

**БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ИЗ СТАЖЕРА – В МАСТЕРА:
технологии продажи медицинской услуги
в организациях здравоохранения негосударственной
формы собственности**

учебно-практическое пособие



Минск 2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т.В. Матвейчик, В. И. Иванова, Г.Я. Хулуп

**ИЗ СТАЖЕРА – В МАСТЕРА:
технологии продажи медицинской услуги
в организациях здравоохранения негосударственной
формы собственности**

учебно-практическое пособие

Минск БелМАПО
2015

УДК 614.2: 338.46

ББК 51.1

И 32

Рекомендовано в качестве учебно-практического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
Протокол № 7 от 23.12. 2014

Авторы:

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

доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО БелМАПО
В.И. Иванова

профессор, директор РНПЦ трансфузиологии и медицинских биотехнологий,
д.м.н. *Г.Я. Хулуп*

Рецензенты:

д.э.н., профессор кафедры экономики и управления производством Минского
института управления А.С. Головачев

к.э.н., председатель комитета Белорусского профессионального союза
работников здравоохранения, Заслуженный врач Республики Беларусь
Р.А. Часнойть

Матвейчик Т.В.

И 32

Из стажера – в мастера: технологии продажи медицинской услуги
в организациях здравоохранения негосударственной формы
собственности: учебно-практическое пособие /Т. В. Матвейчик,
В.И. Иванова, Г.Я Хулуп. - Минск: БелМАПО, 2015.- 200с. Табл.4,
рис. 8.

ISBN 978-985-499-864-0

Освещаются избранные вопросы подготовки персонала к работе в реальном рынке
медицинских услуг, по маркетинговой и рекламной деятельности, психологии и технологии
предоставления медицинских услуг за дополнительную плату, приемы стимулирования процесса
ее приобретения. Читателей знакомят с принципами и факторами эффективности работы команды
медицинского персонала по предоставлению медицинских услуг за дополнительную плату, по
преодолению барьеров общения и предупреждению конфликтов.

Пособие рекомендовано руководителям медицинских организаций всех форм
собственности, менеджерам по продажам, специалистам по рекламе медицинских услуг,
повышающим образовательный уровень в медицинской деятельности, врачам, помощникам врача
по амбулаторно-поликлинической помощи и главным медицинским сестрам.

УДК 614.2: 338.46

ББК 51.1

ISBN 978-985-499-864-0

©Матвейчик Т.В., [и др.], 2014

© Оформление БелМАПО, 2014

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Сокращения.....	6
ГЛАВА 1. ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УМЕНИЮ ПРОДАЖИ УСЛУГИ КАК ТОВАРА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ	7
ГЛАВА 2. КОМАНДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ	12
ГЛАВА 3. ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ В МОДЕЛИ «ВРАЧ-СЕСТРА-ПАЦИЕНТ – ПАРТНЕРЫ»	23
ГЛАВА 4. ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ПРОДАЖИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ И ПОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА... ..	68
ГЛАВА 5. ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ ПО ПРИОБРЕТЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ, ИЛИ КАК ОБЩАТЬСЯ С ТРУДНЫМИ ЛЮДЬМИ.....	91
ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПАЦИЕНТАМ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ	115
ГЛАВА 7. ОХРАНА ТРУДА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	140
ГЛАВА 8. ФАКТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КАЧЕСТВО ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ	153
ГЛАВА 9. ПРОФИЛАКТИКА СЕСТРИНСКИХ ОШИБОК КАК РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	163
ГЛАВА.10. БАРЬЕРЫ ОБЩЕНИЯ И ИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	174
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	185
ЛИТЕРАТУРА.....	191

ВВЕДЕНИЕ

Опыт работы медицинских сестер в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности по предоставлению качественных медицинских услуг за дополнительную плату (МУДП), накопленный с середины 90-х годов прошлого века, является мало доступной информацией для использования его в практике.

Известно, что независимо от формы собственности, организации здравоохранения должны обеспечивать выполнение регламентирующих документов, для чего требуются квалифицированные кадры исполнителей.

Другой причиной определенных трудностей является низкая научная обоснованность потребностей в МУДП для разных категорий населения, неоправданный перенос элементов их оказания как общей проблемы на субъекты разных форм собственности, отсутствие учебных пособий по подготовке медицинского персонала, хотя тенденция к непрерывному медицинскому образованию наблюдается во всем мире.

Л. Доббельштайн, старший вице-президент и директор по региону ЕМЕА (Европа, Ближний Восток и Африка) компании «Ansell Ltd», оказывающей содействие EORNA в развитии деятельности Аккредитационного совета по образованию, считает: «Непрерывное образование – это ключ к предоставлению качественных услуг в сфере здравоохранения и мы рады стремлению EORNA предоставить сообществу медсестер возможность продолжить образование, а также гармонизировать и улучшить качество помощи в Европе и за ее пределами».

Тему данной работы определила научная значимость проблемы подготовки медработников к действиям по предоставлению медицинской помощи не только в соответствии с минимальными социальными стандартами, но и на платной основе.

Целью данного пособия является объединение методов подготовки медперсонала по предоставлению населению МУДП на основе юридических, экономических, этических, деонтологических подходов и

зарубежной практики в интересах взаимного сотрудничества в системе «врач-сестра-пациент» на основе новой общности – команды медицинского персонала.

Предоставление услуг за дополнительную плату сестринским персоналом обладает неиспользуемыми резервами. Пособие послужит толчком для формирования нового взгляда на роль медицинской сестры, которая становится полноправным звеном в процессе предоставления качественной и доступной медицинской помощи. Интересы практиков здравоохранения, ученых, экономистов, социологов едины в вопросе значимости и практической оправданности этой работы.

Сокращения

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

БелМАПО – Белорусская медицинская академия последипломного образования

ГКРБ – Гражданский кодекс Республики Беларусь

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ЗоЗПП – Закон о защите прав потребителя

КМП – команда медицинского персонала

МО - медицинская организация

МУДП – медицинская услуга за дополнительную плату

НДС – налог на добавленную стоимость

ОЗ – организация здравоохранения

ОЗНФС (фирма) – организация здравоохранения негосударственной формы собственности

ПАВ – психоактивные вещества

ПМП – первичная медицинская помощь

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

ГЛАВА 1. ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ УМЕНИЮ ПРОДАЖИ УСЛУГИ КАК ТОВАРА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ

Исследования по определению готовности сестер к оказанию качественной медицинской помощи за дополнительную плату, проведенные на циклах ПК «Организация сестринского дела» Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» в 2001-2013 гг., свидетельствуют о наличии в личностном портрете сестринского руководителя ряда признаков, свидетельствующих о мотивации на успех:

- элементы личной инициативы и предприимчивости в работе руководителя и появление ряда нормативных распорядительных документов;
- 25% из числа анкетированных лиц (медсестры с высшим образованием) отмечали критерий альтруизма как самостоятельной ценности в работе с пациентом, независимо от формы и степени поощрения руководством или пациентом;
- кредо «Я знаю, что надо делать, а не как избежать работы» исповедует 50% опрошенных, в то время как кредо руководителя «риск – благородное дело» исповедуют более трети обучающихся.

Таким образом, 32% опрошенных лиц имеют личностные качества руководителя современного типа, готового к использованию в своей деятельности последних достижений менеджмента, психологии деловых отношений, маркетинга медицинских услуг, норм трудового права.

Остальным сестринским руководителям и исполнителям необходимо изучать основы рыночных отношений в сфере предоставления МУДП, узнать нормативы минимальных социальных стандартов в области медицины с целью приобретения знаний и навыков, позволяющих учитывать современные требования к их деятельности. Компонентом общественного здоровья является оздоровление или реабилитация в

специализированных организациях типа санаториев, либо в медицинских фирмах, согласно которому актуальными направлениями сохранения общественного здоровья являются:

- уменьшение частоты и сроков лечения в больничной организации, при одновременном улучшении амбулаторной, оздоровительной или реабилитационной помощи;
- использование опыта реабилитации и восстановительной медицины в условиях лечебных или оздоровительных организаций негосударственной формы собственности;
- разработка новых стратегий в оказании помощи в уходе на дому;
- обеспечение знаний по работе в команде между работниками разных специальностей и уровней подготовки.

Для организации эффективной работы персонала в фирме следует учитывать некоторые особенности:

- изменение стратегии населения по отношению к собственному здоровью, постепенный отход от рентных отношений между человеком и государством, перенос акцентов с лечебного уровня, на профилактический путь;
- популяризация здорового образа жизни (ЗОЖ) для населения страны с изменением жизненных приоритетов в пользу профилактики;
- 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 медицинских фирм;
- возрастание доли лиц с психосоматическими и тревожно-депрессивными расстройствами, нуждающимися в особых подходах к лечению;

В настоящее время руководители МО любой формы собственности и их работники должны более самостоятельно принимать решения по

следующим вопросам: какие медицинские услуги следует производить в фирме; в каком количестве, когда и где, что следует делать в медицинской организации на разных этапах лечения, включая стационар, амбулаторно-поликлинический и реабилитационный этапы. Специалисту из фирмы следует понимать, какие технологии могут быть использованы; какой персонал, и в каком количестве должен быть задействован; какие ресурсы для этого необходимы; знать нормативные документы, регламентирующие их работу, руководствуясь, прежде всего принципом: «Не навреди!».

Готовность среднего медицинского персонала к предоставлению населению МУДП базируется не на знании реалий современного потребительского рынка, а на феномене «подчинения» более сильному – руководителю, здравоохранению, государству. Попробуем разобраться в особенностях настоящего периода, чтобы разовый оптимизм уступил место рациональному прагматизму.

В настоящее время около 79% денежных расходов домашних хозяйств Беларуси связано с товарами и услугами. Развитию товарооборота медицинской услуги способствуют такие условия, как предоставление возможности выбора тех, которые пользуются у населения повышенным спросом, а также осуществлять сделку покупки МУ напрямую без посредников. Как свидетельствуют исследования ученых, несмотря на имеющиеся субъекты хозяйствования различных форм собственности, ведомственной и государственной принадлежности, конкурентная среда в должном объеме создается.

Минимум знаний, необходимых людям, оказывающим услугу в медицинском сервисе, на наш взгляд следующий:

1. Руководитель должен быть творческой личностью, поскольку предполагается поиск «ниши», конструирование новых видов медицинских услуг. Развитие творческих способностей в профессии специальными упражнениями.

2. Медицинский работник должен иметь особый тип мышления, который позволяет выполнить огромное число разнообразных задач в условиях неопределенности и медицинского риска с достаточным количеством подручных полу специализированных средств. Достигается обучением устойчивости к стрессу.

3. Все работники, предоставляющие сервисные медицинские услуги, должны иметь высокий уровень коммуникативных способностей, позволяющих за короткое время наладить диалоговый контакт и достигнуть понимания пациента, невзирая на многочисленные барьеры общения (языковые, гендерные, национальные, культурные, социально-психологические). Преодолевается обучением в группах с психологом.

4. Умение навыков природной наблюдательности для мгновенной психодиагностики (возрастание числа людей с психическими заболеваниями). Медик должен уметь быстро понять цель прихода, потребность и что нужно сделать для ее удовлетворения (если пациент психически здоров, не имеет злых намерений, могущих повредить другим людям). Тренировка наблюдательности и чтения невербального поведения.

5. Знание основ конфликтологии и природная склонность к миротворчеству, обучение приемам правильного поведения, предупреждающего конфликты врача и пациента.

Преимущества в перспективе будут у тех МО, которые быстрее выработают свою стратегию выживания на основе минимального роста затрат. В то же время руководители МО должны понимать макроэкономическую особенность развития потребления МУДП в настоящее время, состоящую в том, что при наличии в целом неудовлетворенного спроса на лечебно-оздоровительные услуги уровень удовлетворения потребностей людей, получающих оздоровление или лечение за дополнительную плату, недостаточен.

В силу невысокой покупательской возможности, пациенты (население) вынуждены оптимизировать свои потребности и возможности

по их удовлетворению. Рост расходов на лечебно-оздоровительные процедуры для населения является наиболее общим результатом подобной оптимизации.

Следовательно, медицинские организации негосударственной формы собственности (фирмы), в план финансовой деятельности которых включено предоставление МУДП, вынуждены в таких условиях самостоятельно искать «ниши» в среде платежеспособного населения и преодолевать конкуренцию со стороны других МО, овладевать знаниями медицинского маркетинга.

ГЛАВА 2. КОМАНДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ

На эффективность предоставления медицинских услуг вообще и за дополнительную плату, в частности, оказывают влияние такие факторы, как состав команды медицинских специалистов, юридические и психологические аспекты их деятельности и др.

Команда медицинского персонала (КМП) может быть формально установленной (лаборатория, кафедра, отделение) или неформальной группой единомышленников, работающих в различных подразделениях или даже учреждениях. КМП может быть временной, призванной решить какую-либо определенную задачу (например, команда избирателей, члены временного творческого коллектива) или постоянной, созданной для решения определенной постоянной функции (хирургическая бригада, скорой медицинской помощи). По уровню и характеру задач КМП могут быть управленческими (от Министерства здравоохранения Республики Беларусь до уровня конкретной МО), научными, технологическими, решающими определенные задачи по лечению, профилактике или реабилитации.

Команда сильна сочетанием разных способностей людей, поэтому роли в команде распределяются по способностям. Для дополнительного эффекта рабочей группы Бэлмон рекомендует состав из 8 человек.

- Руководитель отвечает за результат, рискует ресурсами.
- Советник или эксперт с аналитическим складом ума.
- Разведчик ресурсов – человек, ищущий, где и у кого выгоднее приобрести информацию, средства, время, труд.
- Практик-организатор – волевой прагматик с задатками лидера.
- Оформитель – тот, кто хочет выполнять рутинную работу в группе.

- Доводчик – доводит дело до конца, до результата; умеет предложить и продать медицинскую услугу.
- Душа группы – лидер, создающий атмосферу близости, раскованности, командный дух.
- Новичок – можно чему-либо научить, иногда выдает неординарные идеи.

Способы создания КМП могут быть различными: увлекать личным примером; искать новых людей, давать им свободу действий; выделять время для общения и выдвигать свежие идеи неформальных лидеров.

