Этот механизм реализации процедур рассматривают как саногенный (оздоровительный), поскольку под влиянием физического фактора реакции функциональных систем отклоняются от обычного уровня и это стимулирует процессы саморегуляции, прежде всего - тепловой баланс, возвращающие измененные системы организма к оптимальному режиму функционирования. В случаях передозировки или экстремальности климатических условий возможны нарушения процессов саморегуляции и возникновение патофизиологических реакций. В зависимости от используемых физических факторов наибольшее значение приобретают процессы регуляции (воздействие температуры воздуха, влажность). На территории СКО строятся климатические сооружения, которые делят на 3 группы:

- \*для тёплого периода года (лечебный пляж, аэросолярий);
- \*для холодного периода (лыжная станция, ледяная горка);
- \*для круглогодичного функционирования (климатопавильон, тренажёрно - оздоровительный зал).

**Аэротерапия** - использование воздействия открытого свежего воздуха в лечебных и профилактических целях. Применяется в разных климатических районах в любое время года. При благоприятных погодных условиях аэротерапия включает в себя длительное пребывание на воздухе, в том числе сон на открытых верандах, балконах, на берегу моря. Основным вариантом признаны воздушные ванны - дозированное воздействие свежего воздуха на организм при полном или частичном обнажении пациента. Для дозирования воздушных ванн используется метод холодной нагрузки.

Выделяют холодные, умеренно холодные, прохладные, индифферентные и тёплые воздушные ванны. Пациенты во время процедур выполняют физические упражнения различной интенсивности. При аэротерапии происходит перестройка дыхательного акта, он становится более эффективным. Повышается напряжение кислорода в альвеолярном воздухе и, следовательно, увеличивается его поступление в кровь и утилизация в тканях. Положительное влияние оказывают аэроионы, озон, терпены, которые повышают окислительный потенциал поглощаемого кровью кислорода, активизируют окислительные процессы в клетках иммунной системы. Морской воздух содержит микрокристаллы солей, йод, что воздействует на локальные иммунные системы в

коже и слизистых оболочках воздухоносных путей, восстанавливает их трофику, секреторную и защитные функции.

**Гелиотерапия** или лечение солнечным светом, заключается в использовании прямого излучения Солнца в лечебных целях. Для Беларуси это актуальный вид МР вследствие недостаточной природной инсоляции.

**Талассотерапия** - лечение морем, представляет собой метод климатотерапии, сочетающий воздушные, солнечные, морские ванны и ряд других лечебных факторов. Основное место, где пациенты получают климатические процедуры - лечебный пляж. Там осуществляется необходимый медицинский контроль и точное дозирование процедур. Республика Беларусь не располагает собственными возможностями для талассотерапии.

**Псаммотерапия** представляет собой лечение нагретым песком. Песочные ванны могут быть общими или местными. Обязательное условие - песок должен быть сухим. После процедуры желательно обмываться под тёплым душем и отдыхать не менее 30 мин. Этот вид МР также экзотичен для природы Беларуси.

Двигательный режим является одним из видов климатотерапии, предполагающий рациональное распределение разных видов двигательной активности, в частности, дозированную ходьбу. Терренкур - метод лечения, заключающийся в дозированной ходьбе по специально оборудованным дорожкам с возрастающим углом подъёма. Климатический и ландшафтный факторы в сочетании с высоко ионизированным воздухом увеличивают терапевтическую ценность этого метода.

**Лечебная физкультура** имеет огромное и возрастающее значение в СКЛ, в обеспечении физической нагрузки, становится модой для молодежи. Лечебное действие движения заключается в охранительно-стимулирующем эффекте, базирующемся на совокупности методов лечения, профилактики и МР, основанных на использовании специально подобранных физических упражнений.

**Массаж** - система приёмов дозированного механического воздействия на кожу и подлежащие ткани тела человека - также очень широко применяется в системе МР и СКЛ при различных травмах, заболеваниях.

**Грязелечение** - метод основан на применении грязей минерально-органического происхождения и грязеподобных веществ

(глин и др.), лечебное действие которых обусловлено влиянием температурного и механического факторов, природными физическими свойствами и химическим составом.

**Водолечение** - это наружное использование пресной воды с профилактической и лечебной целью. К водолечебным (водным) процедурам относятся ванны, души, общие и частичные обливания, обтирания, влажные укутывания. Их действия обусловлены температурным, механическим и химическим влиянием воды и зависят от методики проведения. Степень теплового воздействия воды зависит от её температуры. По этому показателю различают холодные процедуры (ниже 20 градусов С), прохладные (20-33 градусов С), индифферентные - безразличные (34-36 градусов С) и горячие (свыше 40 градусов С).

Современными аспектами СКЛ населения, таким образом, становится обеспечение влияния комплекса мер, направленных на максимальное использование преформированных природных факторов окружающей среды в сочетании с достижениями традиционной медицины, опираясь на научно-обоснованную базу, и имеющей конечную цель повышения медицинской, социальной, экономической эффективности сохранения и укрепления здоровья населения.

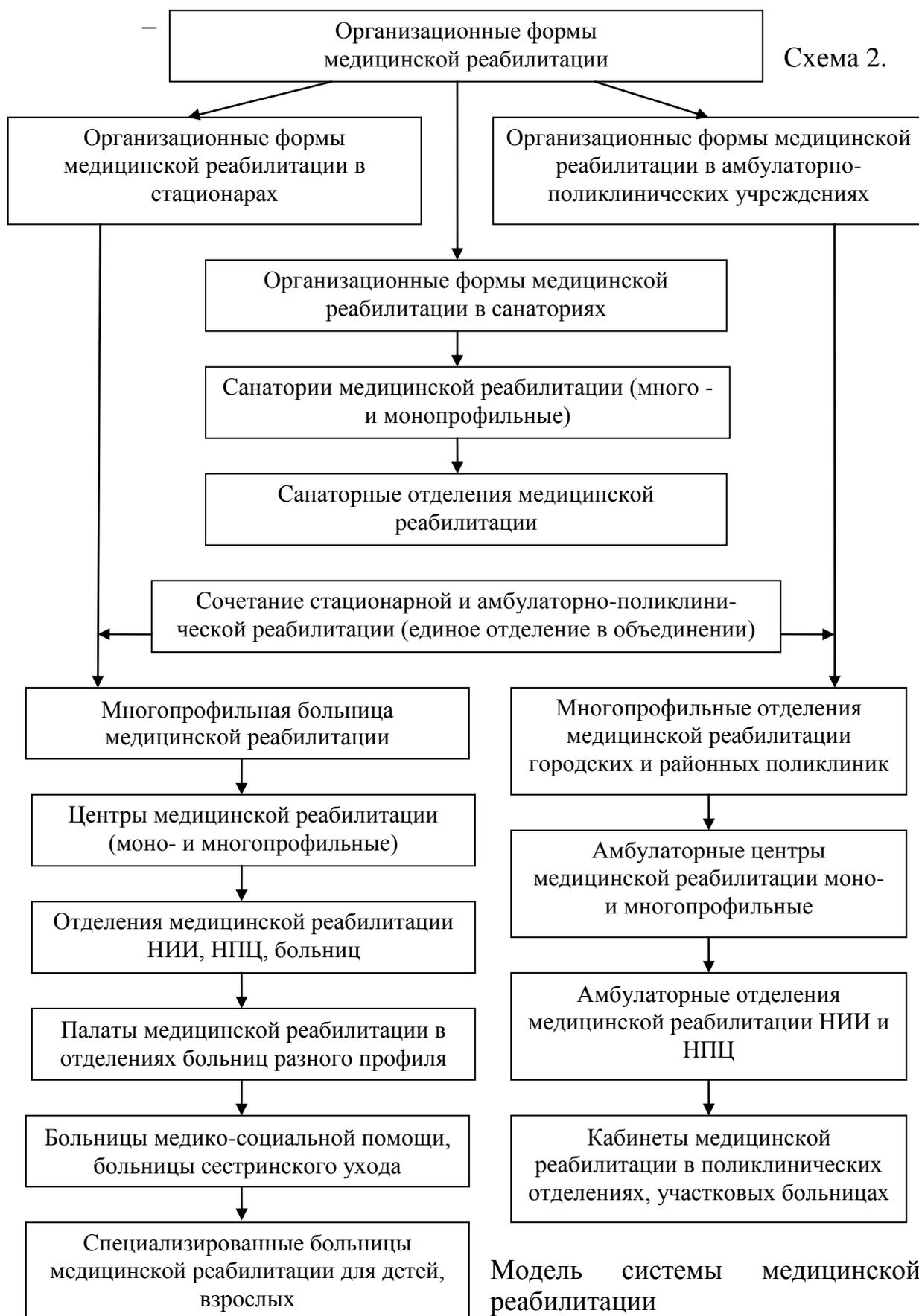
### **Организация МР**

Миссией МР является достижение в соответствующие сроки стойкого оптимального, адекватного физиологическим возможностям пациента восстановления нарушенных функций. Это и приспособление к окружающей среде, участие человека в социальной жизни с измененными, в связи с болезнью, социальными функциями. Она ориентирована на конечный результат – улучшение здоровья населения и состоит из 3-х подцелей: оптимизации лечебно-диагностического процесса при заболеваниях и травмах; осуществлении комплекса мер по первичной, вторичной и третичной профилактике и диспансеризации тех, кто подлежит реабилитации.

**Модель системы медицинской реабилитации** (Вальчук Э.А., 2011)

Модель системы МР в территориальных системах расселения представлена в ОЗ различных уровней управления и организации медицинского обслуживания населения следующим образом (схема 2).

Схема 2.



Максимальная задача МР – достижение полного уровня социальной, трудовой и бытовой активности пациента, минимальная – повышение способности больного к самообслуживанию до степени исключения необходимости в постоянном уходе. Реализация этих принципов может быть обеспечена лишь при наличии трёх необходимых этапов (звеньев) МР: стационарного, амбулаторно-поликлинического и санаторного.

В системе здравоохранения каждый этап организации МР имеет свои конкретные задачи и решает их в соответствии со сложившейся потребностью населения в реабилитации и контингентами пациентов.

На стационарном этапе организации МР осуществляется отбор на реабилитацию, составляется и реализуется индивидуальная программа в ранней стадии болезни или травмы, обеспечивается восстановление активности пациента и его трудоспособности.

На поликлиническом этапе МР первичному пациенту или преимущественно направленному в поликлинику после стационарного лечения больному решаются вопросы улучшения его функциональных исходов, восстановления трудоспособности, профилактики инвалидности, обеспечения восстановления и снижения ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

На санаторный этап МР пациенты поступают из стационаров и АПО. Здесь закрепляется эффект, достигнутый на предыдущих этапах, у человека вырабатывается психологическая настроенность к предстоящей общественной и трудовой деятельности. Часть больных людей поступают на санаторный этап МР в период временной нетрудоспособности с больничным листом для продолжения МР, начатой на предыдущих этапах.

Задачи этапов организации МР направлены на единую цель - восстановление здоровья, нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, трудоспособности и обеспечения независимого самостоятельного существования больного человека и инвалида в обществе.

Наилучший эффект МР достигается при условии преемственного и последовательного раннего стационарного, затем санаторного и заключительного поликлинического этапов или комбинации этапов стационар - АПО – санаторий.

## Выводы

Реабилитация – это процесс предупреждения инвалидности в период лечения заболевания, помощь пациенту в достижении максимальной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

К основным задачам медицины ВОЗ относит укрепление здоровья, профилактику болезней, лечение и реабилитацию. Расширяющиеся возможности повышения медицинской, социальной, экономической эффективности сохранения и укрепления здоровья населения посредством СКЛ поставили проблемы реабилитации на одно из первых мест в системе здравоохранения.

Миссией МР является достижение в соответствующие сроки стойкого оптимального, адекватного физиологическим возможностям пациента восстановления нарушенных функций. Это приспособление к окружающей среде, участие человека в социальной жизни с измененными, в связи с болезнью, социальными функциями. МР ориентирована на конечный результат – улучшение здоровья людей и состоит из 3-х подцелей: оптимизации лечебно-диагностического процесса при заболеваниях и травмах; осуществлении комплекса мер по первичной, вторичной и третичной профилактики и диспансеризации тех, кто подлежит реабилитации.

Одним из главных направлений СКЛ останется курортная реабилитация, потребность в которой велика, и будет возрастать. Развитие на научных основах МР и совершенствование взаимодействия всех этапов предоставления помощи является залогом улучшения качества и доступности этого метода пациентам для их адаптации после болезни или травмы.

Задачи этапов организации МР направлены на единую цель - восстановление здоровья, нарушений функций и ограничений жизнедеятельности, трудоспособности и обеспечения независимого самостоятельного существования пациента и инвалида в обществе.

Наилучший эффект МР достигается при условии преемственного и последовательного раннего стационарного, затем санаторного и заключительного поликлинического этапов или комбинации этапов стационар - АПО – санаторий.

Знания и тиражирование практики уникальных природных лечебных мест, минеральных вод, лечебных грязей, климата по всей территории Республики Беларусь медицинскими работниками могут привлекать внимание отечественного врачебного и иностранного сообщества, способствовать медицинскому туризму.

## **Вопросы для самообразования**

1. Охарактеризуйте, пожалуйста, понятие «климатолечение»?
2. В чем вы видите разницу и сходство в применении спелеолечения и аэротерапии?
3. Существует ли разница в применении талассотерапии, гелиотерапии, псаммотерапии как видах лечения?
4. В чем состоит предназначение реабилитационных процедур?
5. Дайте определение понятия и раскройте содержание термина «реабилитация»? В чем содержание основных видов МР?
6. Назовите основные принципы МР.
7. В чем состоит разница между понятиями «саногенез», «реституция», «регенерация», «компенсация», «иммунитет»?
8. Как выглядит модель системы МР в современных условиях?

## **Глава 6. Роль и место медицинской сестры в системе оказания реабилитационной и профилактической помощи**

Модернизация социальной сферы остается приоритетным направлением политики государства. Концепция развития здравоохранения на период до 2020 г. призвана обеспечить его переход на более высокий качественный уровень за счет структурной перестройки, внедрения инновационных технологий, использования передовых инвестиционных ориентированных на человека моделей управления, в том числе финансовой, информационно-коммуникативной. Для этого важно понимание процессов менеджмента и управления, умение показать конечный результат, его пользу для населения и работу системы управления в целом. Имевшие ранее место попытки автоматизировать отдельные участки деятельности МО без выработки единой и долгосрочной стратегии приводят к формированию знакомого по другим отраслям народного хозяйства многообразия систем.

Главной целью модернизации здравоохранения является повышение доступности и качества МП, в т.ч. СКЛ, для широких слоев населения. Удовлетворение потребности людей в качестве МП лежит через совершенствование информационного обеспечения различных уровней управления деятельностью СКО. Создание действенных механизмов управления и организации во многом обусловлено тем, что увеличение капиталовложений на развитие здравоохранения, благодаря которым происходит рост числа медицинских работников, насыщение больничными койками, медикаментами и др. ресурсами, не всегда приводит к соответствующему улучшению показателей здоровья населения и повышению удовлетворенности оказываемой МП.

Лидирование заболеваний, в развитие которых существенный вклад вносит поведенческий фактор (сердечно - сосудистые заболевания, рак, сахарный диабет), вызывает потребность в минимизации этих рисков через формирование позитивного поведения человека, в чем могут преуспеть МС и Пвр, овладевающие информационными технологиями. Методология практической реализации различных аспектов сохранения и укрепления здоровья людей базируется на многих документах. Это Концепция реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года, Концепция реализации государственной политики

противодействия потреблению табака на 2011-2015 гг., политика ВОЗ «Здоровье-2020», Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы.

Негативные тенденции в отдельных показателях здоровья детского населения в настоящее время состоят в увеличении заболеваемости по основным классам болезней, ухудшении физического развития и снижении уровня физической подготовленности детей. Это обуславливает необходимость внедрения современных технологий управления здоровьем, развития профилактических технологий, которые находятся в компетенции врачей, МС и Пвр.

Персонал различных МО в недалекой перспективе примет посильное участие в системе социально-гигиенического мониторинга уровня воздействия поведенческих и средовых факторов на население в период оздоровления и лечения. Это станет базовым элементом профилактической медицины. Для этой цели создана инструкция по применению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Модель интегрированной системы социально-гигиенического мониторинга состояния здоровья детей школьного возраста с использованием методологии оценки риска» (Гузик Е.О. и с., 2014). Эта методология использует системный подход к применению методов донозологической диагностики, с оценкой функционального состояния организма, изучением процессов адаптации растущего организма к условиям окружающей среды, включая микроэлементный состав детского организма, как наиболее чувствительного индикатора экологического неблагополучия совместно с санитарно-гигиенической службой.

Оценка состояния здоровья детей школьного возраста и факторов, его формирующих, будет проводиться:

1. На популяционном уровне через данные статистических отчетных форм учреждений образования;

2. Для оценки здоровья детей будут использованы материалы обследования с оценкой физического развития (соматометрические и физиометрические показатели, заполнение карты полицевого учета ребенка, стоматологическое обследование, показатели уровня физической подготовленности), полученные с применением принципа информированного согласия родителей на пользование материалами;

3. Оценка среды обитания посредством анкетирования родителей о медико-социальных причинах формирования отклонений в здоровье и заболеваниях детей;

4. Оценка фактического питания детей в домашних условиях, как это делалось в исследовании 2010 г. в г. Туров (гл. 4).

По мнению автора (Гузик Е.О., 2014), создание единой базы данных о состоянии здоровья школьников позволяет выявлять приоритеты будущих проблем и изучать оценку вклада отдельных факторов среды обитания в состояние здоровья детей школьного возраста, что невозможно без информатизации и нормирования труда подобной деятельности.

Охват СКО элементами первой очереди информатизации происходит за счет наличия локальной сети МО и автоматизированных рабочих мест (АРМ), таких как «Регистратура», «Статистика», «Диспансеризация». Данные АРМ являются ключевыми при поэтапном внедрении автоматизированных информационных систем (АИС).

Входным элементом информационной системы в СКО является организация работы регистратуры через программу АРМ «Регистратура», значение которой - создание и ведение электронной картотеки пациентов.

Основное назначение АРМ «Диспансеризация» – формирование электронного банка информации об осмотрах населения в рамках проведения дифференцированной диспансеризации (скрининга) и контроля хода ее выполнения. Этот элемент информационной системы не является необходимым в работе СКО.

АРМ «Статистика» - вносит информацию о посещениях пациентами СКО и лечении в соответствии с установленными диагнозами заболеваний. Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, по состоянию на 01.01.2013г. 73,9% АПО имели локальные вычислительные сети, в 96,8% внедрены АРМ «Регистратура»; в 65,9% - АРМ «Статистика»; в 73,6% - АРМ «Диспансеризация», к 2015 г. информатизация рабочих мест в основном завершена. Данных об информатизации СКО нет.

Для достижения обозначенных перспектив необходимо научить большое число специалистов.

Обучающийся новым информационным технологиям в системе СКО медицинский работник должен иметь:

- высшее образование медицинского, технического или педагогического профиля;
- навыки работы с персональным компьютером на уровне пользователя;
- навыки работы в сети Internet (www. и электронная почта);
- персональный компьютер с типичным программным обеспечением (графическая операционная система, интернет-браузер, средство для работы с электронной почтой) и подключением к сети Internet.

### **Перспективы совершенствования организации медицинской помощи в СКО на основе информационных технологий**

Все большее количество специалистов начинают осознавать, что без внедрения современных достижений в области информационных технологий трудно перейти на качественно новый уровень оказания МП, найти эффективные пути управления медицинскими ресурсами отдельной ОЗ и региона, выполнять оперативный мониторинг состояния здоровья, избежать дополнительных затрат и дублирования функций при диагностике и обследованиях пациентов.

Повышение компьютерной грамотности сестринского руководителя и МС не только обеспечивает быстрый документооборот и делопроизводство, но и способствует мотивации на профессиональный рост квалификации, поскольку снимает психологический барьер страха перед экзаменом, сопровождающимся компьютерным тестированием. Установлено, что среди главных МС, получивших повышение квалификации в Республике Беларусь, знание на практике востребованы у 70%, а через год у 30%. В системе дополнительного обучения взрослых 35% респондентов в 2014 г. называли важной потребностью проведение обучающих научно-практических семинаров совместно с врачами. Ранжирование показало, что на 1-м месте находится стажировка на рабочем месте: 72% анкетированных лиц; на 2-м – совместные с врачами и МС конференции (24%); на 3-м месте – чтение профессиональной литературы и самостоятельное обучение.

Нашим ранним исследованием (2010-2014 гг.) изучено, что высшее сестринское образование влияет на взаимоотношения в коллективе. У 70% респондентов отношения в коллективе улучшились, их стали больше уважать, у 30% перемен не произошло, для 15% произошло улучшение взаимопонимания с руководством, а 20% анкетированных главных МС ощутили усиление критики к своей работе. Из числа анкетированных 35% главных МС строят отношения на равных с врачами и с одобрением их инициативы.

Проблемы информатизации в СКЛ многообразны. Это и устаревшая система регулирования потоков пациентов, начиная с регистратуры, что приводит к очередям и вызывает закономерное недовольство населения; недостаточный уровень планирования и организации работы врача; слабая мотивация медицинских работников к деятельности с применением информационных технологий; недостаточный объем и низкая эффективность профилактической работы с населением; недостаточный уровень информатизации, следствием чего становится неудовлетворенность пациентов качеством и доступностью МП, жалобы на очереди на консультацию специалистов, недостаток культуры персонала МО, неверие пациентов в возможность эффективного лечения на уровне государственной службы здравоохранения.

Имеющие место уязвимые места дистанционного обучения (ДО) в системе дополнительного образования медицинских работников по вопросам информатизации в здравоохранении нуждаются в коррекции:

-«запаздывание» знаний, обусловленное ростом технологий по выявлению и лечению все новых заболеваний, а также требовательностью населения, имеющего доступ к информации по теме;

-нерациональное использование времени, которое при ДО будет проходить на рабочем месте;

-большая стоимость обучения МС, которую ДО позволит сократить за счет минимизации расходов по этим статьям.

Обучение МС практическим навыкам требует традиционного очного контакта, но вся теоретическая подготовка и упражнения в

практике принятия решений могут проходить в дистанционной форме, для чего постепенно перерабатываются учебные планы.

Пути решения проблем по информатизации работы в СКО являются следующие:

1. Осуществление сравнительного анализа существующих и перспективных методов организационных решений по работе имеющихся локальных сетей в СКО на уровне, отвечающем современным требованиям здравоохранения;
2. Разработка, научное обоснование оптимальной модели организации СКЛ и единого медицинского регистра населения для целей оздоровления и реабилитации на основе информационных технологий;
3. Разработка рекомендаций по внедрению методики информационных технологий в СКО.

Для большей доступности МП в Республике Беларусь созданы порталы заказа талонов через интернет, аналог которой может быть использован в системе СКЛ. Так, к talon.by подключено 77 поликлиник, а также ряд ЦРБ; население активно использует новый сервис. Установлено, например, что в августе 2014 г. этот сайт посетили более 142 тыс. человек. В перспективе - создание АИС нового поколения «Интеллектуальное электронное учреждение здравоохранения», включающее современный центр обработки данных СКО, использование штрихкодирования, электронной цифровой подписи, беспроводных телекоммуникаций, малогабаритных планшетных устройств по отображению информации; разработку и развитие подсистем «Цифровая диагностика», «Цифровая лаборатория» и др. Ее внедрение обеспечит полный электронный документооборот медицинской информации, исключив все бумажные записи, базирующийся на мировом опыте подобной деятельности, как, например, система управления потоками пациентов (PFM) в секторе здравоохранения европейских стран. Там система PFM имеет определенную успешную и востребованную историю и содержание.

Содержанием управления потоками пациентов (PFM) в системе здравоохранения стран Западной Европы являются: уникальные знания, высокое качество, надежность, финансовая стабильность; более 30 лет опыта в управлении потоками пациентов, наличие 13 дочерних компаний по всему миру, более 100 партнеров в разных странах; более 52 000 систем Qmatic установлено в 122

странах в разных секторах: здравоохранении, финансовом и государственном секторе, рознице и других секторах (туризм, досуг, образование). В основе деятельности компании Qmatic лежит принцип «Ценить время»: «Мы экономим время тем, кто использует наши решения».

Задачей современных руководителей, в том числе в СКО, становится повышение лояльности пациентов к современным технологиям предоставления СКЛ:

- сокращение фактического времени ожидания (календарь для бронирования встреч, мониторинг в режиме реального времени, планирование трудовых ресурсов на основании уведомлений);

- сокращение воспринимаемого времени ожидания (информирование пациентов с помощью цифровых экранов в зоне ожидания, SMS-решений, мобильных приложений);

- повышение качества обслуживания (лучшее сопоставление потребностей пациентов с квалификацией персонала, доступ сотрудников к истории наблюдения пациентов, виртуальная очередь).

Поскольку в центре внимания СКО находится пациент, целесообразно обозначение именно для него применения информационных технологий управления потоками, чем могут заниматься все медицинские работники.

Все преимущества пациенту обеспечиваются системой управления потоками людей в определенных местах.

Для пациентов существуют очевидные преимущества информационных технологий управления в системе СКО:

- ✓ Улучшение качества СКЛ, отсутствие живой очереди, снижение воспринимаемого времени ожидания;

- ✓ Сокращение реального времени ожидания и лучшее планирование пациентом личного времени;

- ✓ Приватность и конфиденциальность информации об уровне его здоровья;

- ✓ Снижение уровня стресса;

- ✓ Позитивное внимание и ощущения в процессе получения СКЛ.

Не менее важным для главного врача СКО является наличие достоинств информатизации для организации труда персонала, состоящие в следующем:

- ✓ Соответствие возможностей штата пиковым нагрузкам;

- ✓ Быстрый доступ к истории пациентов, сокращение времени на поиск нужной информации;
- ✓ Снижение уровня стресса благодаря контролю потока пациентов, комфортная обстановка;
- ✓ Профессиональный имидж;
- ✓ Нет необходимости выходить в зону ожидания для вызова на прием следующего пациента, улучшение коммуникации;
- ✓ Оперативное управление ресурсами СКО;
- ✓ Увеличение количества обслуженных пациентов.

Эффективность информатизации специалистов СКО проявляется по таким параметрам:

- сокращение времени и сроков оформления медицинской документации, предоставления отчетов и реестров услуг;
- доступность СКЛ, уменьшение очередей за счет сокращения времени работы с картой пациента;
- повышение качества управления медицинской, административной и финансовой деятельностью СКО за счет комплексного внедрения электронной медицинской карты и электронного талона;
- повышение достоверности информации о показателях деятельности МО;
- оптимизации штата медицинского персонала СКО.

Ожидаемые результаты от внедрения информационных технологий в СКЛ и профилактической медицине состоят в значительном улучшении обслуживания пациентов, возрастании качества СКЛ и снижении уровня стресса у сотрудников. С экономической точки зрения срок окупаемости бизнес - решения составляет 8-12 мес. за счет увеличения пропускной способности СКО на 15-35%, по данным зарубежных источников для МО (Qamatic). Особенно перспективно применение информационных технологий в работе с пациентами с функциональным дефицитом, для которых возрастает роль МР.

Специализированные СКО для функционально неполноценных лиц осуществляют свою деятельность в соответствии с целями, разработанными для этого случая ВОЗ:

- предупреждение функциональной неполноценности (инвалидности) пациентов;
- реабилитация после достижения компенсации или ремиссии;
- уравнивание шансов для этой группы лиц в качестве жизни.

Подразумевается, что эти цели должны быть реализованы с привлечением многих отраслей знаний, с одной стороны,

гуманитарных, медицинских, биологических, с другой – технических, а также взаимодействия многих специалистов. «Предупреждение», в соответствии с пожеланиями ВОЗ, обозначает «средства, имеющие целью предупредить возникновение психических, физических и сенсорных повреждений». Эта цель может быть достигнута благодаря эргономике, которая подразумевает приспособление станков, а также рабочих мест к возможностям человека, обеспечение ему комфорта и безопасности, создание оптимальных условий труда и жизни человека, опосредованно препятствующих возникновению происшествий и повреждений тела. Использование принципов эргономики не только дает возможность сохранить здоровье человека, но и улучшает качество жизни, ее полноценность, действенность и результативность. С другой стороны, неправильно запланированное рабочее место сопровождается дискомфортом и усталостью, а следствием этого могут быть травмы и болезни.

Исследования канадских ученых подтверждают, что объединение усилий эргономики и реабилитации способствует существенному улучшению качества процесса реабилитации и ускоряет его. Результаты тренировок и лечебных мероприятий бывают значительно лучше при соответственно сконструированном и приспособленном рабочем месте или предмете ежедневного обихода, усиливая эффект реабилитации для лиц специализированного санатория.

Обе дисциплины открыли новое направление деятельности, касающееся функционально неполноценных людей под названием *реабилитационная эргономика* (*ergonomics rehabilitation*). Это междисциплинарная область знаний, приспособляющая приборы, технику, устройства, технологии и материально-техническую сторону труда и жизни, а также предметы повседневного использования, реабилитационные приспособления, тренажеры к возможностям и потребностям функционально неполноценных лиц.

### **Роль среднего медицинского персонала в осуществлении медицинской реабилитации**

Убеждение в том, что роль старших МС в организации труда персонала СКО и качестве предоставления МП пациентам в настоящее время возрастает, подтверждается рядом исследований. Так, из классической литературы по медицинскому менеджменту известно, что удовлетворение служащего контролем связано с ясным пониманием ответственности, удовлетворительной прямой и

обратной связи руководителя и подчиненного (Kivimaki and Lindstrom, 1995).

Удовлетворение осуществляемым контролем среди исполнителей положительно сказывается на микроклимате в коллективе. Интересны способы, используемые для этого старшими МС: конфиденциальный разговор по 1-2 часа в год с каждым сотрудником; поощрение людей за идеи и мнения по поводу работы; подчеркивание своей роли в благоприятном психологическом климате в СКО. Осуждение и высмеивание тех, кто высказал неудовлетворение проводимым администрацией контролем, было неблагоприятным для взаимодействия этих людей в дальнейшем.

Микроклимат (организационная культура) и взаимоотношения в МО влияют на структуру эмоциональных отношений между МС, которая меняется от одного отделения к другому. В исследовании, включающем 1387 медсестер, регулярно работающих в ночную смену, и 1252 - занятых на утренних и дневных дежурствах ими отмечалось, что дежурства были более длинными в ночные смены за счет более раннего начала дежурства и позднего окончания (Estryn-Behar et al., 1989). Информация о хорошем и очень хорошем микроклимате более распространена в ночных сменах, тогда как сведения о "хороших взаимоотношениях с врачами" у них встречались реже. МС ночных смен отмечалось, что они имели больше времени на разговоры с пациентами, хотя полагали, что беспокоят их. Более высокая неуверенность в правильности ответа пациентам также была более частой среди МС ночных смен, при этом у них отмечена большая выносливость.

Проблемными для управления старшей МС СКО являются особенности труда специалистов, негативно сказывающиеся не только на качестве МП, но и на здоровье людей. К ним можно отнести такие моменты профессиональной деятельности МС:

- отсутствие ясности в разграничении ответственности и полномочий врача, МС и младшей МС;
- перегруженность работой и давление предельных сроков исполнения;

- неритмичность рабочих графиков, нарушение режима питания и сна, необходимость работы во внеурочное время, непостоянство повседневных заданий;

- боязнь выполнения каких-то манипуляций, особенно молодыми и неопытными МС; некомпетентность в лечении МС, установленная шведскими и финскими исследователями ((Leppanen and Olkinuora, 1987);

- наделение ответственностью за решения в отсутствие врача приводило к вероятности конфликта и становилось источником стресса;

- неспособность организовать удобный рабочий график в зависимой от врача профессии МС;

- непрерывный контакт МС с носителями стресса;

- возможность увольнения, форсированное продвижение по службе;

- плохие условия труда, работа, предполагающие «борьбу за жизнь»;

- ощущение недооценки вклада в общую работу МС среди специалистов с более высоким уровнем образования.

В деятельности отделений МР на санаторном этапе МР активное участие принимают МС. Работа с пациентами с длительной и стойкой потерей трудоспособности, инвалидами, детьми или престарелыми людьми требует особой деликатности, душевной теплоты, внимания и профессиональной подготовки этих специалистов. Подбору персонала (инструкторов ЛФК или адаптивной физической культуре, МС кабинетов трудотерапии, бытовой реабилитации, физиотерапии, массажа) уделяют особое внимание, в этом процессе задействована главная МС СКО.

Помимо общепринятых для МС обязанностей, имеются новые дополнительные функции в отношении больных людей, получающих МР. Палатные МС ведут контроль своевременности посещений пациентами занятий ЛФК, физиотерапии, бытовой реабилитации, трудотерапии, массажа. Используя элементы малой психотерапии,

медицинской психологии, палатные МС устанавливают и поддерживают нужный микроклимат, согласно принципам информированного согласия объясняют пациенту необходимость и значение скрупулезного выполнения комплекса МР. Итогом комплексных усилий становятся разнообразные эффекты.

**Медицинский эффект** МР определяется на основании анализа конечных результатов МР и заключается:

1. В оценке состояния здоровья у больного человека (по заключению врача): выздоровление, значительное улучшение, улучшение, незначительное улучшение, без перемен, ухудшение;

2. В распределении по группам здоровья (переход в более высокую группу после МР): здоров, практически здоров, болен - компенсирован, болен - субкомпенсирован, болен, болен - декомпенсирован.

3. В отношении пациента к МР: безразличное мнение, отрицательное, противоречивое, положительное;

4. В оценке больным человеком эффективности методов и приёмов МР (по каждому методу в 5-ти бальной системе): медикаментозная терапия; оперативные вмешательства; ЛФК, трудотерапия, психотерапия, физиотерапия и др.;

5. Снижение продолжительности временной нетрудоспособности (ВН) (по итогам МР);

6. Снижение рецидивов, обострений (по итогам года);

7. Уменьшение летальности (по итогам года или более длительного периода);

8. Использование клинико-инструментальных и функциональных проб в соответствии с имеющейся патологией, её особенностями и характеристиками, их динамика и результативность.

**Социальный эффект** МР оценивается по следующим показателям:

- Восстановление способности к труду: трудоспособность сохранена; ограничена; утрачена;

- инвалидность (первичная, переосвидетельствованная, группа инвалидности).

1. Трудовым рекомендациям:

- трудоустройство на прежней работе;
- временный перевод (до 2-х месяцев) на облегчённые условия труда;

- перевод на другую работу;

- направление на экспертную комиссию для снятия или снижения группы инвалидности;

- направление на экспертную комиссию для продления листа ВН на срок более 4-х месяцев;
- направление на экспертную комиссию для определения группы инвалидности.

Система комплексной МР, дополняемой социальной реабилитацией, является реальностью и имеет перспективы, поскольку Республика Беларусь принадлежит к странам, в которых медицинская и социальная работа функционируют как самостоятельные звенья. Содержание профессиональной деятельности социального работника во многом определяются ценностной концепцией отношения общества к медико-социальным пациентам. Социальная работа включает не только работу словом, но и социальные технологии, имеющие междисциплинарный характер и механизм оказания реальной помощи. В работе, предлагающей поддержку, защиту и помощь социально уязвимым и неблагополучным категориям населения, должны быть использованы разные формы работы, осуществляемой совместно с медицинскими сестрами.

Формы системы реабилитации, осуществляемые МС на практике, разные:

- преимущество в информировании о состоянии здоровья подопечного, особенностях его отношений с окружающими, чертах характера,
  - согласование методов сестринской помощи и реабилитации;
  - совместные программы индивидуальной коррекции и реабилитации, когда каждый специалист участвует в решении вопросов социальной реабилитации пациента;
  - взаимопомощь, когда команда работников здравоохранения (КРЗ) взаимно дополняет друг друга с психологом и МС, определяет ориентиры для наблюдения с учетом пола, возраста, особенностей пациента;
  - использование информации о состоянии здоровья, определяющей режим работы, способы стимулирования интереса к труду и жизни; полученной одним специалистом для деятельности другого;
  - комплексность как сумма параллельных действий специалистов разного профиля в общем процессе социального возрождения человека.
  - телефонное консультирование (прообраз телемедицины) является одной из форм комплексной медицинской психологической

и социальной помощи, преимущества которой состоят в оперативности, доступности независимо от достатка, социального положения и условий быта. Цель телефонной линии состоит в том, чтобы выслушать человека по конкретной проблеме, оказать профессиональную поддержку, предоставив необходимую информацию, обсудив возможные варианты действий, которые наметил абонент. Если нужно, наметить программу коррекции индивидуального здоровья, оказать помощь в ориентации на рынке бесплатных медицинских услуг и за дополнительную плату, указать адреса необходимых социальных и общественных служб, лечебно-профилактических организаций, назвать ведущих специалистов в рамках проводимой тематической линии.

**Экономический эффект** МР формируется из компонентов:

- снижения затрат на ВН;
- снижения затрат на стационарное и амбулаторно-поликлиническое лечение;
- снижения затрат на социальное обеспечение (на пенсии, пособия и др.);
- предотвращенного ущерба от преждевременной смертности и др.

После окончания курса лечения в основном стационарном отделении больные люди переводятся в отделения и палаты МР. Стационарные отделения МР организуются в составе республиканских, областных, городских, районных и участковых больниц, а следующим этапом лечения становится санаторный, на этом этапе возрастает роль руководителя: главного врача, его заместителей, главной (старшей) МС, заведующего отделением. Управление сестринским персоналом – это целенаправленная деятельность главного врача и подразделений ОЗ, использующих различные механизмы руководства и каналы связи, современные технологии влияния для обеспечения слаженной квалифицированной работы по оказанию МП в необходимом объеме и соответствующего качества.

Роль старшей МС сводится, таким образом, к учету всех проблемных факторов при оказании МП и минимизация их посредством:

- разграничения ответственности и полномочий в конкретных ситуациях на рабочем месте;
- справедливого распределения нагрузки на весь персонал;
- смягчение неритмичности рабочих графиков за счет делегирования полномочий при перегрузке одного из специалистов;
- улучшения условий труда и внимательного отношения к проблемам и нуждам людей;
- поощрения инициативы и идей подчиненных, полезных для работы.

### **Выводы**

Медицинский персонал, включенный в работу с применением информационных технологий, оценивает ее преимущества в большей степени, чем недостатки, которые временны и зависят от эффективности технологий ДО. Они определяются сочетанием нескольких ключевых факторов, позволяющих обучаемым специалистам быстро освоить нужные объемы учебной информации, добиться лучших результатов работы: интерактивности; улучшенной визуализации; гибкости в использовании; оперативности обновления; возможности общения с преподавателем, другими обучаемыми и доступности.

Создание единой базы данных о состоянии здоровья школьников позволит в недалеком будущем выявлять приоритеты формирующихся проблем и изучать вклад отдельных факторов среды обитания в состояние здоровья детей школьного возраста, определенное место в этом процессе отводится работе МС СКО.

Отечественная система здравоохранения, вливаясь в систему информационных технологий на основе мирового опыта, выигрывает в скорости внедрения и качестве СКЛ с учетом потребности всех составляющих ее оказания.

Роль старших МС СКО в организации труда и качестве предоставления СКЛ пациентам в настоящее время возрастает, что доказано рядом научных исследований. Происходит постепенное понимание руководством отрасли того, что специфика деятельности врача консервативна, ее нельзя ставить в зависимость от не стандартизированных программных продуктов. В целом это дает

понимание того, что в системе здравоохранения накопились серьезные проблемы, требующие радикального решения на высшем уровне, до того, как будет начата информатизация системы санаторно-курортного обеспечения.

Совершенствование системы оказания реабилитационной помощи в условиях СКО возможно через использование с максимальным эффектом труда МС, что является экономически полезным и практически возможным.

Специализированные санатории для функционально неполноценных людей должны получить соответствующее развитие, что позволит улучшить качество МР для избранных категорий пациентов через использование с максимальным эффектом труда МС. Функция современной МС в системе МР заключается в выполнении зависимой роли вместе с врачом и другими специалистами, и независимой роли, исследовательской деятельности, как это делают магистранты таких государств, как Швейцария, Германия, Голландия, Дания.

### **Вопросы для самообразования**

1. Что используется для оценки состояния здоровья детей школьного возраста и факторов, его стимулирующих?
2. Каковы цели, поставленные ВОЗ для специализированных СКО для функционально неполноценных лиц?
3. Каковы известные эффекты МР?
4. Какое значение в системе МР может иметь развитие информационных технологий?
5. В чем состоят преимущества для пациента, специалистов и руководителя от внедрения информационных технологий в практику работы СКО?
6. Изменилась ли роль и место МС в оказании СКЛ и МР пациентам?

### **Раздел III. Командный подход в деятельности медицинских работников санаторно-курортных организаций**

#### **Глава 7. Понятие команды работников здравоохранения. Содержание деятельности**

Команда означает группу из 2 и более индивидов, которые для достижения определенной цели координируют взаимодействие и трудовые усилия. Это люди, имеющие общую цель, действующие в одном направлении и достигающие желаемых результатов быстро, четко и легко. Например, это касается деятельности в системе паллиативной медицины, становлении института врача общей практики и наполнении особым содержанием труда Пвр. Эффективная работа врача СКО, например, неполноценна без предоставления большей самостоятельности МС на принципах партнерства.

Согласно опыту существования команд в западноевропейских странах, группа единомышленников формируется в соответствии с принципом функционального соответствия. Наряду с другими (принципом численности, правилом противоположных качеств, принципом технологичности выполняемых функций, обособления оказания МП рынком сбыта), эти факторы влияют на эффективность выполнения поставленных целей.

#### **Состав КРЗ согласно способностям**

- Руководитель отвечает за результат, рискует ресурсами, обеспечивает привлечение финансов через систему предоставления медицинских услуг за дополнительную плату.
- Душа группы – лидер, создающий атмосферу близости, раскованности, командный дух, часто это сочетается с ролью формального лидера (руководителя).
- Советник или эксперт с аналитическим складом ума.
- Разведчик ресурсов – человек, ищущий, где и у кого выгоднее приобрести информацию, средства, время, труд.
- Практик – волевой прагматик с задатками лидера.
- Оформитель – тот, кто хочет выполнять рутинную работу в команде.
- Доводчик – доводит дело до результата; умеет предложить и продать медицинскую услугу.

- Новичок – может чему-либо научить, иногда выдает неординарные идеи, к которым опытным работникам следует быть очень внимательными.

### **Условия успешной работы КРЗ**

- умение ставить перед сотрудниками достижимые цели согласно стратегическому плану развития МО;

- находить наиболее эффективные пути мотивации специалистов;

- учитывать квалификацию исполнителей, но не отвергать особенности личности и конфликтность людей, ибо считается, что лучше взять в коллектив человека с хорошим характером и более низкой квалификацией, нежели наоборот (научить – возможно, исправить характер – нет);

- использовать коммуникативную компетентность специалистов и развивать ее;

- соизмерять размер помощи друг от друга в КРЗ.

Деятельность КРЗ происходит в рамках определенных традиций и норм.

### **Командные нормы**

- Критическое событие – прецедент, который в последующем рассматривается как образец приемлемых действий. Например, заведующий отделением бросил курить, всем МС это сигнал для изменения своего отношения к табаку.

- Первенство – первый образец поведения в команде становится основой будущих ожиданий. Например, в ряде МО негосударственной формы собственности (фирм) за регулярное посещение зала ЛФК сотрудникам полагается определенный бонус.

- Перенос поведения – привнесение норм поведения извне («хочешь продвинуться по службе – не кури»).

- Ясное выражение – понятное для новичка выражение будущих норм: в нашем коллективе мода на ЗОЖ, мы ходим в походы, встречаемся на неформальных играх, конкурсах, отдыхе.

Каждый руководитель хотел бы управлять квалифицированными медицинскими работниками с высоким уровнем культуры, профессионализма, низкой конфликтностью. В достижении этого помогает знание психологических особенностей работы разных людей в коллективе.

### **Психологические особенности взаимодействия в малых группах**

- Эффект групповой лени выражается в том, что по мере увеличения числа членов в КРЗ происходит уменьшение среднего индивидуального вклада в общую работу. Следует учитывать, что люди в команде менее мотивированы и прилагают меньше усилий при выполнении совместных, нежели индивидуальных действий.

- Эффект синергии может проявляться увеличением интеллектуальной энергии, возникающей при объединении людей в КРЗ. Наиболее ярко проявляется при проведении «мозговой атаки», когда коллективу необходимо быстро предложить новые идеи без критического анализа и логического осмысления.

- Эффект группомыслия возникает в том случае, когда поиск согласия между коллегами становится основным в сплоченной КРЗ и оно начинает пересиливать реалистическую оценку различных взглядов людей. Эффект группомыслия возникает, когда верным объявляется сплоченное мнение коллектива, даже если это решение не будет объективным и разумным с точки зрения ее отдельного члена.

- Эффект конформизма влияет на изменение поведения или мнение человека в результате реального или воображаемого давления группы. Это отказ человека от значимых для него взглядов ради того, чтобы улучшить процесс адаптации в коллективе. Противоположным конформизму является самостоятельное поведение.

- Эффект подражания – следование общим образцам поведения, примерам, эталонам, стереотипам, принятым в КРЗ.

- Эффект группового фаворитизма – стремление каким-либо образом благоприятствовать членам своей команды в противовес другим, вследствие деления людей на «своих» и «чужих».

- Эффект группового эгоизма проявляется, когда ценности группы, стабильность ее существования становятся важнее всего, и

личность может быть принесена в жертву целостности группы людей, полностью подчиняется ее требованиям и стандартам поведения. Эффект группового эгоизма может сыграть негативную роль в жизни КРЗ и судьбе ее отдельных членов, если люди будут поставлены перед выбором: заработать деньги неэтичным способом, либо остаться без средств существования.

- Эффект «маятника» – чередование эмоциональных состояний вследствие периодичности событий производственной жизни. Например, подъем общего настроения происходит в день получения зарплаты, а отрицательные события рабочей деятельности приводят к спаду общего настроения (неполадки в работе оборудования в понедельник, аварии).

- Эффект «волны» («пульсара») связан с распространением в КРЗ идей, целей, норм и ценностей. Новая идея зарождается в голове человека, который делится ею с ближайшим окружением, которое обсуждает, корректирует, дополняет и развивает, когда она отвечает потребностям и интересам людей. Групповая активность проходит цикл: «оптимальная активность, необходимая для нормальной работы группы, – подъем активности – спад активности – возвращение к оптимальному уровню активности». Эти изменения зависят от внешних и внутренних стимулов членов КРЗ.

Существует ряд показателей успешности действий менеджера по созданию эффективной работы КРЗ (табл.7.1).

Таблица 7.1

Признаки эффективной и неэффективной работы КРЗ как результат работы руководителя

Эффективная	Неэффективная
1. Низкий уровень текучести кадров	1. Высокий уровень текучести кадров
2. Высокое качество работ	2. Низкое качество работ
3. Достигнуты личные цели	3. Личные цели не достигнуты
4. Существует ясное понимание работы группы	4. Много времени теряется из-за нарушений процесса работы

5. Существует ясное понимание роли каждого в группе	5. Много времени тратится на противоречия между руководителями и подчиненными
6. Свободное и открытое общение и доверие среди членов группы	6. Нет понимания организационных целей и роли группы
7. Группа часто генерирует общие идеи	7. Роль каждого члена неопределенна и неконкретна
8. Члены группы помогают друг другу, используя конструктивную критику и реальные предложения	8. Недоверие среди членов группы и со стороны руководителя группы
9. Если возникают проблемы, то исследуют причину породившую ее	9. Идея не является общей для всех
10. Члены группы стремятся к единому мнению	10. Группа не генерирует новые полезные идеи
11. Члены группы достаточно мотивированы, чтобы продолжать работу в отсутствие руководителей	11. Члены группы враждебно и негативно критикуют работу друг друга
	12. Проблему в работе решают поверхностно, обращая внимание на симптомы, а не на причины
	13. Решения по работе принимаются пассивно
	14. Члены группы считают работу скучной и делают ее неохотно
	15. Для успешной работы в группе нужно непосредственное присутствие руководителя

### **Факторы, влияющие на эффективность выполнения поставленных целей в КРЗ**

1. **Принцип численности:**  $7 \pm 2$ . В зависимости от количества сотрудников в КРЗ формируются разные модели взаимодействия и

масштабы управления при выполнении рабочих задач. В малом коллективе (до 10 человек) начальник – лидер воспринимается как «один из нас» с высоким масштабом управляемости, а в большом как «руководитель-исполнитель» с низким масштабом управляемости.

**2. Принцип функционального соответствия** или дополнения: слабые стороны одного работника должны быть дополнены сильными сторонами другого. Например, хорошая риторика врача оттеняется молчаливостью сестры и лаборанта, общительность и любезность одного из команды хорошо сочетается со сдержанностью другого.

**3. Правило противоположных качеств:** похожим людям строить отношения и работать вместе легче и проще, чем разным. Противоположности плохо уживаются друг с другом:

- медлительные люди раздражают тех, кто говорит, думает и действует быстро;
- гибкие, готовые к компромиссам – тех, кто тверд в убеждениях;
- эмоциональные специалисты раздражают холодных рационалистов;
- интуитивные – логичных и расчетливых;
- неуверенные – независимых, решительных и целеустремленных;
- пессимисты – оптимистов;
- инертные и пассивные работники раздражают активных, инициативных людей.

**4. Принцип технологичности** позволяет обособить подразделения, исходя из специфики технологических процессов. Например, одна команда медиков более эффективно занимается разрешением проблем родовспоможения и педиатрии, другая – гериатрии или онкологии.

**5. Рыночный принцип** – обособление команд рынком сбыта, что является предметом особого рассмотрения, связанного с понятием спроса. Спросом является требование на товары со стороны покупателя. О значении спроса свидетельствует такая пословица: «Научите попугая говорить: «Спрос» и «Предложение» - и перед Вами – экономист!».

Спрос – это зависимость между ценой, количеством товара, который покупатель (пациент, приобретающий медицинскую услугу за дополнительную плату) может и желает купить (Макконни К., Брю С., 1992). Это простой экономический рычаг воздействия на рынке медицинских услуг. Не останавливаясь на видах спроса (индивидуальном, рыночном, перекрестном, спросе на блага, функциональном, нефункциональном, или парадоксальном автора Гиффена), перечислим лишь факторы, влияющие на спрос, поскольку медицинские услуги за дополнительную плату увеличивают качество сервиса в работе СКО. Это изменение цен на товары – заменители, изменение цен на дополняющие товары, мода, реклама, сезон, ожидание покупателя и его доходы.

Характеристики потребителя, связанные с понятием спроса:

- «Экономные» пациенты – пенсионеры, студенты и другие малообеспеченные категории населения, высокочувствительные к ценам, составляют более 50% от числа потенциальных пациентов в странах СНГ.

- «Престижные» пациенты – часть предпринимателей, интеллигенции, для которых важен престиж, качество медицинских услуг. Они малочувствительны к ценам, составляют около 20% потенциальных клиентов.

- «Этичные» пациенты – люди, относящиеся к любой из двух предыдущих групп, ценят определенные этические качества медицинских услуг (принадлежность к стране-производителю, городу, социальной группе) и составляют около 20% всех потенциальных покупателей.

- «Новаторы» ориентируются на все новое (методы диагностики, лечения). Они экстравагантны. У них качество медицинских услуг связано с возрастом врача (сестры), предпочтение отдают молодым медицинским работникам.

- «Консерваторы» – группа пациентов, противоположная новаторам. Ориентированы на проверенные методы диагностики и лечения, считают более надежными медицинских работников с большим стажем.

Появление рыночных отношений в системе оказания МП вызвало развитие медицинского сервиса, в связи с чем, полезным

является знание факторов, влияющих на качество предоставления медицинских услуг за дополнительную плату.

**Факторы, влияющие на качество предоставления медицинских услуг за дополнительную плату:**

**1 ситуация** – первое впечатление, производимое медицинским работником на пациента:

- необходимо отработать профессиональное приветствие (как в «Макдональдс»);
- общение взглядом с теплой улыбкой;
- если пациент взволнован, то приветствие сразу неуместно, наблюдение периферическим зрением подскажет признаки заинтересованности клиента;
- первые фразы должны быть нейтральными, не сложными;
- подстройка медика под стиль общения пациента;
- ровное, оптимистичное, позитивное общение в диалоге выказывают интонацией или улыбкой;
- соблюдать уместные правила этикета.

**2 ситуация** – выяснение терапевтических запросов пациента:

- врач (МС) задает вопросы вежливо и заинтересовано, а не автоматически холодно, т.е. активно слушает;
- умеете слушать, слышать и показать, что вы поняли сказанное и это важно и интересно для вас;
- не отвлекайтесь на посторонние разговоры и дела;
- перефразируйте суть пожеланий клиента.

**3 ситуация** – решение сложных проблем пациента:

- слушайте, не перебивая;
- если пациент жалуется, извинитесь и выразите понимание его неудовлетворенности;

- интонацией проявляйте позитивный настрой;
- проявляйте сочувствие и сразу говорите, чем сможете помочь в решении его проблемы.

**4 ситуация** – предложение (презентация медицинской услуги)

- коротко и ясно (правило КиЯ) представьте услугу, используя яркие и образные слова;
- делайте комплимент, отвечая на возражения;
- приведите доводы в пользу процедуры (услуги) именно в вашей СКО;
- благодарите за вопрос и его повторение.

**5 ситуация** – непосредственное оформление и оказание медицинской услуги.

- используйте формализованные бланки, ускоряющие оформление и оказание медицинской услуги;
- знайте и используйте имя пациента, применяйте уместные комплименты;
- для пациента важны знаки внимания не только до, но и после процедуры;
- принимайте на себя обязательства и необходимое информирование;
- умейте искренне поблагодарить.

В деле взаимовыгодного терапевтического сотрудничества медицинского работника СКО и покупателя важно понимание запросов пациента.

Что нравится пациенту при получении медицинской услуги за дополнительную плату (как удовлетворить ожидания):

- Помещение, где оказывают процедуру или манипуляцию, оформление и интерьер;
- Поведение 1-го медика и подстраивающееся поведение остального персонала;

- Возможность получения VIP- услуги;
- Отсутствие очередей.

Естественно, что человек, готовый платить, хочет получить услугу не просто хорошую, а качества экстра- класса.

Мероприятия по предоставлению услуги экстра – класса:

- предоставление услуги пациенту так, как вы хотели бы этого для себя. Минус – ваши пожелания могут не совпасть с ожиданиями пациента.

- обслужить клиента в точности с его пожеланиями, для чего необходим контакт и вопросы: что понравилось, что нет, как улучшить оказанием МП.

- развитие пациента с помощью информации о предлагаемом качестве МП, которое может превосходить желаемое в соответствии со шкалой первичных и вторичных потребностей человека по А. Маслоу.

- создание организации, ориентированной на потребителя услуг, в которой пациент является главным.

Каждый медицинский работник одновременно и продавец, он должен быть внутренне удовлетворенным, ибо только счастливый, здоровый и богатый может быть бескорыстным и успешным. Следует помнить правило: важна улыбка не медицинского работника, а пациента после услуги, забота о пациенте, состоящая в предвосхищении желаемого им.

**Точки воздействия на пациента, изменяющие его поведение в отношении приобретения медицинской услуги за дополнительную плату:**

- **Тревожность.** Если чувствуете, что пациент хочет, прежде всего, обезопасить себя от болезни, в своей презентации выдвигайте репутацию фирмы, надежность и возможные гарантии.

- **Алчность.** Если видите стремление пациента к экономии или к торгу, предложите его.

- **Новизна.** Один из важных критериев покупки для части людей, которые реагируют на рекламу. Поднимайте интерес к цели.

- **Комфорт.** К этому аргументу восприимчивы люди логичные, рациональные, практичные.
- **Гордость.** Подчеркиваем уникальность и престижность предлагаемой услуги, воздействуя на это чувство пациента.
- **Привязанность.** Часть пациентов обладает стремлением иметь определенную марку, стиль в силу своего консерватизма, пользоваться услугами известного им ранее санатория, МО, фирмы.

#### **Психологические факторы, определяющие активность покупки медицинской услуги**

- **Широта кругозора и интересов** пациента. Те, кто живет насыщенной жизнью, заботится о семье, улучшении быта, здоровья и питания более деятельны в потреблении. Если воздействовать на любознательность и расширение жизненного кругозора, экономический эффект бывает выше. Целесообразно раздавать брошюры, буклеты, листовки, открытки познавательного, оздоровительного характера (как правильно питаться, тенденции моды на здоровый образ жизни, туризм в нашей жизни, долголетие – это возможно).
- **Целеустремленность, любопытство.** Равнодушные люди невнимательны, раздражительны, недоверчивы или капризны. Они менее расположены к приобретению медицинской услуги за дополнительную плату.
- **Уровень доходов.** Низкий уровень доходов озлобляет людей, вгоняет в депрессию. Выбор (часто взаимоисключающий) приобретения медикамента (услуги) или повседневных трат мучителен. Спонтанных покупок такие люди не делают. Важным для них является гибкая система скидок. Исследования российских ученых свидетельствуют о том, что потенциальный пациент нуждается в совете, помощи и поддержке медицинского работника.
- **Расчетливый педантизм.** Люди с жестким режимом расходов, сводящие к минимуму тенденции покупки (потребление услуг). Болезненно реагируют на повышение цен и позитивно - на их снижение.

Переходя к ответственному завершению процесса презентации, приобретения медицинской услуги, остановимся на методах завершения продажи услуги (товара).

- Сделать прямое предложение и держать паузу.
- Создать спешку (осталось только 2 талона на массаж к этому специалисту) или рассказать историю, преподнести яркую метафору.
- Дать «попробовать», если можно потрогать, влюбить в процедуру, ощутить чувствами.
- Презумпция факта совершения сделки. Строят диалог, исходя из допущения, что решение клиента о покупке уже принято и осталось уточнить детали: «Вы будете оплачивать наличными?..»
- Завершение покупки посредством 5 вопросов:
  - В чем причина Вашего отказа, я могу знать?
  - Есть ли другие причины?
  - Предположим, Вы смогли бы убедиться, что..., тогда ответ будет положительным?
  - Значит должна быть какая-то другая причина, могу я ее узнать?
  - Что могло бы Вас убедить?

Известный психолог Т.Левит сравнивал этапы процесса продаж с ухаживанием и вступлением в брак: «...Заключение сделки знаменует собой лишь завершение периода ухаживания. Затем наступает период брачных отношений. Крепость их зависит от того, насколько хорошо вы их контролируете». Первый факт продажи медицинской услуги за дополнительную плату пациенту раскрывает для медицинского работника сложности приобретения экономических и психологических знаний по медицинскому сервису. Человек, испытывающий голод, самостоятельно и обоснованно будет принимать решение о том, как это устранить. Больной человек, в отличие от примера, вряд ли сможет самостоятельно принять правильное решение, чаще он обратится к специалисту. Решение

пациента будет основываться на советах, которые ему даст продавец услуг - медик.

### **Лидерство**

Проблемы лидерства в сестринском коллективе сохраняют актуальность для СКО, ибо обусловлены:

- недостаточным уровнем профессионализма отдельных руководителей, что делает СКЛ менее эффективным,
- неполнотой сведений о лидерстве и его влиянии на микроклимат в СКО.

Под лидерством понимают характеристику психологических отношений, возникающих от руководителя к подчиненному с точки зрения доминирования и подчинения. Об этом писал Макиавелли: «Люди, при обстоятельствах, ведущих к цели, стоящей перед каждым, т.е. к славе, богатству, поступают по-разному: один идет с оглядкой, другой стремится вперед, один берет силой, другой хитростью, один терпением, другой совершенно обратным, и каждый может этими разнообразными средствами достигнуть своего...двое людей, поступающих различно, достигают одинакового успеха, а из двух других, действующих одинаково, один приходит к цели, а другой - нет».

В рамках исследования «Дельфи» ЕРБ ВОЗ (2003) проанкетированы главные МС в 17 государствах Западной Европы для определения их идеальных качеств, которые с наибольшей пользой следует использовать в работе руководителя. В сравнении с нашим исследованием (2002) разница состоит в отсутствии 3 качеств у руководителей сестринского дела Республики Беларусь: недостаточное владение иностранным языком, невысокий уровень информатизации и компьютерной грамотности, низкая мотивация к проведению научных исследований прикладной практической значимости.

Знание феноменов лидерства и руководства необходимо для отбора и формирования лидеров, выработки методов эффективного управления.

По способам легитимации власти (классификация М.Вебера) лидеров подразделяют на следующие виды:

1. Традиционных лидеров, авторитет которых основан на обычае, традиции (в основе этого типа лежит привычка).

2. Рациональных (рутинных), то есть, избранных демократическим путем (в основе данного типа находится разум).

3. Харизматических, наделенных особой силой и качествами по необычной способности к руководству, которые базируются на вере и эмоциях.

Нередко лидерство способно переходить в руководство, а руководство часто становится лидерством. Так, считают лидерами тех, кто превращает сослуживцев в людей, сотрудничающих с ними по убеждению (А. Лоутон и Э. Роуз).

В ходе научного изучения личностных качеств организаторов сестринского дела было сделано заключение, что именно способность развивать и улучшать свои навыки по влиянию и управлению другими отличают лидеров. Успешные лидеры любят и умеют учиться. Независимо от того, обладает человек большими природными способностями и задатками или нет, его развитие как лидера должно пройти четыре стадии.

Стадия первая или *Я знаю, чего именно я не знаю*

Истинная ценность лидерства не в том, что оно предназначено для избранных, находящихся на вершине служебной лестницы. Большинство людей не знают, что лидерство - это влияние на других лиц. Узнав об этом, они могут расширить объем знаний по теме. Пока человек не знает, чего именно он не знает, он не начнет расти.

Стадия вторая или *Я знаю, чего не знаю*

В какой-то момент жизни управленец, внимательно оглядевшись вокруг, может обнаружить, что за ним никто не следует. Именно тогда он начинает понимать, насколько важно учиться тому, как вести за собой других. Британский премьер-министр Б. Дизраэли заметил: «Осознать, что вы не осведомлены о многих фактах, - это уже большой шаг на пути к знанию».

Стадия третья или *Я просто пользуюсь тем, что знаю*

Человек может быть эффективным лидером, когда его способность вести за собой других становится почти автоматической. Единственный способ добиться этого - постоянно учиться и развиваться. Один из законов лидерства гласит: когда говорит настоящий лидер, люди его слушают.

Стадия четвертая или *Я расту, многое узнаю, и это начинает сказываться*

Когда обучающийся специалист осознает недостаток умений и навыков в вопросах лидерства, он дисциплинированно приступает к ежедневным занятиям по личностному росту, после чего происходят удивительные вещи. Обучающиеся на различных курсах, развиваясь, познают мудрость жизни, учатся на своих и чужих ошибках, становятся опытнее и сильнее.

Руководители делятся на лидеров формальных, назначенных по приказу начальника, и реальных. Тем и другим присущи некоторые особенности. Реальные лидеры говорят позже, нуждаются только в собственном влиянии, оказывают влияние на всех, кто находится в помещении. Инновационный подход к содержанию деятельности главной МС заключается в развитии формального и неформального лидерства, как «...положения в обществе, которое характеризуется способностью занимающего его лица направлять и организовывать поведение некоторых или всех его членов» (Л. Даунтон).

Истинные лидеры по-особому мыслят, это обоснованно базируется у них на врожденной лидерской интуиции, другие должны упорно трудиться, чтобы развивать и оттачивать ее. Каким бы способом ни возникал конечный результат, он является сочетанием природных способностей и приобретенных навыков. Информированная интуиция помогает лидеру решать возникающие проблемы, предвидеть тенденции, ощущая «ветер перемен». Лидеры умеют оценивать наличные ресурсы, всегда думают о том, что они в состоянии сделать при наличии ресурсов денег, сырья, технологии и людей, как главного достояния. Лидеры умеют понимать и чувствовать своих людей. Президент Л. Джонсон однажды заметил, что если вы заходите в комнату с множеством людей и не в состоянии сказать, кто за вас и кто против, вам не место в политике. Это замечание вполне применимо к лидерству вообще. Интуитивные лидеры обладают способностью «чувствовать» тех, кем они руководят (рис.8), на котором отмечены уровни готовности к лидерству (Г1-Г4) и действия руководителя для развития и поощрения ситуативного лидерства в СКО (рис. 7).



Рис.7. Ситуативный подход к лидерству

Три уровня лидерской интуиции, наблюдаемой среди сестринских руководителей таковы: это те люди, кто от ПРИРОДЫ видит суть, те, кого ВОСПИТАЛИ видеть суть и те, кто НИКОГДА не увидит суть.

Все могут развить свои лидерские качества и интуицию, встречаются люди, в которых нет минимальной лидерской жилки, и они не проявляют интереса к развитию умения вести людей за собой. Такие люди по жизни становятся чьими-либо последователями и приверженцами.

Лидеры изучают самих себя, учатся адекватно оценивать собственные силы, умения, слабости и текущее настроение. В деятельности современного управленца учитываются различия в подходах к работе между современными руководителями и теми, кто является традиционно сложившимся лидером.

Отличием современного лидера по сестринскому делу становится умение делить ответственность с членами КРЗ, помогать коллегам в решении проблем, стремиться к самоуправлению и хозяйскому отношению к делу или процессу. Например, подчиненные отчитываются перед ним о ходе работы, но, в случае необходимости, принимают корректирующие меры. Такой формальный руководитель стимулирует в подчиненных ему специалистах полную ответственность за результаты деятельности, обеспечивает связь с соответствующими людьми. Он умеет четко формулировать предвидение будущего для группы, владеет набором ценностей и объединяет людей вокруг этого, высоко ценит способность и стремление людей иметь и высказывать разнообразные точки зрения.

Таким образом, развитие лидерства среди МС может стать переходным этапом к модели ее сотрудничества не только с пациентом, но и включиться как продукт совместной деятельности на уровне сообществ и общественных объединений. Именно научно обоснованное развитие лидерства позволило повысить лидерский потенциал в организованной Белорусским обществом Красного Креста модели социального заказа по работе Службы сестер милосердия. Как считал Макиавелли: «Счастлив тот, кто сообразует свой образ действий со свойствами времени, и столь же несчастлив тот, чьи действия со временем в разладе».

### **Выводы**

Командный подход в деятельности медицинских работников СКО является современной предпочтительной и эффективной формой организации труда достаточно полно мотивированных специалистов, поскольку основан на феноменах лидера и лидерства как основном аспекте организационной культуры (гл.8).

Группа единомышленников, объединенная общей целью и задачами на определенный период времени позволяет применять психологические феномены взаимодействия, улучшает атмосферу сотрудничества, привносит дополнительные объединительные мотивы для успешной совместной работы (гл.9).

Лидерство – неотъемлемый компонент личности руководителя, поскольку базируется на его уверенности в правоте проводимой политики, воле, опыте и целеустремленности. Современный

руководитель МО может максимально использовать предоставленные ему возможности для личного саморазвития и создавать условия для роста подчиненных, этого требует ускорившийся темп обновления медицинской информации и технологий. Принцип непрерывного обучения в течение всей жизни широко и успешно применяется в западноевропейских государствах более 20 лет.

### **Вопросы для самообразования**

1. Какие известные вам особенности отличают работу персонала СКО в настоящее время?
2. Дайте определение понятию «команда работников здравоохранения» (КРЗ).
3. Назовите условия для успешной работы КРЗ.
4. Что представляют собой командные нормы?
5. Перечислите, какие феномены взаимодействия в малой группе полезны для успешной работы КРЗ?
6. Каковы известные вам факторы эффективности выполнения поставленных в КРЗ целей?
7. Какие существуют виды лидеров по способам легитимации власти?
8. Каковы известные вам стадии развития лидера?

## Глава 8. Культура в санаторно-курортных организациях

Организационная культура является важнейшим фактором внутренней среды любого учреждения, системой поведенческих норм и объединяющих правил и ценностей, которыми отличаются работники СКО в целом. С позиции менеджмента, культура организации – это способы выполнения работы, приемы обхождения с людьми. Комплекс разделяемых персоналом организации мнений, эталонов поведения, настроений, отношений обуславливает индивидуальность учреждения в большей степени, чем выпускаемая ею продукция, оказываемая МП.

По определению академика РАМН А.В. Решетникова: «Медицинская организация (учреждение) – это объединение медицинских работников, оказывающих согласно своим социальным ролям, определяемым профессиональной подготовкой, социальными и этическими ценностями, нормами и образцами поведения, лечебно-диагностическую, профилактическую и медико-санитарную помощь, проводящих санитарно-эпидемиологические мероприятия, обеспечивающих охрану и укрепление общественного здоровья... Каждое медицинское учреждение снабжено соответствующим оборудованием, техникой, инвентарём, а персонал использует особую профессиональную терминологию... В среде медицинских работников сложилась особая субкультура со своими обычаями, традициями и нормами. Студенты-медики получают в вузе не только технические знания и навыки, но также изучают этический Кодекс поведения врача. В любой медицинской организации имеется собственное название, устав, цели, сфера деятельности, порядок работы, штат сотрудников, чётко налаженное планирование, учёт, контроль, здания и оборудование, управленческая иерархия и многое другое».

Организационная культура тесно связана с культурой общества, в котором функционирует данное учреждение, является базой, на которой основывается профессиональная культура. Понятие организационной культуры относительно молодо для белорусского и российского менеджмента, как третий важнейший инструмент управления было выделено в 1980-е гг.

В силу политических и экономических особенностей в этот период менеджмент и ряд смежных дисциплин (в частности,

социальная психология) находились в депрессивном состоянии. Развитие организационной культуры открыло новые возможности повышения эффективности управления организациями, особенно в социальной сфере, к которой относится здравоохранение.

Компонентами организационной культуры в СКО являются:

1) Мировоззрение. Это представление об окружающем мире, о месте данной МО в нём, направляющее поведение персонала;

2) Организационные ценности - предметы и явления производственной деятельности, имеющие особую важность для духовной жизни сотрудников, связывающие культуру учреждения и внутренний мир личности работников;

3) Стили поведения, характеризующие коллектив сотрудников организации и разные социальные роли;

4) Социальные нормы, принятые внутри данной МО, т.е. совокупность официальных и неофициальных требований, предъявляемых структурой учреждения по отношению к сотрудникам, происходящих при социализации каждого нового специалиста;

5) Психологический внутриорганизационный климат.

Существует несколько подходов к определению организационной культуры и к её формированию:

- Организационная культура как случайное образование, формируемое её культурным контекстом, уровнем образованности сотрудников и рынком. При таком подходе выделяются следующие элементы: национальные культуры; внутренние понятия о предпринимательстве, определяющие пространство для маневрирования; политическая культура внутри национальных культур; различные элементы культуры, вносимые нанятыми служащими.

- Организационная культура как подсистема, согласно чему атмосфера взаимодействия – это отдельная часть организации (её подсистема), такая же, как другие факторы внутренней среды, формирующие иные подсистемы организации. В качестве факторов, адекватных по значению организационной культуре, выделяют управление и технологию, во взаимодействии и совокупности формирующих МО. К элементам такого подхода относят возможность каждой ОЗ определять для себя ценности и нормы,

характеризующие ее цели; символы; лидерство как основной аспект организационной культуры и неформальные коммуникативные процессы, определяющие скрытую иерархию.

Организационная культура, как аспект системы, часть всех подсистем МО, базируется на определенных элементах. Это структура, включающая порядок групп, функций, задач, распределение времени; возможность выбора рабочих процедур в отношении стиля работы, поведения клиентов (пациентов), а также потребностей с учетом безопасности, действенности и эффективности. Такими же элементами являются организационные изменения, показывающие, каким образом данное учреждение определяет проблемы, их осознает, как моделирует ответную реакцию и выделение субкультуры.