Для построения КМП и ее успешной работы необходимы определенные условия:

- умение ставить перед сотрудниками достижимые цели;
- находить наиболее эффективные пути мотивации людей;
- 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 (выучить – возможно, исправить характер – нет);
- использовать коммуникативную компетентность и развивать ее;
- соизмерять размер помощи друг от друга в КМП.

За рубежом известны и в полной мере используются достоинства работы в команде, позволяющие максимально использовать потенциал каждого. Сокращение уровней управления приводит к быстрому распространению информации, расширяются полномочия отдельного работника, происходит легкая адаптация людей к профессиональной среде, возникает большая удовлетворенность трудом. Делегирование полномочий в КМП взаимное, приветствуется и используется ситуационный подход к разрешению экономических проблем у каждого, ведущий к активному реагированию на перемены.

Вместе с тем, существуют определенные издержки и недостатки командной деятельности. Отсутствие согласия в КМП может снижать эффективность действий. Ослабление этических принципов снижает нравственность поведения людей в КМП. Вера в правомочность собственных действий, как бы неэтичны, незаконны и аморальны они ни были, разрушает нравственные устои. Недостатком является то, что люди в КМП могут ценить группу выше, чем жизненно важные решения и намеренно игнорировать факты, противоречащие сложившемуся мнению. Преобладание точки зрения одного лидера не всегда позволяет учитывать иные мнения, исходящие от последователей. Уклонение от оценки экспертами создает у членов КМП иллюзию неуязвимости. Существует тенденция избегать конфликта внутри группы любой ценой, особенно при стрессе. Это может привести к разрушению отношений в дальнейшем. Избегание высказывать вслух сомнения, а также не критичность по отношению к правильности принятого решения способствуют групповым ошибкам.

Таким образом, основными недостатками деятельности КМП являются иллюзия единодушия и неуязвимости, отсутствие конкуренции, вера без сомнений в правоте, давление на одиночек.

Преодоление внутренних ограничений КМП является одной из задач руководства. Ф.Бэкон писал: «Мы столько можем, сколько знаем. Знание – сила».

Командные нормы являются неформальными границами допустимого поведения. Это стандарты поведения, определяющие поступки членов группы, способствующие выживанию КМП. Командными нормами являются:

- Критическое событие – прецедент, который в последующем рассматривается как образец приемлемых действий.
- Первенство – первый образец поведения в команде становится основой будущих ожиданий.

- Перенос поведения – привнесение норм поведения извне («хочешь продвинуться по службе – не кури»).
- Ясное выражение – явное выражение будущих норм: в нашем коллективе мода на здоровый образ жизни.

При работе в команде следует учитывать психологические особенности взаимодействия в малых группах.

Эффект групповой лени состоит в том, что по мере увеличения числа членов в группе происходит уменьшение среднего индивидуального вклада в общую работу. Следует учитывать, что члены группы менее мотивированы и прилагают меньше усилий при выполнении совместных, нежели индивидуальных действий.

Эффект синергии может проявляться увеличением интеллектуальной энергии, возникающей при объединении людей в целостную группу. Наиболее ярко проявляется при проведении «мозговой атаки», когда группе необходимо предложить много новых идей без критического анализа и логического осмысления.

Эффект группомыслия возникает в случае, когда поиск согласия становится основным в сплоченной группе, начинает пересиливать реалистическую оценку различных взглядов. Эффект группомыслия возникает, когда верным объявляется сплоченное мнение группы, даже если это решение не будет объективным и разумным с точки зрения отдельного члена команды.

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 к группе. Противоположным конформизму является самостоятельное поведение.

Эффект подражания состоит в следовании общим образцам поведения, примерам, эталонам, стереотипам, принятым в группе.

Эффект ореола может возникнуть у воспринимающего человека на основе неточной информации о личности другого и мешать видеть реальные черты, достоинства и недостатки.

Эффект группового фаворитизма представляет собой стремление каким-либо образом благоприятствовать членам своей группы в противовес другой, 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, полностью подчиняется ее требованиям и стандартам поведения. Эффект группового эгоизма может сыграть негативную роль в жизни группы медиков, судьбе ее отдельных членов, если люди будут поставлены перед выбором: заработать деньги неэтичным способом, либо остаться без средств.

Эффект «маятника» выражается в чередовании эмоциональных состояний вследствие периодичности событий производственной жизни. Например, подъем общественного настроения происходит в день получения зарплаты, а отрицательные события рабочей деятельности приводят к спаду общего настроения (неполадки в работе оборудования, аварии).

Эффект «волны» связан с распространением в группе 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.

Эффект «пульсара» состоит в том, что групповая активность проходит циклы подъемов и спадов: «оптимальная активность, необходимая для нормальной работы группы, – подъем активности – спад активности – возвращение к оптимальному уровню активности». Эти изменения зависят от внешних и внутренних стимулов.

Эффекты психологии группы могут положительно или отрицательно влиять на качество и эффективность работы КМП. Руководителю необходимо знать и вовремя корректировать деструктивные эффекты и развивать факторы, способствующие сплочению и в то же время проявлению личностного творческого потенциала каждого члена КМП.

Эффективность выполнения поставленных целей в КМП зависит от ряда факторов:

1. Соблюдение принципа численности: 7 ± 2 . В зависимости от количества сотрудников в команде формируются разные модели взаимодействия и масштабы управления при выполнении рабочих задач. В малом коллективе (до 9-10 человек) начальник – лидер воспринимается как «один из нас» с высоким масштабом управляемости, а в большом как «руководитель-исполнитель» с низким масштабом управляемости.

2. Соблюдение принципа функционального соответствия или дополнения, когда 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. Соблюдение правила противоположных качеств: похотим 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 специалисты – тех, кто тверд в убеждениях;
- эмоциональные люди раздражают холодных рационалистов;
- интуитивные – логичных и расчетливых;
- неуверенные люди раздражают тех, кто независим, решителен и целеустремлен;

- пессимисты – оптимистов;
- инертные и пассивные люди раздражают активных и инициативных работников.

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. Человек, испытывающий голод, самостоятельно и обоснованно будет принимать решение о том, как это устранить. Больной человек в отличие от этого вряд ли сможет самостоятельно принять правильное решение. Чаще он обратится к специалисту-медику. Решение пациента будет основываться на советах, которые ему даст продавец услуг. Представим себе, что произойдет, если такая же ситуация возникнет с человеком, испытывающим чувство голода, если он обратится за советом к продавцу продуктов питания. Скорее всего, тот предложит ему не просто кусок хлеба, а нечто более дорогостоящее, приносящее наибольший доход. Таким образом, в здравоохранении потребители во многом зависимы от продавцов медицинских услуг и требования к медицинским работникам гораздо более высокие, чем к любым другим производителям товаров и услуг.

Таким образом, этические и нравственные принципы делового сотрудничества «врач-сестра-пациент» и знания по психологии малых групп при оказании МУДП в КМП актуализируются.

Одним из главных принципов этики медицинского бизнеса является: от буквы закона к духу доверия. В декларации К^о, принятой в Швейцарии в 1994г., освещаются особенности взаимоотношения с пациентом-покупателем услуги (товара), персоналом, конкурентами:

- обеспечение всех обратившихся МУДП высшего качества в соответствии с их пожеланиями;

- честность во всех аспектах делового взаимодействия, обеспечение высокого уровня обслуживания;
- принимать усилия и декларировать гарантию услуги, которая будет поддерживать или улучшать здоровье и безопасность пациента и окружающей среды;
- гарантировать уважение человеческого достоинства и медицинской тайны в предлагаемой услуге. Особенно актуально соблюдение права на медицинскую тайну в период несовершенной системы информационной связи.

Общепринятыми принципами, учитывающими специфику деловой культуры при продаже товара (услуги), являются:

1. Принципы личности:

- прибыль важна, но честь дороже;
- уважай другого как самого себя;
- воздержись от угрозы как способа достижения деловых целей.

2. Принципы профессионала:

- конкурируют достойно, не доводя разногласия до суда;
- оправдывай доверие, стремись к репутации порядочного и компетентного партнера;
- будь таким, как твой лучший партнер.

3. Принципы гражданина своей страны:

- подчиняйся законной власти, чти закон;
- твори добро для людей не ради корысти и тщеславия. Не требуй за него непременно общественного признания.

4. Принципы гражданина Земли:

- проявляй терпимость к иной культуре и вере;
- береги природу;
- не помогай преступности и коррупции.

Поскольку рынок – это социальный институт, требующий от людей определенных норм поведения, следует воспитывать их у руководителей и

персонала. Человек, готовый и умеющий продать свой товар (медицинскую услугу) другому (пациенту), это особая личность с рациональным поведением, обусловленным сильным мотивом личной выгоды, расчетливости, готовностью к риску, с ощущением личной ответственности за свои действия. Именно сотрудник, мотивированный на стремление к достижениям, должен получить общественное признание. Для МО нового типа такие люди важны, поэтому руководителю следует знать способы создания благоприятной обстановки, создавая творческую атмосферу и условия работы со сложными и увлекательными задачами, продвигая людей по карьерной лестнице, поощряя их, наполняя «социальный пакет» дополнительным содержанием. Примененный в 80-е годы, этот фактор позволил в течение года решить проблему дефицита терапевтов на участках в системе ПМП.

Опросы обучающихся лиц из коммерческих медицинских организаций, проведенные на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО в 2001-2013гг., свидетельствуют о ряде этических проблем, имеющих место в их деловых отношениях при продаже МУДП:

- искаженная информация при осуществлении проверок, вызванная разночтением нормативных директивных документов;
- безусловное подчинение вышестоящему руководству в условиях его неэтичного и несправедливого поведения, невозможность выразить несогласие в атмосфере «двойной» этики;
- предоставление МУДП не сопровождается взаимными гарантиями для медработника и пациента. Нарушение принципа справедливости наказания и соразмерности порицания упущению;
- обман персонала (а иногда пациентов) с целью получения выгоды для фирмы.

Общение с пациентами, приобретающими МУДП, незначительно отличается от того, что используется в повседневной практике медицинской помощи, базируется на определенных нормах.

Этика общения продавца медицинских услуг (посредника с пациентом-покупателем):

- ведет себя как доверенное лицо представителя/производителя (т.е. МО);
- предоставляет пациенту всю необходимую информацию (полное название организации-производителя МУДП, свойства товара/услуги, существующие сроки предоставления, правила безопасного использования, обеспечивают полноту, объективность и достоверность информации об услуге);
- медик (продавец) должен отслеживать и информировать руководство о реакции потребителя-пациента на приобретенную продукцию, типичных жалобах и претензиях, предложениях пациентов, результатах маркетинговых исследований;
- формировать у пациента (покупателя) уважительное отношение к организации-производителю медицинских услуг.

На практике эти принципы соблюдаются не всегда в МО любой формы собственности. Медицинский работник обязан соблюдать определенные этические нормы делового общения, предпочтительными они являются в случае приобретения МУДП:

- оставить за порогом медицинской организации свои личные тревоги; человеческие симпатии – антипатии; политические убеждения; нетерпимость; вредные для дела черты характера (конфликтность, высокомерие, брезгливость);
- вступая в контакт с пациентом, врач и медсестра должны быть понимающими, внимательными, прощающими и терпеливыми;
- уметь создать оптимальную психологическую атмосферу, демонстрировать пациенту положительные эмоции;

- медицинские работники должны быть снисходительными к слабостям, убеждениям, предрассудкам пациентов, иметь располагающий внешний вид без экстремальных причесок, нарядов и аксессуаров;
- обладать индивидуальными навыками по общению: умением слушать, задавать вопросы, проявляя интерес; умением выбирать подходящий канал и время для общения, сообщения; навык понимания точек зрения другой стороны, особое внимание, оценки и толкование смысла вербального и невербального поведения и ощущений другого;
- иметь индивидуальные организационные приемы для общения: поведенческие реакции на взаимоотношения (участвующие, убеждающие, делегирующие, директивные), приемы на выполнение задач (стороннего наблюдателя, социально-эмоциональной поддержки или двойная роль).

Эффективной может быть команда, в которой индивидуалистическое начало в человеке не вступает в конфликт с давлением коллег, целями и руководством организации. Соблюдение факторов эффективности выполнения целей КМП способствует успешности людей.

На ключевых постах КМП должны находиться особые люди: без преувеличенных амбиций, с напористым, педантичным характером; гибкие, но «не прогнутые»; «битые, но не избитые»; способные держать удар, умеющие использовать ситуацию с максимальной пользой для пациента и дела.

Работа в КМП требует особых знаний, личностных качеств и определенного мужества, это необходимая составляющая рыночных отношений.

ГЛАВА 3. ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ В МОДЕЛИ «ВРАЧ-СЕСТРА-ПАЦИЕНТ – ПАРТНЕРЫ»

Обязательное профессиональное общение медицинского работника и пациента должно быть нацелено на достижение трех главных результатов визита к врачу: удовлетворенности пациента решением проблемы, т.е. качеством лечения и обслуживания; уверенности в оправданности стоимости лечения; намерении пациента и впредь обращаться за помощью к тем же медикам, в данную организацию.

Представив отношения между людьми, как понятия «субъект» и «объект», приняв за них медика и пациента, в этом случае возможно использование 4 моделей их взаимодействия.

- Субъект - субъектные отношения медика с медиком можно назвать общением;
- Субъект - объектные отношения (медик-пациент) – управлением;
- Объект - субъектные (пациент-медик) – обслуживанием;
- Объект - объектные (пациент-пациент) – коммуникацией.

Исходя из логики «субъект - объектных» отношений можно предположить наличие нескольких моделей взаимодействия медицинского работника с пациентом, оплачивающим его услугу:

1. Авторитарная модель может существовать в двух вариантах: патерналистской со стороны медика («Я лучше знаю, что Вам надо, как Вам лучше помочь») и доминантной со стороны покупателя («Я знаю, что я заказываю музыку»). Она устарела, ибо не учитывает индивидуальность личности пациента.

2. Зависимая: насколько ты можешь быть мне полезен (взаимно) в этот раз, используется пациентом.

3. Нейтральная модель со стороны медика: «Вас много – я один», со стороны пациента: «Вас много – могу выбрать другого».