Универсального подхода к выработке общей организационной культуры не существует, механизмы её формирования до конца не изучены, на этот процесс всегда накладывает отпечаток культурная среда, в которой существует МО. В состав культурной атмосферы включают: политику, технологию, социальную организацию общества, язык, религию.

К факторам, влияющим на формирование организационной культуры, относят также «факторы Хэнди», включающие историю организации, вид собственности, размер учреждения, влияющий на управление, технологию, а также стратегические цели и текущие задачи МО. Помимо этих, факторами воздействия на культуру являются внешняя среда организации, в том числе господствующие в обществе идеи и ценности и медицинские работники.

Будучи фактором внутренней среды, организационная культура отличается двунаправленной ориентированностью. Во-первых, она ориентирована внутрь коллектива, выражается в представлениях о предназначении (миссии) СКО в целом, определяет ценности, климат и стиль взаимоотношений, проявляемые в поведении сотрудников, уровне дисциплины, преимущественно используемые руководителем стили управления. Это и дух партнёрства и коллегиальности, устойчивость внутренних организационных связей во взаимодействии «врач - врач», «врач - МС», «сестринский руководитель с высшим сестринским образованием – МС со средним медицинским образованием»,

«средний медицинский работник – младший медицинский персонал» и т.п.

Внутренняя направленность организационной культуры проявляется также в наличии связи между культурой и структурой СКО, поскольку для небольших учреждений и организаций с сильными линейными структурами управления чаще характерна культура власти. В бюрократичных организациях имеет большое значение культура роли, основным источником власти и уважения там является сила положения, то есть роль. Матричные структуры управления приносят в МО элементы культуры задачи – ориентацию на конкретное задание, проект. Инновационные учреждения за основу берут культуру личности, находящейся в центре, в рамках общей цели человек самостоятелен в выполнении дела, в котором он наиболее квалифицирован. Условно выделенные варианты организационной культуры могут сосуществовать в одном МО в виде организационных субкультур.

Второй (внешний) аспект организационной культуры связан с первым и представляет собой направленность культуры учреждения во внешнюю среду, влияет на качество производимой продукции (медицинской помощи), культуру взаимодействия с пациентами – потребителями (клиентами) и конкурентами, динамичность и гибкость ориентации в рыночной среде, поддержание внешних организационных связей. На практике внешняя составляющая организационной культуры проявляется своеобразным сочетанием искусственно созданных образов, «высоких» символов – фирменных знаков, публичных отчётов, индивидуальной атрибутики СКО, а также реальных «низких» символов, представляющих собой ежедневные характеристики СКЛ и включающие отношение к просьбам и предложениям пациентов и качество его оказания. Для СКО – качеством оказываемых услуг медицинского назначения, взаимоотношений «врач – пациент», «медицинская сестра – потребитель медицинских услуг».

Универсальной организационной культуры не существует, она определяется спецификой отрасли, в которой действует учреждение, целями и задачами, особенностями технологии и персонала. В связи с этим к принципам оптимальности организационной культуры можно отнести:

- создание необходимых условий для удовлетворения потребностей специалистов в самореализации, а именно положительный деловой и социальный внутриорганизационный климат,

- соответствие «высоких» и «низких» символов СКО друг другу и организационным целям.

Помимо доминирующей организационной культуры в МО, могут существовать контркультуры, содержащие ценности, противоположные преобладающим традициям. Они обусловлены присутствием неформальных лидеров. Наличие контркультур, как правило, отрицательно сказывается на успешности СКЛ, так как приводит к разобщению сотрудников, отсутствию чувства общности и вовлечённости каждого в работу.

Организационная культура конкретной СКО может быть охарактеризована:

А) как сильная или слабая - в зависимости от степени влияния на поведение персонала, от степени самоидентификации работников по отношению к СКО и её целям, от наличия контркультур;

Б) как оптимальная или неадекватная - в зависимости от наличия и выраженности условий, необходимых для творческой реализации каждого работника и коллектива, выражаемых показателями удовлетворённости работой и уровнем взаимного сотрудничества.

Для СКО наилучшей организационной культурой считается сильная по степени влияния на поведение персонала организационная культура, с отсутствием контркультур, способствующая созданию оптимальных условий для реализации профессионального потенциала каждого медицинского работника, определяющая максимальную экономическую, медицинскую и социальную эффективность учреждения. Современная этическая культура СКО ориентирована на высокое качество СКЛ, соответствующее наиболее полному удовлетворению запросов пациентов, и является мощным регулятором самостоятельного систематического контроля каждым медицинским работником результатов и организации своего труда.

Существенными признаками организационной культуры в СКО являются:

- Социализация: создание культуры людьми для людей, регулирование поведения членов коллектива;
- Осознанное и неосознанное восприятие (осознание и неосознание людьми происходящего);
- Традиционность;
- Познавательность;
- Способность изменяться согласно принципу: life-long learning (обучение на протяжении жизни);
- Многогранность.

Каждый новый сотрудник СКО проходит процесс адаптации к организационной культуре – социализацию. Однако, существует и обратный процесс – индивидуализация. Он определяет эффективное влияние работника на социальную систему, наступающее в случае конфликта между основными принципами индивидуальной и организационной культур. Динамическое соотношение социализации и индивидуализации влияют на направление развития организационной культуры.

### **Функции организационной культуры**

1. Формирование общеорганизационных ценностей и стандартов поведения. Ценности (общие убеждения по поводу того, «что такое хорошо и что такое плохо») являются важным элементом культуры каждого работника и СКО в целом. Они приобретаются человеком в процессе адаптации к новому коллективу, воспитанию, образованию, общению с другими людьми через личный опыт. Для повышения качества делового общения сотрудников разрабатываются этические нормативы, неукоснительные для соблюдения всеми специалистами, пропагандируются при проведении коллективных мероприятий. В здравоохранении это соблюдение этических и деонтологических стандартов, профессионализм, организованность, высокий общий культурный и нравственный уровень работников, поддерживаемый в ряде СКО специальными комитетами и комиссиями по этике.

2. Координация действий сотрудников посредством соблюдения определённых правил, принятых в КРЗ большинством.

3. Мотивирующая функция. Чувство сопричастности медицинских работников к новому типу стратегических действий в интересах здоровья лежит в плоскости повышения роли, права голоса и активного участия ориентированных людей.

4. Создание внутреннего и внешнего имиджа СКО.

5. Привлечение новых ценных кадров.

6. Профилирование – приобретение санаториями уникальных черт, отличающих его от других.

7. Функция сплочения коллектива, создания чувства общности во имя реализации миссии. Такой должна стать предложенная ЕРБ ВОЗ политика Здоровье-2020, базирующаяся на универсальной гуманитарной ценности, подчеркивающая социальные и личностные ресурсы наравне с физическим потенциалом. Это политика справедливого улучшения здоровья является источником стимула для науки и медицинских технологий.

8. Обеспечение системы социальной стабильности и предсказуемости в СКО за счёт соблюдения определённых стандартов поведения.

Руководитель в системе СКЛ проходит этап внутриорганизационной социализации, а также выступает в роли координатора всех трёх подсистем посредством организационной культуры как основного инструмента управления, сплочения коллектива и слаженности работы. Личность руководителя и его профессионализм как врача не смогут обеспечить максимальной эффективности СКО при отсутствии понимания руководителем значения сильной оптимальной организационной культуры.

Осознание руководителем роли организационной культуры возрастает в период реформирования, то есть неустойчивости внешней среды, приводящей к внутриорганизационным изменениям. Так, если внешняя и внутренняя среда относительно стабильны, цели определённы, а персонал по своему складу преимущественно состоит из исполнителей, а не творцов, то для такой организации вполне подходят традиционные стили управления. По мере усложнения внешней и внутренней среды, возникновения разнообразия целей, меняется и стиль руководства – необходимо внедрение принципов инновационного менеджмента. Для поддержания организационной культуры используют такие

практические приёмы управления персоналом, как целенаправленный отбор и направленное руководство адаптацией новых сотрудников.

Оптимальная организационная культура, укрепляемая управленческим воздействием, облегчает сохранение эффективности МО в различных кризисных ситуациях, являясь предсказателем долгосрочного поведения организации, отражением её сильных и слабых сторон.

### **Управленческая культура. Портрет успешного социального руководителя**

Культура управления (управленческая культура) тесно связана с организационной культурой, на практике является её определяющим фактором.

Управленческая культура как часть общей культуры общества включает:

1. Управленческие знания;
2. Управленческие общественные отношения, материализующие знания, нормы, образцы поведения, передающиеся в процессе привыкания человека к жизни в обществе;
3. Управленческую деятельность, носящую творческий характер, позволяющую в процессе руководства переводить знания и ценности коллектива в устойчивые черты личности руководителя, творить как саму личность, так и её культуру, нормы и мотивы её поведения.

Исторически выделяют<sup>1</sup> три типа управленческих культур: административно - командный, информационно - аналитический и социально ориентированный.

Первый тип управленческой культуры (Афонин Ю.А, Жабин А.П., Панкратов А.С., 2004) свойственен тоталитарным режимам, он основан на бюрократических регламентах, мотивации страха, ответственности и господстве административного права и государственных структур; доминируют силовые методы управления.

Второй, информационно - аналитический тип основан на господстве информационных технологий, компьютерных систем при выборе и принятии управленческих решений, в которых преобладает технократический элемент над гуманистическим содержанием (гл.6).

Третий тип управленческой культуры связан с социальной ориентированностью руководства, ограничивающей действие рыночных отношений и включающей социальный фактор в механизм регулирования, способствующей раскрытию творческого потенциала человека. В социальном менеджменте, в том числе в здравоохранении, гуманистический компонент управленческой культуры приобретает ведущее значение. Наиболее важным в формировании интегральной управленческой культуры будущего являются имеющие творческий характер разработки и внедрения инновационных наукоёмких управленческих технологий.

В настоящее время в здравоохранении будет востребована разработка и внедрение технологий и услуг, повышающих качество жизни человека, но при этом экономически допустимых в реальном воплощении.

Свидетельством интереса ученых к определенным темам является анализ публикационной активности. Подобный анализ в западных странах указывает на то, что 1-е место занимает медицина, что свидетельствует о престиже и социальном значении для этих государств. Так, в Финляндии удельный вес публикаций по медицине в структуре опубликованной научной информации составлял в 2011 г. 41%, в Венгрии – 19,9%, а в Беларуси – 8%, что соответствует 4-му месту в списке приоритетов белорусских исследователей. По нашим данным, публикационная активность в 2002-2010 гг. по проблемам сестринского дела МС, обучающихся на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГУО БелМАПО, изменилась с 0,4% до 5,2%, что указывает на рост престижа специальности и ее привлекательности для общества.

Управленческий интеллект становится важным ресурсом общества и частью общей культуры и отдельной личности. Интеллектуальный потенциал современного руководителя складывается из четырех основных компонентов: научного, образовательного, технического и информационного. Особую важность имеет связь между гуманитарным и техническим знаниями, необходимая для социального программирования на основе системного анализа и информационно - аналитического обеспечения деятельности.

Успех современного руководителя СКО связан со следующими особенностями управленческой культуры:

1) Глубоким знанием основ научного управления и навыком применения их на практике.

2) Разносторонними сведениями в области смежных с теорией управления наук: экономики, политологии, социологии, социальной психологии, культурологии, а также высокой общей культурой.

3) Владением специальными профессиональными знаниями, особенно важными для руководителей здравоохранения, поскольку нередко именно профессиональные знания и опыт являются фундаментом авторитета начинающего руководителя МО.

4) Постоянным творческим саморазвитием руководителя согласно принципам обучения в мире.

5) Ориентацией руководителя на человека:

*Внутренней* - мотивация персонала не может быть достигнута максимально эффективно при отсутствии у сотрудников убеждённости в том, что руководство действительно заботится о них.

*Внешней* – чуткость к запросам пациентов и других потребителей услуг медицинского назначения, внедрение принципов социального маркетинга.

б) Ориентацией руководителя на организационную культуру:

- Вера в действенность принятых в СКО традиций
- Внимание к каждому человеку и признание выдающихся специалистов-профессионалов,
- Осмысленность системы неформальных коммуникаций, правил и ожиданий.

Наиболее важными особенностями личности успешного социального руководителя считаются:

- ✓ Стратегический склад ума.
- ✓ Проницательность.
- ✓ Коммуникабельность.
- ✓ Настойчивость.
- ✓ Воодушевление.
- ✓ Организаторские способности.
- ✓ Стремление к конкурентному превосходству.

Наличие этих качеств личности даёт руководителю возможность объединять формальную и неформальную власть, сочетая официальное руководство и социальное лидерство, способность наиболее эффективно направить коллектив на достижение целей СКО. Управленческий труд в социальной сфере, и в первую очередь в здравоохранении, призван сохранять и укреплять здоровье людей. Это наиболее сложная и важная разновидность общественного труда, связанная с огромной ответственностью, которая под силу одарённым людям высокой управленческой культуры. Достижение многочисленных задач по развитию культуры человеческих отношений в пределах одной МО возможно посредством оптимизации пропорций и содержания обучения медицинских специалистов. Например, известен опыт Финляндии с пропорциями обучения главных МС, составляющим по теории 55% учебного времени, по практике -42%, на диплом отводится 7,2%, на факультативы – 1,42%, что близко к показателям соотношения теории и практики в учебных программах ПК для главных МС в Республике Беларусь.

### **Выводы**

Суть модели наилучшего места для медицинского работника состоит в отдании приоритета организационной культуре как решающему фактору производительности труда. Особый акцент делается на доверии как стержне позитивной производственной атмосферы, также сюда включают уважение, справедливость, гордость, за свой труд, сотрудничество с другими на работе.

В Германии применяют метод оптимизации рабочего места за счет организационной культуры, разработанный американской фирмой «Great Place To Work®». Охваченные этим исследованием ОЗ классифицируют по качеству рабочей среды. Результаты свидетельствуют о том, что, как и в Беларуси, самыми важными для респондентов остаются вопросы здоровья и благополучия, признания, разумных пропорций между работой и личной жизнью, а оплата труда - ключевой, но менее важный вопрос.

Установлены положительные аспекты подобной модели, состоящие в доверии специалистов одной организации или

отделения (подразделения) друг к другу. Недостатком может служить отсутствие связи этого показателя с качеством СКЛ в целом, исходами для пациентов, а также с их удовлетворенностью.

Принципом оптимальности организационной культуры является создание условий для удовлетворения потребностей медицинских работников в самореализации, которые достигаются в доброжелательной атмосфере сотрудничества.

Доктрина организации и развития профессионального образования во второй половине XX – начале XXI в. включает образование, как в пределах учебного заведения, так и информальную среду через индивидуальную познавательную работу специалиста. Именно это в полной мере способствует социализации личности врача и МС и ведет к улучшению микроклимата через организационную культуру.

### **Вопросы для самообразования**

1. Назовите и охарактеризуйте основные параметры внутренней среды МО.

2. Перечислите факторы внутренней среды ОЗ, назовите их особенности.

3. Охарактеризуйте человеческий фактор в ОЗ. Какие требования предъявляет профессия к личностным качествам сотрудников?

4. Дайте определение организационной культуры. Как она соотносится с культурой общества?

5. Охарактеризуйте компоненты и факторы организационной культуры.

6. Что такое «двунаправленная ориентированность» организационной культуры?

7. В чем состоит роль руководителя в создании и поддержании организационной культуры.

8. Что такое управленческая культура и каковы характеристики успешного социального руководителя?

## **Глава 9. Модели организационной культуры в СКО и возможные конфликты в них**

Существует несколько подходов к определению организационной культуры и к её формированию, на основании чего рядом авторов (К.С. Камерон и Р.Э. Куинном, С. Ханди, Р. Акоффом, Майком Бурке, Харрисоном и др.) создано множество классификаций типологии организационной культуры. На культуру в организации влияют внешняя среда организации, доминирующие в обществе идеи и ценности, сами медицинские работники, а также состояние внутренней среды, вследствие чего организационная культура отличается двунаправленной ориентированностью. Она ориентирована внутрь коллектива, выражается в представлениях о предназначении (миссии) СКО в целом, определяет ценности, климат и стиль взаимоотношений, проявляемые в поведении сотрудников, уровне дисциплины, преимущественно используемые руководителем стили управления.

Основные постулаты типологии организационных структур К.С. Камерона и Р.Э. Куинна состоят в выделении 4 типов культур, основывающихся на конкурирующих (взаимоисключающих) ценностях: клановой, иерархической (бюрократической), рыночной и адхократической (от лат. «по случаю»). Любая организация и ее члены имеют элементы каждого типа культуры в определенной пропорции за счет индивидуального состояния внутри организации, реально существующего и желаемого, который нужно сформировать для повышения эффективности ее работы. Между этими идеями - разрыв, являющийся объектом внимания управленцев и HR-менеджмента, т.е. управления организационной культурой (soft-management). Данные авторы подразделяют организационные структуры на типы:

Клановую, в которой все члены коллектива – единая семья, лидер становится воспитателем, почитаются традиции, обязательность, забота о людях. Руководитель-лидер ориентирован на людей, достижение консенсуса, стимулирует сотрудников на разрешение проблем, открыт для них, является наставником. При чрезмерном развитии может превратиться в форму безответственного клуба.

Иерархическую (бюрократическую) культуру, в которой все формализовано правилами, структурировано, где приветствуется плавный ход событий, стабильность, рентабельность. Лидер является инструктором, экспертом, гарантирует занятость, долгосрочную предсказуемость, поощряется документирование и информация. При чрезмерном развитии может превратиться в форму застывшей бюрократии.

Рыночную культуру, задачей которой становится стремление к победе конкурентов, важны цены и рентабельность, завоевание новых рынков сбыта, конкурентоспособность. Лидер такой культуры - агрессивный боец с доминантой на победу, вниманием на конкурентов и позицию на рынке. Форма деспотичная и циничная потогонная система, описанная в классической литературе начала XX века в русской, английской, американской и французской литературе.

Адхократическую, случайно созданную и приветствующую творчество и динамичное предпринимательство, готовность к риску, преданность и новаторство, поощрение личной инициативы и свободы. Лидер организации с подобной культурой имеет стратегическую направленность на непрерывное улучшение текущих дел. При чрезмерном развитии может превратиться в форму возбужденной анархии.

Типология организационной культуры (С. Ханди) является одной из наиболее развитых, базирующихся на распределении власти и связанных с ней ценностных ориентаций личности, обуславливающих специфический характер отношений человека и организации, структуру деятельности на различных этапах становления. По этому критерию автор выделяет четыре организационные культуры, метафорически выражаемые в виде четырех богов древнегреческой мифологии: Зевса, или культуру власти; Аполлона, или культуру роли; Афины, или культуру задачи; Диониса, или культуру личности.

Культура Зевса базируется на культуре организации с приоритетом личной власти, при которой взаимоотношения с находящимся в центре лидером значат больше, чем формальная должность или занимаемый пост. Сильной стороной подобной организаций является быстрота принятия решений.

Культура Аполлона - это бюрократическая культура, успешно действующая в стабильном окружении, с предсказуемым и контролируемым рынком, при выпуске продукта с длительным жизненным циклом. Слабой стороной организации с культурой роли является плохая адаптация к изменениям, недостаточное осознание их необходимости и медленная реакция.

В организации с культурой Афины ресурсы, привлекаемые из разных частей организации, концентрируются на разрешении определенных проблем. Организация представляет сеть взаимосвязанных подразделений-команд, каждое из которых в значительной степени автономно, но несет определенную ответственность в рамках общей стратегии, имеет высокую степень адаптивности, быстро реагирует на изменения.

В культуре личности Диониса организация существует для того, чтобы помогать людям в достижении личных целей, хороша для ситуаций, когда талант и навыки отдельных личностей имеют решающее значение для организации.

Типологии как инструмент исследования культуры организации имеют преимущества и недостатки, позволяющие по отдельным признакам предположить состояние других элементов, недостатком которых являются жесткие модели, описывающие крайние состояния.

Р. Акофф, классик теории менеджмента, анализировал культуру организаций как отношения власти в группе людей или в организации, выделяя для исследования два параметра: степень привлечения работников к установлению целей в группе (организации) и степень привлечения работников к выбору средств достижения поставленных целей. Сравнение данных параметров позволило ему выделить четыре типа организационной культуры с характерными отношениями власти.

1. Корпоративный тип культуры с низкой степенью привлечения работников к установлению целей и средств их достижения. Отношения автократии, т.е. традиционно управляемой корпорации с централизованной структурой.

2. Консультативный тип культуры предполагает высокую степень привлечения специалистов к установлению целей, но низкую - к выбору средств их достижения. Отношения в коллективе: «доктор

– пациент», например, институты социальных и других услуг, лечебные и учебные учреждения.

3. «Партизанский» тип культуры сопровождается низкой степенью привлечения работников к разработке целей, но высоким вовлечением к выбору способов достижения необходимого. Отношения автономии в коллективе (кооперативы, творческие союзы, клубы).

4. Предпринимательский тип культуры сопровождается высоким привлечением работников к установлению целей и к выбору средств их достижения. Отношения демократии (группы и организации, управляемые «по целям» или по «результатам», компании со структурой «перевернутой пирамиды»).

М. Бурке предложена типология организационной культуры, зависящая от специфики деятельности, выделяющая следующее:

«Оранжерея», характерная для западных организаций: забота о персонале, создание лучших условий труда, осознание необходимости вложения ресурсов в сотрудников, чтобы полностью развивать их возможности. Труд осуществляется в комфортных условиях. Эту модель взяли на вооружение МО негосударственной формы собственности (фирмы). Организация статична, не реагирует на новое. Формы применяемой модели «оранжерея»: корпоративный праздник, конкурс на лучшего сотрудника, введение в профессию, значимые события для всех в коллективе.

«Большая семья», форма свойственная организациям, в которых специалисты долго работают вместе, существует общая история, традиции, мифы. Все сотрудники работают на общую идею, дружат, состоят в браках. Могут быть конфликты по морально-этическим или профессиональным причинам. Достоинство модели состоит в том, что имеется достоверная информация о конфликте, где все знают всё обо всех. Формы применяемой модели «большая семья»: совместные юбилеи СКО, дни рождения сотрудников, их детей, свадьбы, при необходимости – поддержка в трудных бытовых или жизненных ситуациях.

«Мы равны с тобой» - эта модель свойственна отечественным организациям, где руководство имеет прямой контакт с сотрудниками при выработке целей и задач. Применяется для медицинских образовательных организаций с интеллектуальными

видами деятельности. Формы применяемой модели «мы равны с тобой»: конкурсы на лучшего специалиста по профессии, образовательные мероприятия, семинары, мастер-классы и тренинги для всего коллектива, «Школы для пациентов».

Существующие по данной классификации организационные культуры типа «Огород» с низкой мотивацией сотрудников, использованием традиционных моделей поведения, минимумом перемен;

«Крупная плантация с централизацией координации, децентрализацией управления, гибкими горизонтальными связями и мотивацией»;

«Французский сад» сходный с типом «Огород», но с более выраженной иерархией, бюрократией, в которой, люди – винтики.

«Кочующая орхидея», т.е. организационная культура, в которой все непрерывно меняется, происходит постоянный поиск товара, который нужно предложить максимуму потребителей, но мотивации сотрудников к этому отсутствует.

«Колоски» (мелкие и средние организации с неопределенной структурой), базируются на случае и удаче, зависят от воли руководителя, сопровождаются текучестью кадров, их слабой мотивацией», а также тип «Лиана», организации, применяющие современные IT-технологии, но и обеспечивающие высокую ответственность и мотивацию» персонала; «Косяк рыб», организационной культурой с высокой маневренностью и гибкостью в работе, подбором персонала с высокой квалификацией – эти классификации М. Бурке также известны читателю.

Типологии организационной культуры, предлагаемые Харрисоном, являются подобными по сути ролевым культурам, имеющим аналогии по С. Ханди с Аполлоном, с культурой, ориентированной на власть и силу, с аналогом по С. Ханди – Зевсом, культурой, ориентированной на задачу (аналог по С. Ханди – Афина) и культурой, ориентированной на людей (аналог по С. Ханди – Дионис).

Универсальной организационной культуры не существует, она определяется спецификой отрасли, целями и задачами, особенностями технологии и персонала.

## **Работа главной медицинской сестры СКО с группами по предупреждению конфликтов**

Главная МС СКО может осуществлять деятельность по профилактике деструктивных конфликтов, исходя из функций конфликта: информативной, дифференцирующей, интегративной и динамической. Сложность действий организатора обусловлена тем, что необходимо учитывать многообразие причин, ведущих к возникновению противоречий в деятельности коллег по работе. Надо устанавливать причины конфликта, учитывать типологию рабочих групп, стадию развития организации, понимать и прогнозировать особенности поведения МС в процессе конфликта, знать социально-психологические феномены (гл.7) и ориентироваться в стандартной модели поведения в конфликте рядовых МС для разрешения возникшего противоречия с максимальной пользой для дела.

1. Типология рабочих групп по отношению к конфликту (по А.Н.Кошелеву, Н.Н.Иванниковой, 2007) различается следующим образом. *Первичные* группы специалистов объединяют небольшие ассоциации людей, связанных эмоциональными узами. *Вторичные* группы объединяют коллег, регулярно встречающихся в процессе трудовой деятельности, но с обезличенными взаимоотношениями. *Формальные* объединения представляют собой общности людей, включенных в административно-управленческую структуру СКО. *Неформальные* группы не имеют административно-управленческого признания и статуса в СКО. *Принадлежащие* - это группы, к которым сотрудник принадлежит, в которые он включен по формальным и неформальным признакам. *Реферирующие* группы в медицинском коллективе такие, мнение которых значимо для всех сотрудников. Зависимость групп по отношению к конфликту такова, что чем больше типов групп в коллективе, тем выше риск развития конфликтов. Главная МС должен наблюдать за взаимодействием группы и отдельных конфликтных сотрудников, которое осуществляется в форме притяжения, неприятия и конформизма. Знать факторы, которые могут послужить причиной конфликта в СКО и влиять на них.

2. Определение причин конфликта, поскольку чаще противоречия кроются в целях собрания. Необходимо учитывать психосоматическую несовместимость людей, различающихся по

возрасту, ценностям, специфике труда и личности. Для этого руководителю МО следует формировать коллектив единомышленников; изменить установки конкретных сотрудников на сотрудничество с другими, а не на соперничество. Наиболее распространён метод формирования совместимости людей через тренинг специалистом (В.Ф. Волченко, 2002). В идеале это формирование нового коллектива – КРЗ - с привлечением для консультаций психолога. В типичных ситуациях противостояния специалистов руководитель использует прием разведения несовместимых людей по разным местам деятельности, в разное время.

3. Учитывать организационные стадии развития медицинского коллектива. Так, на стадии *зарождения* коллектив нуждается в авторитарной форме управления. Стадия *роста* предполагает возможность сочетания авторитарного управления с демократической формой. Этап *взросления* делает возможным подключение к демократическому стилю либерального управления для отдельных сотрудников. Стадия *стагнация* СКО требует вовлечения в процесс изменений лидеров и лидерства (гл.7), привлечения инноваций. Стадия *старения* обуславливает организационные меры по отдалению последствий или реформированию отдельных структур.

4. Знать особенности поведения специалистов среднего звена управления (старших МС) в процессе конфликта. Это может быть в форме «выслуживания» перед руководством; выполнения прямого распоряжения высшего руководства организации (не главной МС, а директора); реализация личного интереса (занять более высокое должностное положение, унижение или увольнение другого сотрудника).

5. Главной МС СКО следует ориентироваться в стандартной модели поведения рядовых МС, состоящей в пассивности к конфликту; действиях непосредственно активного участника; поведении опосредованного участника конфликта. При этом весь персонал СКО следует рассматривать с позиций индивидуального подхода (человек-индивид); коллективного подхода (человек-член коллектива, команды) и ресурсного подхода (человек - ресурс МО).

6. Знать социально-психологические феномены (специфику) коллектива:

\*относительно *локальный* характер возникновения конфликта, когда не все, а только отдельные люди подвержены конфликтам;

\**многополярность* конфликта, при котором коллеги имеют разные точки зрения и позицию в конфликтной ситуации;

\**влияние на функцию СКО*: чем больше МС вовлечено в конфликт, тем менее эффективна работа, ее качество и иные психологические закономерности.

7. Конфликты в сестринских коллективах уникальны и нестандартны, однако существуют его основные формы: многополярная, однополярная, внешняя, внутренняя. Распознавание внутренних форм особенно трудно. Известно несколько форм участия сотрудников в конфликте. Это *активная* форма участия, при которой есть четкая позиция участников конфликта. Другая форма *пассивная*, при которой нет конкретных интересов; *отстранённая*, при которой один из участников конфликта пытается дистанцироваться, обычно это тот, кто ниже в служебной иерархии.

8. Влиять на конфликты через воздействие на разные этапы развития коллектива:

- на этапе *формирования* коллектива - искать внутренние причины;
- на этапе *развития* СКО в конфликте может принимать участие большое число сотрудников, поэтому надо влиять на тех, кто из них активно участвует в конфликте, не беспокоя пассивных и отстраненных участников;
- на этапе *информирования* всем в СКО дают сведения, исключая слухи и сплетни, этим снимают искажения, ведущие к переходу локального в глобальный конфликт;
- на этапе *вовлечения* следует предотвратить переход конфликта в групповой вариант, за счет сокращения числа тех, кто мог быть задействован в нем ранее других членов коллектива МО;
- на этапе *протекания* возникает большое разнообразие противоречивых целей, мотивов, что занимает больше времени для разрешения и сделать это сложнее;
- на этапе *завершения* руководителю следует сократить масштабы последствий конфликта для работы.

9. Ориентироваться в моделях поведения человека в конфликте (т.е. во всех стратегиях конфликтного поведения):

\*достижение желаемого любой ценой опасно негативным влиянием на весь коллектив;

\*разрешение через взаимную выгоду. Модель рациональна, этична, профессиональна;

\*главное участие, а не результат конфликта, что неверно. Встречается там, где нет сотрудничества или у новых коллег неудачно организована трудовая деятельность, тогда свободное время они заменяют конфликтами с другими;

\*пассивное отношение к итогу конфликта. Необходимо внешнее искусное вмешательство.

10. Помнить об опасности использования власти в конфликтной ситуации, ее надо дозировать, соизмерять декларируемое состояние дел в СКО с её фактическим использованием. Руководителю МО следует ориентироваться в конфликтах коллектива постоянно, чтобы избежать становиться его невольным участником, принимать неизбежность, быть посредником и исключать возможность стать источником конфликта, для чего работать над изменением личностной конфликтности.

Негативные личностные качества характера руководителя, отрицательно сказывающиеся на взаимоотношениях в коллективе:

- Зависимость от одобрения окружающих, мешающая твердости и уверенности руководства, поскольку он постоянно ищет одобрения окружающих или начальника;

- Чрезмерная склонность к спорам, как проявление скепсиса и подозрительности;

- Высокомерие, такие специалисты самоуверенны, не прислушиваются к мнению окружающих, на корню отвергают чужие идеи и полезную информацию;

- Излишнее стремление к саморекламе;

- Нерешительность в принятии решений, подверженность манипуляциям со стороны окружения;

- Излишняя эксцентричность, импульсивность, непредсказуемость не дает времени подумать о последствиях;

- Равнодушие и неприятие риска из опасения провала.

10. Разъяснение требований и обязательств служебной деятельности всем новым сотрудникам, информирование об истории создания МО, традициях, иерархии взаимодействия, подчинённости отделов, функциях должности.

Неотъемлемая часть работы руководителя – неприятные действия в пользу работы, поэтому следует знать специальные приемы, снижающие конфликтное последствие непопулярных решений:

- Участие коллектива в выработке решения путем делегирования части функций по принятию решения;
- Предоставление коллективу возможности выбора из 2-3 вариантов решения;
- Аргументированное обоснованное решение с выделением его плюсов для коллектива.

Применение руководителем этих правил на практике снизит вероятность деструктивных, разрушающих деловое взаимодействие, конфликтов в СКО. Конфликты в работе медицинского коллектива являются естественным последствием разнообразных взглядов, идей и мнений людей с разным жизненным опытом и уровнем культуры. Тренировки при обсуждении конфликтных производственных ситуаций полезно для формирования культуры поведения в конфликте. Знаменитый хирург и организатор здравоохранения Н.И. Пирогов писал о себе: «Я положил за правило ничего не скрывать от учеников, и если не сейчас же, то потом и немедля открывать перед ними сделанную ошибку».

#### **Вопросы для обсуждения (ответы в прил. 19).**

1. Выстроить эффективные отношения с сотрудниками непросто, однако, это единственный путь к успеху. Какие закономерности взаимодействия в медицинском коллективе предпочтительны для Вас?

2. Между старшими МС двух отделений одной МО сложились напряженные отношения, переходящие время от времени в «боевые действия». Заведующий одного из отделений обратил на это внимание главной МС. Что в такой ситуации должна сделать главная медицинская сестра?

3. В ситуации 2 главная МС выяснила, что одна из старших МС считает, что всегда имеет право на выражение своего мнения, а

другая – что выразить мнение нужно только тогда, когда об этом спрашивают, и беспрекословно выполнять то, что говорит руководитель. Кто прав?

4. В ситуации 3 в настоящее время главная МС СКО выявила следующее:

\*заведующий отделением объяснил своим сотрудникам, что новая схема оплаты труда призвана применить не максимальные возможности сотрудников, а необходима для увеличения прибыли за счет роста объема медицинских услуг за дополнительную плату.

\*в другом отделении подобного сделано не было, реакцией на слухи стало замедление темпа оказания СКЛ. Кроме того, обнаружены взаимоисключающие требования к работе в рамках должностных обязанностей сотрудников двух отделений. Каковы действия главной МС по управлению сложившейся в отделениях конфликтной ситуацией?

5. Какой стиль разрешения конфликта Вы выбираете и почему?

6. Умеете ли Вы переводить деструктивный конфликт с переходом на личности в конструктивный? Какими правилами эффективного общения Вы при этом пользуетесь?

7. Какой метод разрешения конфликта Вам ближе как руководителю (или участнику конфликта)?

8. Какие действия по минимизации причин конфликта Вы предпочитаете?

9. Предложенные в ситуациях 2-4 варианты конфликтных ситуаций могут возникнуть в медицинском коллективе. Каковы действия руководителя при общении с критиком, бестактным, неисполнительным работником, тем, кто всегда прав, недоброжелателем?

10. Считается, что опоздание – это мелочь. Но если оно повторяется регулярно, руководитель обязан принять меры к нарушителю дисциплины. Опоздание влияет на качество работы, дестабилизирует обстановку в СКО, систематические опоздания могут свидетельствовать о безразличии к работе и игнорировании обязанностей. Каковы известные Вам категории людей, регулярно опаздывающих на работу?

11. Какие причины опоздания на работу встречаются в коллективе, в котором Вы работаете, чаще всего?

12. Какие средства против опоздания сотрудников чаще других используете Вы? Если Вы являетесь руководителем? Если Вы - тот самый опаздывающий сотрудник?

13. Вы проводите учебу персонала по искоренению причин опозданий в Вашем коллективе. Что Вы предложите сотрудникам в качестве средства борьбы с намеренными (подчеркнуть занятость или обратить на себя внимание) и ненамеренными опозданиями (следствие неудачных обстоятельств)?

14. Каковы известные Вам разновидности конфликтов в медицинском коллективе?

15. Какие формы моббинга существуют в СКО?

16. Известны ли Вам последствия психологического террора в медицинском коллективе?

17. Что следует порекомендовать человеку, который подвергается психологическому давлению? Если он руководитель? Подчиненный?

18. Решающая роль в борьбе с моббингом принадлежит руководителю СКО. Важно пресекать и, по возможности, отслеживать его появления. Каковы действия главного врача при появлении случаев моббинга в коллективе?

19. Осуществление функций управления, особенно контроля, имеет определенные последствия, в зависимости от формы критики. Неправильное обсуждение, разбор чего-либо с целью оценить достоинства, обнаружить и исправить недостатки может вызвать негативные реакции, конфликт. Известно, что с критикой человек сталкивается с раннего возраста, однако, неумело осуществленная, она выбивает работника из колеи, может настроить его негативно по отношению к руководителю. Знакомы ли Вам правила критики?

20. Известно, что с помощью конструктивной критики можно нивелировать ее отрицательные последствия для человека. Какие формы конструктивной критики Вам известны? Что Вы используете в работе?

21. Знаете ли Вы особенности женского медицинского коллектива? Руководитель СКО должен стремиться к использованию достоинств женского коллектива. Особенно разрушительна для дальнейших взаимоотношений людей обида, поэтому надо уметь с ней справляться. Известная поэтесса Н.К. Кончаловская учила своего

сына, знаменитого актера и режиссера Н. Михалкова: «Никогда не обижайся. Потому что, если тебя хотели обидеть, не доставляй удовольствие тому, кто этого хотел. А если не хотел – всегда можно простить».

Условия ситуационных задач, предложенных для обсуждения, слегка недосказаны, а ответы – особенно с учетом разных ролей и интересов - едва ли могут быть однозначными. Благодаря предложенной системе (врач и МС, руководитель и подчиненный) студенты, учащиеся и обучающиеся ищут решение активно и заинтересованно, учатся размышлять и принимать решения. Ответы-ключи к теме «Конфликты в медицинском коллективе» даны в прил.19.

### **Выводы**

Одной из функций главного врача и главной МС СКО является обеспечение наилучшего взаимодействия в КРЗ через профилактику деструктивных конфликтов, разрушающих нормальные рабочие отношения.

Выбор типа организационной культуры — задача руководителя МО, в данном случае возможен лишь субъективный подход. Тем не менее, могут быть даны некоторые общие рекомендации, позволяющие улучшить микроклимат в СКО и повысить ее организационную культуру:

- осуществление ненавязчивого руководства, т.е. создание образа руководителя, наделенного обаянием (харизмой);
- сосредоточение усилий на создании организационных ценностей и норм поведения;
- вовлечение членов коллектива в процесс создания имиджа организации;
- влияние на поведение сотрудников путем разработки системы мотиваций;
- создание благоприятного микроклимата в коллективе;
- организация информационного обмена как внутри, так и вне организации.

Сложность действий руководителя СКО обусловлена многообразием причин конфликтов, типологий рабочих коллективов, стадий развития коллектива, умения прогнозировать поведение

людей в конфликте с учетом социально-психологических феноменов, в т.ч. особенностей поведения в конфликте МС. Дозирование власти и «работа над ошибками» - постоянный спутник труда руководителя.

### **Вопросы для самообразования**

1. Какие модели организационной культуры вам известны?
2. В чем, по-вашему, состоит работа главной МС по предупреждению конфликтов в медицинском коллективе?
3. Согласны ли вы с предложенными вариантами профилактики конфликтов и есть ли у вас дополнения из собственной практики на эту тему?
4. Как с помощью конструктивной критики можно нивелировать отрицательные последствия критики для человека, и какие формы конструктивной критики Вам известны?
5. Каковы известные Вам разновидности конфликтов в медицинском коллективе?
6. Назовите известные вам тактики поведения в конфликте и кратко охарактеризуйте каждую.

## **Глава 10. Практикум по решению производственных ситуаций в деятельности медицинских работников**

При подготовке сестринских руководителей возникла потребность в новых технологиях обучения, обеспечивавших бы качественно иной уровень образования. Реализация задачи адаптации практики обучения, совмещенной с ее активными методами возможна за счет расширения разнообразных видов учебы и практики, включающих навыки мысленного «проигрывания» разнообразных ситуаций в работе МС и руководителя. Поиски наиболее эффективных способов подготовки главных (старших) МС как конкурентоспособного, готового к самостоятельной деятельности профессионала привели к изучению опыта моделирования производственных ситуаций. При этом применение деловых игр и тестов в учебном процессе продолжается после периода обучения и повышения квалификации, т.е. на рабочем месте медицинского специалиста.

Анализ роли и места деловых игр в учебе и воспитании позволяет сделать выводы, согласующиеся с другими авторами (Попова Е.В., 2002), об использовании обучающих игр при формировании у МС разнообразных навыков. Это коммуникация, умения слушать и слышать, поведение в стандартных клинических и управленческих ситуациях, принятие нестандартных решений, разрешение производственных конфликтов, развитие устойчивости к стрессу.

Использование преимуществ игровых технологий развивает морально-нравственные качества и самосознание МС: уважение к иному мнению, внимание, эмпатию, сдержанность, самокритичность, мотивацию на непрерывное образование.

Технология деловой игры достойно зарекомендована и широко используется в педагогике, менеджменте, ее использование в привитии навыков управленческой деятельности главной (старшей) МС является оправданным.

### **РАЗДЕЛ 1. ТЕСТЫ**

#### **Тест №1**

Едва ли не каждый в настоящее время задумывается о карьере. А как у вас обстоит дело с так называемой «предпринимательской жилкой»? Узнать это отчасти поможет данный тест. Перед вами

несколько вопросов. Из предложенных вариантов ответа выберите наиболее подходящий для вас.

1. Как вы считаете – в чем залог вашего возможного успеха?

- a) я не глупее тех, кто уже успел разбогатеть;
- b) я способна справляться с большими перегрузками и не отступать перед трудностями;
- c) мне вообще везет почти во всем, за что бы я ни бралась.

2. Планируя свое профессиональное развитие, кого вы считаете примером, достойным подражания?

- a) некоего инвестора, сумевшего удачно вложить свои средства;
- b) кого-то из своих родных или знакомых, кто успешно ведет дела;
- c) миллиардера вроде Д. Рокфеллера, Б. Гейтса, У. Баффета.

3. Соперничество для вас – это:

- a) испытание;
- b) возможность проявить себя;
- c) стремление превзойти других любой ценой.

4. Какое суждение о деньгах вы находите наиболее удачным?

- a) лучше всего помещены те деньги, которые у нас украдены: ведь за них мы приобрели благоразумие (А. Шопенгауэр);
- b) деньги составляют средство для людей умных, цель – для глупцов (П. Де Курсель);
- c) из всех видов оружия, которое было изобретено для борьбы за существование, деньги являются самым эффективным (В. Швебель).

5. Как вы ведете себя при столкновении с серьезными препятствиями?

- a) предпочитаю выждать: вдруг все разрешится само собой, либо придет неожиданная помощь;
- b) концентрирую всю волю и внимание, чтобы справиться с проблемой;
- c) препятствие только будит во мне азарт.

6. От чего, по-вашему, зависит успех в бизнесе?

- a) от осмотрительности и трезвого расчета;
- b) от целеустремленности и творческой инициативы;
- c) от везения.

7. Как вы ведете себя, потерпев поражение или понеся ущерб?

- a) расстраиваюсь, жалуясь друзьям и близким, ищу возможность отвлечься;
- b) пытаюсь даже в таком положении найти преимущества;
- c) не придаю этому значения – ведь это досадная случайность.

8. Верите ли вы, что сумеете занять высокое положение в своей профессии?

- a) это маловероятно;
- b) не исключено;
- c) наверняка!

9. Есть ли у вас конкретные деловые проекты?

- a) пока об этом не задумывалась;
- b) да, у меня есть пара интересных идей;
- c) у меня их множество.

10. Ради чего, по-вашему, следует заниматься бизнесом и быть предприимчивым?

- a) чтобы повысить свой уровень благосостояния;
- b) чтобы обрести независимость;
- c) чтобы вырваться в лидеры.

Подведем итог. За каждый ответ а) засчитывается 1 балл, b) 2 балла, c) 3 балла.

**Менее 15 баллов.** Вы не лишены способностей, которыегодились бы для успешной самореализации на ниве предпринимательства. Однако, не имея пока возможности проявиться, несколько недооцениваете себя. Вы рассудительны и осторожны, у вас умеренный уровень притязаний. Это страхует вас от безоглядного риска, однако иной раз может воспрепятствовать оригинальным начинаниям. Вам необходимо действовать энергичнее и проявлять больше инициативы.

**15-20 баллов.** Как правило, люди, набравшие такую сумму баллов, отличаются оптимальным сочетанием деловых качеств. И вы вправе ожидать неплохих результатов от своей работы, поскольку готовы приложить к этому максимум усилий. Только не позволяйте успеху вскружить вам голову!

**Свыше 20 баллов.** Вам свойственна очень высокая, а скорее всего – даже чрезмерная уверенность в своих силах. Пока

обстоятельства к вам благосклонны, вы умеете их обращать в свою пользу. Но никто не застрахован от неудач, а вы перед ними весьма уязвимы. Прежде чем заняться предпринимательством, вам необходимо научиться более объективно себя оценивать, может быть – даже несколько смирить профессиональные амбиции. И тогда у вас появятся неплохие шансы добиться успеха.

## **Раздел 2: СЛУЖЕБНЫЕ ОТНОШЕНИЯ: ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ "ПРАВИЛА ИГРЫ"**

Тонкости отношений с коллегами важны независимо от характера вашей работы: от них непосредственно зависит продвижение по служебной лестнице. Незнание неписаных правил может стоить вам повышения. Данный тест поможет оценить, насколько свободно вы в них ориентируетесь.

Тест №1. На "летучке" главный врач всерьез раскритиковал ваше предложение, которое несколько дней назад одобрил. Ваша реакция?

- a) ждете окончания "летучки", чтобы спросить, почему он изменил свое мнение;
- b) ничего не говорите ему, но остальным даете понять, что его капризы непредсказуемы;
- c) тут же, на "летучке", отстаиваете свое предложение;
- d) философски отнесетесь к его непостоянству.

Тест №2. Вы засиделись на работе и знаете, что шеф тоже задержался. Ваши действия?

- a) находите предлог, чтобы зайти к нему: пусть знает, как вы много работаете;
- b) избегаете встреч: начнет расспросы или расценит ваше рвение как неумение рассчитывать рабочее время;
- c) ждете, пока он уйдет, чтобы посмотреть его бумаги в надежде найти интересную информацию;
- d) тут же складываете работу, чтобы закончить дома – от греха подальше.

Тест №3. В ходе товарищеского застолья шеф интересуется вашим отношением к нетрадиционной сексуальной ориентации. Вам известно, что он, в отличие от вашей вполне терпимой позиции, придерживается консервативных взглядов. Ваше решение?

- a) измените тему разговора;

b) поддержите его мнение, чтобы не портить себе настроение;

c) дадите расплывчатый ответ;

d) выскажите свое мнение: пусть уважает вас за прямоту.

Тест №4. На такую же, как у вас, должность приходит новый сотрудник – молодой, неопытный, но с протекцией. Ваша реакция?

a) пригласить его вместе пообедать, предложить помощь, подружиться;

b) постараться произвести на него впечатление, поведав о ваших заслугах на работе;

c) ничего не предпринимать: со временем его «достоинства» сами собой иссякнут, и отставание от вас станет для всех очевидно;

d) подметить его слабости и при случае указать на них коллегам в надежде, что эта информация просочится «наверх».

Тест №5. Кто-то уволился, и вам предлагают освободившуюся комнату с маленьким окном и ближе к кабинету шефа. Ваше решение?

a) поменяться: есть шанс наладить отношения с руководством;

b) поблагодарить, но отказаться: от руководства лучше держаться подальше;

c) хочешь - не хочешь, а надо соглашаться, чтобы не прослыть неблагодарным;

d) сказать, что вы не возражаете, но Н. больше заслуживает улучшения условий.

Тест №6. Отметьте темы, которые, как вы считаете, можно обсуждать с коллегами:

a) последние политические события;

b) свои финансовые проблемы;

c) личную жизнь;

d) национальные и религиозные вопросы;

e) кино, книги;

f) свое здоровье;

g) семейные проблемы;

h) сплетни о сослуживцах.

Тест №7. Вам наскучила ваша теперешняя работа. Вы:

a) обсуждаете положение с тем из коллег, с кем поддерживаете самые доверительные отношения;

b) составляете свое "резюме" и рассылаете его в организации, которые могут быть в вас заинтересованы;

c) обращаетесь в кадровую службу собственной МО с тем, чтобы вас учли при перестановке кадров;

d) конфиденциально сообщаете друзьям, что ищете новую работу.

Тест №8. Ваш шеф на грани увольнения. Вы:

a) открыто поддерживаете его, демонстрируя всем свою преданность;

b) решаете начать поиски новой работы: новый начальник наверняка приведет своих людей;

c) на всякий случай пытаетесь заручиться поддержкой коллег и найти новых покровителей;

d) идете в отдел кадров и интересуетесь, насколько надежно ваше положение.

Тест №9. Вы приступили к работе в СКО, где среди сотрудников принят иной стиль одежды, чем тот, к которому вы привыкли. Вы решаете:

a) обновить гардероб, даже если это потребует одолжения денег;

b) подыскать что-нибудь более или менее подходящее среди своих старых вещей: обновки можно будет себе позволить, когда вы закрепитесь на новом месте;

c) пойти на компромисс: купить что-нибудь соответствующее новому стилю, сохранив основу прежнего гардероба;

d) постараться убедить начальство, что привычный для вас стиль тоже вполне респектабелен.

Тест №10. За обедом ваш начальник, с которым у вас вполне доверительные отношения, жалуется вам на проблемы, возникшие в его семейных отношениях. Вы в ответ:

a) утешаете его, рассказывая о собственных семейных проблемах;

b) даете ему дельный совет;

c) выслушиваете, но стараетесь деликатно сменить тему разговора;

d) вежливо просите не затрагивать на работе личных тем.

Тест №11. Если, на ваш взгляд, вы заслужили поощрение, то:

a) терпеливо ждете признания своих заслуг;

b) отправляетесь к начальству, намереваясь получить поощрение;

c) пока не услышите обратного мнения, то считаете, что руководство вами довольны;

d) периодически деликатно напоминаете о своих достоинствах и заслугах.

Тест №12. Какие качества вы используете в продвижении в карьере? (Можно отметить несколько вариантов.)

a) юмор;

b) обаяние;

c) энтузиазм;

d) целеустремленность;

e) эрудицию;

f) сексуальность.

Тест №13. Некто, известный своими особо близкими отношениями с шефом, получает повышение, на которое рассчитывали Вы. Ваша реакция?

a) напишете жалобу высшему руководству, отметив, что недопустимо так беззастенчиво смешивать личные и деловые отношения;

b) решите сами сблизиться с шефом всеми доступными способами;

c) напишете заявление об уходе: судя по всему, ваш профессионализм здесь не будет оценен;

d) поговорите с начальством об эффективности вашей работы.

Тест №14. Вам предлагают новую должность, но в связи с финансовыми трудностями организации – без повышения тарифного оклада. Ваши действия?

a) настойчиво требовать повышения оклада – для ценных сотрудников деньги всегда найдутся;

- b) согласиться, но дать понять, что руководство перед вами в долгу;
- c) не соглашаться – из принципа!
- d) с благодарностью принять повышение.

Тест №15. На своем рабочем месте вы:

- a) само дружелюбие и благожелательность;
- b) трудолюбивая пчелка, которую не всегда понимают;
- c) скорая интеллектуальная помощь;
- d) фонтан юмора и темперамента.

Подсчитайте очки:

1. a) 3; b) - 1; c) - 2; d) - 0.
2. a) - 2; b) - 0; c) - 3; d) - 1.
3. a) - 0; b) - 2; c) - 1; d) - 3.
4. a) - 2; b) - 1; c) - 0; d) - 3.
5. a) - 3; b) - 1; c) - 2; d) - 0.
6. a) - 1; b) - 0; c) - 0; d) - 0; e) - 1; f) - 0; g) - 0; h) - 0.
7. a) - 0; b) - 2; c) - 3; d) - 1.
8. a) - 0; b) - 1; c) - 2; d) - 3.
9. a) - 2; b) - 0; c) - 1; d) - 3.
10. a) - 1; b) - 0; c) - 2; d) - 3.
11. a) - 0; b) - 2; c) - 1; d) - 3.
12. За каждый отмеченный пункт запишите себе по полтора очка.
13. a) - 3; b) - 0; c) - 1; d) - 2.
14. a) - 3; b) - 1; c) - 0; d) - 2.
15. a) - 1; b) - 0; c) - 2; d) - 3.

**33 очка и больше.** Прямолинейная натура. Вы слишком буквально воспринимаете то, что говорится начальством и коллегами. К тому же вы обладаете чрезмерными амбициями. Больше осторожности и осмотрительности. Не выставляйте напоказ свои притязания. Если ваше призвание – политика, так и займитесь ею. Если хотите преуспеть в работе, больше внимания уделяйте должностным обязанностям. Начальство выдвигает тех, кто способствует решению общих проблем, а не тянет одеяло на себя. Повышайте свою профессиональную компетентность, ваше положение наверняка упрочится.

**От 22 до 32 очков.** Вы – воплощение корректности. Будучи неплохим специалистом, вы, кроме того, сумели выстроить

гармоничные отношения с коллегами и начальством. Интуиция позволяет вам предугадать грядущие перестановки и определить свое место. К вам относятся хорошо, но вы умеете не смешивать благожелательность коллег с приятельскими отношениями. Обычно вы никому не говорите того, что не смогли бы повторить при всех. Ваше обаяние, деликатность и изрядная доля целеустремленности – вполне достойные средства достижения успеха.

**21 очко и меньше.** «Серая мышь». Нелегко продвигаться вперед, постоянно оглядываясь на соперников. Если неуверенность лишает вас возможности конструктивно действовать, обратитесь к кому-нибудь за разъяснением неписаных правил повышения по службе. Вы не придаете значения закулисной политике? Зря! Усердия и таланта не всегда бывает достаточно для того, чтобы на вас обратили внимание. Быть "дипломатом" – значит, во-первых, делать как все. Если все коллеги обедают за своим рабочим столом – поступайте так же. Если принято сообщать информацию по электронной почте, не пишите служебные записки от руки. И еще одно важное правило: будьте на виду! Не убегайте с празднования дня рождения коллеги, не отводите в сторону свои глаза, если шеф проходит мимо вас по коридору: если он вас не замечает, то вряд ли выдвинет.

### **Раздел 3. Навыки чтения**

Тест позволяет оценить навыки рационального чтения. Необходимо ответить на 9 вопросов, выбирая соответственно варианты а, б, в, г, д.

1. Всегда ли заранее представляете, о чем можно узнать в тексте, который собираетесь читать?

- а) всегда;
- б) часто;
- в) иногда;
- г) редко;
- д) никогда.

2. Меняется ли скорость чтения на протяжении одной статьи?

- а) всегда;
- б) часто;
- в) иногда;
- г) редко;

д) никогда.

3. Удастся ли вам целиком сосредоточиться на тексте, который читаете?

а) всегда;

б) часто;

в) иногда;

г) редко;

д) никогда.

4. Быстро ли схватываете содержание читаемого текста?

а) всегда;

б) часто;

в) иногда;

г) редко;

д) никогда.

5. Схватываете ли вы структуру читаемого текста?

а) всегда схватываю;

б) как правило, схватываю;

в) не обращаю внимания на структуру;

г) не задумываюсь над структурой текста;

д) нередко испытываю затруднения.

6. Приходится ли при чтении текста возвращаться взглядом к уже прочитанному тексту?

а) никогда;

б) очень редко возвращаюсь;

в) иногда возвращаюсь;

г) часто возвращаюсь;

д) почти всегда читаю несколько раз.

7. Водите ли вы при чтении по строке пальцем, карандашом или следите за чтением движением головы?

а) никогда;

б) изредка вожу карандашом;

в) иногда делаю движения головой;

г) часто делаю движения руками и головой;

д) всегда.

8. Имеете ли вы обыкновение читать вслух или про себя?

а) всегда читаю молча;

б) не могу ответить точно;

- в) произношу отдельные (трудные) слова;
- г) часто ловлю себя на том, что проговариваю слова;
- д) всегда читаю вслух.

9. За сколько взглядов (фиксаций) вы можете прочитать одну строку книги?

- а) за две-три фиксации;
- б) за четыре и более фиксации;
- в) затрудняюсь ответить;
- г) читаю по одному слову;
- д) читаю по слогам.

**КЛЮЧ**

№	а	б	в	г
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	4	3	2	1

Подсчитайте сумму баллов

**РЕЗУЛЬТАТ**

От 30 до 36 баллов: отличный результат.

От 25 до 30 баллов: средний результат.

Меньше 20 баллов: плохой результат.

В заключение приводим 10 основных правил быстрого чтения (по Кузнецову О.А. и с., 2004):

\*Читать без регрессий, возвращаться к уже прочитанному тексту только после окончания чтения.

\*Укладывать при чтении информацию в блоки алгоритма.

\*Читать без артикуляций.

\*Быть внимательным.

\*Читать вертикальными движениями глаз.

\*Понимать читаемый текст.

\*Использовать основные приемы запоминания (цель, понимание идеи и мысли, а не слова).

\*Читать с переменной скоростью.

\*Постоянно тренироваться в скорости чтения.

\*Выполнять ежедневную норму чтения – 2 газеты, специальный журнал, 50-100 страниц текста.

#### **Раздел 4. Не стереотипность мышления**

Предлагаемое задание поможет оценить гибкость вашего мышления. Ответы – в конце данного теста.

Вам будет предложено 10 задач-головоломок разной сложности. На выполнение всего теста дается 15 минут.

Постарайтесь мыслить творчески, не сковывая себя рамками стереотипного мышления.

##### **Задача 1**

Как бросить теннисный мяч так, чтобы он, пролетев короткое расстояние, остановился и начал двигаться в противоположном направлении? При условии, что мяч не должен стукаться о препятствие, его нельзя ударить чем-нибудь, привязывать к чему-либо.

##### **Задача 2**

Отношение возраста одного мальчика к возрасту другого мальчика несколько лет назад было таким же, как и сейчас.

Какое это отношение?

##### **Задача 3**

В темной комнате стоит шкаф, в ящике которого лежат попеременно 24 красных и 24 синих носка.

Каково наименьшее число носков, которое следует взять из ящика, чтобы можно было составить пару носков одного цвета?

##### **Задача 4**

Врач прописал больному человеку три таблетки и велел принимать их через полчаса.

Сколько времени уйдет на прием таблеток?

### Задача 5

Двое подошли к широкой реке. У берега стоит пустая лодка. Как им переправиться на противоположный берег с помощью лодки, чтобы та осталась стоять на прежнем месте?

### Задача 6

У некоей дамы не было при себе лицензии на право вождения автомобиля. Она не остановилась на железнодорожном переезде, хотя шлагбаум был опущен и, не обращая внимания на знак одностороннего движения, двинулась в противоположном направлении.

Все это происходило на глазах милиционера, который не задержал даму. Почему?

### Задача 7

Из одной точки на столе взлетело одновременно 2 мухи, под углом 45 градусов к поверхности стола со скоростью 1 м/сек. Через 1 секунду после них из этой же точки взлетела, строго вертикально, еще одна муха со скоростью 2 м/сек.

Когда все мухи окажутся в одной плоскости?

### Задача 8

Кузнецу принесли 5 обрывков цепи по 3 кольца в каждом обрывке и заказали соединить их в одну цепь. Кузнец задумался над тем, сколько колец понадобится для этого раскрыть и вновь заковать. Он решил, что четыре.

Нельзя ли выполнить эту работу, раскрыв и заковав меньше колец?

### Задача 9

Какое наибольшее число можно написать четырьмя единицами?

### Задача 10

Сколько раз встретится «9» в любом сочетании в ряду натуральных чисел от 1 до 100?

**Ответы к тесту №4 «Не стереотипность мышления»**

Бросить вверх

Отношение 1

3 носка

1 час

Два велосипедиста подошли с разных берегов и переправились по очереди.

Дама шла пешком

Три мухи всегда находятся в одной плоскости

Три кольца одного из пяти обрывков.

11 (одиннадцать в одиннадцатой степени).

19 раз.

## **Раздел 5. Организация личной работы руководителя**

### **Ситуационная задача 1**

У главного врача (главной МС) в кабинете представитель фармацевтической фирмы, которая поставляет ряд изделий медицинского назначения, с которым сложились многолетние хорошие отношения. Он просит главного врача (главную сестру) несколько изменить номенклатуру и сроки поставок, объясняет необходимость этого и передает соответствующее письмо. Не обладая необходимой информацией по существу вопроса, что вполне естественно, искренне желая помочь поставщику и, в то же время, не желая его безосновательно обнадеживать, главврач (главная сестра) оставляет письмо у себя, обещая разобраться и помочь. Правильно ли он поступает?

### **Ситуационная задача 2**

Рассматривая почту, главный врач обнаруживает документ, с которым хотел бы ознакомиться детальнее. Но времени сейчас нет, и он оставляет документ у себя в надежде внимательно прочесть его в субботу. Правильно ли он поступает?

### **Ситуационная задача 3**

Из структурного подразделения документы поступают главному врачу на подпись в трех экземплярах: один уйдет к адресату, второй возвратится в подразделение, третий останется у секретаря или в канцелярии. Третий экземпляр документа нужен для подстраховки, Администратор не убежден, что копия быстро будет обнаружена в делах структурного подразделения, поэтому пусть один экземпляр хранится у секретаря. Правильен ли такой подход?

## **ОТВЕТЫ к разделу 5.**

### **Ситуация 1**

Главный врач поступает неправильно. Что произойдет с письмом? Пригласив к себе заведующего отделением (старшую МС),

и обсудив с ним свои возможности, он передаст ему письмо со своей резолюцией или без нее. Не всегда ситуация проясняется в течение одной-двух недель. Предсказать дальнейшее нетрудно. В фирме ждут результата и, не дождавшись, пишут второе письмо: «Просим ускорить Ваш ответ на наше письмо от...» Получив его, работники канцелярии полдня будут искать предыдущее, но, естественно, не найдут.

Далее возможны два варианта. Фирме ответят, что их письмо не получено. Круг замкнулся. Поступит новое письмо по почте или еще раз приедет представитель фирмы. Так или иначе, решение вопроса будет задержано. Если же фирме ничего не ответят, реакция будет аналогичной.

Главный врач должен, рассмотрев письмо, немедленно передать его в канцелярию или секретарю. Тем самым будет обеспечено его быстрое прохождение, регистрация, сохранность и контроль исполнения.

#### Ситуация 2

Главный врач снова поступает неверно. Во-первых, оставив документ, он задерживает его исполнение. Во-вторых, документ не зарегистрирован, и поэтому найти его невозможно! В-третьих, поступая, таким образом, руководитель начинает создавать собственный архив, который никому, кроме него, не доступен, а со временем, когда документов станет много, в нем трудно будет что-то найти и самому руководителю. Для того, чтобы всегда иметь под рукой документ или выписку из него, полезно иметь настольное портативное копировальное устройство. Установка такого аппарата не требует специального разрешения и отдельного помещения, а его эксплуатация – специального работника. Секретарь легко справится с этой задачей.

#### Ситуация 3

С разных точек зрения такой подход неэффективен. Во-первых, он нерационален: в делопроизводстве хранятся два тождественных экземпляра, каждый из которых требует затрат труда на обработку и хранение. Во-вторых, накапливаясь, документы образуют в секретариате нечто вроде архива. Поиск документов в нем затруднен, так как этот «архив» иного справочного аппарата, кроме памяти секретаря, не имеет. Наконец, это снижает

требовательность к структурным подразделениям, где документы должны сосредотачиваться, храниться и обрабатываться.

Задача руководителя – не создание своего архива у секретаря - референта, а улучшение делопроизводства, следствием чего будет надежный и оперативный поиск документов в структурных подразделениях, т.е. там, где они должны храниться.

Если ваши решения совпали с ответами, скорее всего у вас с документооборотом все в порядке, вас не захлестнет бурный поток. Вы твердой рукой ведете свой корабль. Другие ответы призывают к действию.

Начните с разделения функций, продумайте, кому какие полномочия можно передать. На этом фундаменте вырастет здание рациональной организации вашего труда и труда других работников управленческого аппарата.

Не требуйте от сотрудников сокращения количества бумаг, – требуйте разумной организации дела, ведь бумаги сами не появляются. Именно организация деятельности аппарата – главная забота руководителя, стремящегося сократить документооборот.

## **Раздел 6. Приоритеты личных ориентаций в руководстве**

### **Ситуация №1**

Ваш непосредственный начальник, минуя вас, дает срочное поручение вашему подчиненному, который уже занят выполнением другого ответственного задания. Вы и ваш начальник считаете свои задания неотложными. Выберите наиболее приемлемый для вас вариант решения.

А. Не оспаривая задания начальника, буду строго придерживаться должностной субординации, предложу подчиненному отложить выполнение текущей работы.

Б. Все зависит от того, насколько для меня авторитетен начальник.

В. Выражу подчиненному свое несогласие с заданием начальника, предупрежу его, что впредь в подобных случаях буду отменять задания, поручаемые ему без согласования со мной.

Г. В интересах дела предложу подчиненному выполнять уже начатую работу.

### Ситуация №2

Вы получили одновременно два срочных задания: от вашего непосредственного и вашего вышестоящего начальника. Времени для согласования сроков выполнения заданий у вас нет, необходимо срочно начать работу. Выберите предпочтительное решение.

А. В первую очередь начну выполнять задание того, кого больше уважаю.

Б. Сначала буду выполнять задание наиболее важное, на мой взгляд.

В. Сначала выполняю задание вышестоящего начальника.

Г. Буду выполнять задание своего непосредственного начальника.

### Ситуация №3

Между двумя вашими коллегами возник конфликт, который мешает им успешно работать. Каждый из них в отдельности обращался к вам с просьбой, чтобы вы разобрались и поддержали его позицию. Выберите свой вариант поведения в этой ситуации.

А. Я должна пресечь конфликт на работе, а разрешать конфликтные взаимоотношения – это их личное дело.

Б. Лучше всего попросить разобраться в конфликте представителей общественных организаций.

В. Прежде всего лично попытаться разобраться в мотивах конфликта и найти приемлемый для обоих участников способ примирения.

Г. Выяснить, кто из членов коллектива служит авторитетом для конфликтующих, и попытаться через него воздействовать на этих людей.

### Ситуация №4

В самый напряженный период в отделении совершен неблагоприятный поступок, нарушена трудовая дисциплина. Главной МС неизвестен виновник, однако его надо выявить и наказать. Как бы вы поступили на месте главной медицинской сестры?

А. Оставлю выяснение фактов по этому инциденту до окончания напряженного периода.

Б. Лиц, заподозренных в проступке, вызову к себе, круто поговорю с каждым с глаз на глаз, предложу назвать виновного.

В. Сообщу о случившемся тем из МС, которым доверяю, предложу им выяснить конкретных виновных и доложить.

Г. Проведу собрание МС отделения, публично потребую выявления виновных и их наказания.

#### Ситуация №5

Вам предложена возможность выбрать себе заместителя. Имеется несколько кандидатур. Каждый претендент отличается следующими качествами.

А. Первый кандидат стремится, прежде всего, к тому, чтобы наладить доброжелательные, товарищеские отношения в коллективе, создать на работе атмосферу взаимного доверия и дружеского расположения, предпочитает избегать конфликтов, что не всегда понимается правильно.

Б. Второй часто предпочитает в интересах дела идти на обострение отношений «невзирая на лица», отличается повышенным чувством ответственности за порученное дело.

В. Третий предпочитает работать строго по правилам, всегда аккуратен в выполнении своих должностных обязанностей, требователен к подчиненным.

Г. Четвертый отличается напористостью, личной заинтересованностью в работе, сосредоточен на достижении своей цели, всегда стремится довести дело до конца, не придает большого значения возможным осложнениям во взаимоотношениях с подчиненными.

#### Ситуация №6

Вам предлагается выбрать себе заместителя. Кандидаты отличаются друг от друга следующими особенностями взаимоотношений с вышестоящим начальством.

А. Первый быстро соглашается с мнением или распоряжением начальника, стремится четко, безоговорочно и в установленные сроки выполнять его задания.

Б. Второй может быстро соглашаться с мнением начальника, заинтересованно и ответственно выполнять все его распоряжения и задания, но только в том случае, если начальник пользуется у него авторитетом.

В. Третий обладает богатым профессиональным опытом и знаниями, хороший специалист, организатор, но бывает неуживчивым, труден в общении.

Г. Четвертый очень опытный и грамотный специалист, но всегда стремится к самостоятельности и независимости в работе, не любит, когда ему мешают.

#### Ситуация №7

Когда вам случается общаться с сотрудниками или подчиненными в неформальной обстановке, во время отдыха, к чему вы более склонны?

А. Вести разговоры, близкие вам по деловым и профессиональным интересам.

Б. Задавать тон беседе, уточнять мнения по спорным вопросам, отстаивать свою точку зрения, стремиться в чем-то убедить других.

В. Разделять общую тему разговора, не навязывать своего мнения, поддерживать общую точку зрения, не выделяться своей активностью, а только выслушивать собеседников.

Г. Стремиться не обсуждать в это время дела и работу, оставаться посредником в общении, быть непринужденным и внимательным к другим.

#### Ситуация №8

Подчиненный второй раз не выполнил ваше задание в срок, хотя обещал, что подобного случая больше не повторится. Как бы вы поступили?

А. Дождаться выполнения задания, а затем сурово поговорить наедине, предупредив в последний раз.

Б. Не дожидаясь выполнения задания, поговорить с ним о причинах повторного срыва, добиться выполнения задания, наказать за срыв рублем.

В. Посоветоваться с опытным работником, авторитетным в коллективе, как поступить с нарушителем. Если такого работника нет, вынести вопрос о недисциплинированности работника на собрание коллектива.

Г. Не дожидаясь выполнения задания, передать вопрос о наказании сотрудника на решение актива. В дальнейшем повысить требовательность и контроль его работы.

### Ситуация №9

Коллега игнорирует советы и указания старшей МС, делает все по-своему, не обращая внимания на замечания, не исправляя того, на что вы ему указываете. Как вы будете поступать с этим подчиненным в дальнейшем?

А. Разобравшись в мотивах упорства и видя их несостоятельность, применю обычные административные меры наказания.

Б. В интересах дела постараюсь вызвать его на откровенный разговор, попытаюсь найти общий язык, настроить на деловой контакт.

В. Обращусь к активу коллектива – пусть обратят внимание на его неправильное поведение и применят меры общественного воздействия.

Г. Попытаюсь разобраться в том, не делаю ли я сам ошибок во взаимоотношениях с этим подчиненным, потом решу, как поступить.

### Ситуация №10

В трудовой коллектив, где имеется конфликт между двумя группами МС по поводу внедрения новшеств, пришел руководитель, приглашенный со стороны. Каким образом, по вашему мнению, ему лучше действовать, чтобы нормализовать психологический климат в СКО?

А. Прежде всего установить деловой контакт со сторонниками нового, не принимая всерьез доводы любителей старого порядка, вести работу по внедрению новшеств, воздействуя на противников силой собственного опыта и примера других.

Б. Попытаюсь разубедить и привлечь на свою сторону сторонников прежнего стиля работы, противников перемен, воздействовать на них убеждением в процессе дискуссии.

В. Выбрать актив, поручить ему разобраться и предложить меры по нормализации обстановки в СКО, опираться на актив, поддержку администрации и общественных организаций.

Г. Изучить перспективы развития коллектива и улучшения качества СКЛ, поставить перед специалистами перспективные задачи совместной трудовой деятельности, опираться на лучшие достижения и трудовые традиции коллектива, не противопоставлять новое старому.

### Ситуация №11

В самый напряженный период эпидемии гриппа одна из МС заболела. Каждый из подчиненных занят выполнением своей работы. Функции отсутствующего коллеги также должны быть выполнены. Как поступить в такой ситуации?

А. Посмотрю, кто из МС меньше загружен, и распоряжусь: «Вы, А., возьмете эту работу, а вы, Б., ей поможете»

Б. Предложу коллективу: «Давайте вместе подумаем, как выйти из создавшегося положения».

В. Попрошу членов актива СКО высказать свои предложения, предварительно обсудив их с коллегами, затем приму решение.

Г. Вызову к себе самую опытную и надежную МС и попрошу ее выручить коллектив, выполнив работу отсутствующей.