4. Партнерская модель – равноправные, уважительные отношения медика с пациентом, не предполагающие «духовного обнажения» ни медика, ни пациента, предпочтительна для взаимодействия как в КМП, так и с пациентом

В связи с ожиданиями участников модели «врач-сестра-пациент – партнеры», проявлением каких-либо качеств в поведении друг друга выделяют понятия «идеального» врача и «идеального» пациента. К качествам и свойствам, характеризующим «идеального врача» (по схеме Ж.Лакана) относят 5 факторов, влияющих на процесс взаимодействия с пациентом – пола, возраста, национальности (расы), вероисповедания и сексуальной ориентация.

«Идеальным» люди видят врача одинакового пола с пациентом (кроме специальностей уро - генитальной сферы), с разницей в возрасте 7 ± 2 в пользу врача, одной национальности и вероисповедания, желательна общая сексуальная ориентация.

Исследованиями в Австрии было установлено, что пациентам в поведении врачей не нравится: нехватка времени; отсутствие потребности к общению; недостаточная готовность к сопереживанию; непонимание субъективного характера процесса восприятия страданий; употребление непонятных медицинских терминов.

Исходя из положения о том, что, сколько людей – столько мнений, можно с уверенностью говорить, что мнение медицинских работников по поводу среднестатистического пациента будет различным. В понятие «идеального пациента» медицинские работники, как правило, включают следующие характеристики: малую осведомленность в медицинских вопросах, веру и отсутствие сомнений в умениях лечащего врача, готовность беспрекословно выполнять назначения, умение кратко и четко излагать проблему и жалобы, отсутствие ипохондрии, наличие чувства юмора. Из приведенных характеристик видно, что врач нацелен на директивный стиль взаимодействия с больным, не оговаривая особенности

эмоционального подкрепления процесса. Он готов быть сопереживающим, но не всегда готов к истинному партнерству, что связано с защитой от установки общества на медицинскую область как сферу обслуживания.

В большинстве случаев общение между медицинским работником и больными человеком изначально затруднено из-за различных ожиданий. Врачи хотят видеть идеальных пациентов – дисциплинированных, готовых принять помощь, внимательных, миролюбивых, веселых и бодрых, выполняющих все предписания, признающих авторитет профессионалов, не задающих лишних вопросов. Реальные пациенты выглядят иначе.

При всем разнообразии подходов сотрудничества медика и пациента он состоит из четырех главных компонентов: поддержки, понимания, уважения, сочувствия.

Для успешного осуществления делового контакта необходимо понимать партнера. В общении раскрываются такие непреходящие ценности, как искренность, доброта, чуткость, отзывчивость, сопереживание, понимание, готовность к прощению и умение оказать поддержку в трудную минуту.

Взаимодействие трех составляющих модели «врач-сестра-пациент» осуществляется в деловом общении, ставящим определенную цель и задачи.

Основную часть времени составляет служебное общение (в рамках рабочего времени и стен МО). Более широкий смысл имеет деловое общение, которое включает взаимодействие не только коллег-профессионалов, но их работодателей и пациентов. Условно, деловое общение с пациентом можно разделить, на косвенное и прямое взаимодействие, которое отличается результативностью и силой эмоционального воздействия. При продаже МУДП медицинский работник использует 2 вида делового общения – вербальное (с помощью слов) и невербальное, базирующееся на передаче информации через мимику, позы, жесты, интонацию, взгляды, пространственное расположение.

Умение слушать – один из секретов делового общения как искусства. Нам мешают слушать собственные мысли, мы можем перебивать или договаривать за собеседника конец фразы. Еще хуже, когда говорящий человек видит на вашем лице мученическое терпение, скрывающее равнодушие. Умение слушать позволяет понять партнера, получить полную информацию, воспринять советы и предложения, сделать общение комфортным, т.е. произвести благоприятное впечатление.

Как писал П. Буаст, французский лексикограф: «Кто говорит – тот сеет, кто слушает – тот снимает жатву». Если человек чувствует, что его понимают, он испытывает доверие. Кроме этого, в деловом общении важна информация. Немецкий философ и математик Г.Лейбниц писал: «Я прошел бы 20 миль, чтобы выслушать моего худшего врага, если бы я мог что-нибудь узнать у него». Советы компетентного человека всегда полезны, кроме этого, приятному собеседнику охотнее идут навстречу. Умение слушать означает умение общаться.

Стили слушания людей складываются стихийно, зависят от пола, психического склада, занимаемого служебного положения.

У людей разная потребность в общении. У экстравертов она высокая, у интровертов – низкая. В зависимости от степени и характера вмешательства в поведение другого выделяют 3 стиля общения:

- альтруистический стиль, при котором преобладает стремление делать приятное людям, помогать им в осуществлении их целей; часто применим в общении медиков;
- манипулятивный стиль - используется давление и принуждение партнера в своих целях; могут использовать некоторые категории не только пациентов, но и медицинского персонала;
- миссионерский – воздействие личным примером, невмешательством, дистанцией в общении; идеальный стиль, но мало применяемый в деловом взаимодействии медицинских работников с пациентами.

На первое впечатление, производимое людьми друг на друга, обращают большое внимание.

Как театр начинается с вешалки, так МО – с регистратуры, поэтому медик, осуществляющий первичное знакомство с пациентом, должен владеть стилями общения:

- Ритуальный стиль состоит в поддержании связи с окружающими. Партнер (пациент) – только необходимый атрибут, его личные особенности несущественны в отличие от роли, которую стремиться узнать.

- Манипулятивный стиль – при нем к пациенту могут относиться как к средству достижения внешних целей, и наоборот.

- Гуманистический стиль – наиболее приемлем для МО. Направлен на совместное изменение представления друг о друге, удовлетворение человеческой потребности в сочувствии и понимании. В этом стиле более, чем в других есть зависимость от индивидуальности. Недостаток стиля в том, что он не идеален для определенной ситуации.

В мировой практике не существует сомнений в обязательности имиджа фирмы или делового человека. Имидж выступает как составная часть культуры делового общения, является сугубо личностным инструментом. С его помощью возможно создание доверительных отношений, без которых, как известно, в порядочном бизнесе нет перспектив. Деловые люди, добившиеся успехов, как правило, внешне привлекательны. Не респектабельностью и широкими жестами при оплате счетов, а приличием манер и скромным умалчиванием о своих доходах.

Физическая привлекательность, хорошая осанка, классический стиль одежды, опрятность, умение себя «преподнести» (поведенческая и речевая самопрезентация), положительная оценка других и себя как доброжелательно расположенных во многом благоприятствуют деловому общению.

В общении нужно почувствовать тип человека. Важно различать невротические потребности людей (Ю.Н. Кулюткин, Г.С. Сухобская) и удовлетворять их, что благоприятно для делового общения. Существует 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, честолюбии, в самодостаточности и независимости, погоня за самосовершенствованием.

В.И. Гарбузов выделил 7 возможных инстинктов: самосохранения, продолжения рода, альтруизма, исследования, доминирования над кем-либо (чем-либо), свободы и достоинства.

В связи с этим всех людей можно разделить на 7 групп:

- эгофильные люди, у которых доминирует самосохранение, «живут для себя»;
- генофильные – инстинкт продолжения рода, смысл жизни - в детях;
- альтруистические люди предлагают служение кому-либо, чему-либо;
- исследовательские личности живут творчеством;
- доминантные лица – рвутся к управлению, власть им нужна, как воздух;
- либертофильные люди, не выносят доминирования над собой, часто меняют работу, часто разводятся, живут одни и видят в этом свое превосходство;
- дигниతోфильные люди – ранимые, осторожные, консервативные, не выносят необоснованной критики.

В зависимости от наиболее выраженного инстинкта пациента медик может воздействовать таким образом, чтобы поддерживать интерес к покупке медицинской услуги. Так, у эгофильного пациента следует поощрять инстинкт самосохранения, с дигниతోфильным человеком быть

чутким к возможной эмоциональной ранимости, генофильных лиц стимулировать деловым общением в пользу здоровья их детей.

Профессионально подготовленный медик может использовать такие виды делового общения при продаже МУДП: менторский, одухотворяющий, конфронтационный и информационный.

Избегая поучительности и назидательности, любого проявления интеллектуального превосходства, которым медработник может оттолкнуть пациента, он должен уметь пользоваться привлекательными видами общения: информационным (обмен мыслями, убеждениями в пользе процедуры) и одухотворяющим, когда актуализируется потребность пациента в совершенствовании не только физического тела, но своего духовного мира за счет достоинств. Это показатель высокой культуры общения с пациентом со стороны медика. Конфронтационное общение является провокационным для эмоционально неустойчивых лиц, но полезным в определенных ситуациях (например, необходимости активизировать внимание, привлечения к диалогу или дискуссии).

Взаимоотношения медиков и пациентов должны базироваться на милосердном, уважительном, теплом отношении, исключая обращение на «ты», о чем свидетельствуют работы классиков русской литературы А.П. Чехова, А.И. Куприна, В.В. Вересаева.

Преимущества обращения на «Вы» сформулированы клиницистом В.Ф. Бушуевым на VIII Пироговском съезде врачей России:

1. Обращение на «Вы» обеспечивает нас в каждом случае к никогда нежелательной возможности нанести обиду больному и к его физическим страданиям прибавить еще нравственные муки, и тем самым ухудшить даже течение болезни.

2. Оно избавляет нас от причинения страданий вчуже лицам, близким к простолюдину, которому мы тычем.

3. Оно избавляет нас от весьма неловкого подчас положения в необходимости подтасовывать...свою речь то «вы», то «ты», смотря по

одежде и лицу своего собеседника, по влиянию и положению его в обществе.

4. Обращением на «вы» нам удастся скорее приобрести то доверие к себе и к медицине, о недостатках которого всегда так много говорилось на съездах.

5. Распространяя в народе обращение на «вы», приучая простолюдина к «вы», мы исполняем свой гражданский долг, свою обязанность развивать в последнем чувство самосознания и собственного достоинства...

6. ...Вы заставляет нас быть вообще более сдержанными, не распускать свои «нервы».

Автор В.А. Кондурцев (2010) приводит такие «уважительные и милые» обращения медицинских работников к пациентам, как «голубушка», «бабуля», «золотце», «милочка», голубчик», бабуся», «дедуся», «дедуля». Или, например, «женщина», «человек», «старик», «папаша», «мамаша», «отец», «мать», «барышня», мужик», «тетя», «дядя» и т.д. Многие из этих слов больным людям обидны, полны презрения, задевают самолюбие пациентов и их родственников. Он же приводит два анти примера в общении с пациентами из книги хирурга-онколога А.Н. Орлова.

«Лысый, располневший, измотанный хронической болезнью пациент приходит в поликлинику. «На что жалуешься, молодой человек?»- спрашивает его врач – женщина бальзаковского возраста. «На вашу манеру обращаться, на ваше циничное «тыкание» и издевательское «молодой человек». На ваш низкий интеллект!». Больной замолк, исчерпав свой гнев и запас слов, предназначенных для защиты своей чести».

Другой пример. «В кабинет врача зашла учительница. Она волнуется, как это делали когда-то наши прадеды на исповеди у священника. Врачу. Как и этой больной учительнице, около 35 лет. «На что жалуетесь, мамаша?». Обращение было неожиданным,

оскорбительным. В кабинете воцарилось пристыженное молчание. «На боли в желудке, папаша!» - ответила, собравшись с духом, ответила учительница в предложенном ключе обращения. В глубоко сидящих глазах врача появилась недобрая растерянность, недовольство, неприязнь. В считанные минуты больная поняла, что «исповедоваться» этому врачу она не могла. Извинившись, пациентка покинула кабинет». Вывод один – работать над собственной образованностью всегда, всю профессиональную жизнь, тем более в случаях, когда за качество предоставленной услуги пациент вносит дополнительную плату.

Для пользы успешности общения врачу и сестер следует знать о факторах, препятствующих общению:

С рождения и до конца жизни человек находится в процессе постоянного взаимодействия с другими. Рабочее общение возможно при условии установления контакта и взаимопонимания между людьми. Авиценна, великий врач и мыслитель средневековья, говорил о трех средствах помощи больному человеку – о ноже, траве, и слове, – тем самым, подчеркивая важность человеческого слова, а по сути – психологии общения в исцелении от недуга. В процессе общения выделяют 3 стороны. Это коммуникативная (передача, обмен информацией); интерактивная (взаимодействие) и перцептивная стороны, т.е. взаимное восприятие.

К типичным недостаткам общения относят незнание технологии культурного обслуживания (как выказать радушие в общении с пациентом, какими способами передать внимание к его информации, как сделать наглядным проявление заботы и уважения). Опыт наблюдения за консультациями и лечением показали, что некоторые врачи недостаточно проявляют инициативу в общении с пациентами. Диалог ведет пациент, «вытягивает» из врача информацию о вариантах лечения, стоимости, гарантиях, что резко снижает впечатление о профессионализме медика и доверие к нему. Врачи не знают, где и как нужно действовать активно,

какие отрицательные эффекты случаются, если врач в тех или иных формах проявляет пассивность.

Элементарные коммуникативные ошибки состоят в неумении выслушать пациента, злоупотреблении профессиональными терминами, нечеткости выражения мысли, неумении отслеживать и оценивать сообщенную пациентом информацию, управлять его впечатлениями и убеждать там, где это необходимо. Неумение врача (сестры) акцентировать в сознании пациента выводы и сведения, которые определяют принятие им решения о необходимости, объеме лечения и целесообразности затрат также снижает успех лечения. Типичными недостатками профессионального общения медицинского работника является неумение проявлять сочувствие и сопереживание. Важно, чтобы каждый пациент увидел заботливое отношение к себе со стороны врача и ощущал его успокаивающее воздействие в процессе лечения. Таковы условия принятия личности и стиля доктора, без этого не может быть речи о постоянстве пациента и его приверженности именно этой фирме.

Специалистам полезно повышать уровень позитивного эмоционального воздействия на пациентов. При этом медик должен вести себя естественно, не переигрывая в проявлении сочувствия и сопереживания, в то же время экономно расходовать свои силы и использовать выразительные коммуникативные средства.

Речь идет об эмоциях, когда встречаются с врожденными и приобретенными стереотипами эмоционального поведения конкретного человека.

Иногда пациент сталкивается с последствиями «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ) у врача, который устал от профессиональной деятельности, жизненных проблем, на него отрицательно влияет дестабилизирующая организация и атмосфера деятельности. Развивается симптом «эмоционального дефицита» – к профессионалу приходит ощущение, что эмоционально он не может

помогать субъектам своей деятельности. Постепенно личность почти полностью исключает эмоции из сферы профессиональной деятельности.