### Ситуация №12

У вас создались натянутые отношения с коллегой. Допустим, что причины этого вам не совсем ясны, но нормализовать отношения необходимо, чтобы не страдала работа. Что бы вы предприняли в первую очередь?

А. Открыто вызову коллегу на откровенный разговор, чтобы выяснить истинные причины натянутых взаимоотношений.

Б. Прежде всего попытаюсь разобраться в собственном поведении по отношению к нему.

В. Обращусь к коллеге со словами: «От наших натянутых отношений страдает дело. Пора договориться, как работать дальше».

Г. Обращусь к другим медицинским работникам, которые в курсе наших взаимоотношений и могут быть посредниками в их нормализации.

### Ситуация №13

Вас недавно назначили главной (старшей) МС в коллективе, где вы несколько лет работали рядовой МС. На 8 час. 15 мин. вы вызвали к себе в кабинет МС для выяснения ее частых опозданий на работу, но сами неожиданно опоздали на 15 мин. МС пришла вовремя и ждет вас. Как вы начнете беседу при встрече?

А. Независимо от своего опоздания сразу же потребую ее объяснений об опоздании на работу.

Б. Извинюсь перед подчиненной и начну беседу.

В. Поздороваясь, объясню причину своего опоздания и спрошу ее: «Как вы думаете, что можно ожидать от руководителя, который так же часто опаздывает, как и вы?»

Г. В интересах дела отменю беседу и перенесу ее на другое время.

#### Ситуация №14

Вы работаете главной (старшей) МС второй год. Молодая МС обращается к вам с просьбой отпустить ее с работы на четыре дня в связи с бракосочетанием.

«Почему на четыре?»- спрашиваете вы.

«А когда замуж выходила Петрова, вы ей разрешили уйти в отпуск на четыре дня»,- невозмутимо отвечает МС и подает заявление. Вы подписываете на три дня, согласно действующему законодательству.

Однако подчиненная выходит на работу спустя четыре дня. Как вы поступите?

А. Сообщу о нарушении дисциплины заместителю главного врача, пусть он решает.

Б. Предложу МС отработать четвертый день в выходной. Скажу: «Петрова тоже отработывала».

В. «Ввиду исключительности случая (люди выходят замуж не каждый день) ограничусь замечанием.

Г. Возьму ответственность за ее прогул на себя. Просто скажу: «Так поступать не следовало. Поздравлю, пожелаю счастья».

#### Ситуация №15

Вы главная (старшая) МС. В период ночного дежурства одна из МС в состоянии алкогольного опьянения испортила дорогостоящее оборудование. Другая МС, пытаясь его отремонтировать, получила травму. Виновница звонит вам домой по телефону и с тревогой спрашивает, что же им делать. Как вы ответите на звонок?

А. Действуйте согласно инструкции. Прочтите ее, она у меня на столе, и сделайте все, что требуется.

Б. Доложите о случившемся дежурному врачу. Составьте акт на поломку оборудования, пострадавшая пусть отправится к врачу. Завтра разберемся.

В. Без меня ничего не предпринимайте. Сейчас я приеду и разберусь.

Г. В каком состоянии пострадавшая? Если необходимо, срочно вызовите врача.

#### Ситуация №16

Однажды вы оказались участником дискуссии нескольких руководителей о том, как лучше обращаться с подчиненными. Одна из точек зрения вам понравилась больше всего. Какая?

А. Первый: «Чтобы подчиненный хорошо работал, нужно подходить к нему индивидуально, учитывать особенности его личности».

Б. Второй: «Все это мелочи. Главное в оценке людей – это их деловые качества, исполнительность. Каждый должен делать то, что ему положено».

В. Третий: «Я считаю, что успеха в руководстве можно добиться лишь в том случае, если подчиненные доверяют своему руководителю, уважают его».

Г. Четвертый: «Это правильно, но все же лучшими стимулами в работе являются четкий приказ, приличная зарплата, заслуженная премия».

#### Ситуация №17

Вы – главная (старшая) МС. После реорганизации вам срочно необходимо распределить МС по новому штатному расписанию. По какому пути вы пойдете?

А. Возьмусь за дело сама, изучу все списки и личные дела МС, предложу свой проект на собрании коллектива.

Б. Предложу решить этот вопрос отделу кадров. Ведь это их работа.

В. Во избежание конфликтов предложу высказать свои пожелания всем заинтересованным лицам, создам комиссию по комплектованию новых отделений.

Г. Сначала определю, кто будет возглавлять работу МС отделений, затем поручу этим людям подать свои предложения по составу работающих.

### Ситуация №18

В вашей МО имеется работник, который скорее числится, чем работает. Его это положение устраивает, а вас нет. Как вы поступите в данном случае?

А. Поговорю с этим человеком с глазу на глаз. Дам ему понять, что ему лучше уволиться по собственному желанию.

Б. Напишу докладную вышестоящему начальнику с предложением «Сократить» эту единицу.

В. Предложу трудовому коллективу обсудить эту проблему и подготовить свои предложения о том, как поступить с этим человеком.

Г. Найду для этого человека подходящее дело, прикреплю наставника, усилю контроль его работы.

### Ситуация №19

При распределении премии некоторые МС посчитали, что их незаслуженно обделили, это явилось поводом для жалоб главной (старшей) МС. Как бы вы отреагировали на эти жалобы на ее месте?

А. Вы отвечаете жалобщикам примерно так: «Коэффициент утверждает и распределяет ваш коллектив. Я тут ни при чем».

Б. Хорошо, я учту ваши жалобы и постараюсь разобраться в этом вопросе со старшей МС.

В. Не волнуйтесь, вы получите свои деньги. Изложите свои претензии на мое имя в письменной форме.

Г. Пообещаете помочь установить истину, сразу же пройти в отделение и побеседовать со старшей МС, профгруппоргом. В случае подтверждения обоснованности жалоб предложите старшей МС перераспределить премию в следующем месяце.

### Ситуация №20

Вы недавно начали работать в качестве главной (старшей) МС в крупной СКО, придя на эту должность из другой МО. Еще не все знают вас в лицо. Идя по коридору, вы видите трех МС, которые оживленно о чем-то беседуют и не обращают на вас внимания. Возвращаясь через 20 мин., вы видите ту же картину. Как вы себя поведете?

А. Остановлюсь, дам понять МС, что я новый руководитель - главная (старшая) МС. Вскользь замечу, что их беседа затянулась и пора браться за дело.

Б. Спрошу, кто их непосредственный начальник. Вызову к себе в кабинет.

В. Сначала поинтересуюсь, о чем идет разговор. Затем представлюсь и спрошу, нет ли у них каких-либо претензий к администрации. После этого предложу МС пройти в отделение на рабочее место.

Г. Прежде всего представлюсь. Поинтересуюсь, как обстоят дела в отделении, как загружены работой, что мешает в работе. Возьму этих МС на заметку.

КЛЮЧ к разделу 6.

№ ситуации	Тип ориентации			
	Д	П	С	О
1	Г	Б	В	А
2	Б	А	Г	В
3	А	Г	В	Б
4	А	В	Б	Г
5	Б	А	Г	В
6	В	Б	Г	А
7	А	Г	Б	В
8	А	В	Б	Г
9	Б	В	Г	А
10	Г	Б	А	В
11	А	Б	Г	В
12	В	Г	Б	А
13	Г	Б	В	А
14	Б	В	Г	А
15	А	Г	В	Б
16	Б	А	В	Г
17	Г	В	А	Б
18	В	Г	А	Б
19	Г	Б	В	А
20	Г	В	А	Б

## РЕЗУЛЬТАТ:

Подсчитайте количество набранных вами баллов по каждой позиции и определите полученные приоритеты личных ориентаций в руководстве.

Ориентация на дело (Д) характеризует ваш уровень компетентности, способность к самостоятельному принятию решений, вашу личную продуктивность.

Ориентация на отношения с людьми (П) характеризует вашу воспитательную, гуманную направленность, умение делегировать полномочия, вовлекать членов коллектива в процесс принятия решений.

Ориентация на официальную субординацию (О) характеризует ваше стремление соблюдать внешние проявления деятельности руководителя, казаться начальником, соблюдать большую дистанцию с подчиненными, сохранять авторитет любой ценой.

Ориентация на себя (С) характеризует ваше стремление реализовать себя в руководящей работе, добиться личных целей, стремление к самостоятельности и независимости.

## **Раздел 7. Ситуации в работе медицинской сестры**

### **Ситуационная задача № 1**

В связи с производственной необходимостью и отсутствием работы по основной должности (ремонт отделения) МС-анестезистку отделения реанимации и интенсивной терапии приказом главного врача переводят на должность диетсестры на 14 календарных дней с сохранением среднего заработка. Ранее эта МС работала в должности диетсестры в течение 5 лет, но отказалась работать в этой должности, считая подобную работу унижением.

Она приступает к работе спустя одну неделю, так как имела лист ВН на первую неделю отсутствия. Главная МС считает, что закон суров, но это закон. Приказы главного врача не обсуждаются, а исполняются.

Вопрос. Правильно ли поведение МС-анестезистки с точки зрения законодательства о труде? Действия главной (старшей) МС разрешения этой ситуации. Варианты ответов:

1. Неправильное поведение МС-анестезистки, проявившееся в отказе от исполнения приказа главного врача.

## 2. Действия главной МС:

2.1. Беседа о требованиях КЗОТ, этике;

2.2. Приказ остался в силе, потребовать подпись об ознакомлении;

2.3. Она обязана подготовить МС-анестезистку к перемене должностных обязанностей, объяснить производственную необходимость перевода, мотивировать ее к новой временной должности.

### Ситуационная задача № 2

При посещении кардиолога с целью профилактики пациент был направлен на электрокардиографию (ЭКГ). МС в спешке наложила электроды неправильно, в результате чего пациенту был выставлен ошибочный диагноз: Инфаркт миокарда? Врач, засомневшись в правильности снятия ЭКГ, направил его на повторное ЭКГ обследование в другой кабинет, после чего был выставлен правильный диагноз.

Вопрос. В чем состоят ошибки МС и врача? Варианты ответов:

1. Врач просит провести повторное снятие ЭКГ в другом кабинете.

2. Приглашение старшей МС отделения функциональной диагностики для ознакомления с данной ситуацией.

3. Если этот случай технической ошибки в работе не единичный, то МС кабинета функциональной диагностики следует написать объяснительную записку о данной ситуации.

4. Направить ее на внеплановое тематическое усовершенствование с последующей сдачей экзамена.

5. Провести производственное совещание по разбору ошибки (производственного брака) МС кабинета ЭКГ.

### Ситуационная задача № 3

При осмотре пациента в стоматологическом кабинете выясняется, что ему нужно удалить зуб. Врач просит МС приготовить шприц с обезболивающим средством (ультракаином). МС готовит его и подает врачу.

После выполнения инъекции пациенту предложено подождать 15 мин., после чего приглашают в кабинет. При удалении зуба пациент проявил беспокойство, полной анестезии не наступило, и больной попросил повторно произвести анестезию. Врач, обеспокоенный данной ситуацией, подошел к манипуляционному

столику, и обнаружил в лотке для использованных ампул вскрытую ампулу линкомицина, которую ранее подала ему МС.

Вопрос. Какова тактика исправления ошибки со стороны МС, врача и старшей (главной) МС. В чем состоят ошибки МС и врача. Варианты ответов:

1. Врач просит МС покинуть кабинет.
2. Заправляет шприц ультракаином самостоятельно.
3. Приглашает старшую МС для ознакомления с данной ошибкой специалиста.
4. Ставит вопрос о замене одной МС на другую.
5. Невнимательность в работе могла повлечь болевой шок у пациента.
6. Если случаи ошибки этой МС неоднократны, следует:
  - 6.1. Потребовать объяснительную записку о случившемся;
  - 6.2. Наказать МС (разбор на общем собрании отделения, замечание, выговор).
  - 6.3. Направить на курсы тематического усовершенствования.
  - 6.4. Узнать, какова истинная причина невнимательности и халатности МС на рабочем месте.

#### Ситуационная задача № 4

Во время операции случилось непредвиденное – произошло нарушение стерильности столика с инструментами. Дорога каждая минута. Хирург, не сдержав эмоций, повысил голос на МС, которая расплакалась.

Вопрос. В чем состоят ошибки МС и врача? Действия операционной МС?

1. Не размываясь, сохранить стерильность, подготовить второй столик с инструментами и продолжить работу.
2. Не вступать в пререкания с врачом и не плакать во время операции.
3. Попытаться все собрать и заменить, но при этом придется вновь переодеться. Пройдет 3-5 мин., для пациента это не просто время, иногда от этого зависит жизнь.
4. Приказать санитарке позвать свободную операционную МС, и попросить ее помыться на операцию вместо себя.
5. Расплакаться от обиды и убежать.

### Ситуационная задача № 5

МС, участвующая в конкурсе профессионального мастерства на звание «Лучшего по профессии», начинает неправильно отвечать на вопрос задания. Она с надеждой смотрит в жюри, где сидит главная (старшая) МС. В ответ на это ей дают понять, что ответ неправильный. Участница конкурса теряется и отказывается отвечать на этот вопрос.

Вопрос. Правильно ли поведение конкурсантки? Жюри?

Варианты ответов:

1. Участница не должна была прибегать к помощи члена жюри.
2. Поняв ошибку, МС должна была ее исправить.
3. Должна была довести ответ до конца в любом случае.
4. Главная МС не должна была вмешиваться в ход ответа.
5. Главная МС должна была поддержать участницу.

### Ситуационная задача № 6

70% ошибок можно избежать профессионализмом и тактом. При осмотре пациента врач попросил МС подготовить предметные стекла для взятия мазков на атипичные клетки. Пациент, услышав этот разговор, изменился в лице, покраснел, задрожали руки, голос. Он спросил: "У меня рак?"

Вопрос. Кто допустил ошибку и в чем она состоит? Как ее исправить?

Варианты ответов:

1. Ошибку допустил врач.
2. Врач должен был сказать МС так, чтобы не слышал пациент.
3. Врач не должен говорить медицинскими терминами, либо пояснить суть действия в соответствии с принципом «информированного согласия».
4. Врач должен был попросить пациента подождать за дверью несколько минут для подготовки к манипуляции.
5. Врач говорит, что есть подозрение о наличии злокачественного заболевания, в связи с чем, нужно специальное обследование.
6. МС может успокоить пациента, вскользь заметив, что такое обследование желательно делать всем после определенного возраста.

### Ситуационная задача № 7

МС в 22 час. не провела обезболивание пациента с онкологической патологией. При передаче смены утром она доложила старшей МС о том, что забыла выполнить инъекцию пациенту.

Вопрос. Кто допустил ошибки и в чем они состоят? Каковы действия палатной (постовой) МС, старшей МС?

Варианты ответов:

1. Ошибка допущена врачом, который не контролирует выполнение своих назначений.

2. Ошибку допустила постовая МС, причем дважды: забыла выполнить инъекцию пациенту; вспомнив об этом, не доложила о ситуации лечащему (дежурному) врачу.

3. Действия постовой (палатной) МС:

3.1. доложить дежурному врачу;

3.2. доложить старшей МС.

3.3. извиниться перед пациентом.

4. Действия старшей МС зависят от наличия (отсутствия) грубых профессиональных ошибок и замечаний у постовой МС за предыдущее время. Если этот случай – единичная ошибка, то можно ограничиться замечанием и обязательно доложить о ситуации дежурному врачу с целью не навредить в лечении пациенту. Если подобные или другие грубые сестринские ошибки имели место в прошлом опыте такой МС, то возможны такие действия, как объяснительная записка, выговор (строгий выговор), разбор на конференции Совета сестер ОЗ.

### Ситуационная задача № 8

МС со стажем 20 лет просит старшую МС не ставить ей дежурство в новогоднюю ночь 31 декабря, а поставить это дежурство молодой МС, работающей в отделении 4 мес.

Вопрос. Как следует реагировать старшей МС?

Варианты ответов:

1) Согласиться на просьбу, если причина уважительная.

2) Отказать в просьбе, объяснив отказ тем, что молодая МС не сможет обеспечить высокое качество МП в новогоднюю ночь, когда заболеваемость и травматизм населения значительно возрастают, необходим опыт.

- 3) Подумать, как следует, что предлагается взамен.
- 4) Почему я должна относиться к вам лучше, чем к другим.
- 5) Это нечестно по отношению к молодой МС.

#### Ситуационная задача № 9

МС, будучи наедине с врачом заметила, что он не прав, и объяснила почему. Врач принял замечание как личную обиду: он окончил институт, выше по статусу. У врача возникла личная неприязнь к этой МС, он стал придираться к ней, при всех делать замечания, унижать.

Вопрос. Кто не прав и в чем? Каков выход из сложившейся ситуации?

Варианты ответов:

1. Посоветоваться со старшей МС или заведующим отделением.
2. Разобрать сложившуюся ситуацию на заседании комиссии по этике.
3. Пожаловаться главному врачу.
4. Перейти в другое отделение.
5. Воспользоваться советами Д.Карнеги – не давать советов, если тебя о них не просят. В следующий раз в разговоре с врачом применить фразу: «Простите меня за то, что Вы правы».
6. Врач неправ, поскольку оперирует эмоциями, а не разумом.

#### Ситуационная задача № 10

МС жалуется старшей МС, что пациент не выполняет лечебный режим, систематически уходит из круглосуточного стационара домой.

Вопрос. Права ли палатная МС? Все ли средства работы с пациентом она испробовала до жалобы старшей МС? В чем ошибка? Как урегулировать отношения пациента и МС, если учитывать принцип «пациент всегда прав»?

Варианты ответов:

1. Палатная МС использовала только метод угрозы, но не объяснила значение для здоровья конкретного пациента соблюдения лечебно-охранительного режима и последствия его несоблюдения.
2. Пожаловаться лечащему врачу.
3. Накричать на больного человека, угрожать ему.
4. Старшей МС следует объяснить пациенту правила

внутреннего распорядка МО под личную подпись.

5. Пациент может и должен уважать медработника или бояться его в зависимости от своей культуры.

6. Постоянно идти на поводу у пациента.

Ситуационная задача № 11

Главной (старшей) МС одной из стоматологических поликлиник города позвонила МС Я., которая работала в этой МО до ее реорганизации. Она сообщила, что при проведении рентгенограммы у пациентов берут деньги и присваивают себе: «Санитарка М. делала снимок у вас в поликлинике, где рентгенлаборант Т. взяла с нее 740 руб. Мы по этому поводу возмущены». Главная (старшая) МС сразу дала пояснение: «Мне трудно в это поверить, но я разберусь и перезвоню Вам».

Варианты поведения главной (старшей) МС стоматологической поликлиники:

1. Позвонить санитарке М. и попросить дать свое объяснение.
2. Позвонить главной МС МО, чтобы прояснила ситуацию, позже сообщила об этом звонившей.
3. Пригласить рентгенлаборанта Т. и взять объяснения по вопросу.
4. Приехать в другую стоматологическую поликлинику, выяснить ситуацию у санитарки М.

Главной МС было установлено, что когда санитарка М. пришла делать снимок, в рентгеновский кабинет была большая очередь. Санитарке было предложено сходить к заведующему отделением и подписать направление на снимок по льготному тарифу или бесплатно. Она отказалась сделать это, так как спешила, и положила деньги на стол. Рентгенлаборант заметила, что как только освободится, то сходит в кассу, оформит чек и зарегистрирует его в журнале, что и сделала в конце работы.

5. Учитывая зарегистрированный чек на Ф.И.О. санитарки, принято объяснение рентгенлаборанта Т., которой указано на то, что рентгеновские снимки нужно делать после оплаты с предоставлением чека.

## Ситуационная задача № 12

На планерке у заместителя главврача по хозяйственной работе докладывает дежурный врач по приемному покою И., что во время его дежурства с 17 по 18 декабря в пятиэтажном корпусе не работал грузовой лифт. В связи с этим были сложности с перевозом послеоперационных больных с нижних этажей (реанимации) на верхние. Заслушано объяснение дежурного лифтера: оказалось, что лифтер вообще не вышел на работу 17 декабря, так как накануне лифт был неисправен и свой выход на работу он посчитал нецелесообразным.

Вопрос. Кто виноват в этой ситуации? Каковы действия, и каких должностных лиц по ее разрешению?

Варианты ответов:

1. Виновно 2 лица: лифтер за нарушение трудовой дисциплины старшая МС, ведущая табель учета выходов на работу и контролирующая его работу (либо зам. главврача по АХР, если есть отдельное подразделение).

2. Заместитель главврача по АХР просит лифтера написать объяснительную записку, если подобное нарушение было впервые.

3. Заместитель главврача по АХР пишет служебную записку главному врачу с требованием наказания виновных.

4. Уволить лифтера за невыход на работу без уважительных причин, если это привело к смерти пациента.

5. Расторгнуть трудовой договор с лифтером, в связи с пенсионным возрастом, если подобное нарушение с последствиями для здоровья пациента имело место ранее.

6. Депремировать на 100% лифтера и на 5-% лицо, контролирующее его работу (старшую МС, заместителя по АХР), за нарушение трудовой дисциплины с последствиями для здоровья (или жизни) пациента, если подобное нарушение ранее не имело место.

## Ситуационная задача № 13

В МО приходит медсестра Б. с большим опытом работы процедурной МС из категории населения, отселенного из зоны катастрофы на ЧАЭС. Ее пожелание – продолжить работу в этом же структурном подразделении с учетом вредных условий труда, поскольку до льготной пенсии ей остается 9 мес. В процедурном кабинете работают семь МС, из которых три – молодые специалисты

со стажем до 1,5 лет. С этого времени работа кабинета изменилась в худшую сторону, появились акты и протоколы Центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, жалобы пациентов, ссоры МС.

Вопрос. В чем кроется причина этой ситуации? Действия главной МС?

Варианты ответов:

1) После детального изучения причин перемен, изучив мнение работающих в отделении МС, решено:

1.1. Перевести сестру-переселенца Б. в противоположную смену с молодыми МС;

1.2. После их несогласия работать с ней, перевести Б. в структурное подразделение, аналогично аттестованное по условиям труда и оплаты;

1.3. Изучить штатное расписание, наличие вакансий и с согласия вышеназванной МС Б., перевести ее в другое отделение.

1.4. После достижения льготной пенсии с учетом того, что все воспитательные воздействия не дали положительных результатов, расторгнуть договор;

1.5. Сразу предложить увольнение;

1.6. Назначить ее наставником в кабинете.

Ситуационная задача № 14

Пациент И. находится в стационаре дневного пребывания для гемодиализа. МС Ж. приглашает его пройти в палату и прилечь на кровать. Наблюдая это со стороны, главная (старшая) МС Т. обращает внимание на ряд допущенных дежурной МС Ж. ошибок:

1. МС не провела замену постельных принадлежностей после предыдущего сеанса гемодиализа;

2. Не заменила стерильный почкообразный лоток предыдущего пациента на новый лоток;

3. При выполнении манипуляции по подсоединению диализной системы МС Ж. не надела перчатки. После манипуляции, заметив присутствие главной МС, она попыталась их одеть, но не смогла, так как они были склеены.

Вопрос. Права ли МС Ж. и в чем опасность ее поведения лично для пациента? Каковы действия и тактика главной (старшей) МС?

Следует ли главной (старшей) МС осуществлять все эти действия по отношению к МС Ж. и учитывать ли первичность данного проступка (либо его повторность) при выборе тактики наказания?

Варианты ответов:

1. МС не права, белья не хватает, а лоток не использовался ранее. Перчатки стерилизованы неправильно предыдущей сменой.

2. МС Ж. не права, высок риск получения пациентом ИСОМП (гепатита В), ВИЧ.

3. Тактика главной МС:

3.1. Ставит в известность старшую МС отделения гемодиализа;

3.2. Предлагает МС Ж. написать объяснительную записку;

3.3. Ставит вопрос о повторной аттестации дежурной МС Ж.

на соответствие занимаемой должности;

3.4. Доводит до сведения заведующего отделением о нарушениях дежурной МС;

3.5. Назначает сдачу внеочередного зачета по санитарно-эпидемиологическому режиму в присутствии комиссии по профилактике ИСОМП;

3.6. Разбор данного случая на заседании Совета сестер.

Ситуационная задача № 15

Старшей МС педиатрического отделения СКО главной МС неоднократно делались замечания по поводу систематических опозданий на работу. В отделении не принимается смена у МС и санитарок, страдает санитарно-эпидемиологический режим и дисциплина. Эти замечания поддерживает заведующий отделением, который указывает старшей МС на недопустимость подобного, поскольку из-за ее опозданий задерживается утреннее совещание, МС не владеет информацией о том, как прошло ночное дежурство. Старшая МС ответила на это грубостью, пообещав все недостатки устранить и выполнить некоторую работу, которая касается заведующего отделением. Заведующий отделением обратился к главной МС СКО с претензиями к работе старшей МС отделения.

Вопрос. В чем ошибки старшей МС, главной МС, заведующего отделением? Прав ли заведующий отделением при обращении за помощью к главной МС? Следует ли выносить подобный факт на

обсуждение коллектива отделения? Необходим ли серьезный разбор данного случая в масштабах СКО?

Варианты ответов:

1. Главная МС не поддерживает высокий уровень дисциплины подчиненных, что стало причиной поведения старшей МС, которая допустила 3 ошибки: дисциплинарную, этическую, нарушила служебную субординацию – послужив "антипримером" для персонала.

2. Заведующий отделением имеет полномочия дисциплинарного наказания старшей МС за систематическое нарушение трудовой дисциплины, усиливая степень наказания вплоть до увольнения по согласованию с главным врачом СКО и профсоюзом.

3. На собрании отделения и всей СКО факт дисциплинарного наказания старшей МС стоит выносить при условии неэффективности предыдущих мер воздействия: беседы, объяснительной записки, замечания, общественного порицания, выговора, строгого выговора.

4. Необходим разбор на Совете сестер случаев систематических нарушений трудовой дисциплины в масштабах СКО, в том числе, имеющих место в этой ситуационной задаче.

Ситуационная задача № 16

МС процедурного кабинета терапевтического отделения СКО неожиданно сообщила постовой МС, чтобы та немедленно шла в кабинет старшей МС. Постовая МС, отложив дела, ушла исполнять просьбу. Стучит в дверь и ждет. – Молчание. Опять стучит в дверь и ждет. – Молчание. На третий раз старшая МС ответила громким, резким голосом: «Войдите, разве Вы не слышали, что я сказала?!». Постовая МС ответила, что не слышала предложения войти. Старшая МС резким тоном пояснила, что решила изменить порядок дежурства в выходные дни, надеется, что это не создаст неудобств. Постовая МС отказалась от предложения, объясняя это тем, что в семье будет отмечаться юбилей у отца. Старшая МС не захотела изменить график работы на прежний вариант: «Не создавайте мне новых проблем».

Постовая МС обратилась к заведующему отделением с жалобой на старшую МС.

Зав. отделением, выслушав обе стороны, указал старшей МС на неверное решение проблемы замены дежурств в графике работы, исходящее из неуважительного отношения к подчиненным.

Вопрос. В чем заключаются ошибки в этой ситуации?

1. Грубое отношение старшей МС к подчиненным, без учета их интересов вызвало конфликт.

2. Постовая МС не учитывает интересов отделения и работы в целом.

3. Конфликтность постовой МС, не выполнение указаний своего непосредственного руководителя.

4. Старшая МС подошла к вопросу замены дежурств неправильно. Грубо и резко встретила постовую МС, что сразу же создало атмосферу конфронтации. Это привело к стычке, которая переросла в конфликт: жалоба на старшую МС заведующему отделением.

5. В кабинеты должностных лиц в рабочее время допускается заходить без стука.

Ситуационная задача № 17

Участковая МС – грамотная, энергичная, исполнительная, умеющая наладить контакт с детьми и родителями, дать совет по всем разделам работы на педиатрическом участке. Врач – высокомерная, конфликтная женщина, считающая МС «низшим сословием». В течение года совместной работы педиатр допускала случаи бестактного поведения по отношению к МС в присутствии коллектива, родителей и детей. Подобные ситуации возникали при работе этого врача на другом участке.

Вопрос. Каково должно быть поведение участковой МС с таким врачом?

Какие действия и кем они должны быть осуществлены для нормализации взаимоотношений врача и МС?

Варианты ответов:

1. Участковая МС может дать информацию старшей МС и заведующему отделением о неблагоприятных для работы взаимоотношениях с врачом, вызванных обидой на бестактное поведение врача.

2. Кроме этого, она может донести факты своего оскорбления

в рабочей обстановке до сведения этической комиссии при условии неэффективности предыдущего вмешательства старшей МС и заведующего отделением.

3. Заведующий отделением должен осуществить такой порядок действий:

3.1. Провести беседу с врачом,

3.2. Поручить ему подготовку доклада по этике делового общения в медицине.

4. Заведующий отделением может перевести МС на другой педиатрический участок или врача на работу в детский сад, где нет непосредственного контакта с родителями.

Ситуационная задача № 18

В неврологическое отделение на работу пришел молодой специалист – палатная МС. До ее прихода на посту работали три МС, а четвертая ставка делилась между ними. Поскольку приход новичка отразился на заработной плате, две МС начали психологическое давление на новую сотрудницу: делали ей замечания, настраивали против нее пациентов, пожаловались на ее низкую профессиональную подготовку заведующему отделением в обход старшей МС. Он, в свою очередь, вызвал старшую МС и предложил перевести молодого специалиста в поликлинику.

Вопрос. Каковы должны быть действия старшей МС?

Варианты ответов:

1. Последовать предложению заведующего отделением.

2. Вынести этот конфликт (проблему) на собрание коллектива МО.

3. Старшая МС может выступить в роли наставника, так как видит, что у молодого специалиста есть потенциал знаний и желание учиться дальше.

4. Предложить выступить одной из опытных МС в роли наставника, предусмотреть установку надбавки за этот вид деятельности.

5. Старшая МС должна провести индивидуальную беседу с тремя МС, апеллируя к их позитивным качествам и опыту начала собственной практики в прошлом.

6. Перевести МС в поликлинику по настоянию заведующего отделением.

### Ситуационная задача № 19

В кабинете функциональной диагностики работает МС, которая является обладателем длинных волос, но они не подобраны и не заплетены. Неоднократно старшая МС делала ей замечания по поводу прически, но никаких изменений в облике не последовало. МС мотивирует это тем, что она не в процедурном кабинете, ей так удобно, пациенты жалоб не предъявляют.

Вопрос. Права ли МС кабинета функциональной диагностики? Каковы действия старшей МС?

Варианты ответов:

1. Следует написать служебную записку о нарушении техники безопасности и несоответствии ее внешнего вида «Этическому кодексу медсестры» (нарушения неоднократны).

2. Обсудить это с заведующим отделением.

3. Предложить уйти по собственному желанию, дав понять, что от требований старшая МС не отступит.

4. Раскритиковать ее на собрании коллектива.

5. Купить ей заколку для волос.

6. Просто перестать обращать на это внимание.

### Ситуационная задача № 20

На оперативном совещании заведующий отделением докладывает главному врачу о том, что на приемах не хватает шпателей. Главный врач просит разобраться в этом главную МС, которая контролирует работу централизованного стерилизационного отделения (ЦСО) и устанавливает, что шпателя не сдаются после приемов участковых врачей во 2-ю смену. Поликлиника рассчитана на 480 посещений, а шпателей использовалось в 5 раз больше.

Главная МС подготовила справку о работе ЦСО и выписала в магазине «Белмедтехника» дополнительно 1000 штук. Однако на следующем оперативном совещании вновь звучал вопрос о недостаточном количестве шпателей на приемах. Не проверив положения дел в своем отделении, старшая МС стала поддерживать заведующего отделением. Главный врач был недоволен ситуацией. Главная МС пообещала, что через 15 мин. после совещания она уточнит ситуацию и доложит состояние дел по этому вопросу.

Вопрос. Что явилось истинной причиной инцидента? Каковы действия главной МС? Прав ли заведующий отделением и старшая МС? В чем состоит недоработка главной МС?

Варианты ответов:

- 1) Вступить в пререкания с заведующим отделением.
- 2) Обвинить в недостатках старших МС.
- 3) Произвести еще одну закупку.
- 4) Осуществить анализ применения шпателей по каждому кабинету.
- 5) Пройти в присутствии старших МС по всем кабинетам участковых врачей.
- 6) Старшая МС отделения допустила нарушение санитарно-эпидемиологического режима по собственной вине, не отрегулировав сдачу шпателей после приема 2 смены.
- 7) Заведующий отделением слабо контролирует работу персонала по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в отделении.

8) Недоработки главной МС состоят в том что:

8.1 после 1 совещания она не проверила все кабинеты и не нашла 800 шпателей с 3-дневным, а также 2-недельным и 1-месячным просроченным сроком стерилизации;

8.2 не сообщила устно на следующем производственном собрании о своих действиях по этому вопросу (дополнительная закупка, урегулирование потока стерилизации шпателей после 2 смены, наказание виновных).

Ситуационная задача № 21

У МС в отделении стационара случился конфликт с пациентом, который ее незаслуженно обидел. Она пришла к главной МС заплаканная и сообщила, что не хочет выполнять ему манипуляции, но и отказать не имеет права.

Вопрос. Каковы действия МС с точки зрения прав пациента и сестринского долга? Какую помощь в этом может оказать главная (старшая) МС?

Варианты ответов:

1. МС может:
  - 1.1. Отказаться от выполнения манипуляций;

1.2. Попросить другую МС в отделении выполнить за нее эти процедуры;

1.3. Найти компромисс с пациентом;

1.4. Простить пациента и выполнить манипуляции;

1.5. Попросить перевести ее работать на другой пост.

Главная (старшая) МС может:

\*Успокоить МС, подчеркнув ее высокие деловые и профессиональные качества;

\*Объяснить неправоту самому пациенту, примирив их;

\*Напомнить о правилах поведения в СКО, правах и обязанностях медработников.

Ситуационная задача № 22

Во время обхода отделения врач в устной форме назначил внутривенное введение антиаритмического препарата пациенту, которое ухудшило его состояние. При разборе этого назначения с заведующим отделением врач отказался от своих слов, обвинив МС в неправильном исполнении назначения. Произошел конфликт.

Вопрос. В чем состояла ошибка МС? В чем причина конфликта между врачом и МС?

Варианты ответов:

1) Причиной конфликта явилось невыполнение врачом своих функциональных обязанностей, предписывающих его присутствие при введении сильнодействующих средств пациенту.

2) Причиной конфликта стала врачебная ошибка при назначении неадекватного заболеванию препарата для внутривенного введения.

3) Причина состоит в нечестности врача, либо невнимательности МС.

Ситуационная задача № 23

Две МС не хотели работать вместе, постоянно спорили. Одна из них высказала другой претензии, что та не выполнила всю работу по своей смене, ее пришлось доделывать за нее. Произошел конфликт.

Вопрос: Как разрешить конфликт?

Варианты ответов:

1) Изучить функциональные обязанности с конфликтующими сторонами повторно, под роспись.

- 2) Перевести их в разные смены, отделения.
- 3) Старшей МС выяснить ситуацию с целью примирения конфликтующих сторон.
- 4) Разобрать сложившуюся ситуацию на собрании МС в отделении.

#### Ситуационная задача № 24

В терапевтическом отделении находится на лечении 17-летний юноша. Кто-то из пациентов его обидел, и он самовольно ушел домой. Родители вернули его в стационар, юноша был в слезах. МС подошла к нему и с презрением сказала: «Что ты реवेशь? Прекрати плакать! Возьми себя в руки!».

Вопрос. В чем ее ошибка? Какова тактика старшей МС?

Варианты ответов:

1. Пристыдить пациента.
2. Пристыдить МС в присутствии пациента.
3. Побеседовать с юношей, поддержать его.
4. Провести индивидуальную беседу с МС.
5. МС не учитывает возраст и ранимость подростка.

#### Ситуационная задача № 25

Для прохождения государственной практики учащаяся Л. была направлена в детское хирургическое отделение. Для снятия послеоперационных швов она пригласила ребенка в перевязочную комнату. Мать ребенка не согласилась «отдать» ребенка в руки практикантки.

Вопрос. Какова тактика старшей МС?