В особо тяжелых случаях отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку. Пациент тяготит проблемами, потребностями, его естественные запросы воспринимаются как капризы или притязания.

Случается и так: иной медик, как ему кажется, проявляет участливое отношение к пациенту, но тот не чувствует особого внимания к себе. Очевидно, врач делает это недостаточно явно и убедительно, не попадает в диапазон чувственного восприятия данного пациента. Важно уметь разобраться в личности другого человека, опираясь на собственный опыт взаимодействия с ним, помня мудрое высказывание: «Как мы думаем о человеке, так он и проявляет себя перед нами». Самым объективным судьей является время. Необходимо предоставлять и фактору времени сыграть свою роль в выявлении всего спектра личности человека.

Всех работников ОЗ, а также пациентов условно можно разделить на 8 типов, учитывая которые предлагаются рекомендации по этике деловых отношений, способствующие лучшему пониманию и развитию сотрудничества.

1. Тип Е (экстраверт). Общительный человек, с обширными связями, внешним проявлением эмоций, вначале говорит, потом думает, не любит одиночества, а ценит общественное признание. Испытывает потребность контроля окружающих. Поскольку в общении участвуют двое, то рекомендации касаются обоих.

Если Вы – тип Е, слушайте, не перебивая, не спешите с советами.

Если подчиненный или пациент тип Е, помогите определиться, задавая конкретные вопросы.

2. Тип J (интроверт). Замкнутый человек, любит уединение, сохраняет энергию, а не расходует ее. Сначала думает, потом говорит. Похвала их настораживает. Контролирует себя и близких, согласно девизу: «Будь верен себе».

Если вы тип J, посочувствуйте переживаниям другого, но не наедине.

Если пациент тип J, ему необходима атмосфера, помогающая раскрыться. Интроверты склонны к преуменьшениям, в отличие от экстравертов.

3. Тип S (сенсорный, реальный). Человек конкретный, практик, использующий закономерности, любящий трудную работу, живущий реальными фактами, этику соотносят с конкретным событием и решением.

Если Вы тип S, требуйте подробностей, фактов, не давайте другим уклоняться в сторону.

Если партнер тип S, он может не заметить вариантов и интерпретировать ситуацию негативно. Задача медика – вернуть на твердую почву, показать, что не все плохо.

4. Тип N (интуитивный). Человек случайностей, живущий будущим, мыслящий глобальными образами, навеянными вдохновением. Оригинал, но парящий в облаках. Любит думать «что было бы, если бы...». Этика для них относительна.

Если вы тип N, обращайтесь внимание на перспективы и варианты развития фирмы, именно интуиция поможет найти выход там, где для логики безнадежность.

Если другой тип N, ему дают возможность разобраться со своими фантазиями, дав дополнительную информацию, упростить ситуацию.

5. Тип T (мыслительный). Человек с четким аналитическим умом и твердым характером, объективный, склонный к анализу и беспристрастный. Видит принцип: нарушил – получи наказание.

Если Вы тип T, помогите другим сохранить реализм, логику и объективность.

Если пациент (персонал) тип T, напомните о последствиях принятого решения и его собственных ощущениях в подобном положении.

6. Тип F (чувствующий). Мягкосердечный, входящий в обстоятельства других, гуманный, гармоничный, субъективный,

причастный к делам других. Правильное или неправильное поведение изменяет с помощью личных ценностей.

Если Вы тип F, не берите на себя чужие проблемы, но и не отказывайтесь от своей системы ценностей. Помогайте отстраненно, высказав чувства, как если бы были на другом месте.

Если другой тип F, он противоречив, следует помочь разобраться с кем-то из близких лиц с личной этической проблемой, но оставаться твердым.

7. Тип I (решающий). Закрытый, умеющий решать, регулировать, управлять, планировать, использующий конечные сроки определенного действия. Этику воспринимает как белое-черное.

Избегайте желания разделаться с виновным быстро, продумайте примерный план.

Если другой тип I, то придет к вам с планом. Следует поспорить, рассмотреть варианты.

8. Тип P (воспринимающий). Живет по принципу: «поживем – увидим». Гибкий, неокончательный, ориентировочный.

Не рубите с плеча, умеете вовремя остановиться, дайте сказать другим.

Если другой тип P, он изложит проблему туманно. Ему следует помочь сосредоточиться на главном и помочь довести дело до конца, проконтролировать сделанное.

Кроме предложенной модели этического взаимодействия в системе «врач-сестра-пациент» участникам делового общения можно пользоваться типами отношения к окружающим.

1. Авторитарный тип – уверенный в себе, властный тип сильной личности, доминирующий во всех видах групповой деятельности.

2. Эгоистический тип – при желании доминировать расчетливо скрывает это, трудности перекладывает на окружающих, хвастлив, склонен к соперничеству.

3. Агрессивный человек враждебно настроенный, резкий, требовательный, склонен обвинять, ироничен и раздражителен.

4. Подозрительный тип – обидчив, злопамятен, подозрителен и жалобщик. Из-за подозрительности испытывает трудности при общении, использует негативно-агрессивные оттенки в словесных оценках.

5. Подчиняемый тип – слабовольный, подчиняемый, покорный, пассивно-виноватый, ищет опору в сильном человеке, нет своего мнения, послушен и честен.

6. Зависимый тип неуверен, послушно боязлив, беспомощен, не готов к сопротивлению, мягкий, ждет советов и помощи, очень доверчивый, вежливый, склонен к восхищению окружающими.

7. Дружелюбный тип – любезен, стремиться быть «хорошим» для всех без учета ситуации, эмоционально неустойчив, склонен к сотрудничеству, компромиссный при конфликтах, следует правилам хорошего тона, любит быть в центре внимания, общителен и дружелюбен.

8. Альтруистический тип – жертвует собственными интересами, ответственный и сострадающий, навязчив в помощи, неадекватно принимает ответственность за других людей, деликатный, бескорыстный и ласковый. В деловом общении медицинского работника приветствуется подстраивающееся поведение под тип пациента.

Обязательное профессиональное общение на консультации или приеме помогает выявить проблему пациента, влияние его здоровья на физическое состояние, наличие аллергических реакции, инфекционных заболеваний, физическое и психическое состояние перед приемом. Врач должен учесть жалобы и пожелания пациента, а затем объяснить ему его проблему, связь состояния здоровья с постоянным заболеванием, содержание, план, этапы и выбор варианта лечения. Кроме этого, надо согласовывать с пациентом содержание, план и стоимость лечения – это требуется с точки зрения рыночных отношений и в целях юридической защиты прав потребителя и заказчика. Наконец, необходимо разъяснять

пациенту прогноз его болезни, гарантии, меры профилактики, условия сохранения эффекта лечения и действия в случае осложнений. Все это делается ради соблюдения принципа информированного согласия.

Установление взаимоотношений сотрудничества не представляет для медика сложности, однако бывают исключения. К ним относятся следующие категории больных людей:

- не склонные сотрудничать с медиками;
- имеющие цели, далекие от лечения;
- интроверты, с которыми трудно наладить взаимодействие;
- чрезмерно доверительные отношения мешают увидеть полноту картины болезни.

Существуют 2 типа ситуаций, в которых пациенты стремятся к деструктивному взаимодействию с медиками.

- случаи, когда пациенты своими словами и поступками пытается склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи;
- ситуации, когда возможно злоупотребление доверием врача (болезнь или нездоровый образ жизни сулят больному человеку определенные выгоды).

Необходимо признать, что доверительные отношения с пациентами мешают объективно взглянуть на ситуацию и понять реальность. Из-за высокой степени доверия к больному можно не заметить наркоманию, лекарственную зависимость или факт, что больной одновременно получает лечение у других врачей, противоречащее вашим рекомендациям. Следовательно, иногда полезно показать своего пациента коллеге. Свежий взгляд часто открывает то, что не удалось заметить вам.

Пациентов, с которыми трудно установить плодотворное сотрудничество в процессе лечения, можно разделить на типы: настырно-требовательные, вязкие, хронически недовольные, настырно-требовательные и агрессивные. Они умеют обосновать самые

бессмысленные требования. «Вязкие» люди пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду. Хронически недовольные люди изводят и повергают медиков в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности применяемого лечения и подвергая остракизму в глазах других пациентов.

Редкий тип людей, не склонный к установлению плодотворного сотрудничества с врачом – «сутяжные». К судебному преследованию медработников тяготеют люди, возлагающие на медицину нереалистичные надежды и испытывающие разочарование при столкновении с относительно скромными результатами лечения. Те, кто льстит заверениями, что медики способны творить чудеса, должны вызывать настороженность, а не сладкие грезы. Реагировать на их слова можно следованием совету юристов: главное – предельно четкая документация (помнить, что за каждой буквой истории болезни стоит прокурор).

Податливый человек по отношению к партнеру характеризуется высокой потребностью в других, минимальной психологической дистанцией, потребностью любить, быть одобренным, важным для других. Он озабочен отношением окружающих к себе, любит распоряжаться, но не против того, чтобы ими командовали. В общении открытые люди, альтруисты, легко идут на контакт.

Агрессивный человек считает другого соперником, испытывают потребность успеха, контроля над другими. Манипуляторы, плохо «проигрывают». Стил ь общения – не партнерский или подчиняющийся.

Выражение агрессии в любом виде есть проявление негативизма пациента к своей болезни и окружению. От медицинской сестры требуется предельная осторожность, такт, доброта, миролюбие, чтобы не опуститься до банальных драк и ссор с пациентом. Логичное, последовательное, ситуационно обусловленное поведение медицинской сестрой, направленное на достижение цели здоровья пациентом непременно будет достойно оценено коллегами и самим больным. Главное качество в

ситуациях агрессии – культура и достоинство. Необходимо выждать, когда негативные эмоции больного слегка ослабнут (сделать паузу) и только после этого обращаться к его чувствам и разуму.

Множество жалоб в этические комиссии ОЗ можно было бы избежать, используя медицинские работники в работе знания о препятствиях в общении с пациентами и их преодоление на основе законности.

Редко встречающийся отрешенный тип пациентов стремится сохранить дистанцию, нуждается в независимости и уединении. Не любят подчиняться нормам и традициям. Склонные к творчеству, закрытые для общения люди. Деловой тип пациентов руководствуется тем, насколько медик может быть полезен.

Взаимоотношения с пациентами в ходе лечения – одна из важнейших составляющих врачебного искусства. Из имеющихся исследований проблемы отношений между врачом и пациентом можно сделать 3 основополагающих вывода: пациенты нуждаются в информации о своей болезни. Жажда к получению информации больше, чем готовность медработника к ее предоставлению. Желание получить максимум информации сопровождается желанием построить эмоционально-позитивные отношения с медиком, качество общения оказывает доказуемо позитивное или негативное влияние на болезнь. Доказано, что многие пациенты, желая получить информацию, готовы предоставить врачу «кредит» доверия.

Модель рынка зависит от того, за что именно медицинский работник получает гонорар: за факт оказания медицинских услуг или за факт сохранения или восстановления здоровья. В современном здравоохранении товаром являются именно медицинские услуги. Учесть специфику товара помогают дополнительные требования: соответствие услуги стандарту качества через процедуру лицензирования, сертификации. Сертификация медицинских услуг определяется как действие, проводимое с целью

подтверждения соответствия медицинских услуг конкретным стандартам и выдачи соответствующего документа (сертификата), подтверждающего соответствие требованиям безопасности жизни и здоровья людей, охраны окружающей среды.

Исследования ученых показывают, что с элементами обязательного профессионального общения справляются далеко не все доктора. Одни не придают им особого значения, другие – небрежны, третьи поступают неумело. Если рассчитывать на обратную связь и добиваться того, чтобы старания врача были замечены и определенным образом оценены пациентом, все намного усложняется. Пациент должен убедиться в индивидуальном подходе, искренности внимания и уважении. Врачу надо уметь убеждать, пользоваться аргументами, мыслить четко, действовать быстро и при этом учитывать интеллектуальные, эмоциональные и характерологические особенности пациента. Особенно трудно врачу объяснить оправданность высокой стоимости услуг, когда к тому же у конкурентов цены ниже.

При взаимодействии медика и пациента используются разные методы воздействия. Это поощрение, одобрение, повышение внутренней самооценки. В тоже время критика, а тем более санкции, невозможны как методы воздействия на пациента, желающего купить МУДП.

На самом деле управлять общением с пациентом медработник может с помощью многообразных форм и методов. Основными из них считаются следующие формы:

Заражение – стихийное принятие личностью определенного настроения другого, например энтузиазма врача – пациентом.

Внушение – активное авторитетное воздействие информированного медика на не сопротивляющегося пациента. Определенная часть людей плохо воспринимают логику, но поддаются внушению, которое может повлиять на соматовегетативные функции, добиться мышечного расслабления, уменьшения тревоги, внушить рациональные идеи, о

профилактике. В его основе лежит ослабление действия сознательного контроля восприятия информации.

Рассмотрим способы внушения доверия, используемые в деловом общении. Если человек хочет кого-то обмануть, то сначала создает неперемное условие успешного обмана – имидж честного человека. Работа с потенциальной жертвой, как правило, ведется пошагово, постепенно продвигаясь к намеченной цели. Сначала формируется соответствующая репутация. Обманщик старается представить себя жертве честным и порядочным, создавая имидж правдивого человека. Для этого используются такие психологические приемы, как открытая, обаятельная улыбка, доверительный тон разговора, создание некой легенды, помогающей обеспечить некритическое восприятие со стороны объекта обмана. В ход идет лесть, взывание к жалости, игра на индивидуальных личностных особенностях человека, создается соответствующая ролевая ситуация. В потенциальной жертве культивируется чувство собственной значимости. Те, кто стремится достичь путем обмана каких-то определенных целей, чаще всего выступают под маской «поборников истины, добра и справедливости».

Способы внушения доверия:

- вызывание в жертве чувства собственной значимости;
- использование маски поборника истины, добра, справедливости, создание имиджа честного человека;
- создание определенной ролевой ситуации, которой люди привыкли доверять (военный, врач, газовщик, милиционер);
- создание образа простака;
- внушение доверия с помощью множества мелких деталей;
- использование благородных мотивов: сбор денег на строительство детского дома, храма, больницы, приюта.

Если врач заподозрил, что ему пытаются внушить доверие для последующего обмана, то общая рекомендация: ломайте сценарии,

которые пытаются вам навязать, диктуйте свои условия. Недаром с детства мы знаем такие пословицы: «Доверяй, да проверяй», «На Бога надейся, да сам не плошай». Многовековая мудрость народа приходит на помощь в сложных ситуациях. Если кто-то пытается навязать вам сценарий действия в каком-то серьезном и значимом для вас вопросе, старайтесь его изначально сломать, быть непредсказуемым в своих действиях. Диктуйте свои условия.

Подражание – по принципу «делай как я», когда человек воспроизводит речь, жесты и действия другого в силу моды (например, на ЗОЖ, предлагаемый в рекламе известными и успешными людьми).

Убеждение – еще один способ целенаправленного воздействия медика на пациента с целью изменить взгляды, убеждения или мировоззрение пациента. Применяется в сочетании с внушением и подражанием.

На приеме с пациентом, приобретающим МУДП, врач должен проявлять все лучшее, что у него есть: внимание, уважение к пациенту, сочувствие, сопричастность, так чтобы он это заметил и позитивно оценил. Убеждение в работе врача (сестры) занимает особое место. Анализируя успешное поведение медицинского работника, ученые вывели такую закономерность, что значимость убеждения тем выше, чем ниже уровень медицинской культуры и доходы населения.

Человек чаще всего обращается к врачу, почувствовав острую боль или значительный дискомфорт. Причины промедления разные – недостаток времени, денег, а главное – отсутствие привычки заботиться о состоянии здоровья постоянно и самостоятельно.

Явившись на прием к врачу под влиянием выраженного дискомфорта, пациент просит снять остроту проблемы. Он нечасто изъявляет желание осуществить полный план лечения, намеченный врачом, обусловленное вопросом времени, денег, недооценкой ситуации,

либо пациент растягивает решение своих проблем до бесконечности, когда одно неблагополучие все более осложняется и порождает другое.

Таким образом, на долю врача возлагается трудоемкая интеллектуальная задача – убеждать пациента своевременно обращаться за помощью, а если возникли проблемы, решать их незамедлительно, от начала до конца. Убеждать в том, что хорошее состояние здоровья – условие физического и психологического комфорта, удовлетворенность в общении с людьми и даже предпосылка к карьере и успешности жизни. Нередко врачу приходится убеждать пациента потратиться на лечение сегодня, ибо со временем будет дороже. В процессе приема надо убеждать выбрать тот или иной вариант лечения.

Технология метода убеждения заключается в том, чтобы сделать пациента соучастником формируемого вывода, заключения, к которому надо совместно прийти. Убеждение – это диалог, в котором врач использует аргументы и факты (жалобы пациента, данные осмотра и прогноза, личный опыт), внимательно отслеживая логику пациента, принимая в расчет его сомнения и возражения, действовать с учетом его личностных особенностей.

Умение убеждать важно при категорическом отказе пациента от лечебно-диагностических процедур согласно закону трех «да»: Сегодня отличная погода, верно? – Да. У вас лучшие показатели пульса, давления и анализов, чем неделю назад, да и самочувствие хорошее? – Да. В таком случае приготовимся к инъекции, я ее сделаю очень быстро и осторожно, как в прошлый раз, хорошо? – Да.

В случае неэффективности своего убеждения обязательно привлечь на помощь врача и совместными усилиями убедить и настоять на своем.

Технологии убеждения с помощью внушения позволяет вселять в пациента уверенность в успехе лечения, спокойствие, снимать страх перед болью. Роль внушения важна и не сводится к традиционным представлениям о передаче пациенту бесстрашия перед болью.

Определенная часть людей хуже воспринимают логику, но хорошо поддается суггестии. Следовательно, есть пациенты, на которых эффективно воздействовать можно только при помощи внушения.

Врач и сестра должны определять степень внушаемости пациента, используя, так называемые «ключи доступа», вербальные и невербальные способы воздействия на психику. Программа минимум для врача – приводить пациента в состояние, способствующее эффективному процессу лечения и выздоровления; программа максимум – убедить пациента в необходимости неукоснительного следования советам, направленным на поддержание эффекта лечения.

Диапазоном врачебного психотерапевтического воздействия является использование мантр, т.е. звуков, тембра голоса и ритма речи в диапазоне внушения – успокаивающего, завораживающего, усыпляющего воздействия, или более сложные приемы внушения, основанные на авторитете врача, доверии и эмоциональной привязанности к нему пациента.

Умение учитывать индивидуальные и типические особенности пациента – высший пилотаж в искусстве врачевания и коммерции. Встречаются доктора, которых природа наделила даром эмпатии или сочувствия, проникновения в сущность другого человека и подстройки к нему. Но даже таким людям полезно кое-что узнать от науки и усовершенствовать умения в области экспресс - диагностики пациентов. Если врач понял, к какому типу людей относится данный пациент, ему легче построить диалог, выявить проблему, разъяснить содержание, план лечения, гарантии и прогноз, согласовать свои намерения и стоимость лечения.

Обратная связь с пациентами стала привычным и надежным способом проверки достигнутого эффекта в общении с пациентами. Согласование стоимости лечения успешно вписалось в стилистику коммерческого приема; разговор о гарантийном сроке и сроке службы

выполненной работы является неременным условием защиты прав потребителя и профессионального общения врача с пациентом.

Принуждение – насильственный метод воздействия на людей, стремление заставить человека действовать вопреки его желаниям или убеждениям. Этически оправдано только в исключительных случаях (недееспособность больного или терминальные состояния).

Вторжение болезни наиболее часто изменяет убеждения и взгляды людей, которые вне заболевания знают, что такое хорошо и что такое плохо. Взгляды или идеи на здоровье как одну из приоритетных универсальных ценностей в истории медицины многократно менялись. Мода на ЗОЖ является косвенным отражением экономических реалий – человек, вкладывающий деньги в собственное здоровое тело, сияющую улыбку, с исправленными природными косметическими особенностями, он знает и умеет заработать и вложить деньги. Противоречие современного периода состоит в том, что не каждому покупателю МУДП это по карману.

На стороне пациента – наличие государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения, ежегодно обоснованные в приказах Министерства здравоохранения Республики Беларусь. В настоящее время действующим является приказ»728 от 07.07.2014г.

Главная задача общения – завоевание доверия пациентов. Для этого надо овладеть соответствующей психологической «технологией доверия». Доверие пациента – итог всей работы медика, суммарный эффект взаимодействия на всех этапах лечения и консультации. Теоретически доверие медицинскому работнику должно возрастать по мере приближения к концу беседы. Фактически оно начинает уменьшаться после определения проблемы пациента. Задача в том, чтобы свободно и целенаправленно проявлять все лучшее, что есть у каждого врача и медицинской сестры – внимание, уважение к пациенту, сочувствие, соучастие.

Сложность взаимодействия медицинского работника с пациентом, оплачивающим его услугу самостоятельно, усугубляется привнесением экономических расчетов согласно известной формуле «деньги-товар-деньги» в деликатную область здоровья и болезни, традиционно считавшуюся предоставляемой бесплатно.

С учетом этого возможны несколько ситуаций общения с пациентом, составляющих качество обслуживания при предоставлении МУДП.

1 ситуация – первое впечатление, производимое медработником на пациента:

- необходимо отработать профессиональное приветствие (как в «Макдональдсе»);
- общение взглядом с теплой улыбкой;
- если пациент раздражен, 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 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.

Выявление терапевтической цели знаменует отказ пациента от пассивного поведения в пользу активной собственной заботы о себе:

1. Выявляют желаемый результат.
2. Определяют суть и смысл желаемого, возможных приобретений и потерь.
3. Выясняют актуальность терапевтической цели, что усиливает мотивацию и ее достижение.

Значение лечебной цели у пациента определяется мудрым высказыванием: «Любая разумная вещь, которую человек может себе представить, поверив в ее реальное осуществление и постоянно думая о ней, обязательно станет реальностью». В соответствии с этим уместно применять 5-шаговую модель интервью (А.Е. Айви, М.Б. Айви, Л. Саймэн-Даунинг, 1999):

1 стадия – взаимопонимания, позволяющая добиться нормального ощущения у пациента.

2 стадия – сбор информации и выделение проблемы, идентификация потенциальных возможностей пациента с определением цели и проблем пациента.

3 стадия – желаемый результат (узнать, в чем идеал пациента).

4 стадия – выработка альтернативных решений с применением творческого подхода.

5 стадия – обобщение и переход к действию с учетом индивидуальных пожеланий пациента.

Конкретный человек, посетивший МО, по-разному будет вести себя в отношении предполагаемого комплексного воздействия при обращении: различно будет реагировать на рекламу, иметь разные потребности в приобретении пакета услуг или их разового получения, непохожим образом выстраивать бюджет (экономить, торговаться, комбинировать, не жалеть средств и т.п.).

Поскольку жизненные цели человека индивидуальны, жизненные планы и перспективы их реализации у людей будут отличаться. Те, кто ориентирован на ближайшие, конкретные цели способен поддаться на

уговоры, рекламу, импульс настроения и истратить имеющиеся деньги. Думающие о перспективе планируют покупки, устанавливая их очередность. Однако в процессе жизни людям приходится корректировать свои планы и цели.

3 ситуация общения – 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 представьте услугу, используя яркие и образные слова;
- делайте комплимент, отвечая на возражения;
- приведите доводы в пользу процедуры (услуги) именно в вашей организации;
- 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.

Таким образом, ввязываясь в общение с пациентами по поводу продажи МУДП, медицинский работник может пользоваться перефразированными правилами Чжуан-цзы:

Верой: прежде чем вступить во взаимодействие, нужно верить в то, ради чего это делаешь.

Соратником: учись выбирать союзников, ибо в одиночку никто не выигрывает.

Временем: умей выбирать наиболее благоприятный момент.

Пространством: оцени все, что находится вокруг тебя, и избери наилучшее место.

Стратегией: успешен тот, кто умеет предвидеть и подготовить общение.

Исходя из принципа: предупрежден – значит, вооружен, а также публикации Майерса и Бриггса в монографии «Типы людей и бизнес» можно связать людей и факторы, благоприятствующие достижению успеха в предоставлении медработником МУДП.

Наблюдая за пациентом, медик имеет возможность оценить, какой из типов людей перед ним. В соответствии с этим пониманием он использует приоритетный канал восприятия информации пациента, что сделает общение более эффективным и запоминающимся. Среди известных способов получения информации можно выделить несколько. Это визуальный тип – такие люди, которые мыслят образами, легко их запоминают и воспроизводят. При определении типа собеседника в процессе переговоров можно с людьми с преобладанием визуального типа получения информации использовать понятные ему фразы «мне видится...», «туманное представление...». Аудиальный тип – такие люди, имеющие музыкальный слух, артистически владеющие голосом, обучающиеся успешнее словами, преуспевающие в освоении иностранного языка. Чтобы что-то запомнить, проговаривают это. С аудиальным типом людей (преобладает слуховой канал получения информации)

приветствуется сочетание слов – «это звучало, как...», «мне что-то говорит...». Кинестетики – тип людей, чье мышление опирается на ощущения. В разговоре с такими людьми применяют слова: «у меня такое ощущение...», «я чувствую, что...».

Медицинские работники, участвующие в общении с пациентом, обязаны уметь распознать поведение партнеров, затрудняющее ведение переговоров, работу стола справок. Этому способствует понимание пациента с позиции классификации переговорщиков.

«Нигилистами» называют вздорных людей, нетерпеливо, несдержанно и возбужденно подталкивающих к несогласию, спору и конфликту с менеджером по продажам, регистратором. В беседе с человеком, жестко отвергающим ваши предложения, целесообразно:

- обсуждая спорные моменты, оставаться хладнокровным;
- сохранять нужный уровень компетентности;
- следить за тем, чтобы решения формулировались его же словами;
- предоставить возможность окружающим опровергать его убеждения, и только потом отклонить их;
- беседовать с глазу на глаз (по возможности);
- сделать паузу под благовидным предлогом, настоять на перерыве, продолжить беседу, когда «головы остынут».

«Всезнайкой» называют тех, кто на все имеет свое мнение, подавляет инициативу партнеров. При общении с ним необходимо: задавать сложные специальные вопросы, давать возможность сформулировать промежуточное заключение.

«Болтун» – человек, часто, бестактно и без причины прерывающий разговор, при переговорах с ним надо следить, чтобы он не переворачивал проблему «с ног на голову», уточнить связь с обсуждаемой темой; узнать мнение других.

«Незаинтересованный», случайно попавший в ОЗ человек. Квалифицированный менеджер может вовлечь такого в диалог, задавать стимулирующие вопросы, попытаться выяснить сферу его личных интересов.

К типу «важная птица» относят тех, кто не выносит критики, высокомерен. Нельзя отводить таким людям роль гостя, а следует предложить занять равноправное диалоговое положение; не допускать критики; использовать метод «да, но...».

Некоторых людей можно отнести к разряду «почемучек», задающих вопросы вне реальной связи с темой беседы. В разговоре с таким пациентом переадресовывайте вопросы окружающим или ему самому; быстро признавайте его правоту, если нет возможности дать нужный ответ.

«Осторожный» охотнее промолчит, боясь выглядеть глупо или смешно. К этому типу относятся люди с заниженным уровнем самооценки. Хвалите и стимулируйте их оценку в глазах себя самого и окружающих.

Для обсуждения с пациентом сложного плана лечения, который необходим и требует существенных финансовых вложений, знание типа поведения пациента поможет врачу правильно построить общение и увеличить вероятность принятия пациентом лечения. Важность типов поведения состоит в том, что позволяет делать прогнозы об их будущем поведении и взаимодействиях.

Принцип приоритетов состоит в том, что распределять дела следует в порядке значимости, начиная с существенного. Принцип Парето гласит, что за 20% расходуемого времени достигается 80% результата, а за остальные 80% времени – лишь 20%.

Существуют категории пациентов, общение с которыми имеет некоторые особенности, обусловленные возрастом, болезнью или состоянием.