Варианты ответов:

1. Сказать матери, что снимать швы будет опытная МС, а практикантка будет только смотреть.
2. Поддержать мать, что практикантка неопытна, и отправить ее на другой участок работы.
3. Возразить матери, что Л. опытна, и дать возможность практикантке самой снять швы.
4. Дать возможность практикантке самой снять швы без информирования об этом матери, но подстраховывать ее будет опытная перевязочная МС.

### Ситуационная задача № 26

В инфекционное отделение поступили пациенты В. и С., муж и жена. Утром процедурная МС пожалела женщину и не разбудила для забора крови. Кровь на RW взяла у мужа и разлила на 2 пробирки. Пришел положительный ответ в обоих случаях. Женщину вызвали в кожно-венерологический диспансер для повторного обследования, где сообщили, что у мужа сифилис, и он находился под наблюдением, о чем жена знала. В ответ С. отказалась от того, что МС брала у нее кровь, и она не имеет понятия о результатах. При повторном обследовании ответ был отрицательным. Женщина возмутилась и заявила, что будет жаловаться. Заведующий лабораторией сообщил этот факт главной МС стационара и главному врачу.

Вопрос. Как должна поступить главная МС в данном случае?

1. Поставить перед главным врачом вопрос об увольнении МС.
2. Заставить процедурную МС извиниться перед пациенткой.
3. Лишить премии или объявить выговор процедурной МС.
4. Потребовать объяснительную записку и оставить на работе.
5. Разбор случая грубого нарушения санитарно-гигиенического режима, инструкций о профилактике ИСМП, ВИЧ-инфекции с коллективом МС отделения и Совета сестер.
6. Потребовать внеочередного экзамена для этой процедурной МС.

### Ситуационная задача № 27

В кабинете регистрации больничных листов поликлиники работают два медрегистратора, один из них заболел. Старшая МС регистратуры назначает на ее замену медрегистратора стола справок, которая владеет навыками работы кабинета. Однако медрегистратор стола справок отвечает отказом, так как у нее личные проблемы с оставшимся на работе медрегистратором.

Вопрос. Какой должна быть тактика старшей МС?

Варианты ответов:

1. Не хочешь – заставим.
2. Ты отдаешь себе отчет в том, чем это может для тебя закончиться?
3. Провести беседу с обоими регистраторами.

4. Объявить, что это глупо со стороны медрегистратора стола справок.

5. Узнать причину отказа и суть личных проблем общения.

Ситуационная задача № 28

В ЛОР кабинет после окончания медицинского колледжа на работу принята МС С. Ее наставником стала МС Е., имеющая 1-ю квалификационную категорию, общемедицинский стаж 16 лет и стаж работы в ЛОР кабинете 13 лет.

Через несколько недель работы МС Е. стала жаловаться на нежелание МС С. работать, на ее нерадивость и грубость. Вызванная для объяснений МС С. пояснила, что МС Е. постоянно одергивает ее, делает замечания в пренебрежительной форме в присутствии пациентов, акцентируя внимание на неумении МС выполнять манипуляции фразами типа: «Чему вас только в колледже учили?», «Ты что, безрукая?»

Вопрос. Какой должна быть тактика старшей МС?

Варианты ответов:

1. Перевести начинающую МС С. в другое подразделение.
2. Провести с МС Е. беседу о правилах этики и деонтологии.
3. Провести общую беседу с обеими МС.
4. Провести индивидуальные беседы с обеими МС.

Ситуационная задача № 29

В неврологическое отделение поступил пациент с диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия». В течение шести дней манипуляции (внутривенные инъекции, внутривенные капельные введения) выполняла опытная процедурная МС. Когда на седьмой день данную манипуляцию пришла выполнять молодая, и, по мнению пациента, неопытная МС, он категорически отказался от внутривенного капельного введения. Придя в кабинет старшей МС, пациент стал требовать, чтобы манипуляции ему выполняла только опытная процедурная МС, мотивируя это тем, что молодая может травмировать вены пациента на будущее лечение.

Вопрос. Какова должна быть тактика старшей МС?

Варианты ответов:

1. Вызвать опытную МС и направить ее для выполнения манипуляции.

2. Объяснить пациенту, что молодая МС тоже имеет опыт работы и сделает данную манипуляцию профессионально.

3. Совместно старшая и молодая МС направляются в палату для выполнения манипуляции пациенту, чтобы убедить его в высоких профессиональных навыках специалиста.

4. Прилюдно похвалить МС за хорошее исполнение манипуляций.

#### Ситуационная задача № 30

Студентка Г. медицинского университета проходила практику в психоневрологическом отделении. В нем работали молодые специалисты и сотрудники в возрасте 20-30 лет. Это было связано с недавним открытием отделения, трудной доступностью нахождения больницы (за чертой города), поэтому квалифицированных специалистов с большим стажем работы в отделении пока не было.

Студентке были предложены на выбор 2 варианта прохождения практики: 1-й - работа полный рабочий день с оплатой и определенным местом работы, либо без оплаты, но тогда появлялась возможность ознакомиться с работой всех отделений данной клиники и рабочий день не регламентировался. В связи с тем, что студентка стремилась получить по возможности больший объем знаний, она выбрала 2-й вариант.

Рабочий день в отделении начинался в 9 ч. 00 мин., и студентка соблюдала установленный режим работы. В процессе работы выяснилось, что старший ординатор отделения, каждое утро с часами в руках следит у окна на 2-м этаже за временем прихода сотрудников. Те сотрудники, которые опаздывают на 1 мин., лишаются ежемесячной премии. Работник, трижды опоздавший за месяц, лишается возможности карьерного роста. Опоздавшему специалисту устраивается жесточайшая обструкция.

Студентка узнала об этом от своих коллег. При приеме на работу ни заведующий отделением, ни начальник практики, ни старший ординатор ее об этом не предупредили. Через 2 нед. практикантка опоздала на несколько минут из-за сбоя в работе автотранспорта, но рассчитывала на оговоренные условия прохождения практики.

Через несколько минут после ее прихода в отделение пришел заведующий и объявил, что, так как она опоздала, все сотрудники

отделения (около 15 человек) лишаются премии в этом месяце. Увидев слезы на глазах коллег, она предложила сходить к начальнику и объясниться. Но ей сказали, что это бесполезно.

Когда практика подошла к концу, заведующий отделением пригласил ее на работу в отделение старшей МС, заметив, что молодые кадры просто необходимы.

Вопрос. Каковы последствия стресса для сотрудников отделения? Какие меры по управлению стрессом следует предпринять для нормализации работы на уровне отделения и самого сотрудника?

Варианты ответов:

1) Источник стресса – старший ординатор (контролер).

2) Источник стресса – нарушение этапов передачи информации между двумя руководителями (заведующим отделением и "контролером").

3) Функции контроля должны быть в руках заведующего отделением.

4) Меры управления стрессом:

В должностной инструкции, «Типовых правилах» и «Положении о МО» следует зарегистрировать варианты поощрения, но не наказания, за работу при ненормированном рабочем дне.

5) Обучение устойчивости к стрессу с психологом.

6) Поскандалить со старшим ординатором, добившись изменения его мнения о наказании студентки.

Ответы на ситуационные задачи раздела 7.

№ 1: 1; 2.1.; 2.2.; 2.3.	№ 16: 1, 4, 5.	
№ 2: 2, 3, 4.	№ 17: 1, 2, 3.	
№ 3: 3; 6.1.; 6.2.; 6.3.; 6.4.	№ 18: 2, 3, 4, 5.	
№ 4: 1, 2, 4.	№ 19: 1, 5.	
№ 5: 1, 3, 4.	№ 20: 5; 6; 8.1.; 8.2.	
№ 6: 1, 3, 6.	№ 21: 1.3.; 1.4; 2.2.; 2.3.; 2.4.	
№ 7: 1, 2, 3А, 3Б, 3С, 4.	№ 22: 1, 2, 3.	
№ 8: 1, 2.	№ 23: 2, 3.	
№ 9: 1, 3, 6, 7.	№ 24: 3, 4, 5.	
№ 10: 1, 4.	№ 25: 4.	
№ 11: 3, 4, 5.	№ 26: 2, 3, 4, 5, 6.	

№ 12: 1, 2, 5, 6.	№ 27: 3, 5.	
№ 13: 1.3.; 1.6.	№ 28 : 2, 3.	
№ 14: 2; 3.1.; 3.2.; 3.3.; 3.5.	№ 29: 2, 3, 4.	
№ 15: 1, 2, 3.	№ 30: 2; 3; 4.1.; 4.2.	

Авторы надеются на практическую пользу читателям от решения разнообразных производственных ситуаций, касающихся различных мест работы МС, что позволяет шире использовать их личный опыт. Ничто не проходит бесследно, ибо, как считал Арманд Хаммер: «Когда Вы работаете 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, удача приходит к Вам сама».

### **Заключение**

Пути совершенствования организации оказания МП, в т.ч. СКЛ, включающего максимально эффективное использование мероприятий по 100% доступности реабилитации, предложены в Постановлении Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 января 2015 г. пп.1.1, разд. 2.2 и 2.5.

Следствием эффективной организации работы органов и организаций здравоохранения страны в первом полугодии 2017 г. стал охват реабилитацией 79,3% пациентов трудоспособного возраста.

Применительно к СКЛ потребуются возрастание роли науки, ориентированной на практику, в разработке новых и совершенствовании существующих технологий и методов лечения, одним из которых является метод спелеотерапии на базе государственного учреждения «Республиканская больница спелеолечения» (г. Солигорск). Дальнейшее изучение эффективности и разработка вариантов дифференцированных режимов продолжительности и длительности всего курса спелеопроцедур позволит расширить показания для ряда других нозологий (хронические полипозные риносинуситы, псориаз, атопический дерматит, нейродермит, невроты и неврастения, заболевания опорно-двигательного аппарата). Становление спелеолечения в Республике Беларусь через исторические этапы его развития являются примером

комплексного научно-методического и административно-хозяйственного подхода к реализации качества СКЛ.

Перспективами развития спелеотерапии в Республике Беларусь может быть дальнейшее изучение свойств у природного сырья Солигорских калийных рудников - жидкой части: магниевой рапы, соляных рассолов; грязевой части: грязевого концентрата по типу иловых грязей и сапропелей, что может еще более расширить показания для лечения и географию пациентов. Это подтверждают показатели темпов роста экспорта услуг в первом полугодии 2017 г., составившего 111,75% (постановление коллегии министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 августа 2017 г. п.14.1).

Внедрение в систему дополнительного обучения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» изучения вопросов по профилактике, лечению и медицинской реабилитации при ряде заболеваний, вносящих основной вклад в структуру заболеваемости и смертности на примере отдельных СКО, направлено на возрастание качества МП, минимизацию рисков ятрогений и инфицирования, связанного с оказанием МП. В целом тиражирование информации об успешных ОЗ способствует развитию экспорта медицинских услуг через систему маркетинга для конкурентоспособности на международном рынке. Так, география государственного учреждения «Республиканская больница спелеолечения» с эксклюзивными медицинскими услугами включает 9 государств из ближнего и дальнего зарубежья, являясь примером в этом виде деятельности, наряду с другими успешными организациями.

В основу оздоровительных программ СКО Республики Беларусь положены такие направления, как грязелечение, озокеритолечение, парафинолечение, спелеолечение, ингаляции, электролечение, фитотерапия, массажи и ЛФК, диетическое питание. Отдельно следует выделить лечение минеральными водами, богатыми различными микроэлементами и близкими по химическому составу минеральным водам «Боровая», «Фрост», «Минская».

В распоряжении каждого санатория Беларуси находится обширная база спортивного и туристического оборудования. Отдыхающим предоставляется возможность совершать

велосипедные и водные прогулки, играть в теннис, посещать сауну и солярий, что удачно дополняет выбранные лечебные мероприятия на фоне привития адаптивной физической культуры. Все комплексное воздействие на пациента, проходящего оздоровление или МР, направлено на улучшение качества его жизни и здоровья. Помочь в осуществлении этой задачи способна организация труда с учетом разнообразных факторов, выполняют ее все МС, самый многочисленный отряд работников системы здравоохранения.

Политика государства на улучшение уровня здоровья людей, организационная функция Министерства здравоохранения Республики Беларусь, вместе с работой всех органов управления, находит подтверждение ее успешности в том, что повлияла на достижение такого показателя качества жизни, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении – 73,2, при целевом показателе к 2015 г. - 72-73 года. Вклад в это внесли все медицинские работники, включая СКО.

На достаточном уровне поддерживается показатель тяжести первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста – 47,6% (2017).

Знаменитый организатор здравоохранения и хирург с мировым признанием Н.И. Пирогов писал: «Я не верю в действие медицины самой по себе на уменьшение смертности масс и особенно в повальных болезнях. Будущее общественной медицины в руках государственной и научной администрации, а не врачебной техники. Только, идя рука об руку с рациональными государственными распоряжениями, во всех отраслях народного хозяйства и просвещения, медицина может содействовать уменьшению распространения и предотвращению болезненностей, и тогда этим косвенным путем, а не лечением может содействовать, наконец, и уменьшению смертности масс».

Благодаря Указу Президента Республики от 24 сентября 2015 г. №401 «О подписании Республикой Беларусь Конвенции о правах инвалидов» Беларусь присоединилась к Конвенции о правах инвалидов. Этим документом созданы эффективные правовые механизмы обеспечения защиты инвалидов и осуществление ими всех прав человека, основных свобод, а полнота их участия в гражданской, политической, экономической, социальной и

культурной жизни общества (социальная интеграция), ликвидация дискриминации по признаку инвалидности. Интеграция политических, правовых, медицинских аспектов отношения общества к людям с инвалидностью способствует улучшению качества жизни этой группы пациентов.

Как отмечено Президентом Республики Беларусь А.Г. Лукашенко 29.04.2015 г. в обращении с ежегодным Посланием к белорусскому народу и Национальному собранию «Мир и развитие»: «Интеграция образования и науки – веление времени...Первую скрипку здесь играют научные разработки и их внедрение в практику», в связи с чем так актуально воздействие силами медицинской науки на практику улучшения качества жизни людей, получающих СКЛ.

## Приложения

### Приложение 1

#### Форма журнала учета средств измерения (первая и последующие страницы)

№ п / п	Наименование СИ	Тип СИ	Заводской №	Год выпуска	Дата ввода в эксплуатацию	Страна изготовитель	За кем закреплено	Балансовая стоимость	Даты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
02. Измерение массы									
1	Весы торсионные	ВТ-500	078	2011	2012	Россия	Иванов		10.05
04. Измерение давления									
2	Прибор манометрический мембранный	ПММ	86003	2012	2012	Россия	Петров		15.07

#### Примечания:

1. По усмотрению учреждения в журнале могут быть предусмотрены и другие графы.
2. Заполнение журнала должно производиться по видам измерений.
3. Графы, содержащие информацию, меняющуюся со временем, можно заполнять карандашом.

**ВЫПИСКА**

из инструкции

«Об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения» (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 135 от 29.08.2008 г.)

Учет рационов питания для пациентов ведется палатными МС, которые ежедневно подают сведения старшей МС отделения. Количество больных в отделении сверяется с данными приемного покоя. На основании данных палатных МС старшая МС отделения составляет сведения о количестве больных, состоящих на питании на 9 час. утра, с уточнением количества больных по состоянию на 15 час. по форме согласно приложению 5 к настоящей Инструкции. Сведения подписываются заведующим отделением, старшей МС, специалистами медицинской статистической службы и передаются на пищеблок (кухню).

Пациенты, поступившие после 15.00 текущего дня и до 6.00 следующего дня, включаются в порционное требование, которое оформляется приемным отделением стационара по данным из отделений и подается на пищеблок к 6.00. Ответственное лицо за достоверность этих сведений - дежурная МС приемного отделения и ответственный дежурный врач стационара.

Дополнительно к диетическим рационам при наличии заключения консилиума оформляется заказ на индивидуальное и дополнительное питание, назначаемое в отделении. Заказ оформляется в двух экземплярах, подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и утверждается руководителем организации здравоохранения. Первый экземпляр передается на пищеблок (кухню), второй сохраняется в истории болезни.

При назначении пациенту лечащим врачом полного энтерального питания, это указывается в сведениях о количестве больных, состоящих на питании. При составлении меню-требования эти пациенты не включаются в число больных, состоящих на питании.

Запрещаются к передаче пациентам колбасные изделия, копчености, сельдь, мясные и рыбные блюда, консервы, шоколадные конфеты, сало. Также нельзя принимать семечки, грибы, черный кофе, чипсы, изделия во фритюре промышленного производства, цветные газированные напитки, кремовые кондитерские изделия, мороженое. Соответствие продуктов диете, их количество, сроки хранения, доброкачественность контролируется старшей МС, дежурной МС, лечащим врачом. Условия упаковки: все продукты должны быть

упакованы в прозрачные полиэтиленовые пакеты и подписаны: палаты, Ф.И.О., дата и время поступления передачи. Передачи принимаются при условии употребления продуктов питания в этот день. На следующий день передается новый набор.

## Перечень стандартных диет

### *БАЗОВЫЙ РАЦИОН - ДИЕТА Б*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Физиологически полноценный рацион питания, энергетическая ценность, содержание белков, жиров и углеводов соответствуют нормам питания для здорового человека, не занятого физическим трудом. Из пищи исключают наиболее трудно перевариваемые и острые блюда.

Цель назначения.

Обеспечение физиологически полноценным питанием.

Основные показания к назначению.

Заболевания и состояния, не требующие специальных лечебных диет.

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 90 - 95 г (55% - животные).
- Жиры - 100 - 105 г.
- Углеводы - 400 г.
- Калорийность - 2800 - 2900 ккал.
- Свободная жидкость - 1,5 - 2,0 л.
- Хлорид натрия - 15 г.

Основные способы приготовления.

Пища готовится в отварном, паровом или запеченном виде.

Режим питания. Дробный, 4 - 5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы.

Диета I5. Для родильных отделений базовый рацион (Б/р) готовится на основе норм среднесуточного набора продуктов питания для одного больного в родильных отделениях, утвержденных Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 января 2003 г. № 2.

## *ДИЕТА П*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Физиологически полноценный рацион с механическим, химическим и термическим щажением органов пищеварения. Принцип щажения достигается исключением продуктов, обладающих сильным сокогонным действием, содержащих экстрактивные вещества, специи, грубую клетчатку.

Цель назначения.

Создание благоприятных условий для нормализации нарушенных функций органов пищеварения.

Основные показания к назначению.

Острые и обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы.

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 90 - 100 г (60% - животные).
- Жиры - 80 - 90 (30% - растительные).
- Углеводы - 400 - 450 г (70 - 80 г сахара).
- Калорийность - 2800 - 2900 ккал.
- Свободная жидкость - 1,5 - 2,0 л.
- Хлорид натрия - 10 г.

Основные способы приготовления.

Пища готовится в отварном, паровом или запеченном виде.

Режим питания.

Дробный, 4 - 6 раз в день.

Близкий аналог номерной системы.

Диета 5. При нарушениях актов жевания и глотания, коматозном состоянии после операций на челюстно-лицевой, шейной областях рацион диеты П может готовиться в жидком (протертом) виде (П/п), либо заменяться энтеральным питанием.

## *ДИЕТА О*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Низкокалорийный, малообъемный рацион с минимальным содержанием белков, жиров и углеводов, с соблюдением принципов механического, химического и физического щажения.

Цель назначения.

Обеспечение организма минимальным количеством питательных веществ.

Основные показания к назначению.

Послеоперационный период (первые дни после операций на органах брюшной полости, урологических, гинекологических операций).

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 5 - 10 г.
- Жиры - 15 - 20 г.
- Углеводы - 150 - 200 г.
- Калорийность - 800 - 1020 ккал.
- Свободная жидкость - 2 - 2,2 л.
- Хлорид натрия - 1 - 2 г.

Основные способы приготовления.

Пища готовится жидкой или желеобразной консистенции.

Режим питания.

Дробный, 7 - 8 раз в день, не более 200 г на один прием.

Характеристика продуктов и способов приготовления блюд.

Слабый обезжиренный мясной бульон, слизистые отвары с добавлением сливок, фруктово-ягодный кисель, желе, отвар шиповника.

Близкий аналог номерной системы диет.

Диета О. Диету О возможно заменять энтеральным питанием.

### *ДИЕТА Н*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Рацион с ограничением хлорида натрия и жидкости. Ограничиваются продукты, богатые экстрактивными веществами, эфирными маслами, щавелевой кислотой.

Цель назначения.

Предупреждение развития и уменьшение задержки натрия и жидкости, умеренное щажение функции почек, улучшение выведения азотистых шлаков.

Основные показания к назначению.

Заболевания сердечно - сосудистой системы с недостаточностью кровообращения, артериальная гипертензия, заболевания почек, нефропатия беременных.

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 80 г (50 - 80% - животные).
- Жиры - 90 - 100 г (25% - растительные).
- Углеводы - 350 - 450 г (из них 50 - 100 г моно- и дисахариды).
- Калорийность - 2700 - 2900 ккал.
- Свободная жидкость - 0,9 - 1,1 л.
- Хлорид натрия - 2 г.

Основные способы приготовления.

Пища готовится без соли, в отварном, паровом или запеченном виде. Вторые мясные и рыбные блюда в отварном виде куском или рубленые. Допускается обжаривание рыбы и мяса после отваривания.

Режим питания.

Дробный, 5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы диет.

Диета 7. Больным с нефротическим синдромом назначается дополнительное питание, обеспечивающее поступление 40 г белка.

### *ДИЕТА N1*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Ограничение белка до 40 г в день.

Цель назначения.

Щажение функции почек; улучшение выведения и препятствие накоплению азотистых продуктов в крови, снижение уремии, а также гипертензивного синдрома.

Основные показания к назначению.

Хронические заболевания почек с резко выраженными нарушениями азотовыделительной функции почек и выраженной азотемией, цирроз печени с печеночной энцефалопатией.

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 40 г (из них 25 - 30 г - животные).
- Жиры - 80 - 90 г (из них 60 - 65 г - животные).
- Углеводы - 450 г.
- Калорийность - 2700 - 2800 ккал.
- Свободная жидкость - 1 л.
- Хлорид натрия - до 2 г (в продуктах).
- Близкий аналог номерной системы диет. Диета 7 г.?

#### *ДИЕТА 7*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Диета с повышенной калорийностью, увеличенным содержанием животных белков, минералов, витаминов.

Цель назначения.

Улучшение статуса питания организма, повышение его защитных сил, усиление восстановительных процессов в пораженном органе.

Основные показания к назначению.

Туберкулез.

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 110 - 130 г (из них 60% - животные).
- Жиры - 100 - 120 г (из них 20 - 25% - растительные).
- Углеводы - 400 - 450 г.
- Калорийность - 3000 - 3400 ккал. Свободная жидкость - 1,5 л.
- Хлорид натрия - 15 г.

Основные способы приготовления.

Пища готовится в отварном, паровом или запеченном виде. Вторые мясные и рыбные блюда в отварном виде куском или рубленые.

Допускается обжаривание рыбы и мяса после отваривания.

Режим питания.

Дробный, 4 - 5 раз в день.

Близкий аналог номерной системы диет. Диета 11. Рацион диеты Т готовится на основе норм среднесуточного набора продуктов питания для одного пациента в туберкулезных больницах (отделениях), санаторно-курортных организациях туберкулезного профиля, утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 2 от 14 января 2003 г.

### *ДИЕТА Д*

Общая характеристика химического состава и продуктового набора.

Диета с ограничением легко усваиваемых углеводов и жиров. Ограничение холестерина и поваренной соли.

Цель назначения.

Коррекция нарушений углеводного и жирового обмена.

Основные показания к назначению.

Сахарный диабет.

Химический состав и энергетическая ценность.

- Белки - 110 - 120 г (из них 50 - 60 г - животные).
- Жиры - 80 - 100 г (из них 25 - 30 г - растительные).
- Углеводы - 400 - 450 г (из них 0 - 20 г моно- и дисахариды).
- Калорийность - 2800 - 3200 ккал.
- Свободная жидкость - 1,5 л.
- Натрия хлорид - 6 - 8 г.

Основные способы приготовления.

Без особенностей.

Режим питания.

Дробный, 4 - 5 раз в день. Близкий аналог номерной системы диет. Диета 9.

Приложение 4

**Перечень продуктов, разрешенных для передачи пациентам в стационаре (санатории)**

№	Продукты	Количество продуктов
1	2	3
1.	Яйца отварные	1 шт.
2.	Сыр (голландский, российский, пошехонский)	200 г
3.	Сметана фасованная	200 г
4.	Кефир, йогурт	0,5 л
5.	Масло сливочное	100 г
6.	Конфеты (зефир, пастила, мармелад, карамель)	200 г
7.	Печенье	200г
8.	Варенье	100 г
9.	Мед	30 г
10.	Лимоны, яблоки, груши, апельсины, виноград, крыжовник, черная смородина, клубника	До 0,5 кг
1	2	3
11.	Помидоры, огурцы	0,5 кг
12.	Соки фруктовые, овощные	0,5 л
13.	Минеральная вода	0,5 л

Основание:

- «Лечебные, гигиенические и технологические основы организации питания в ЛПУ» МЗ РБ. Республиканский центр гигиены и эпидемиологии. В.П.Филонов, г. Минск, 1996 г.

- Лечебное и рациональное питание. Картотека блюд: Практическое руководство для врачей – диетологов, диетсестёр детских лечебно-профилактических учреждений/ В.И. Мурох,

Л.А.Соколовская, Н.Д. Коломиец, О.М. Веремейчик, Т.А. Корольчик, М.И. Лагацкая, Л.А. Николаева, В.П. Захаренко, Е.А. Папко; под ред. В.И. Муроха. - Мн.: Ураджай, 2001. - 692 с.

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 135 от 29.08.2008 г. «Об утверждении Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения».

- Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14.03.2011г. № 16 "Об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов "Требования к потреблению пищевых веществ и энергии для различных групп населения Республики Беларусь"

- 8/8060 «Об утверждении норм среднесуточного набора продуктов питания для одного пациента в государственных организациях здравоохранения и санаторно-курортных организациях Республики Беларусь»

- Сборник технологических карт на кулинарную продукцию общественного питания. В 2 т., Т. 2/ Министерство торговли Республики Беларусь.- Минск: Редакция журнала «Гермес», 2014.- 528 с.

- Сборник технологических карт блюд диетического питания. – Мн.: Белорусская ассоциация кулинаров, 2005. - 909 с.

- Сборник технологических карт белорусских блюд / Министерство торговли Республики Беларусь. – 2-е изд. – Минск: Редакция журнала «Гермес», 2013.-520 с.

**Заказ на индивидуальное питание  
УТВЕРЖДАЮ**

\_\_\_\_\_

(должность)

(подпись, .....И.О.Фамилия)

(дата) \_\_\_\_\_ полное наименование  
организации)

Номер палаты (наименование отделения)	Фамилия, имя, отчество больного (количество больных)	Наименование продуктов питания (шифр)												
		Количество продуктов питания (г)												
	Итого:													

Заведующий \_\_\_\_\_ отделением \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Медицинская \_\_\_\_\_ сестра-диетолог \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Старшая \_\_\_\_\_ медицинская \_\_\_\_\_ сестра \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

**Сводные сведения о наличии пациентов, состоящих на питании**

на \_\_\_\_\_ часов " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (полное наименование организации)

Наименование отделения	Количество больных	В том числе по диетическим рационам					

Руководитель \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Главная медицинская сестра \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Медицинский статистик \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

**Сведения о наличии больных, состоящих на питании**

на \_\_\_ часов " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(полное наименование организации)

Наименование отделения	Количество больных	В том числе по диетическим рационам						

Заведующий \_\_\_\_\_ отделением \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Старшая \_\_\_\_\_ медицинская сестра \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Сверено: старшая медицинская сестра \_\_\_\_\_ приемного отделения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

## Номенклатура дел пищеблока

Номер по порядку	Наименование раздела, заголовок дела (тома, части)	Кол-во дел (томов, частей) по окончании года	Срок хранения дела (тома, части) и № статей по перечню	Примечание
01	Папка входящей документации		3 года, п.944.5*	
02	Папка приказов по организации		ДМН (для местного назначения), ст.16.1*	Подлинник в деле 01-10
03	Журнал контроля качества готовой пищи (бракеражный) форма утверждена нормативным документом. (образец - прил. 9)		3 года, ЭК (экспертная комиссия) ОЗ	
04	Журнал «Здоровье»		3 года, ЭК	
05	Графики и таблицы работы персонала отделения		3 года, п.73**	
06	Журнал административных обходов		1 года, ЭК	
07	Журнал учета продуктов питания, поступающих на продуктовый склад		3 года, ЭК	
08	Журнал учета материальных ценностей		3 года, ст.724**	
09	Материальная книга учета инвентаря, оснащения отделения		3 года, ст.506*	

10	Журнал учета инструктажа на рабочем месте		3 года, ЭК	
11	Журнал проведения инструктажа по технике безопасности и противопожарной безопасности		10 лет, п.126**	
12	Журнал учета дезинфицирующих средств		5 лет, ЭК	
13	Функциональные обязанности медперсонала отделения		3 года, ст.12.3*	
14	Документы по метрологическому контролю		3 года, ЭК	
15	Журнал учёта работы бактерицидной лампы			
16	Журнал прохождения медицинских осмотров сотрудниками			

**Форма журнала по контролю за качеством готовой пищи  
(бракеражный)**

Начат \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата (число месяц, год)	Наимен. блюдо по каждому приему пищи	Оценка				Разреше ние на выдачу и предлож ения членов бракера жной комисси и	П о д п и с и
		выпол нения меню	доброка чествен ности	правиль ности кулинар ной обработ ки	С- витами низации		
1	2	3	4	5	6	7	8

Примечания:

1. В графе 3 «Оценка выполнения меню» проставляется медицинским работником выход каждого готового блюда (фактический).

2. В графе 8 «Подписи» ставят подписи медицинский работник и другие члены бракеражной комиссии, участвовавшие в бракераже готовой пищи.



3.Правила оформления, подачи блюд, кулинарных изделий

4.Характеристика изделий по органолептическим показателям

Цвет

Вкус

Запах

Консистенция

5.Срок годности и условия хранения

6.Сведения о пищевой и энергетической ценности

Белки,г	Жиры,г	Углеводы,г	Энергетическая Ценность,г

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Подпись разработчика  
подписи

расшифровка

**Рекомендуемые объемы отдельных блюд для детей дошкольного и школьного возраста**

Наименование блюд	Объем блюд (г, мл) для детей в возрасте (лет)			
	3 - 6	7 - 10	11 - 13	14 - 17
<b>ЗАВТРАК</b>				
Закуска (салат)	40 - 60	50 - 70	70 - 80	80 - 100
Каша (овощное блюдо)	180 - 200	180 - 200	200 - 250	250 - 300
Яичное (творожное, мясное, рыбное блюдо)	70 - 80	80 - 100	80 - 100	80 - 100
Горячий напиток (чай, кофейный напиток с молоком, какао)	180 - 200	200	200	200
<b>ВТОРОЙ ЗАВТРАК</b>				
Фрукты (сок)	200	200	200	200
<b>ОБЕД</b>				
Закуска (салат)	40 - 60	50 - 70	70 - 80	80 - 100
Суп	200	200 - 250	250 - 300	300 - 350
Блюдо из мяса, рыбы	60 - 80	70 - 90	80 - 100	100 - 120
Гарнир	130 - 150	150 - 200	150 - 200	180 - 200
Холодный напиток	180 - 200	180 - 200	200	200
<b>ПОЛДНИК</b>				
Напиток (кефир, сок, молоко)	150 - 200	150 - 200	200	200
Выпечка или печенье	50 - 60/30	50 - 60/50	50 - 80/50	50 - 80/50
<b>УЖИН</b>				
Закуска (салат)	40 - 60	50 - 70	70 - 80	80 - 100

Овощное (творожное) блюдо или каша	150— 200	180 - 200	200 - 250	200 - 250
Рыбное (мясное, яичное) блюдо	50 - 70	80 - 100	80 - 100	100 - 120
Горячий напиток (чай, кофейный напиток с молоком, какао)	180 - 200	180 - 200	180 - 200	200
<b>ВТОРОЙ УЖИН</b>				
Кисломолочные напитки	50 - 60/30	180 - 200	180 - 200	180 - 200
Выпечка или печенье	50 - 60/30	50 - 60/50	50 - 80/50	50 - 80/50

**Форма журнал «Здоровье»**

Начат \_\_\_\_\_ 20\_г.

Окончен \_\_\_\_\_ 20\_г.

№ п/ п	Д а т а	Согласно штатн. расписа нию ф.и.о. работни ков	Отметка об отсутствии и острых кишечных заболеван ий у работника и в его семье	Отметка об отсутствии у работника ангины и гнойничко вых заболев.	Контроль листов нетрудоспособн ости, в том числе по уходу	Личные подписи работников пищеблока, мед.сестры -диетолога
1	2	3	4	5	6	7

---

Наименование организации – разработчика

Утверждено

приказом

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 1  
ноября 2006 г. № 1450 «О государственной аттестации  
санаторно-курортных и оздоровительных организаций»  
(выписка)**

№п/п	Организация питания	К-во	Оснащение пищеблоков	К-во
	холодильным оборудованием	2	отсутствие необходимого количества холодильного оборудования	2
	технологическим оборудованием	1	отсутствие необходимого количества технологического оборудования	1
	сортовой стеклянной и фарфорово-фаянсовой посудой единого образца	1	отсутствие сортовой стеклянной и фарфорово-фаянсовой посуды единого образца	1
	столовыми приборами из нержавеющей стали	1	отсутствие столовых приборов из нержавеющей стали	1
	наличие форменной одежды, обуви официантов, санитарной и форменной одежды поваров	1	отсутствие форменной одежды, обуви официантов, санитарной и форменной одежды поваров	1
	наличие	1	отсутствие	по 0,2 за

	стилевого единства интерьера и сервировки столов, индивидуальных (в том числе льняных) салфеток, музыкального оформления зала		стилевого единства интерьера и сервировки столов, индивидуальных салфеток, музыкального оформления зала	каждый параметр, но не более 1,0
	организация приема пищи в одну смену	1	в 2 и более смен	0,5
	наличие заказного меню (для организаций, в которых проходят лечение и оздоровление взрослые и родители с детьми)	2	отсутствие заказного меню	2
	наличие комплексного меню в двух вариантах (для организаций, принимающих на лечение и оздоровление детей)	2	наличие одного варианта комплексного меню	1
	наличие перспективного рационального двухнедельного меню с учетом сезонности продуктов	3	отсутствие перспективного двухнедельного меню	3
	организация диетического	3	отсутствие меню диетического	по 1 за отсутствие

	питания по диетическим столам № 5, 7, 9, 10, 15		питания по каждой из диет	меню по каждой из диет, но не более 3,0
	выполнение натуральных норм питания		невыполнение натуральных норм питания	5
	соответствие результатов лабораторных исследований пищи и продуктов питания гигиеническим требованиям (по заключению аккредитованных лабораторий)		несоответствие результатов лабораторных исследований пищи и продуктов питания гигиеническим требованиям	5
			отсутствие заключения аккредитованной лаборатории	5
	наличие в меню фирменных блюд	2		
	наличие прямых договоров на поставки продуктов питания	1	отсутствие прямых договоров на поставки продуктов питания	1
	использование современных технологий и новых форм в организации питания	по 0,5 за каждое внедрение		

Требования к условиям для организации питания, приему и хранению продовольственного сырья и пищевых продуктов в санаторно-курортных организациях

Размещение помещений и технологического оборудования в пищеблоке санаторно-курортных организациях должно обеспечивать исключение встречных потоков сырого и готового продовольственного сырья и пищевых продуктов (далее – пищевые продукты), грязной и чистой посуды.