Правила построения общения медсестры с пациентами терапевтического профиля

Эффективность лечения во многом зависит от веры пациента в выздоровление, а прямая обязанность медиков – разрушить преграду в контакте с больным человеком, вызвать доверие, создав обстановку участия и теплоты. Необходимо, чтобы обративший за помощью в виде МУДП человек понял, что медицинских работников, к которым он пришел за помощью, интересует не только диагностика и лечение, но сам обратившийся человек. Доверие пациента может быть подорвано в случае, если он заметит натянутые отношения между врачом и медсестрой, или если сестра нечетко выполняет назначения врача. Медсестра должна найти теплое, ободряющее слово, поскольку сочувствие и успокоение словом – одно из важнейших психотерапевтических средств. Многие пациенты испытывают чувство страха за свое здоровье. Сестре необходимо постараться отвлечь больного человека от мрачных мыслей, ободрить участливым словом, убедить в необоснованности его опасений, постараться понять переживания больного и сочувственно принять их.

При организации приема необходимо учитывать, что, помимо внеочередного приема остро нуждающихся, целесообразно принять в первую очередь агрессивных пациентов с выраженными истерическими чертами, которые создают нездоровую психологическую обстановку у кабинета и в МО в целом.

Существующая вероятность появления в системе ПМП и фирмах лиц с различными зависимостями (алкогольной, наркотической) требует от медицинского персонала знаний по избранным разделам психиатрии.

Причины обращения пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ), к медицинской сестре лечебно-профилактических, оздоровительных и иных медицинских организаций:

- У таких людей больше проблем со здоровьем, что заставляет чаще обращаться за помощью, особенно в систему ПМП;

- Эти лица склонны предъявлять терапевту санатория такие проблемы со здоровьем, как артериальная гипертензия, проблемы со склонностью к хроническим инфекциям, требуя от них объяснения этих проявлений болезни;

- Медицинские работники – это лица, пользующиеся уважением и особыми полномочиями в период болезни. Будет неправильным отмахнуться от подобных людей, не уделив должного внимания его обращению. Помимо этого, внешние признаки определенных видов зависимости помогут медицинскому персоналу мобилизовать его ресурсы на коррекцию болезненного состояния.

Специфические признаки злоупотребления человека алкоголем:

- Кожа: розовые угри, фолликулит, экзема, псориаз. Имеет место эритема ладоней, паукообразные гемангиомы.

- Дыхательная система: ОРЗ, пневмония, бронхиальная астма

- Сердечно - сосудистая система: аритмия, артериальная гипертензия, «праздничное сердце», ишемическая болезнь сердца.

- Желудочно - кишечный тракт: рефлюкс, разрыв пищевода, рак, острый и хронический панкреатит, острый и хронический гастрит, острый 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.

- Психическая деятельность и центральная нервная система: эпилепсия, геморрагический инсульт, полинейропатия.

- Лабораторные показатели: тромбоцитопения, анемия, повышенный уровень печеночных ферментов.

Стало необходимым знание особенностей поведения отдельных пациентов с вредными привычками, однако для правильного построения поведения с ними медицинскому персоналу следует напомнить разницу

понятий потребление, злоупотребление и зависимость человека от алкоголя.

Содержание понятий: потребление, злоупотребление и зависимость человека от алкоголя

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 психоактивных веществ (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) человека. 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 человека от алкоголя - это болезнь, такая же, как тревога или депрессия, при которой человек нуждается в помощи других специалистов – нарколога или психотерапевта.

Основными симптомами зависимости пациента от алкоголя являются:

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

- *нарушение способности контролировать приём алкоголя* (начало и окончание выпивки и дозу) («нет тормозов, запой»);
- *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*. Например, еженедельные однодневные, тяжелые выпивки по пятницам после работы или четыре недельных запоя за год. Поскольку такие люди нуждаются в поддержке и имеют право на возможные советы медицинского персонала пациентам, злоупотребляющим ПАВ, напомним их:

- 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 выходных.
- 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.

- 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.

Советы человеку и его родным при уже существующей зависимости от алкоголя (алкоголизме):

Прекращение потребления алкоголя необходимо:

- *если* Вы испытываете частое желание выпить (пусть даже и с целью расслабиться, снять стресс, развлечься);
- не можете контролировать количество выпитого алкоголя;
- страдаете от похмелья на следующий день после интенсивной выпивки и вам необходимо выпить, что улучшить самочувствие;
- для того, чтобы опьянеть *или* прийти в «норму» Вам требуется все большее количество спиртного;
- если Вы страдаете от повышенного давления, поскольку алкоголь не лечит давление, а, наоборот, повышает.

Уместные советы сестры человеку, который употребляет алкоголь умеренно:

- При сохранении прежнего уровня потребления алкоголя у таких людей риск развития зависимости минимален.
- При воздействии на них:
- неблагоприятных внешних (увольнение, развод, выход на пенсию) или внутренних факторов (болезни, тревога и депрессия);
- если они будут допускать алкогольные эксцессы (прием большого количества алкоголя - более 5 доз за сутки в течение 3-7 дней);
- или увеличат количество регулярно потребляемого алкоголя,
- могут в течение короткого времени развиться зависимость и злоупотребление.

Совет человеку, который употребляет алкоголь в опасных или вредных количествах:

- попробуйте пить меньше или, если это не получается - прекратите употребление алкоголя, так как это грозит отчислением из стационара или санатория.
- обязательно обратитесь к специалисту
- при желании человека алкоголизм излечим.

Отдыхающие в отпуске люди могут продолжать испытывать негативные и болезненные эмоции независимо от смены места нахождения, поэтому медицинские сестры должны быть внимательны к поведению пациентов в МО закрытого типа. Знание признаков депрессии для сестер обязательно, поскольку это серьезное психическое расстройство у отдыхающих обязательно должно быть известно врачу и скорректировано им. Своевременная помощь является профилактикой суицидов.

Признаки депрессии у человека различны и многообразны:

- колебания настроения
- потеря аппетита и интереса ко всему
- нарушение сна
- низкая самооценка
- избегание друзей, семьи
- применение агрессии, насилия, непослушание или побег
- 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).

Обращая внимание на эти признаки, сестры оказывают пациенту услугу, являются теми ангелами-хранителями, кто предотвращает худший сценарий развития болезни.

При общении с населением важным является формирование активного поведения для самостоятельного решения возникающих проблем, чтобы избежать развития рентных отношений, подразумевающих пассивное ожидание помощи от общественных организаций и органов власти.

Демографические прогнозы в отношении старения населения известны, поэтому знание особенностей работы медицинской сестры с пациентами пожилого и преклонного возраста становится все более востребованным. Люди пожилого и старого возраста все более будут нуждаться в оздоровлении и лечении, в связи с чем, знание основ геронтологии становится важным для сестер.

Особенностями преклонного возраста является эгоцентричность (т.е. сосредоточение на себе), тревожность, медлительность в принятии решений, недоверчивость, а в психологическом плане – страх быть обманутым и страх одиночества. Если сравнить проявления эмоциональных переживаний пожилых и молодых людей, то с возрастом происходит значительное уменьшение переживаний в виде тоски и печали с увеличением тревоги, раздражительности, угрюмости, страха (В.П. Ефименко). Сестра должна использовать медленную речь лицом к лицу, подкрепленную жестами. В ситуациях общения медицинской сестры с пациентами наркологического профиля и геронтологического возраста важна сдержанность в проявлении эмоций, поскольку люди с негативными эмоциями страха, обиды и гнева заразительны для окружающих. Кроме того, грубая, небрежная, вспыльчивая медсестра производит тяжелое впечатление. Медсестра должна уметь владеть своим настроением, эмоциями, контролировать поведение, речь, внешний вид, выражение лица, улыбку к месту.

Необходимо последовательное поведение по соблюдению требований в фирме, поскольку неоправданные уступки таким людям – грубое отступление от норм этики.

Должен существовать категорический негласный запрет на жалобы в присутствии пациентов на нехватку лекарств, на скепсис о назначениях врача или пренебрежительные отзывы о выполняемых ею процедурах, неодобрительные оценки руководства и порядков в фирме.

Особенностью демографической политики, реализуемой в нашей стране, является особое внимание к семье, в связи с чем, организация отдыха для семей с детьми становится актуальной задачей деятельности многих оздоровительных организаций, а также приоритетом политики государства в отношении к семье.

Некоторые особенности современного образа жизни детей и подростков вызывают необходимость учитывать их, в том числе и при оздоровительном отдыхе или обращении за МУДП.

Особенности работы медицинской сестры с пациентами школьного возраста:

Высокие школьные нагрузки способствуют усталости и различным расстройствам в состоянии психического и физического здоровья, основные факторы и ситуации, предрасполагающие к возникновению пограничных расстройств у школьников следующие:

- Неспособность справиться с учебной нагрузкой;
- Враждебное отношение педагога;
- Смена школьного коллектива;
- Неприятие детским коллективом.
- Чрезмерная умственная нагрузка (длительно травмирующая ситуация);
- Переутомление.
- Частота отклонений в поведении увеличивается от начала четверти, года - к концу.

- Распространенность неврозов увеличивается от начальных классов к старшим (у мальчиков в 2 раза, у девочек - в 3,3 раза).

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 ни к чему хорошему это не приводит. Внимание сестры к подобным проявлениям нездоровья и своевременная помощь врача сделают отдых и оздоровление ребенка более качественным. Существуют дети, не укладывающиеся в привычные представления медицинских и педагогических работников о поведении, которое несет оттенок негатива и разрушения.

Варианты дезадаптивного поведения детей:

1. Активный протест. Ребенок непослушен, нарушает дисциплину на уроке, на перемене - 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 учителя формально. На перемене - пассивен, предпочитает находиться один, не проявляет интереса к коллективным играм. Депрессивное настроение, страхи.

3. Реакция тревожности и неуверенности. 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

сопровожаются появлением невротической симптоматики в виде тиков, заикания, энуреза и т. п., а также учащением соматических заболеваний.

Причины для проведения раннего вмешательства в особое поведение ребенка:

- влияние ровесников имеет эпидемический характер, поэтому нельзя допустить злоупотребление ПАВ именно у подростков;
- злоупотребление ПАВ сопровождается психическими расстройствами, что становится риском не только для самого ребенка, но и для контингента лиц, получающих оздоровление;
- злоупотребление ПАВ более успешно лечится именно в подростковом возрасте;
- сокращение числа подростков, злоупотребляющих ПАВ, ведет к уменьшению инфицирования ВИЧ и заболеваемости СПИД.

Таким образом, дезадаптивное поведение ребенка должно находиться под пристальным вниманием медицинских сестер, известно врачу и родителям, которые сообща найдут выход из подобных ситуаций.

Медицинские сестры, как и врачи, должны давать профессиональные советы взрослому окружению, чтобы сохранить психическое здоровье ребенка:

- Всегда находите время поговорить с ребенком. Интересуйтесь его проблемами, вникайте в возникающие у него сложности, обсуждайте их, давайте советы.
- • Не оказывайте нажима на ребенка, признайте его право самостоятельно принимать решения, уважайте его право на собственное мнение.
- • Научитесь относиться к ребенку как равноправному партнеру, который пока просто обладает меньшим жизненным опытом.
- • Не унижайте ребенка криком, исключите из практики семейного воспитания «психологические пощечины».

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

- Осознайте, что взрослеющий подросток не всегда адекватен своим

особенностей. Умейте прощать, «лечите» добром.

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

- Целесообразно справедливое распределение внимания и заботы, ведь «Поощрение столь же необходимо, как канифоль для смычка виртуоза», - считал К.Прутков.

- Внимательность к мелочам в поведении, свидетельствующем о лжи.

К деятельности медицинского персонала фирм предъявляются особые требования, выполнение которых важно для успеха деятельности всей МО.

Особенности работы медицинских сестер в организациях здравоохранения негосударственных форм собственности:

Анализ литературы и собственный опыт позволяет утверждать, что в ОЗ государственной и негосударственной формы собственности существуют определенные различия в подходах к профессиональной деятельности персонала. Так, исследованием «Геллап» установлено, что 13% сотрудников в ФРГ высоко мотивированы и заинтересованы в работе; 67% немцев работают по предписанию, а 20% мысленно уже уволилось. Если перенести эти показатели на наши реалии, то примерно такие же пропорции будут между работниками негосударственной формы собственности (13%, поскольку в объеме оказываемой медицинской помощи это незначительно более 10%), подавляющий объем помощи осуществляется в организациях здравоохранения государственной формы

собственности недостаточно мотивированным персоналом. Между тем, известно, что в фирмах создаются определенные условия для персонала со стратегическим мышлением:

- *готовность к расширению самостоятельности и ответственности при оказании помощи пациенту;

- *современное материально-техническое обеспечение рабочих мест;

- *организация труда медицинской сестры с учетом новых технологий лечебно-диагностического процесса;

- *внедрение сестринского процесса в практику сестринского ухода;

- *повышение престижа труда медицинской сестры в глазах общества и врачей;

- *возрастание числа сестер с подготовкой повышенного уровня (специализация, расширенные знания и навыки, степень независимости в практической деятельности, самостоятельность в принятии решений, знание директивных документов и правовых норм, владение иностранным языком);

- *реальная возможность воздействовать на сохранение и укрепление здоровья пациентов на индивидуальном уровне: «Учит истинному красноречию (знанию) как умению сказать все, что нужно, но не больше, чем нужно» - Ларошфуко.

Высокие требования к уровню образования специалистов сестринского дела для медицинских организаций негосударственной формы собственности привели к тому, что до 89,6% их работников имеют высшее образование (на 2010г.). Помимо прочего, в этих организациях существуют дополнительные факторы компетентности для главных медицинских сестер, которые состоят в следующем:

- Используются организационные стимулирующие стратегии сохранения здоровья, носящие индивидуальный характер за дополнительную плату;

■ Осуществляется регулярное обновление материально-технического сопровождения рабочих мест и образовательных программ для сотрудников с приглашением специалистов извне;

■ Применяется комбинированная мотивация сестринской самостоятельности посредством системы симуляционного обучения согласно принципу life- long learning (обучение через всю жизнь), метода наставничества. Применение резервов повышения качества сестринской помощи по новым специальностям активно используется в фирмах. Это использование адекватных технологий работы с пациентом в условиях организаций здравоохранения негосударственной формы собственности; повышение в глазах пациента роли и значимости медицинской сестры, как носителя гуманизма общечеловеческих ценностей общества наравне с врачом; достойная оплата труда и дифференцированное вознаграждение за работу согласно объему и качеству медицинской помощи.

Заслуживает внимания опыт коммерческих структур о привлечении к деятельности персонала из лиц с высшим сестринским образованием и о материальной мотивации их труда.

Особенностями сестер из фирм следует считать более высокий уровень знаний, выраженное стремление к карьерному росту, владение новыми информационными технологиями, желание изучать иностранный язык. Одной из форм поощрения изучения и применения иностранного опыта в своей деятельности руководители этих организаций избрали материальное стимулирование за знание и применение иностранного языка. Привлекательные условия труда снижают текучесть кадров, которая на протяжении ряда лет сохраняется на низком уровне.

Работа руководителя изобилует необходимостью принятия решений. Анализ еще не означает результат. Любой управленец может столкнуться с сопротивлением переменам со стороны своего окружения, и он должен быть готов к этому.

Трудности, с которыми сталкиваются руководители при решении проблем в МО любой формы собственности, включают:

- *слишком много информации: трата времени на поиски фактов; не выявлены необходимые ключевые данные;

- *нет перспективного планирования: в последнюю минуту осознается нехватка времени; недостаточно данных;

- *не распознаются полезные идеи: сомнения в собственных идеях; игнорирование чужих.

Методы успешного решения организационных и управленческих проблем отчасти основаны на исправлении выше указанного: четком определении руководителем проблемы, ее записи; установлении им фактов и целей; рассмотрении широкого спектра решений, спокойном обсуждении вариантов и идей. Необходимо сосредоточиться на достижении желательных результатов, при этом стараясь выбрать лучшее решение.

Необходимо быть готовыми к опосредованным последствиям мирового экономического кризиса, через потребителей медицинских услуг, поставщиков оборудования, медикаментов, технологий и т.п. Дальновидному руководителю нужно разработать собственные методы кризисного управления, разработать систему мероприятий, позволяющих урегулировать кризис, если он возникнет:

- * иметь план действий на случай кризисных ситуаций (например, компьютерный сбой, забастовка транспорта, не поставка оборудования, несвоевременность платежей, пожар и т.д.);

- * предвидеть событие (а не просто реагировать на происходящее);

- * не откладывать принятие решений в надежде, что проблема исчезнет сама по себе;

- * не реагировать на мелкие трудности так, будто это серьезные кризисы;

- * помнить, что если случится кризис, следует реагировать спокойно, но быстро.

В системе взаимодействия с пациентом-потребителем МУДП культура речи медицинского работника является важным навыком. Критериями оценки качества выступления медицинского работника с успехом используют в работе руководители фирм:

1. Актуальность выступления
2. Краткость речи, умение уложиться в предлагаемый регламент
3. Логика
4. Дикция
5. Риторика
6. Образность выражений
7. Дискуссия, умение начать, поддержать, продолжить, завершить
8. Качество демонстрации материала
9. Связь с практикой
10. Жесты

Критерии оценок 1-10 баллов.

Навыки деловой речи медицинскому работнику полезно развивать на протяжении всей жизни, поскольку динамичность профессионального общения закрепляется умением быть убедительным.

В медицинских фирмах негосударственной формы собственности созданы условия для персонала со стратегическим мышлением:

*готовность к расширению самостоятельности и ответственности при оказании помощи пациенту;

*современное материально-техническое обеспечение рабочих мест;

*организация труда медицинской сестры с учетом новых технологий лечебно-диагностического процесса;

*внедрение сестринского процесса в практику сестринского ухода;

*повышение престижа труда медицинской сестры в глазах общества и врачей;

*возрастание числа сестер с подготовкой повышенного уровня (специализация, расширенные знания и навыки, степень независимости в

практической деятельности, самостоятельность в принятии решений, знания директивных документов и правовых норм, владение иностранным языком);

*реальная возможность воздействовать на сохранение и укрепление здоровья нации.

Таким образом, эффективное взаимодействие врача, сестры и пациента предпочтительно по модели партнерства и взаимного уважения.

ГЛАВА 4. ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ПРОДАЖИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ И ПОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Медицинский маркетинг и реклама – это комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой, продвижением услуг к потребителям, а также процессом их реализации в условиях оптимизации системы лечения и оздоровления. Маркетинг – это управление спросом на определенные виды услуг, в т.ч. МУДП.

Маркетинг помогает получить следующую информацию:

- какие медицинские услуги и почему хотят получить пациенты;
- сколько они готовы заплатить за них;
- где наиболее высокий спрос на конкретные медицинские услуги;
- каким образом добиться более высокого объема и качества оказываемых медицинских услуг;
- как получать более высокие доходы в отличие от конкурентов.

Маркетинговые исследования проводятся на основании изучения статистической информации, экспертных оценок, анкетирования пациентов.

Маркетинговая деятельность ОЗ предполагает основные пути:

- Совершенствование производства медицинских услуг.
- Совершенствование характеристик, повышение качества, увеличение потребительских свойств, совершенствование организации предоставления услуг (графиков работы, повышение квалификации специалистов).
- Интенсификация коммерческих усилий означает, что организация предпринимает меры для увеличения сбыта услуг.
- Необходимо отыскать потребности и удовлетворить нужды покупателя.

Маркетинговая деятельность будет тем успешней, чем в большей степени учтены все особенности среды, в которой она протекает.

МО при маркетинге МУДП должны учитывать:

1. Возможности потребителя (количество, концентрация, платежеспособность, структуру заболеваемости).

2. Возможности лечебной или оздоровительной организации (состояние кадров, лицензирование услуг, техническую оснащенность, опыт коммерческой деятельности).

3. Качество, уровень и доступность медицинских услуг (набор услуг, количество, виды, возможности совершенствования и обновления услуг, новизна, практический и медицинский эффект).

4. Конкуренцию (количество аналогичных услуг, качество и эффективность, оснащенность новейшей техникой, профессиональный уровень специалистов, авторитет в других учреждениях).

5. Маркетинг заслуженно считается наиболее продуктивным видом предпринимательской деятельности. По содержанию он отличается от простой продажи товара или услуги. Задача продажи – заставить заказчика купить товар, находящийся на складе компании, а маркетинг заботится о том, чтобы организация произвела и поставила товар (услугу), нужный потребителю.

6. За основу принимаются потребности и требования покупателя, на них ориентируется производство услуги, исходя из них, определяются цены, ведется рекламная кампания. В условиях конкурентного рынка граждане экономически заинтересованы в сохранении собственного здоровья, а предприятия – в наличии здоровой рабочей силы. В связи с этим к здравоохранению предъявляются определенные требования в повышении эффективности, организации оказания качества МУДП.

7. Произошла замена роли организатора, типичная в условиях централизованного управления, на роль менеджера, профессиональным орудием которого должен стать маркетинг. Определенные требования

предъявляются к медсестрам-менеджерам. От руководителя требуется определить роль и место маркетинга в деятельности ОЗ. С этой целью в его структуре может быть создано самостоятельное подразделение.

В здравоохранении в роли покупателей услуг выступают пациенты (граждане, больные). У каждого пациента имеются свои потребности, нужда в какой-либо медицинской услуге.

Реализация задачи воздействия на человека зависит от соответствия внешней информации внутренним факторам. Этих факторов много, но основные из них: потребности, мотивы, цели, установки, характерологические особенности человека.

Потребность – осознаваемое и переживаемое человеком состояние нужды в чем-либо. Осознанные потребности – это желания, которые человек может сформировать и наметить план действий для их реализации. Чем сильнее желание, тем энергичнее стремление преодолеть преграды на пути.

По А. Маслоу выделяется 5 уровней потребностей:

- физиологические (органические);
- потребности в безопасности, в самозащите, сохранении здоровья;
- потребности в любви, находиться в обществе и быть принятым им;
- потребности в уважении, самоуважении, стремление к компетентности, достижению успехов;
- самый высший уровень – потребность в самоактуализации, стремление к реализации своих способностей, достижение высокого уровня личностного развития.

Основную роль в мотивации поведения человека играют, по А. Маслоу, потребности высшего уровня, они могут быть актуальными в случае, когда удовлетворены нижележащие потребности.

Потребность – это определенный вид нуждаемости (физиологической, социальной, личностно-потребительской) с учетом особенностей образа жизни, культурного уровня и психологической ориентации личности. Маркетинговые услуги позволяют реализовать товар (услугу) в тех случаях, когда определена потребность населения.

Важной задачей является выявление потребности населения в МУДП. Составляющей понятия «маркетинг» является «товар», который не ограничивается физическими объектами. Товаром можно назвать все, что способно удовлетворить нужду, это могут быть личности, места, организации, виды деятельности, идеи. Использование термина «товар» временами кажется непривычным, в контексте сестринского дела, его можно заменить другим: «удовлетворение потребности», например, в уходе.

Таким образом, сестринские услуги являются «товаром», который они могут пациентам/клиентам продать. Задачей старшей медсестры является разработка стандартов сестринских услуг, в которых нуждается потребитель. Этому будет способствовать внедрение сестринского процесса, в основе которого лежат жизненно важные потребности, требующие разработки и улучшения качества сестринских услуг. Длительное время МУДП в МО пользовались большим спросом и до недавнего времени не нуждались в маркетинге. С усилением конкуренции встает необходимость принимать сложные маркетинговые решения, поскольку возрастают издержки, а производительность и качество ухудшаются.

Нужда – это чувство нехватки чего-либо, ощущаемое человеком. В здравоохранении это означает чувство нездоровья, желание быть здоровым. Такая нужда заставляет человека стремиться на поиски желаемого, порождает устремленность к удовлетворению ее – потребность. Потребность – это нужда, принявшая определенную специфическую форму – нужного товара или нужной услуги. Нужда быть

здоровым определяет потребность поиска средств и способов выздоровления. Многие руководители смешивают понятие нужды и потребности. Когда у человека возникает нужда (желание быть здоровым), он ищет предмет, который удовлетворит либо ограничивает нужду. Это предметы, объекты, устройства, приспособления, способные удовлетворить нужду тем способом, который присущ только здравоохранению.

Производителя МУДП не просто интересуют потребности, а те из них, которые обеспечены покупательской способностью конкретных групп людей. Задача заключается в воздействии на уровень, время и характер спроса на товары и услуги со стороны потребителей.

Запрос – это потребность, подкрепленная покупательской способностью. Человек выбирает товар или услугу, совокупность потребительских свойств которого обеспечивает ему наибольшее удовлетворение за данную цену. Пациент выбирает санаторное или оздоровительное учреждение, которое за ту же плату может предоставить наиболее качественную услугу.

Спрос – количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене. Спрос – это платежеспособная потребность в медицинских услугах. Он зависит от уровня доходов населения, изменений в его структуре, численности пациентов в стране, от так называемого «форсирования спроса» на медицинские услуги, когда врачи поставленными диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на свои услуги.

Состояние спроса может быть различным.

Отрицательный спрос – интерес к товарам и услугам, которые недолюбливает потребитель (например, прививки от гриппа, стоматологические процедуры). При этом проводится анализ причин и поиск путей изменения негативного отношения к товару (услуге).

Скрытый спрос – тот, который невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке товаров и услуг. Существует большой скрытый спрос на внутриматочные спирали, гомеопатические препараты, проведение ультразвуковых исследований, мини-аборты, безвредные сигареты, поэтому требуется развивающий маркетинг, цель которого – оценка величины потенциального спроса и создание товара (услуги), способных его удовлетворить.

Падающий спрос – снижение спроса на один или несколько товаров. В настоящее время упал спрос на некоторые виды МУДП в фирмах, бывшие недавно популярными у населения. Например, на липосакцию в косметологии. Следует проанализировать причины снижения спроса и добиться обратной тенденции с помощью поиска новых рынков, изменения характеристик товара, установления эффективной коммуникации.

Нерегулярный спрос – колеблющийся во времени, что обуславливает проблемы перегрузки или недогрузки производителя. В начале недели операции и высокоспециализированные манипуляции проводятся чаще, чем в конце недели. Потребность в лечебном, реабилитационном, профилактическом лечении выше в весенне-летний период. Сглаживание колебания спроса во времени проводится с помощью гибкости цен, графиков работы специалистов.

Полноценным считают спрос, совпадающий с торговым оборотом фирмы. МО оказывает возможное количество МУДП, исходя из материальной базы, численности персонала и количественной и качественной потребности пациентов. При подобном спросе проводится поддерживающий маркетинг, направленный на сохранение высокого качества товара и анализ уровня потребительской удовлетворенности

Нерациональным считается спрос на товары и услуги, вредные для здоровья и безопасности потребителей. В этом случае необходим противодействующий маркетинг, предполагающий повышение цен,

ограничение доступности товаров (услуг), распространение устрашающих сведений (кампании против распространения сигарет, спиртных напитков, наркотических средств).

Может наблюдаться *отсутствие* спроса, когда потребители не заинтересованы в товаре и услуге или безразличны к ним. Например, медики могут не заинтересоваться новым терапевтическим приемом, а студенты медицинских университетов – изучением некоторых теоретических дисциплин. Эффективным будет использование стимулирующего маркетинга, задачей которого является поиск способов сочетания выгод предлагаемого товара (услуги) с естественными потребностями человека.

Понятие спроса связано с характеристиками потребителя МУДП, которые делятся на группы:

1. Экономичные пациенты – пенсионеры, студенты и другие малообеспеченные категории населения – высокочувствительные к ценам (составляет более 50% от числа потенциальных пациентов в странах СНГ).

2. Престижные пациенты – часть предпринимателей, интеллигенции – для которых важен престиж, качество медицинских услуг. Они малочувствительны к ценам, составляют около 20% потенциальных клиентов.

3. Этичные пациенты – люди, относящиеся к любой из двух предыдущих групп – ценят определенные этические качества медицинских услуг (принадлежность к стране-производителю, городу, социальной группе). Они составляют около 20% всех потенциальных клиентов.

4. Новаторы ориентируются на все новое (методы диагностики, лечения). Они экстравагантны. У них качество МУДП связано с возрастом врача (сестры), предпочтение отдают молодым медицинским работникам.

5. «Консерваторы» – группа пациентов, противоположная новаторам. Ориентированы на проверенные методы диагностики и

лечения, считают более надежными медицинских работников с большим стажем.

Администрация МО должна поддерживать и генерировать корпоративную культуру, включающую единую систему ценностей учреждения, норм и правил его деятельности, передаваемую сотрудникам.