Для обработки и хранения пищевых продуктов в пищеблоке предусматривается:

-торгово-технологическое оборудование на электропитании. Для измельчения сырых и прошедших тепловую обработку пищевых продуктов должно использоваться раздельное торгово-технологическое оборудование;

-холодильное оборудование для хранения пищевых продуктов;

-производственные столы (цельнометаллические, с покрытием из нержавеющей стали или дюралюминия и другие). Для обработки сырого мяса, птицы и рыбы могут использоваться производственные столы, покрытые оцинкованным железом и с закругленными углами, для разделки теста – деревянные;

-производственные ванны, предусматривающие при их установке подводку холодной и горячей воды через смесители, воздушные разрывы в местах присоединения к канализации не менее 20 мм от верхней приемной воронки;

-стеллажи, подтоварники для хранения пищевых продуктов, посуды и инвентаря, конструкция, используемые материалы и размещение которых должны позволять проводить влажную уборку и дезинфекцию;

-разделочные ножи и доски, кухонная посуда.

Производственные столы и производственные ванны должны быть промаркированы согласно назначению, в том числе в доготовочном (горячем) цехе – «ГП» (готовая продукция) и «СП» (сырая продукция).

Торгово-технологическое и холодильное оборудование должно быть исправно. В случае выхода из строя какого-либо торгово-технологического оборудования необходимо внести изменения в рацион детей и обеспечить выполнение требований настоящих Санитарных норм и правил.

Разделочные доски используются из твердых пород дерева гладко выструганные, без щелей и зазоров, разделочные ножи – из нержавеющей стали.

Разделочные ножи и доски, а также кухонная посуда должны использоваться по назначению в соответствии с маркировкой: «Сельдь» (сельдь), «СР» (сырая рыба), «СМ» (сырое мясо), «СО» (сырые овощи), «ВР» (вареная рыба), «ВО» (вареные овощи), «ВМ» (вареное мясо), «КО» (квашеные овощи), «Салат» (салат), «Х» (хлеб), РГ «рыбная гастрономия», МГ «мясная гастрономия».

Кухонная посуда для приготовления пищи должна использоваться в соответствии с маркировкой: «Супы», «Вторые блюда», «Напитки», «Салаты».

Способ нанесения маркировки должен обеспечивать прочность надписи, возможность гигиенической очистки и мытья.

Разделочные ножи и доски, кухонная посуда закрепляются за каждым производственным помещением пищеблока. Разделочные ножи и доски хранят в специальных металлических кассетах на рабочих местах поваров.

При организации питания в СКО должны использоваться:

-столовая (фаянсовая, фарфоровая, стеклянная и другая) посуда;

-столовые приборы (из нержавеющей стали);

-кухонный инвентарь (деревянный, из нержавеющей стали и другой);

-кухонная посуда (из нержавеющей стали, алюминиевая, эмалированная, чугунная и другая).

Алюминиевая кухонная посуда может использоваться только для приготовления и временного (не более 1 часа) хранения пищи.

Пластмассовая кухонная посуда может использоваться для временного хранения сырых пищевых продуктов и хранения сыпучих продуктов.

Использование в СКО посуды с трещинами, сколами, отбитыми краями, деформированной, с поврежденной эмалью, а

также столовой посуды и столовых приборов из алюминия запрещается.

Запрещается использование ломаного кухонного инвентаря, а также деревянного с трещинами и заусеницами.

Не допускается использование деформированных подносов.

Столовая посуда и столовые приборы должны подаваться для раздачи пищи в сухом виде.

Количество столовой посуды и столовых приборов в использовании должно быть не менее, чем число посадочных мест в обеденном зале. Должен предусматриваться достаточный запас столовой посуды и столовых приборов, разделочных ножей и досок, кухонного инвентаря для обеспечения их своевременной замены.

При организации питания в две посадки, количество столовой посуды и столовых приборов должно более чем в 2 раза превышать количество посадочных мест в обеденном зале.

В СКО должен быть запас одноразовой столовой посуды и столовых приборов на период карантинных и других чрезвычайных ситуаций (из расчета не менее чем на два дня по количеству питающихся), для походов, для организации питьевого режима.

Мытье посуды и кухонного инвентаря должно проводиться после каждого приема пищи механическим или ручным способами.

Для мытья посуды ручным способом необходимо предусмотреть установку моечных ванн:

-трех секционных – для столовой посуды;

-двух секционных – для стеклянной посуды и столовых приборов;

-двух моечных ванн – для мытья кухонной посуды и кухонного инвентаря.

Моечные ванны для ополаскивания посуды должны быть оборудованы гибким шлангом с душевой насадкой.

Моечные ванны должны быть промаркированы с наружной стороны с указанием номера ванны и уровневой емкости воды.

Мытье столовой посуды ручным способом производят в следующем порядке:

- механическое удаление остатков пищи;

- мыть в первой секции ванны с температурой воды не ниже 40<sup>0</sup>С и с добавлением моющих средств согласно инструкции по применению;

- мыть во второй секции ванны с температурой воды не ниже 40<sup>0</sup>С и добавлением моющих средств согласно инструкции по применению, в два раза меньше чем в первой ванне;

- ополаскивание столовой посуды в металлической сетке с ручками в третьей секции ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65<sup>0</sup> С и использованием гибкого шланга с душевой насадкой.

Стеклопосуда и столовые приборы моются с применением моющих средств, в соответствии с инструкцией по применению с последующим ополаскиванием в горячей проточной воде с температурой не ниже 65<sup>0</sup> С.

Кухонная посуда, кухонный инвентарь, детали технологического оборудования подвергаются санитарной обработке в следующем порядке:

- механическая очистка;

- мыть в горячей воде, с температурой не ниже 40<sup>0</sup>С, с использованием моющих средств;

- ополаскивание в горячей проточной воде, с температурой не ниже 65<sup>0</sup> С.

При механическом способе посуда моется в соответствии с технической документацией к посудомоечной машине.

После мытья посуда, кухонный инвентарь просушиваются на специальных полках или решетках, установленных на высоте не менее 50 см от пола и укомплектованных поддонами для сбора воды.

Столовые приборы и металлические детали технологического оборудования прокаливаются в жарочных шкафах или стерилизаторах в течение 2 - 3 мин.

Сухие столовые приборы хранят в вертикальном положении (ручками вверх) в металлических (пластмассовых) кассетах, которые ежедневно должны промываться. Хранение столовых приборов навалом на стеллажах или подносах запрещается.

Подносы после каждого использования должны протираться чистыми салфетками, а в конце дня промываться горячей водой с добавлением моющих средств.

Использование подносов деформированных и с видимыми загрязнениями не допускается.

Салфетки или щетки для мытья посуды, салфетки для протирания столов после использования промываются под проточной водой с добавлением моющего средства, высушиваются и хранятся в закрытых промаркированных емкостях. В конце дня салфетки или щетки кипятят в течение 15 минут. Допускается использование одноразовой ветоши.

Помещения пищеблока оборудуются умывальниками с дозаторами с жидким мылом, одноразовыми полотенцами либо электросушилками, антисептиками для рук.

Транспортировка пищевых продуктов в санаторно-курортные организации проводится в соответствии с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования к объектам общественного питания.

При транспортировке и хранении пищевых продуктов запрещается перетаривание молока и кисломолочных продуктов в промежуточные емкости.

Поступающие в пищеблок пищевые продукты должны сопровождаться документами, удостоверяющими их качество и безопасность.

Документы, удостоверяющие качество и безопасность пищевых продуктов, должны сохраняться в пищеблоке до окончания реализации пищевых продуктов.

Не допускаются к приему на пищеблок СКО:

-пищевые продукты без документов, удостоверяющих их качество и безопасность;

-мясо и субпродукты без клейма и ветеринарного свидетельства;

-субпродукты, кроме говяжьей и свиной печени, языка, сердца;

-паштеты мясные;

-непотрошенная птица;

-мясо и яйца водоплавающей птицы (утиные, гусиные);

-сырокопченые мясные гастрономические изделия и колбасы;

-куриные яйца из инкубатора (миражные), яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой «тек», «бой», а также яйца из сельскохозяйственных организаций, неблагополучных по сальмонеллезам;

-закусочные консервы рыбные, изготовленные из рыбы, предварительно обработанной подсушкой, жарением или копчением (консервы рыбные в томатном соусе, в маринаде или в желе, консервы-паштеты, рыбные и растительные консервы, шпроты и другие);

-закусочные консервы овощные (из обжаренных корнеплодов, в том числе фаршированных);

-консервы с нарушением герметичности, бомбажем, деформированные;

-острые соусы, кетчупы, маринованные овощи с использованием столового уксуса;

-свиное сало, кулинарные жиры (маргарин) и другие гидрогенизированные жиры;

-кофе натуральный;

-тонизирующие, в том числе энергетические напитки;

-газированные напитки;

-сильно газированная минеральная вода (минеральная вода может использоваться по назначению врача);

-жевательная резинка;

-чипсы, острые сухарики;

-грибы;

-крупа, мука, сухофрукты и другие пищевые продукты, поврежденные амбарными вредителями;

-овощи, фрукты и ягоды с признаками гниения;

-пищевые продукты с истекшими сроками годности (хранения) и (или) признаками недоброкачества, особо скоропортящиеся и скоропортящиеся пищевые продукты на истечении срока годности (хранения).

Пищевые продукты должны храниться согласно принятой классификации по видам продукции:

-сухие (мука, сахар, крупа, макаронные изделия);

-хлеб;

-мясные и рыбные;

-молочно-жировые, гастрономические;

-овощи, фрукты и ягоды.

Кладовщик СКО должен вести журнал по контролю качества скоропортящихся пищевых продуктов, поступающих в пищеблок, по форме согласно приложению 7 к настоящим Санитарным нормам и правилам.

Сроки годности (хранения) и условия хранения пищевых продуктов, поступающих в СКО, должны соблюдаться в соответствии:

-с установленными сроками годности (хранения) и условиями хранения согласно государственным стандартам, техническим условиям или технологической документации (рецептура, техническое описание) на конкретное наименование пищевого продукта;

-с санитарными нормами и правилами, устанавливающими требования для проведения государственной санитарно-гигиенической экспертизы сроков годности (хранения), условиями хранения продовольственного сырья и пищевых продуктов, отличающимися от установленных в действующих технических нормативных правовых актах в области технического нормирования и стандартизации.

Особо скоропортящиеся и скоропортящиеся продукты должны храниться в условиях холода (холодильные камеры, холодильники) при температуре от + 2°С до + 6°С.

Не допускается совместное\* хранение:

-сырых пищевых продуктов или полуфабрикатов с готовыми пищевыми продуктами и кулинарными изделиями;

-пищевых продуктов с непищевыми товарами, моющими средствами и средствами дезинфекции, тарой;

-испорченных пищевых продуктов с доброкачественными пищевыми продуктами.

Складские помещения должны быть оборудованы термометрами и психрометрами. При этом использование ртутных термометров запрещается.

Холодильные камеры должны быть:

-оборудованы стеллажами, легко поддающимися мойке;

-оснащены устройствами для сбора конденсата, приборами контроля за температурным режимом;

-промаркированы соответственно назначению.

Сырые мясные и рыбные пищевые продукты (охлажденные или замороженные), в том числе полуфабрикаты, субпродукты, хранят в таре поставщика на стеллажах или подтоварниках.

Мясные гастрономические продукты (колбасы, сосиски, сардельки и др.) хранятся в таре производителя или в транспортной маркированной таре, либо подвешенными на крючья.

Яйца хранят в промышленной таре на подтоварниках в сухих прохладных помещениях при температуре не выше + 20°С или в холодильном оборудовании для сырой продукции. Не допускается хранение яиц рядом с готовой продукцией.

Масло сливочное хранится на полках в промышленной упаковке или брусками, завернутыми в пергамент.

Сыры крупнобрусковые хранятся на чистых деревянных стеллажах без тары, мелкобрусковые – на полках в таре или на чистых деревянных стеллажах. При укладывании брусков сыра один на другой между ними должны быть прокладки из картона или фанеры.

\*При наличии одной холодильной камеры, а также в холодильнике суточного запаса пищевых продуктов, сырые и готовые скоропортящиеся пищевые продукты могут храниться совместно с соответствующим разграничением.

Молочная продукция (сметана, творог, молоко, кефир и другая) хранится в потребительской или транспортной таре предприятия-изготовителя.

Сильно пахнущие продукты (сельдь, специи) хранятся отдельно от остальных продуктов.

Сыпучие продукты хранят в сухом помещении в чистых ларях или емкостях с плотно закрывающимися крышками, или в мешках, картонных коробках на подтоварниках, либо стеллажах на расстоянии не менее 15 см от пола и 30 см от стены.

Для контроля температурно-влажностного режима складские помещения оборудуются термометрами и психрометрами.

Ржаной и пшеничный хлеб должен храниться отдельно на специальных полках или в шкафах. Дверцы в шкафах должны иметь отверстия для вентиляции, расстояние нижней полки от пола должно быть не менее 35 см.

При ежедневной уборке мест хранения хлеба крошки необходимо сметать специальными щетками и тщательно протирать полки 1 % раствором столового уксуса.

При хранении овощей, фруктов и ягод должны соблюдаться следующие требования:

-свежие овощи, фрукты и ягоды, квашеные овощи хранятся в сухом, темном вентилируемом помещении или овощехранилище, или в холодильной камере (холодильнике) при температуре от +1°C до +10°C;

-в овощехранилище картофель и овощи закладываются слоем не более 1,5 м, свежая капуста хранится на стеллажах, квашеные овощи – в бочках;

-загрязненные землей овощи (корнеплоды и огурцы свежие) хранятся отдельно от остальной группы овощей, фруктов, ягод и других пищевых продуктов;

-перед загрузкой овощей в овощехранилище проводится его очистка, дезинфекция, ремонт и мероприятия по предупреждению проникновения грызунов;

-допускается хранение картофеля и других корнеплодов, свежей капусты в овощном цехе в течение не более 3 - 5 дней.

### Выписка

из Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.06. 2015 г. № 83 Санитарные нормы и правила «Требования к санаторно-курортным организациям для детей, взрослых и детей»

Питание детей в СКО должно быть организовано на основе примерных двухнедельных рационов питания, разработанных медицинской сестрой-диетологом или врачом-диетологом совместно с технологом, заведующим столовой, заведующим производством и утвержденным руководителем санаторно-курортной организации.

Лечебное питание организуется с учетом профиля СКО в соответствии с приложением 1 к Инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 августа 2008 г. № 135 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 238, 8/19542) (далее – перечень стандартных диет).

Для организации питания детей могут использоваться различные формы обслуживания, в том числе предварительный заказ блюд по меню завтрашнего дня, обслуживание по типу шведского стола и иные.

При организованном вывозе детей из СКО дети обеспечиваются в пути следования сухим пайком. Сухой паек комплектуется с учетом длительности нахождения в пути следования, не должен содержать скоропортящихся пищевых продуктов и пищевых продуктов, не используемых в питании детей согласно пунктам 111, 129, 134 настоящих Санитарных норм и правил. В пути следования должен быть организован питьевой режим с использованием питьевой воды промышленного производства, расфасованной в емкости.

Примерные двухнедельные рационы питания детей разрабатываются на основе норм физиологических потребностей детей в энергии и пищевых веществах согласно санитарным нормам и правилам, устанавливающим требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь (далее – Физиологические нормы питания) и с учетом:

-сезона года (летне-осенний и зимне-весенний периоды);

-норм питания с учетом вида санаторно-курортной организации, утвержденных в установленном законодательством порядке (далее – Нормы питания\*);

-возраста детей (3 года, 4 - 6 лет, 7 - 10 лет, 11 - 13 лет, 14 - 17 лет);

-рекомендуемых объемов отдельных блюд для детей дошкольного и школьного возраста согласно приложению 8 к настоящим Санитарным нормам и правилам;

-рекомендуемого количества приемов пищи (5-6-разовое с интервалами между основными приемами пищи 3,5 - 4,5 часа, между завтраком и вторым завтраком – два часа). Второй ужин предусматривается за один час до ночного сна;

-рекомендуемой суточной калорийности по отдельным приемам пищи: на завтрак – 20 - 25%, на второй завтрак – 5%, на обед – 30 - 35%, на полдник – 10 - 15%, на ужин – 20%, на второй ужин – 5 - 8%;

-оптимального соотношения пищевых веществ: белков, жиров и углеводов как 1:1:4 или в процентном отношении от калорийности суточного рациона как 10 - 15%, 30 - 32% и 55 - 60% соответственно;

обеспечения использования должного ассортимента пищевых продуктов. Такие пищевые продукты, как молоко и кисломолочные напитки, масло растительное и коровье, сахар, мясо (птица), хлеб, крупа, овощи, свежие фрукты, ягоды или соки (нектары) должны входить в рацион ежедневно, с допустимым отклонением  $\pm 10\%$  от Норм питания. Другие пищевые продукты (рыба, яйца, сыр, творог, сметана) входят в рацион 2 - 3 раза в неделю. При этом Нормы питания по итогам пребывания в СКО должны быть выполнены с допустимым отклонением  $\pm 10\%$  при условии соблюдения Физиологических норм питания.

При составлении двухнедельных примерных рационов питания детей необходимо руководствоваться утвержденными в установленном законодательством порядке сборниками технологических карт блюд: для детей раннего и дошкольного возраста; для питания учащихся учреждений, обеспечивающих

получение общего среднего и профессионально-технического образования; для диетического питания.

Питание детей в СКО должно быть щадящим по химическому составу и способам приготовления блюд:

-не используются острые приправы (хрен, перец, горчица, уксус), а также продукты их содержащие. Вместо острых приправ используются вкусовые приправы: петрушка, сельдерей, укроп, лук, чеснок. Можно применять корицу, ванилин, уксус заменяют лимонной кислотой.

\*В Нормы питания (среднесуточный набор пищевых продуктов) могут вводиться дополнительно пищевые продукты до 15% энергетической ценности от физиологической потребности, не нарушая рекомендуемое соотношение белков, жиров и углеводов.

Не используются соки и напитки, приготовленные из сухих концентратов; колбасы вареные, сосиски используются высшего и первого сортов и не более двух раз в неделю;

Используются:

-диетические яйца; нежирное мясо (говядина первой категории, полуфабрикаты) или телятина; свинина мясная;

-цыплята-бройлеры, куры или индейка потрошенные первого сорта; субпродукты первой категории – язык, печень, сердце;

-арахис используется в прожаренном виде;

-сладости (преимущественно на основе пектина) - зефир,

-пастила, мармелад;

-фруктовые и овощные соки и нектары используются с содержанием соковых веществ не мене 50%;

-для приготовления блюд используется йодированная соль;

-не включаются одноименные блюда в течение двух дней подряд;

-для приготовления пищи используется преимущественно варение, тушение, запекание, приготовление блюд на пару.

В случае неисправности того или другого технологического оборудования на период его ремонта или замены должны вноситься коррективы в суточный рацион детей с учетом имеющихся условий для приготовления пищи.

На основе примерных двухнедельных рационов питания детей составляется дневной рацион и меню-раскладка.

Рационы лечебного питания составляются отдельно от меню-раскладки на основе Физиологических норм питания и перечня стандартных диет в зависимости от основного и сопутствующих заболеваний ребенка.

При приготовлении блюд для детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения должна применяться специальная кулинарная обработка пищи (рубка, пюрирование, разваривание до мягкости, тушение, приготовление на пару), для чего в пищеблоке должны быть соответствующее оборудование – пароконвекционная печь, пароварочные аппарат или кастрюля и другое.

В СКО в соответствии с Нормами питания должна ежедневно проводиться С-витаминизация рационов (супов или напитков).

С-витаминизация рационов проводится МС-диетологом. С-витаминизация компотов проводится после их охлаждения до температуры 16 - 20° С перед их раздачей. При С-витаминизации киселей аскорбиновую кислоту вводят в крахмальную муку. Подогрев витаминизированных блюд не допускается.

В графе 6 журнала контроля качества готовой пищи (бракеражном) по форме согласно приложению 9 к настоящим Санитарным нормам и правилам должно указываться витаминизированное блюдо, время С-витаминизации и количество использованного витамина С.

В период получения детьми поливитаминных или витаминно-минеральных комплексов С-витаминизация рациона не проводится, если содержание витамина С в данных комплексах обеспечивает не менее 80 % суточной потребности в нем ребенка.

Для своевременной коррекции питания один раз в семь дней, а также по окончании пребывания ребенка в СКО МС-диетологом

должен проводиться анализ выполнения Норм питания по накопительной ведомости.

По окончании пребывания детей в СКО врачом-диетологом или МС-диетологом проводится анализ качества питания детей, в том числе на соответствие Физиологическим нормам питания.

При кулинарной обработке пищевых продуктов необходимо выполнять следующие гигиенические требования:

-пища должна готовиться на каждый прием пищи и реализовываться в течение не более двух часов с момента приготовления. Готовая пища хранится на электроплите или электроармите;

-обработка сырых и готовых пищевых продуктов должна проводиться на разных производственных столах при использовании соответствующих маркировке разделочных досок и ножей;

-птицу, мясо размораживают в мясорыбном цехе на воздухе при комнатной температуре. Рыбу размораживают в мясорыбном цехе на воздухе при комнатной температуре или в холодной воде (кроме рыбного филе) температурой не выше 12 С из расчета 2 л на 1 кг рыбы с добавлением соли (7 - 10 г на 1 л);

-замораживание охлажденных тушек птицы и мяса, или повторное замораживание размороженных мяса, птицы, рыбы запрещается;

-индивидуальную упаковку консервированных продуктов промывают проточной водой или протирают ветошью;

-овощи, предназначенные для салатов, варят в неочищенном виде. Овощи, подлежащие отвариванию в очищенном виде, чистят непосредственно перед варкой и варят в подсоленной воде;

-неочищенные отварные овощи могут храниться не более 6 часов в условиях холода (при температуре от + 2°С до + 6°С), очищенные отварные овощи – не более 2 часов. Очищенные сырые овощи могут храниться в воде не более чем 1,5 часа;

-овощи и фрукты, используемые для приготовления блюд в сыром виде, после очистки и мытья должны подвергаться кратковременной бланшировке, ягоды – ошпариванию, зелень –

промываться в охлажденной кипяченой воде. Кочаны капусты перед бланшировкой нарезают на 2 - 4 части. Салаты перед заправкой должны храниться при температуре от + 2°С до + 6°С. Заправка салатов должна производиться непосредственно перед их выдачей;

-полуфабрикаты из рубленого мяса, птицы, рыбы должны быть обжарены в течение 3 - 5 минут с двух сторон в нагретом до кипения жире, а затем доведены до готовности в жарочном шкафу при температуре + 250 - + 280°С в течение 5 - 7 минут. Жарка полуфабрикатов может производиться в жарочном шкафу, без предварительного обжаривания на электроплите, при температуре + 250 - + 270°С в течение 20 - 25 минут. При варке биточков на пару продолжительность тепловой обработки должна быть не менее 20 минут;

-режим термической обработки блюд с использованием пароконвекционной печи должен соответствовать технической документации;

-при изготовлении супов из вареного мяса или отпуске его с супом, измельченное и порционное мясо должно подвергаться вторичной термической обработке (кипячение в бульоне, соусе или запекание в жарочном шкафу в течение 10 минут при температуре + 220 - + 250°С);

-мясной фарш, используемый для начинки пирожков, блинчиков и других мучных изделий, должен изготавливаться из предварительно отваренного или тушеного мяса с последующим обжариванием на противне в течение 5 - 7 минут;

-яйца должны обрабатываться в мясо-рыбном цехе путем тщательного промывания в двух специально выделенных ваннах (емкостях) – сначала в 1 %, а затем в 0,5 % растворе питьевой или кальцинированной соды при температуре около 30°С, с последующим ополаскиванием проточной водой. Заносить и хранить в производственных помещениях для готовой продукции необработанные яйца в кассетах запрещается;

-яйца необходимо варить в течение 10 минут после закипания воды. Смесь для омлета выливают на противень слоем 2,5 - 3 см и готовят в течение 8 - 10 минут при температуре в жарочном шкафу + 180 - + 200°С;

-творожные запеканки готовят слоем 3 - 4 см в жарочном шкафу при температуре + 180 - + 200°С в течение 20 - 30 минут;

-сосиски, вареные колбасы после деления на порции очищают от полимерной оболочки и отваривают в течение 5 минут с момента закипания воды;

-кисели, компоты охлаждают в емкостях, в которых они были приготовлены, в закрытом виде в холодном цехе;

-гарниры (отварные макаронные изделия, рис) должны промываться только горячей кипяченой водой;

-запрещается переливание перед раздачей из потребительской тары в емкости молока, кисломолочных напитков, соков (нектаров).

При организации питания детей в СКО запрещается:

-использование остатков пищи от предыдущего приема, а также пищи, приготовленной накануне;

-изготовление сырковой массы, творога, простокваши - самокваса и других кисломолочных продуктов; блинчиков с сырым мясом, макарон с мясным фаршем («по-флотски») и рубленым яйцом. Студней, зельцев, мясных и рыбных заливных блюд; кондитерских изделий с кремом; кваса; изделий во фритюре; окрошки; паштетов, форшмака из сельди; яичницы-глазуньи; супов и гарниров из/на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления; холодных напитков и морсов (без термической обработки) из плодово-ягодного сырья;

-приготовление блюд на костном бульоне (кроме птицы);

-использование не пастеризованного молока, творога из не пастеризованного молока;

-использование в крупной (более 1 кг) потребительской таре в натуральном виде без термической обработки пастеризованного молока, творога и сметаны.

В зависимости от имеющихся условий для приготовления пищи, эпидемической ситуации в СКО или на территории по предписанию Главного государственного санитарного врача административно-территориальной единицы перечень пищевых

продуктов и готовых блюд, запрещенных в питании детей, может быть расширен.

Прием пищи разрешается только после бракеража каждой партии готовой пищи членами бракеражной комиссии (заведующий производством, ответственный дежурный по питанию, МС-диетолог или врач-диетолог).

Оценка качества блюд проводится по органолептическим показателям, с соответствующей записью в журнале контроля качества готовой пищи (бракеражном).

Ежедневно в СКО должен осуществляться отбор суточных проб каждого приготовленного блюда. Отбор суточных проб приготовленных блюд проводится МС-диетологом или иным медицинским работником в стерильные емкости с крышками. Каждое приготовленное блюдо отбирается в отдельную емкость объемом 200 - 250 мл. Супы, напитки, сладкие блюда, гарниры (каши, творожное, яичное блюдо) отбирают в объеме не менее 100 мл. Мясные, рыбные блюда, холодные закуски (салаты) отбирают в объеме 70 - 100 г.

Допускается не отбирать суточную пробу приготовленных блюд от партии менее 30 порций. Суточные пробы приготовленных блюд могут отбираться в уменьшенном объеме, но не менее 50 г, если это соответствует выходу приготовленного блюда.

Суточные пробы приготовленных блюд хранят в холодильнике для готовой продукции в течение 24 часов при температуре +2° - +6°С.

По истечении срока хранения суточные пробы приготовленных блюд утилизируют, емкости тщательно моют с применением разрешенных моющих средств и стерилизуют путем кипячения в течение 15 мин. в 2% растворе пищевой соды либо 30 мин. без добавления пищевой соды.

Питание детей в должно проводиться при соответствующей сервировке обеденных столов (наличие индивидуальных салфеток, хлебниц).

Горячие блюда при раздаче должны иметь температуру + 50°С (оптимальная), холодные напитки – комнатной температуры (для

детей дошкольного возраста – не ниже 20°C, для детей школьного возраста – не ниже 16°C), салатов – + 14 - + 16°C.

Для детей школьного возраста для раздачи супов используются супницы (на каждый стол), третьих горячих блюд – чайники. Блюда каждому ребенку дошкольного возраста необходимо делить на порции персонально. Смену блюд необходимо производить по очередности их приема.

Питание детей-инвалидов, детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, а также детей, находящихся в медицинском изоляторе, организуется непосредственно в жилых секциях, отделениях (помещение для приема пищи) или в жилых помещениях.

Для транспортировки готовой пищи (в жилые секции (отделения), медицинский изолятор) используют термосы, тележки-термосы, мармитные тележки или плотно закрывающуюся крышками кухонную посуду, которые должны обрабатываться и храниться в буфетных.

Дети школьного возраста в СКО могут дежурить в обеденном зале и привлекаться к работам по:

- сервировке столов (расстановка посуды, хлебниц, столовых приборов, салфеток);

- раздаче на столы порционированных на пищеблоке блюд (кроме горячих первых и третьих блюд).

Дети не допускаются к разливу (порционированию) готовой пищи, кроме элементов самообслуживания за своим столом.

Работники пищеблока должны соблюдать следующие правила личной гигиены:

- приходить на работу в чистой одежде и обуви, оставлять верхнюю одежду, головной убор и личные вещи в гардеробной для работников пищеблока, тщательно мыть руки с жидким моющим средством, надевать чистую санитарную одежду и убирать волосы под косынку или колпак;

- во время работы не носить кольца, серьги, не закалывать санитарную одежду булавками, на рабочем месте не принимать пищу и не курить; ногти должны быть коротко острижены, не покрыты лаком;

-при приготовлении блюд, не подвергающихся термической обработке, выдаче блюд использовать одноразовые перчатки. Смена перчаток должна проводиться после каждого использования;

-перед посещением туалета снимать санитарную одежду в специально отведенном месте, после посещения – тщательно мыть руки с жидким моющим средством с последующей обработкой антисептиком.

Смена санитарной одежды производится по мере загрязнения, но не реже одного раза в день.

В гардеробной для работников пищеблока необходимо обеспечить раздельное хранение санитарной одежды и личной одежды работников.

Все работники пищеблока должны ежедневно регистрировать данные о состоянии своего здоровья в журнале «Здоровье» по форме согласно приложению 10 к настоящим Санитарным нормам и правилам.

Контроль ведения журнала «Здоровье» осуществляется МС-диетологом или врачом-диетологом. Заболевшие работники пищеблока или при подозрении на заболевание к работе не допускаются.

В СКО должен осуществляться производственный контроль, в том числе лабораторный, за качеством и безопасностью питания детей с учетом санитарных норм и правил, устанавливающих санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля при производстве, реализации, хранении, транспортировке продовольственного сырья и (или) пищевых продуктов.

Кратность лабораторного контроля, перечень исследуемых показателей качества и безопасности приготавливаемой пищи устанавливается в программе производственного контроля, разрабатываемой руководителем СКО в порядке, установленном государственным стандартом Республики Беларусь СТБ 1210-2010 «Общественное питание. Кулинарная продукция, реализуемая населению. Общие технические условия». Он утвержден Постановлением Государственного комитета по стандартизации Республики Беларусь от 19 октября 2010 г. № 60 «Об утверждении, введении в действие, изменении и отмене технических нормативных

правовых актов в области технического нормирования и стандартизации и общегосударственного классификатора Республики Беларусь», и санитарными нормами и правилами, указанными в части первой настоящего пункта.

Показатели пищевой и энергетической ценности приготавливаемых блюд должны соответствовать технологическим картам блюд, меню-раскладкам.

МС-диетолог или врач-диетолог СКО должны:

-составлять совместно с заведующим производством ежедневное меню-раскладку;

-проводить С-витаминизацию пищи и отбор суточных проб;

-контролировать условия транспортировки и качество доставляемых пищевых продуктов, соблюдение сроков годности (хранения) и условий хранения пищевых продуктов, полноту закладки продуктов в соответствии с меню-раскладкой, соблюдение технологии приготовления блюд и их качество, отпуск и деление блюд на порции, сервировку обеденных столов, транспортировка готовой пищи в буфетные и раздачу пищи; соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в пищеблоке и буфетных, проведение С-витаминизации рационов, своевременность прохождения работниками пищеблока периодических медицинских осмотров и соблюдение правил личной гигиены;

-анализировать соответствие питания детей Физиологическим нормам питания;

-проводить коррекцию лечебного питания детей.

**Нормативная правовая база, регламентирующая санитарно-эпидемиологический режим**

1. Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 340-З «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
2. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.02.2013 г. № 11 «Санитарные нормы и правила» «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий направленных на предупреждение возникновения распространения по профилактике вирусных гепатитов».
3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.2013 г. № 107 Санитарные нормы, правила «Санитарно-эпидемические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения».
4. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.12.2012 г. №217 «Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения гриппа»
5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.10.2009 г. № 109 «Об утверждении инструкции о порядке оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека»
6. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.03.2010 г. № 33 «Об утверждении Инструкции о порядке установления причинной связи инфицирования вирусом иммунодефицита человека, заболевания СПИД, смерти от СПИД, с оказанием медицинским работником государственного учреждения здравоохранения медицинской помощи пациенту, инфицированному ВИЧ или больному СПИД».
7. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 декабря 2012 г. № 192 «Об утверждении санитарных норм и правил «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятия, направленных на профилактику заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами» и признании утратившим силу постановления Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 25 марта 2011 г. №21».

8. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 20.10.2005 г. № 147 «Об утверждении санитарных правил и норм 2.7.14-20-2005 «Правила обращения с медицинскими отходами».

9. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 22.12.2003 г. № 183 «Об утверждении Санитарных правил 1.1.8-24-2003 «Организация и проведение производственного контроля соблюдения Санитарных правил и выполнения санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий».

10. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2017 г. №73 «Об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях», признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.09.2010 г. №1008 «Об утверждении клинических протоколов».

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.08.2005 г. № 477 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулёзом».

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г. № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».

14. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 02-2-04/4037 от 18.12.2009 г. «О медицинском освидетельствовании на ВИЧ».

**Нормативная правовая база по лекарственному обеспечению  
населения в Республике Беларусь**

1. Указ Президента Республики Беларусь от 01.09.2010 г. № 450 «О лицензировании отдельных видов деятельности»
2. Закон Республики Беларусь № 161-3 от 20 июля 2006 года «О лекарственных средствах».
3. Инструкция о порядке выписки рецепта врача (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.10.2007 №99).
4. Инструкция о порядке и условиях информирования медицинских и фармацевтических работников о лекарственных средствах, включенных в Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь, представителями производителей лекарственных средств (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.04.2015 г. № 44).
5. Инструкция о порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.04.2015 г. № 48).
6. Инструкция о порядке и условиях информирования медицинских и фармацевтических работников о лекарственных средствах, включенных в Государственный реестр лекарственных средств Республики Беларусь, представителями производителей лекарственных средств (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.04.2015 г. № 44).
7. Инструкция о порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.04.2015 г. № 48).
8. Инструкция о порядке выписки рецепта врача (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.10.2007 №99).
9. Надлежащая аптечная практика (Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. №120).
10. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13.04.2001 г. № 1192 «О Концепции лекарственного обеспечения Республики Беларусь»
11. Перечень заболеваний, дающих право гражданам на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми

по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием и перевязочными материалами (Постановление Совета Министров Республики Беларусь 30.11.2007 г. № 1650)

12. Перечень основных лекарственных средств (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.03.2012 № 25).

13. Перечень лекарственных средств, разрешенных к отпуску без рецепта врача (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.03.2012 г. № 15).

14. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 марта 2015 г. №196 «О продвижении отечественных лекарственных средств в организациях здравоохранения».

15. Постановление Коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.04.2015 г. п. 8.1 «О совершенствовании обращения лекарственных средств на территории Республики Беларусь».

**Отчёт о движении лекарственных, перевязочных и дезинфицирующих средств за период с \_\_ по \_\_ (месяц)\_...год**

№ п/п	Наименование медтовара	Единица измер.	Форма выпуска	Остаток на начало	Приход		Расход	Остаток на конец	Заполняет бухгалтер	
					Номер и дата документа	Кол-во			Цена	Сумма

**Требование в аптеку № от**

(наименование отделения)

Через: старшую медсестру Ф.И.О.

№ п/п	Наименование медикамента	Серия	Срок годности	Ед. измер.	Затребовано	Отпущено	Цена	Сумма

**Ответы-ключи для решения ситуационных задач по теме «Конфликты в работе медицинского коллектива»**

**К вопросу 1.** Закономерности взаимодействия в медицинском коллективе:

- Правило последовательности: выбрав позицию, сотрудник будет стремиться вести себя последовательно.
- Внутреннее согласие: если сотрудник не согласен с приказом или нововведениями, рассчитывать на четкое выполнение задания нельзя. Неосознанно человек либо сорвет выполнение приказа, либо выполнит его с минимальной эффективностью. Если сотрудник будет действовать осознанно, отрицательный эффект усилится. Штрафные санкции не уменьшают, а увеличивают сопротивление.
- Независимое решение: люди внутренне, без сильного внешнего давления, принимают на себя ответственность за поведение.
- Активная позиция: например, письменное обязательство требует больше усилий, но и более эффективно.

**К вопросу 2.** Если в коллективе сложились напряженные отношения, то нужно:

- проанализировать цели обоих отделений;
- оценить взаимозависимость задач обоих отделений и исключить, по возможности, зависимость выполнения задач одного отделения от задач другого;
- проанализировать распределение ресурсов между двумя отделениями
- выявить различия в представлениях и ценностях двух участниц конфликтной ситуации, побеседовав с каждой из них в отдельности.

**К вопросу 3.** Действия руководителя при расхождении во взглядах у подчиненных:

- оценить коммуникативные связи между отделениями;
- оценить различие в манере поведения и жизненном опыте (конфликтность одной из участниц налицо).

**К вопросу 4.** Действия руководителя по управлению конфликтной ситуацией:

- разъяснить требования к работе обеих старших медсестер так, чтобы они поняли, что их ожидает в той или иной ситуации;
- использовать механизм и цепь команд, т.е. задействовать координационные и интегральные механизмы, согласно принципу единоначалия;

- объединить людей общеорганизационной комплексной целью.

**К вопросу 5.** Стили разрешения конфликта:

- уклонение (уход от ситуации, провоцирующей противоречие, вопросов, чреватых разногласиями);
- компромисс (частичное удовлетворение собственной потребности и частичное выполнение желания другого участника конфликта);
- соперничество (стремление удовлетворить собственные потребности в ущерб интересам другого человека, давление, под которым другой вынужден принимать не свое решение);
- сотрудничество (поиск скрытых интересов и потребностей для удовлетворения истинных желаний обеих сторон);
- приспособление (совместные действия с другим человеком, готовность принять его точку зрения).

**К вопросу 6.** Правила эффективного общения:

- Не забывать суть конфликта и не «переходить на личности».
- Не смотреть на партнера, как на врага.
- Не впадать в безудержный гнев, злость, мщение, месть.
- Не терять внутреннюю установку на открытость и доброжелательность.
- Не отстаивать только свои позиции, а учитывать интересы партнера.
- Не выбирать только силовые методы борьбы.

**К вопросу 7.** Методы разрешения конфликта:

- административный метод («соломоново решение», «охота на ведьм»);
- не административный (профилактические переговоры, судья «со стороны»).

**К вопросу 8.** Действия руководителя по минимизации причин конфликта:

- правильный подбор кадров в соответствии с целями, ценностями, принципами, правилами поведения, принятыми в коллективе;
- постановка целей, объединяющих всех сотрудников;
- разъяснение требований к работе, критериев оценки труда, формулирование обязанностей, зоны ответственности, пределов полномочий;
- использование четкой и понятной системы стимулирования труда;
- корпоративная культура.

**К вопросу 9.** Действия руководителя с различными вариантами конфликтных работников:

*Критик:* явно настроен против новых решений руководителя.

*Действие руководителя:* игнорировать мнение сотрудника, если это не затрагивает общих интересов и деятельности.

*Бестактное поведение:* специалист имеет привычку высказывать резкие обобщающие малоприятные суждения.

*Действие руководителя:* не обращать внимания на слова, при случае объяснить, что его манера общения не по душе, сократить общение.

*Неисполнительность:* сотрудник подвел с выполнением поручения.

*Действие руководителя:* дать возможность объяснить причину. Если он искренне сожалеет об оплошности, полезнее простить, чем наказывать. При повторном проступке он понесет соответствующее наказание.

*Всегда прав:* такой человек категоричен в отстаивании своего мнения без объяснений.

*Действие руководителя:* не ввязываться в ситуацию. Уступит тот, кто умеет признавать свои ошибки.

*Противник:* недоброжелательность, постоянные, досадные случайности или «забывчивость».

*Действие руководителя:* откровенный разговор для выяснения причин. Если это месть за обиду в прошлом – извиниться. При более коварных намерениях – перевести общение в официальное русло, держать в поле зрения, не зависеть от его действий.

*Энергетический вампир:* постоянно провоцирует окружающих на спор, несогласие, конфликт.

*Действие руководителя:* не реагировать, вместо раздражения, обиды или гнева в ответ лучше рассмеяться, провести беседу о недопустимости такого поведения в рабочее время, уместная шутка.

**К вопросу 10.** Категории людей, которые регулярно опаздывают на работу:

- «Властелины» или «пусть весь мир подождет» - у людей отсутствует ощущение времени.

- Мятежники (анархисты) таким образом протестуют против жестких правил и ущемления личной свободы.
- Индивидуальная черта характера, присущая недисциплинированным людям или с биоритмом «совы».

**К вопросу 11.** Причины опоздания на работу:

- Отсутствие стимула для прихода на рабочее место.
- Удаленность работы от места жительства, проблемы с транспортом.
- Чрезвычайные обстоятельства (авария, поломка замка, крана, болезнь члена семьи и др.)

**К вопросу 12.** Средства против опоздания сотрудников:

- Беседа-внушение сразу после фиксации факта опоздания;
- Письменный выговор – через приказ, доведенный до сведения сотрудника. При двух и более зафиксированных дисциплинарных взысканиях может идти речь об увольнении;
- Депремирование – эффективно, если в Положении о премировании четко отражены причины и размеры наказания;
- Увольнение – радикальный способ, если другие не эффективны;
- Психологические методы воздействия:
  - устное порицание во всеуслышание на общем собрании сотрудников;
  - назначить такого специалиста ответственным за дисциплину в отделении, и награждать небольшой премией того, кто опаздывает только в знак протеста;
  - предлагать бесплатный кофе за 10-15 минут до начала рабочего дня при своевременном приходе на работу.

**К вопросу 13.** Правила борьбы с намеренными и ненамеренными опозданиями персонала:

- Принцип домино. Планируя рабочее время, следует помнить, что не все дела будут осуществляться строго по графику. Один сбой может вызвать обвал всех остальных назначенных дел, поэтому примерно 50% времени надо резервировать на случай непредвиденных обстоятельств.
- Готовь платье вечером, чтобы утренняя проблема жизни «Что надеть?» решалась накануне. Лучше иметь 2 запасных варианта, особенно женщинам.

- Поднимать планку – мобилизация внутренних сил, ускорение сборов, запас времени в 10-15 минут на форс-мажор.
- Анализ распределения собственного времени при подготовке к рабочему дню. Обычно бессмысленно тратится до 70% времени, согласно закону В. Паретто.
- Внутреннее стимулирование того, кто не привык к дисциплине. Награда за пунктуальность и наказание за опоздание, которое каждый выбирает себе сам.

**К вопросу 14.** Одной из разновидностей конфликта в медицинском коллективе является феномен «моббинга» («буллинга»), исследованный шведским психологом Х.Лейманом. Его суть – психологический террор, который включает «систематически повторяющееся враждебное и неэтичное отношение одного или нескольких людей, направленное против другого человека, в основном, одного. Моббинг – вариант эмоционального насилия, коллективная травля в отношении кого-либо из сотрудников со стороны коллег, подчиненных или начальства, осуществляемые с целью заставить его уйти с работы.

**К вопросу 15.** Формы моббинга в медицинском коллективе:

- Намеренное игнорирование присутствия «жертвы» конфликта.
- Мнение «жертвы» никому в коллективе не интересно.
- Социальная изоляция внутри МО, исключение из его служебных действий социальных контактов.
- Осуждение «жертвы» за ее спиной.
- Прозвища.
- Постоянные, негативные высказывания, критика в адрес работника.
- Распространение слухов, клеветы.
- Запугивание или даже унижение.

**Буллинг** – аналогичное преследование, но «один на один».

Различают горизонтальный и вертикальный моббинг.

**«Горизонтальный»** моббинг (среди сотрудников одного уровня) чаще используют опытные сотрудники против новичков в форме бойкота, искажения информации, игнорирования просьб, сплетен. Причина: в новичке видят конкурента, который может поколебать положение старых работников.

**«Вертикальный»** моббинг (среди работников разных уровней) возникает там, где есть желание убрать конкурента, освободить место для продвижения по службе, отомстить по причине личного

характера. Уволить по закону нельзя, поэтому начинаются постоянные нападки на работника, обвинения в некомпетентности, недисциплинированности, ставятся невыполнимые задачи, которые, в конце концов, вынуждают его уйти по собственному желанию.

Причины эмоционального насилия в коллективе – жажда власти или личная злоба, но появление «козла отпущения» - признак горизонтального моббинга.

Ни одна из указанных форм насилия не должна иметь места в МО.

**К вопросу 16.** Последствия психологического террора в медицинском коллективе:

- Проблемы со здоровьем от мелких недомоганий до инфаркта;
- Психологические проблемы – бессонница, раздражительность, депрессия, нарушение концентрации внимания, мысли о суициде;
- Увольнение;
- Ухудшение психологического климата в коллективе;
- Снижение эффективности труда, энергия идет на преодоление моббинга, а не на выполнение ежедневных задач.

**К вопросу 17.** Рекомендации человеку, который подвергается психологическому давлению, если это руководитель (подчиненный):

- Осознать сложность ситуации, не игнорировать странное поведение коллег.
- Проанализировать ситуацию, выявить «инициатора» травли.
- Четко знать свои должностные обязанности, чтобы защититься от несправедливых обвинений в некомпетентности.
- Рассмотреть возможность перехода в другую организацию.
- Получить психологическую (медицинскую) помощь специалистов и не впадать в депрессию.

**К вопросу 18.** Действия руководителя при проявлении моббинга в коллективе:

- собрать всех участников конфликта и вместе обсудить проблему
- быть максимально объективным
- объяснить «жертве» «правила игры» в коллективе
- собрать сотрудников на неформальном мероприятии
- брать на работу таких сотрудников, которые смогут влиться в сложившийся коллектив.

### **К вопросу 19.** Правила критики:

- Перед тем как критиковать, найдите, за что похвалить.
- Выслушайте объяснения, поскольку 40% критики адресовано неправильно.
- Критикуйте поступки, а не человека.
- Хвалите прилюдно, критикуйте наедине, без свидетелей.
- Сохраняйте терпение, доброжелательность.

### **К вопросу 20.** Формы критики:

- Подбадривающая критика: «Ничего. В следующий раз сделаете лучше, а сейчас не получилось».
- Критика - упрек: «Я так на Вас рассчитывала, а Вы меня подвели».
- Критика – надежда: «Надеюсь, что в следующий раз это получится лучше».
- Критика – аналогия: «Когда я работала за первым столом, как вы сейчас, я допустила такую же ошибку. Ну и попало мне от моего руководителя».
- Критика – похвала: «Вы хорошо оформили кабинет, но только не для этого случая».
- Безличная критика: «В нашем коллективе еще есть работники, которые не справляются со своими обязанностями, не будем называть их фамилии».
- Критика – озабоченность: «Я очень озабочена сложившимся положением дел, особенно у таких коллег, как ...».
- Критика – сопереживание: «Я хорошо Вас понимаю, вхожу в Ваше положение, но и Вы войдите в мое. Ведь дело – не сделано...».
- Критика – сожаление: «Я очень сожалею, но должна отметить, что работа выполнена не качественно».
- Критика – удивление: «Как? Неужели Вы не справились, с этой работой? Не ожидал!».
- Критика – ирония: «Делали-делали и «сделали». Как теперь начальству в глаза смотреть будем?».
- Критика – упрек: «Эх, вы! Я была о Вас гораздо более высокого мнения».
- Критика – намек: «Я знала одного человека, который поступил точно так, как Вы. Потом ему пришлось плохо...».
- Критика – смятение: «Что же Вы сделали так неаккуратно? И не вовремя?!».
- Критика – замечание: «Вы неправильно сделали. В следующий раз посоветуйтесь».

- Критика – предупреждение: «Если Вы еще раз опоздаете, пеняйте на себя!».
- Критика – вызов: «Раз допустили столько ошибок, сами решайте, как выходить из положения».
- Конструктивная критика: «Работа выполнена неверно. Что собираетесь предпринять?».

**К вопросу 21.** Особенности, достоинства и недостатки женского коллектива

Достоинства женского коллектива	Недостатки женского коллектива
Причина интриг в женском коллективе – любовь к эмоциональным переживаниям, а в мужском – карьерное соперничество.	Не всегда здоровый психологический климат.
Принцип: «Лучше синица в руке, чем журавль в небе»; причина - страх перед нестандартными решениями и непредвиденными ситуациями.	Нервозность в ситуациях неопределенности и риска.
Высокий уровень лояльности организации из-за женского консерватизма.	Отказ от карьерного роста.
Лучше контакт с пациентом, выше эмпатия, быстрее помощь.	Эмоциональность вследствие критики, проблем с пациентом или дома.
Безграничная преданность руководителю за то, что он в курсе отношений в семье; подарки детям, празднование Нового года, коллективные барбекю делают коллектив лояльнее.	Излишняя болтливость, в том числе, по телефону, попытки пройти по магазинам в рабочее время (жестко пресекать).
Умение создать атмосферу неформального общения.	При недостаточной загруженности злоупотребляют неофициальным общением, (ввести расписание посещения комнаты отдыха,

	регламентировать личные разговоры по телефону).
Склонность к коллективной работе руководитель использует для перспектив, используя термин «мы».	Хуже справляются с индивидуальным заданием, используют склонность к общению.
Нуждаются в четком обозначении конечных результатов работы, масштабные задачи следует дробить на мелкие достижимые этапы.	Хуже справляются с логической информацией, больше внимания к деталям, из-за чего теряют перспективу, видение всего дела.
	Влияние личных отношений на профессиональные контакты из склонности к дружбе, руководитель должен дистанцироваться от интриг.
	Делают попытки «очаровать», усыновить, стать «фавориткой» при руководителе – мужчине.

## Литература

1. Анализ медико-демографических показателей : учеб.-метод. пособие / М. В. Щавелева [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2015. – 33 с.
2. Биннер, Х. Управление организациями и производством: от функционального менеджмента к процессному: пер. с нем. / Х. Биннер. – М. : Альпина Паблишер, 2010. – 282 с.
3. Барановский, А.Ю. Диетология: руководство – 2-е изд. Серия: «Спутник врача». СПб.: Питер, 2006. -960с.
4. Болонский процесс как путь модернизации системы высшего образования Беларуси /С.С. Ветохин [и др.]; науч. ред. А.В. Лаврухин. – Минск: Медисонт, 2014. – 68с.
5. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее : библиограф. справ. за 2001–2013 гг. / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск: БелМАПО, 2014. – 32 с.
6. Вальчук, Э. А. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения : учеб.-метод. пособие / Э. А. Вальчук, А. П. Романова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 39 с.
7. Вальчук, Э. А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении /Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. – Минск : Харвест, 2007. – 400 с.
8. ван Тартвийк, Ж. Руководство АМЕЕ № 45: портфолио для оценки и обучения / Ж. ван Тартвийк, Э. В. Дризден // Мед. образование и проф. развитие. – 2013. – № 1. – С. 26–54.
9. Глинская, Т. Н. Особенности популяционного здоровья девушек-подростков Респ. Беларусь / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики : сб.

науч. тр. / Бел. гос. мед. ун-т ; редкол.: А. В. Сикорский, О. К. Кулага. – Минск, 2014. – Вып. 4. – С. 59–62.

10. Глинская, Т. Н. Особенности динамики заболеваемости, диагностированной в предыдущие годы, подросткового населения Республики Беларусь / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности : сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр «Мать и дитя» ; редкол.: К. У. Вильчук [и др.]. – Минск, 2014. – Вып. 7. – С. 218–222.

11. Глебо, С. З. Некоторые результаты обязательных медицинских осмотров сельского трудоспособного населения (на примере Узденского района Минской области) / С. З. Глебо, М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская // Здоровье и окружающая среда : сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены ; гл. ред. Г. Е. Косяченко. – Минск, 2013. – Вып. 23. – С. 22–24.

12. Глушанко, В.С. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи: монография /В.С. Глушанко и [др.]; - Витебск: ВГМУ, 2008. -185с.

13. Гузик, Е. О. Модель интегрированной системы социально-гигиенического мониторинга / Е. О. Гузик // Роль и место гигиенической науки и практики в формировании здоровья нации : сб. тез. межвуз. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2014. – С. 252–254.

14. Делендик, Р. И. Спелеотерапия в комплексном лечении и профилактике рецидивов у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, сочетанным с бронхиальной астмой: современный взгляд на проблему / Р. И. Делендик, П. А. Левченко, Н. Н. Дубовик

// Здоровье нации-XXI век: материалы XVIII Междунар. конф., 26.04–3.05.2014 г., Брюссель, Бельгия. – Пермь, 2014. – С. 58–61.

15. Делендик, Р. И. Оценка состояния микробной флоры у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом при применении спелеотерапии /Р. И. Делендик, П. А. Левченко // XXIV Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сб. науч. тр. / под ред. акад. А. Г. Чучалина, 14–17.10.2014 г. – М., 2014. – С. 448–449.

16. Делендик, Р.И. Спелеотерапия в лечении заболеваний органов дыхания: опыт применения /Р.И. Делендик [и др.]. //Материалы Республиканской науч.- практ. конф. с международным участием молодых ученых «Минский консилиум», 2014. – С.55-58.

17. Делендик, Р.И. Перспективы применения спелеолечения в противорецидивном лечении хронических полипозных риносинуситов /Р.И. Делендик [и др.] - //Медицинский журнал. – 2014. - №3. –С.10-14.

18. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012. Курс на благополучие [Электронный ресурс]. – ВОЗ, 2013. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/pubrequest?lanquage = Russian>.

19. Ермалович, Л. П. Социально-психологические факторы здоровья как условие реализации человеческого капитала / Л. П. Ермалович, Л. А. Соглаева, М. Ю. Тенянюк // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы : материалы VI междунар. конф., 4–5 апр. 2008 г. : в 2 ч. / Белорус. гос. ун-т. – Минск, 2008. – Ч. 1. – С. 39–42.

20. Жарко, В. И. Итоги работы по подготовке отчета страны по национальным счетам здравоохранения в Республике Беларусь за 2013 год и дальнейшие перспективы / В. И. Жарко // Вопр.

организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 2. – С. 15–16.

21. Жарко, В. И. Здравоохранение Республики Беларусь. Актуальные проблемы и их решение / В. И. Жарко // Междунар. сотрудничество. – 2011. – № 1. – С. 349–360.

22. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В.И. Жарко [и др.]. – Минск: Минсктиппроект, 2012. – 320 с.

23. Здоровье 2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс] / Европ. регион. бюро ВОЗ, Европ. регион. комитет, 62-я сессия, Мальта, 10–13 сент. 2012 г. – Режим доступа: [http://www.ndphs.org///documents/3239/NCD\\_5\\_6\\_3-Info\\_2\\_rus\\_\\_Health\\_2020\\_WHO-EURO\\_short.pdf](http://www.ndphs.org///documents/3239/NCD_5_6_3-Info_2_rus__Health_2020_WHO-EURO_short.pdf).

24. Здравоохранение в Республике Беларусь : офиц. стат. сб. за 2013 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения. – Минск : РНМБ, 2014. – 280 с. : табл.

25. Использование методик модификации образа жизни для пациентов с сахарным диабетом 2 типа» инструкция по применению, утвержденная министерством здравоохранения Республики Беларусь /Ярошевич Н.А., Романовский А.А., Лущик М.Л. и др. (рег.№065-0611 от 22.07.2011г.).

26. Инновационный взгляд на профессию медицинской сестры / Е. М. Тищенко [и др.] // Актуальные вопросы состояния и развития сестринского дела в Республике Беларусь : материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. Междунар. дню мед. сестры. – Минск, 2009. – С. 168–170.

27. Кабанов, А. Я. Этика деловых отношений : учебник / А. Я. Кабанов, Д. К. Захаров, В. Г. Коновалова. – М. : ИНФРА, 2002. – 368 с.
28. Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях [Электронный ресурс] : 21 апр. 2003 г., № 194-3 : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.07. 2014 г., № 176-3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.
29. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). – Минск : Амалфея, 2006. – 48 с.
30. Колесов, Д. В. Подросток: взросление и здоровый образ жизни : книга для родителей / Д. В. Колесов. – М. : Мысль, 2002. – 140 с.
31. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2014. – 277 с.
32. Кралько, А.А. Медико-правовые аспекты получения информированного согласия на медицинское вмешательство / А.А. Кралько // Мед. новости. – 2009. – № 12. – С. 41–45.
33. Ключенович, В. И. Управление формированием здорового образа жизни (практический глоссарий и пилотное проектирование системы) / В. И. Ключенович. – Минск : Бел НИЦ «Экология», 2010. – 296 с.
34. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и среднего медицинского персонала / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) ; [Н. Е. Акола, А. А. Кралько и др. ; редкол.: Е. М. Русакова (гл. ред.) и др.]. – Минск : Альтиора – Живые краски, 2011. – 256 с.

35. Максвелл, Дж. Мотивация решает все / Дж. Максвелл. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.
36. Матвейчик, Т.В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учебн. - метод. пособие для студентов по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа» /Т.В. Матвейчик [и др.]. - Минск: БелМАПО, 2017. - 295с.
37. Матвейчик, Т. В. Анализ новых подходов к системе обучения главных медицинских сестер : учеб.-практ. пособие / Т. В. Матвейчик. – Минск: Ковчег, 2015. – 78 с.
38. Матвейчик, Т. В. Уровень трудовой мотивации и значение определения показателей организационных и коммуникативных навыков главных медицинских сестер в Беларуси / Т. В. Матвейчик // Научные и практические результаты в технических, общественных, естественных и гуманитарных науках. Перспективы их развития : сб. науч. ст. по итогам Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, 22–23.01.2015. – СПб., 2015. – С. 108–111.
39. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке : монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск : БелМАПО, 2014. – 303 с.
40. Матвейчик, Т. В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациента / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2014. – № 8. – С. 45–50.
41. Матвейчик, Т. В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела) [Электронный ресурс] :

учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, С. Ф. Новицкая ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : РНМБ, 2012. – 64 с. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvim.pdf>.

42. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства : учеб.-метод. пособие (для обучающихся в системе доп. образования взрослых (мед., соц., пед. работников) [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2012. – 160 с. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf>.

43. Матвейчик, Т. В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи : монография / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 184 с.

44. Матвейчик, Т. В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи: (для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей) [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, А. П. Романова, Л. В. Шваб ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : РНМБ, 2012. – 88 с. – Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvsest.pdf>.

45. Матвейчик, Т. В. Тенденции в системе дополнительного образования взрослых в Беларуси при повышении квалификации медицинских сестер с высшим образованием по оказанию медико-социальной помощи / Т. В. Матвейчик, А. А. Кралько // Актуальные проблемы медико-социальной и психологической помощи : сб. материалов III Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Т. Ф. Мурзиной, В. Н. Катюхина. – СПб., 2012. – С. 93–97.

46. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 301 с.

47. Матвейчик, Т. В. Конфликты и способы преодоления (для организаций, в том числе сестринских коллективов) : учеб.-практ. пособие / Т. В. Матвейчик. – Минск : БелМАПО, 2005. – 88 с.
48. Матвейчик, Т. В. Практикум по преодолению конфликтов в сестринском коллективе : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, О. Г. Емельянова. – Минск : БелМАПО, 2004. – 61 с.
49. Матвейчик, Т. В. Самодиагностика и профилактика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости : учеб.-практ. пособие / Т. В. Матвейчик, В. Ф. Волченко. – Минск : БелМАПО, 2002. – 23 с.
50. Матвейчик, Т. В. Формирование программы повышения творческого потенциала (школа творческого роста) : учеб.-практ. пособие / Т. В. Матвейчик, В. Ф. Волченко. – Минск : БелМАПО, 2002. – 45 с.
51. Метод профилактического консультирования пациентов трудоспособного возраста с факторами риска болезней системы кровообращения в амбулаторных условиях : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 22.11.2014 / Я. И. Будник [и др.]. – Гомель, 2014. – 14 с.
52. Методические указания по практическому применению СТБ 6.38-2004 «Унифицированные системы документации Республики Беларусь. Система организационно-распорядительной документации. Требования к оформлению документов» / авт.-разраб. Э. Н. Давыдова, Н. А. Капмолё, А. Е. Рыбаков. – Минск : БелНИИДАД, 2005. – 68 с.
53. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик. – Гродно : ГрГМУ, 2007. – 160 с.

54. Мониторинг государственных программ в здравоохранении Республики Беларусь: некоторые итоги их реализации / В. И. Жарко [и др.] // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 40–45.

55. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь на период до 2020 г. / Нац. комиссия по устойчивому развитию Респ. Беларусь ; редкол.: Я. М. Александрович [и др.]. – Минск : Юнипак, 2004. – 200 с.

56. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 21 октября 2016 г. №433-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

57. Основы идеологии белорусского государства : учеб.-метод. пособие / М. А. Герасименко [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2014. – 28 с.

58. Особенности поведения сельских жителей трудоспособного возраста, оказывающие влияние на их здоровье / В. И. Иванова [и др.] // Достижения медицинской науки Беларуси : рец. науч.-практ. ежегодник / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч. мед. библиотека ; ред. В. И. Жарко (гл. ред.) [и др.]. – Минск, 2014. – Вып. 19. – С. 116–117.

59. Основы идеологии белорусского государства : учеб. пособие для вузов / под общ. ред. С. Н. Князева, С. В. Решетникова. – Минск : Акад. управления при Президенте Респ. Беларусь, 2004. – 491 с.

60. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ.

Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 1300 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

61. Об утверждении Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 года и отраслевого плана мероприятий по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья населения Республики Беларусь на период до 2015 года [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 марта 2011г., № 335 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

62. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2014 году и основных направлениях деятельности на 2015 год : постановление Коллегии М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 янв. 2015 г., п. 1.1.

63. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

64. Петровский, К. С. Гигиена питания / К. С. Петровский. – М.: Медицина, 1975. – 392 с.

65. О некоторых вопросах выписки лекарственных средств, реализуемых из аптек по рецептам врача : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 15 дек. 2014 г., № 1315.

66. Об утверждении инструкции об организации диетического питания в государственных организациях здравоохранения [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29 авг. 2008 г., № 135 //

Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

67. Об утверждении норм среднесуточного набора продуктов питания для одного больного в государственных организациях здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14 янв. 2003 г., № 2 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

68. Профессиональный стандарт. Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры. – Минск : БелМАПО, 2002. – 29 с.

69. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс]: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

70. Об организации работы по формированию здорового образа жизни в системе здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]: постановление Коллегии М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 28 дек. 2011г., № 21.4 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

71. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организации здравоохранения

[Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 1030 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

72. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2014 году и основных направлениях деятельности на 2015 год : постановление Коллегии М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 янв. 2015 г., п. 1.1.

73. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность: уче. Пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]; – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368с.

74. Организация работы главных медицинских сестер: инструкция: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 5 апреля 2006 г. – Минск: БелООМС, 2006. – 48 с.

75. Петровский, К.С. Гигиена питания. - Москва: Медицина, 1975. – 392с.

76. Приверженность здоровому образу жизни в семьях, имеющих детей / М. В. Щавелева [и др.] // Современные подходы к продвижению здоровья : материалы IV Междунар. науч.-практ. конф.», Гомель, 26 окт. 2012 г. / Гомел. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. А. Н. Лызикова. – Гомель, 2012. – С. 158–160.

77. Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля при производстве, реализации, хранении и транспортировке продовольственного сырья, пищевых продуктов [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 марта 2012 г., № 32 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

78. Планирование, финансирование и ценообразование в здравоохранении : учеб.-метод. пособие / Е. И. Ткачева [и др.] ; под ред. В. П. Дейкало. – Витебск : ВГМУ, 2011. – 217 с.

79. Приверженность здоровому образу жизни в семьях, имеющих детей / М. В. Щавелева [и др.] // Современные подходы к продвижению здоровья : материалы IV Междунар. науч.-практ. конф., Гомель, 26 окт. 2012 г. / Гомел. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. А. Н. Лызикова. – Гомель, 2012. – С. 158–160.

80. Результаты изучения ориентированности населения различных территориальных образований Республики Беларусь на здоровый образ жизни / М. В. Щавелева [и др.] // Мед. новости. – 2015. – № 2. – С. 21–24.

81. Реализация программы Европейского бюро ВОЗ «Здоровье-21» – один из основных путей улучшения здоровья женщин : прил. к информ. бюл. № 2 Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) «Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности» / Европ. регион. бюро ВОЗ, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА). – Минск, 2001. – 29 с.

82. Реутская, Л. А. Актуальные вопросы обращения лекарственных средств в Республике Беларусь / Л. А. Реутская // Стандартизация. – 2011. – № 4. – С. 16–17.

83. Реутская, Л. А. Национальная лекарственная политика Республики Беларусь / Л. А. Реутская // Рецепт. – 2008. – № 3. – С. 14–20.

84. Реализация программы Европейского бюро ВОЗ «Здоровье-21» – один из основных путей улучшения здоровья женщин : прил. к информ. бюл. № 2 Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) «Репродуктивное здоровье: проблемы и

возможности» / Европ. регион. бюро ВОЗ, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА). – Минск, 2001. – 29 с.

85. Романова, А. П. Влияние отношения к здоровью на ожидания от системы здравоохранения / А. П. Романова, Н. Г. Гвоздь, М. В. Щавелева // Достижения медицинской науки Беларуси : рец. науч.-практ. ежегодник / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч. мед. библиотека ; ред. В. И. Жарко (гл. ред.) [и др.]. – Минск, 2014. – Вып. 19. – С. 117–118.

86. Совещание главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / ВОЗ. Европ. регион. бюро.

87. Симуляционное обучение в медицине / под ред. проф. А. А. Свистунова. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. – 288 с.

88. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск: Белпринт, 2012. – 188 с.

89. Сквирская, Г. П. Формирование модели профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и применение организационных технологий профилактики / Г. П. Сквирская // Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями : сб. тез. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием / НИИ ОЗиУЗ ГБОУ ВПО МГМУ им. И.М. Сеченова. – М., 2014. – С. 101–108.

90. Соболева, Л. Г. Продвижение здорового образа жизни в учреждениях общего среднего образования: монография / Л. Г.

Соболева, Т. М. Шаршакова, А. П. Романова. – Минск : БелМАПО, 2014. – 236 с.

91. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2014. – 276 с.

92. Сурмач, М. Ю. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие для студентов фак. мед. сестер с высшим образованием / М. Ю. Сурмач, Е. М. Тищенко. – Гродно : ГрГМУ, 2007. – 284 с.

93. Планирование, финансирование и ценообразование в здравоохранении : учеб.-метод. пособие / Е. И. Ткачева [и др.] ; под ред. В. П. Дейкало. – Витебск : ВГМУ, 2011. – 217 с.

94. Тищенко, Е. М. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие для студ. фак-та мед. сестер с высш. образ. / Е. М. Тищенко, Г. И. Заборовский. – Гродно, 2004. – 156 с.

95. Уголовный кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : 09 июля 1999 г., № 275-З : в ред. Закона Респ. Беларусь от 12.07.2013 г., № 60-З. // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2015.

96. Унифицированные документы: ОКРБ 010-95 : утв. постановлением Белстандарта, 29.09.1995, № 10. – Минск : Белгосстандарт, 1995. – 12 с.

97. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года» / Г. Э. Улумбекова. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

98. Укрепление сестринского и акушерского дела: А64/VR/10 // Шестьдесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011г., Десятое пленарное заседание.

99. Шевчук, В. Е. Лекарственное обеспечение Республики Беларусь / В. Е. Шевчук // Медицина. – 2008. – № 4. – С. 2–4.
100. Шрубенко, А. Г. Управленческое образование: методология лидерства / А. Г. Шрубенко // Проблемы управления. – 2011. – № 1. – С. 48–59.
101. Методика анализа медико-демографических показателей : учеб.-метод. пособие / М. В. Щавелева [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2015. – 33 с.
102. Самооценка здоровья и факторов, влияющих на него (по результатам анкетирования жителей Постаковского района) / М. В. Щавелева [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 4. – С. 26–31.
103. Щавелева, М. В. Самооценка здоровья лицами с высшим образованием, распространенность факторов риска / М. В. Щавелева, В. И. Иванова, А. П. Романова // Здоровье и окружающая среда : сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены ; гл. ред. Г. Е. Косяченко. – Минск, 2013. – Вып. 23. – С. 252–255.
104. Щавелева, М. В. Тенденции демографических процессов в Республике Беларусь / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Н. И. Гулицкая // Здравоохранение. – 2014. – № 1. – С. 20–26.
105. К вопросу о распространенности факторов риска и самооценке здоровья сельского населения / М. В. Щавелева [и др.] // Медицина и качество жизни. – 2013. – № 2. – С. 40–41.
106. Результаты изучения ориентированности населения различных территориальных образований Республики Беларусь на здоровый образ жизни / М. В. Щавелева [и др.] // Мед. новости. – 2015. – № 2. – С. 21–24.
107. Щавелева, М. В. Работа по формированию здорового образа жизни с использованием метода анкетирования / М. В.

Щавелева, Т. В. Глинская // Проблемы здорового образа жизни в современных условиях : материалы респ. науч.-практ. конф., Минск, ноябрь 2013г. / Акад. М-ва внутренних дел Респ. Беларусь. – Минск, 2014. – С. 162–165.

108. Щавелева, М. В. Риск здоровью и здравосозидание: мнение врачей / М. В. Щавелева, А. П. Романова // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы : материалы V Междунар. науч.-практ. конф., 2012. – Минск, 2012. – С. 124–126.

109. Щавелева, М. В. Реформы здравоохранения: шаги к укреплению здоровья / М. В. Щавелева, Э. А. Вальчук, Т. Н. Глинская // Мед. новости. – 2009. – № 13. – С. 29–31.

110. Модели поведения, репродуктивное здоровье и репродуктивные установки девушек-студенток / М. В. Щавелева [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 4. – С. 39–46.

111. Экономика здравоохранения : учеб. пособие / под ред. А. В. Решетникова. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с.

112. Ющук, Н. Д. Непрерывное обучение врачей – требование современной практики здравоохранения / Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов // Мед. образование и проф. развитие. – 2013. – № 1. – С. 16–25.

113. Якаб, Ж. Здоровье-2020 – достижение целей здоровья и развития в сегодняшней Европе / Ж. Якаб, А. Д. Цурос // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 2. – С. 4–14.

114. <http://www.belta.by/society/view/belarus-prisoedinjaetsja-k-konventsii-o-pravah-invalidov-164135-2015>

Учебное издание

**Матвейчик** Татьяна Владимировна  
**Тищенко** Евгений Михайлович  
**Делендик** Ростислав Иванович  
**Трусь** Елена Ивановна.

**Организация работы главных медицинских сестер  
санаторно – курортных организаций**  
учебное пособие

Ответственная за выпуск Т.В. Матвейчик

Подписано в печать 12. 05. 2017. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».7

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 21,07. Уч.- изд. л. 16,05. Тираж 100 экз. Заказ 134.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3





Учебное пособие «Организация работы главных медицинских сестер санаторно – курортных организаций» Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Р.И. Делендика, Е.И. Трусъ предназначено для слушателей системы дополнительного образования взрослых по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Организация работы главных медицинских сестер  
санаторно – курортных организаций**

учебное пособие по специальности 1-79-01-06

«Сестринское дело», по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа»



Минск БелМАПО  
2017

**Т.В. Матвейчик, Евгений Михайлович Тищенко, Ростислав  
Иванович Делендик, Елена Ивановна Трусъ**

**Организация работы главных медицинских сестер  
санаторно – курортных организаций**  
учебное пособие по специальности 1-79-01-06  
«Сестринское дело» и по специальности  
1-86-01-01 «Социальная работа»

Допущено

Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебного пособия  
для слушателей системы дополнительного образования взрослых

**Минск 2017**