Одной из маркетинговых задач МО любой формы собственности, с которыми они, является качество обслуживания: легче всего выделиться, предложив услуги более высокого качества, чем у конкурентов. Стали разрабатываться стандарты, позволяющие контролировать качество медицинских услуг. За рубежом в сестринском деле появилось направление, названное «Гарантия качества», предлагающие всевозможные методы и техники для осуществления контроля сестринской деятельности. По мнению отечественных авторов, контроль и взыскательность являются важнейшими элементами стимулирования труда. Ничто не может побудить лучше, чем сознание, что всякое отклонение от нормы тотчас будет замечено и осуждено руководителями, коллегами и пациентами, равно как достижение обязательно встретит признательность и поощрение.

Многие это занятие кажется дорогим или несообразным с их деятельностью. Есть организации медицинского обслуживания, считающие использование маркетинга профессионально неэтичным. Некоторые санаторные или оздоровительные учреждения пользовались в прошлом столь большой популярностью, что до недавнего времени не испытывали нужды в маркетинге.

Предложение МУДП более высокого качества влечет за собой увеличение издержек. Однако инвестиции окупаются, поскольку наиболее полное удовлетворение покупателей приводит к их устойчивой приверженности и увеличению продаж. Организация сферы услуг с акцентом на качество работы персонала подразумевает внутренний маркетинг.

Если МО намеревается предоставить МУДП наивысшего качества, каждый сотрудник должен быть ориентирован на покупателя.

Недостаточно иметь специализированный отдел, занимающийся традиционным маркетингом, в то время как остальная часть организации существует сама по себе. Руководители должны поощрять всех членов организации к внедрению маркетинга. Внутренний маркетинг фактически должен предшествовать внешнему предложению. Нет смысла рекламировать превосходное качество услуги до тех пор, пока персонал не сможет его обеспечить. Двухсторонний маркетинг означает, что воспринимаемое качество услуги в значительной степени зависит от качества взаимодействия с пациентом.

В маркетинге товаров качество приобретаемого почти не зависит от того, как он приобретен, но в маркетинге услуг качество обслуживания зависит от поставщика услуг и качества поставки МУДП.

Эффективное взаимодействие медика и пациента имеет большое значение для удовлетворительной передачи услуги. Покупатель-пациент судит о качестве предложенной услуги не только по характеристикам, но и по качеству и этичности ее предоставления. Для поддержания интереса потребителей и контроля взаимоотношений с покупателями-пациентами важно развивать навыки маркетинга взаимоотношений. Они основываются на следующих условиях:

- удовлетворение желаний потребителей;
- высокие стандарты качества обслуживания;
- коллегиальные взаимоотношения у персонала приводят к позитивному общению с покупателями услуги.

Маркетинг в фирмах находится в стадии становления и развития. Чем скорее положительный зарубежный опыт станет достоянием врачей, медсестер, руководителей, тем успешнее будут преодолены трудности и недостатки, касающиеся здоровья людей. Маркетинг не единственное средство достижения успеха, не панацея от всех неудач на рынке, но

овладение его методикой позволит руководителям и работникам ОЗ повысить эффективность своей работы в условиях рыночных отношений.

Услуга является базовым понятием сервисной деятельности. Согласно определению это действие, приносящее пользу другому (нравственно-психологическая составляющая) и разного рода удобства, предоставляемые кому-нибудь (производственная сторона).

Производство услуг может быть не связано с товаром в его материальном виде.

Содержание медицинской услуги (МУДП) можно условно разделить на профессиональную основу и сервисные атрибуты при ее оказании.

Что нравится пациенту

1. Помещение, где оказывают процедуру или манипуляцию, оформление и интерьер. Здесь нужны знания по психологии восприятия, рекламы и соционике.

2. Поведение первого медика, вступающего в контакт с пациентом, соблюдение установленного режима работы, присутствие сотрудников на рабочем месте. Важны их внешний вид и поведение, соответствующее имиджу фирмы (организации); подстраивающееся поведение медика к ситуации; способность расположить к себе человека, завоевать доверие; этика, отражающая достаточный уровень культуры общения; умение выбрать адекватную форму обращения с предпочтением имени-отчества. Для данного раздела пригодится знание коммуникативной психологии, этики, имиджологии, презентации, психологии продаж.

В медицине нехватка сравнительной информации и осмысленных критериев результатов лечения создает стимулы для конкуренции на основе того, что в учреждении приятная обстановка, высокотехнологичное оборудование, широкий ассортимент услуг, успокаивающие манеры медика, наблюдающего больного. При этом цены могут быть достаточно высокими.

Возможность находиться в отдельном номере с автономным расширенным комплексом удобств и предоставлением дополнительных услуг, убранство приемного покоя или холла ожидания и кабинет врача с продуманным интерьером и уровнем комфорта, например, предполагают качество сервиса, отличное от общепринятого. Отсутствие очередей, организация краткого досуга перед врачебным приемом, заинтересованное отношение к запросам клиента будут им, несомненно, оценены.

Однако удовлетворенность покупателя медицинских услуг – это неадекватный критерий качества. Критерием правильности является информация о краткосрочных и долгосрочных результатах лечения конкретных болезней, учитывая общее состояние здоровья пациента. Сущность профессиональной услуги при оказании медицинской помощи, независимо от обширности и безупречности сервиса, заключается в соответствии лечебно-диагностического процесса состоянию здоровья пациента.

Использование диагностических или лечебных средств (аппаратуры, оборудования, инструментария, расходного материала, медикаментов) является неотъемлемой частью медицинской услуги, их значимость определяется требованиями необходимой достаточности. Суперсовременные или сверхмощные средства хороши тогда, когда использование прочих мало результативно.

Нужно иметь информацию и критерии результатов лечения на уровне конкретных условий и курсов лечения, вместо того чтобы полагаться на данные, предоставляемые самими врачами. Оплата курса лечения от рака никогда не станет тем же, что покупка машины. Стимулы в системе здравоохранения радикально улучшатся, если пациенты, учреждения и медицинские работники смогут основывать свои решения на сравнительных данных о правильных критериях результатов лечения и ценах.

Можно делить медицинскую услугу по вещественности на осязаемые действия, направленные *на тело* человека. Другие услуги относят к неосязаемым действиям, направленным *на сознание* человека (обучение элементам здоровья в образовательно-информационных программах и разного рода усовершенствованиях этих знаний). Кроме этого, можно делить услуги на *материальные* (в здравоохранении, общепите) и *нематериальные*, обеспечивающие духовные потребности людей в образовании, информации.

Связь с индивидуальностью человека можно проследить в другой классификации:

1. Стандартизированные услуги, предоставляемые по строго установленным правилам.
2. Творческие услуги, которые индивидуализируют в соответствии с пожеланиями клиента.
3. Услуги личностные, осуществляемые особым лицам, имеющим высокие профессиональные качества.
4. Услуги, где специалист заменяем.
5. Добровольно осуществляемые исполнителем услуги.
6. Навязанные услуги.

Для понимания природы медицинской услуги можно использовать критерий участия в процессе самого заказчика-пациента: является ли он частью системы или получает услугу вне системы. Это важно для руководителей, чтобы выбрать подходящую стратегию для управления оказанием данной услуги. Так формируются высоко контактные медицинские услуги.

Характеристики медицинских услуг: неосязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества, несохраняемость.

Неосязаемость услуг состоит в том, что их невозможно увидеть, ощутить другими органами чувств. В ряде случаев можно дать какое-либо представление о характере оказываемой услуги. Например,

продемонстрировать косметологические успехи пациентов, которым были проведены пластические операции.

Неосвязаемость медицинских услуг создает проблему авансированного доверия потребителя производителю таких услуг.

Риск покупателя в сделках купли-продажи услуг существенно выше, чем при продаже товаров, и оценить его сложнее, поскольку лечебный процесс исчерпывающей регламентации (стандартизации и унификации) не подлежит. Каждый врач осуществляет его по-разному.

Услуга не существует до ее предоставления. Это делает сравнение и оценку услуги до ее получения невозможным. Сравнить можно только ожидаемые выгоды и полученные. Ключевая проблема – возможный разрыв между ожиданием клиента и фактическим восприятием полученной услуги. Требования потребителя профессиональных услуг могут быть завышенными. Получая услугу, он рассчитывает на такой результат, который недостижим или достижим в части либо на условиях многофакторного благоприятствования. Такие не подтвердившиеся представления чаще всего оборачиваются требованиями возврата внесенной платы за завершующую услугу. Соответствие завышенных ожиданий фактически наступившему результату МУДП нередко порождает необоснованные претензии.

Врач не может нести правовую ответственность за не наступление ожидаемого результата, если сделал все, что мог и должен был сделать. Услуга завершается в момент окончания действий по принятым обязательствам, а не в момент наступления результата. Разрыв между завершением услуги и наступлением результата может быть различным. Результат, невзирая на корректность услуги, может быть полным, неполным, либо отсутствовать из-за индивидуальной реакции организма. Эти основания не позволяют признать услугу ненадлежащей.

Если товар существует сам по себе, то услуга не существует без медика, который ее оказывает. Для привлечения клиентов иногда важнее

указывать не сам набор услуг, а специалистов, особенно если они достаточно известны. Естественно, что чем опытнее врач или медсестра, оказывающая МУДП, тем она будет более высококачественной. Потому качество одних и тех же услуг может варьировать в широких пределах (непостоянство качества). В зависимости от состояния пациента может отличаться качество (результат) услуги и даже у одного и того же специалиста.

Услугу *невозможно сохранить*. Например, при проведении массажа больной с остеохондрозом позвоночника чувствует облегчение, однако со временем эффект проходит. Именно с несохраняемостью услуги связана ее предварительная оплата.

Основными элементами услуги являются:

- субъекты услуги (пациент - медицинский работник);
- психология услуги (взаимоотношения субъектов);
- материальность (стоимостное и материальное выражение затрат по удовлетворению потребителя),
- документальность (фиксированная информация о количественной и качественной стороне выполненной услуги).

Свойства услуги: цель, приоритетность, вес, своевременность, полнота, адекватность. Это и экономичность, оперативность, эмоциональность, а также оснащенность при выполнении. Следует особо подчеркнуть важность для медицинских услуг такого свойства как эмоциональность. Многочисленные социологические опросы показывают, что, характеризуя качество оказанной помощи, пациенты, в первую очередь, оценивают отношение к себе врача и медицинской сестры.

Медицинские услуги, как и другие товары, попадающие на рынок, в своей потребительской ценности проходит ряд стадий, которые называются стадиями жизненного цикла: *внедрение, рост, зрелость, насыщение, спад*.

На стадии *внедрения* требуются большие затраты, на прибыль рассчитывать не приходится. Задача этой стадии – создать основу для последующих действий. Чем быстрее пройдена ранняя стадия, тем более успешной может считаться маркетинговая деятельность.

Стадия *роста* характеризуется началом эффективной деятельности. Затраты стабилизируются, появляется прибыль. Желательно также быстрее преодолеть эту стадию, для чего необходимо расширение рынка сбыта.

Стабилизация деятельности МО означает его вступление в *фазу* зрелости. Задача состоит в том, чтобы как можно дольше задержаться на этой стадии. Маркетинговые службы на этой стадии должны думать о перспективе дальнейшего развития данной услуги, модификации или замене.

Со временем полезность услуги снижается, *наступает спад*, сокращается экономическая эффективность. Если спад остановить не удастся (улучшив качество, предоставив более широкий ассортимент услуг, изменив графики работ, привлекая пациентов диспансерных групп), производство услуги целесообразно прекратить, предложив новые услуги. Чтобы определить, на какой стадии находится оказание той или иной услуги, и наметить соответствующие управляющие воздействия, проводят постоянный маркетинговый контроль. При оказании МУДП нужно четко знать, какие из них пользуются спросом, а о каких пациенты недостаточно осведомлены, на какие спрос снижается. Их следует либо видоизменять, усовершенствовать, либо отказаться вообще.

Для появления и эффективности МУДП в условиях рыночных отношений, необходимо чтобы население знало об ее достоинствах. Доведение информации покупателю достигается при помощи коммуникативной политики, которая включает в себя:

- личную продажу (устное представление товара потенциальным покупателям, установление и поддержание личных контактов с потенциальными покупателями);

- стимулирование сбыта (активизация и поощрение торговых посредников, продавцов с помощью сезонных, других ценовых скидок, лотерей, поощрение постоянных покупателей и т.д.),
- пропаганду (проведение кампаний с целью изменения восприятия населением товарных групп);
- рекламу.

Реклама – это коммерческая информация об услуге или фирме, привлекающая к ним внимание и убеждающая в достоинствах и преимуществах. Задачи рекламы:

- информация пациента о содержании предлагаемой услуги (например, полировка и обработка зубов фтористым лаком);
- мотивация ее необходимости, полезности в целом и определенном технологическом исполнении;
- убежденность в оправданности затрат (в примере выше – затраты на процедуру меньше, чем на лечение при возникновении кариеса без профилактического вмешательства);
- презентация ОЗ, наилучшим образом удовлетворяющей потребностям в МУДП.

Конкретные задачи рекламной политики:

- формирование у пациентов образа организации и определенного уровня знаний о медицинской услуге;
- побуждение потребителей обратиться в данное учреждение;
- влияние на партнерские отношения в других медицинских организациях.

Выбирая вид рекламы, нужно определить категорию пациентов, на которую она ориентирована. Например, реклама дорогих медицинских услуг (косметологических, сервисных) может быть размещена в дорогих печатных изданиях.

Одной из задач рекламы является сообщение об услугах, товарах медицинского значения, так, чтобы вызвать необходимую реакцию потребителя, которая достигается знанием психологии рекламы.

Недобросовестной является реклама, дискредитирующая юридических и физических лиц, не пользующихся рекламируемыми товарами; содержит некорректные сравнения рекламируемой услуги в других юридических организациях или у иных физических лиц, а также высказывания, образы, порочащие честь, достоинство или деловую репутацию конкурента; вводит потребителей в заблуждение посредством имитации текста, изображений, музыкальных или звуковых эффектов, используемых в рекламе других товаров и услуг, либо посредством злоупотребления доверием людей, недостатком у них знаний, в том числе в связи с отсутствием в рекламе части существенной информации.

Недостоверной является реклама, в которой присутствуют не соответствующие действительности сведения в отношении определенных характеристик товара. Это может быть природа, состав, способ и дата изготовления, назначение, наличие сертификата соответствия; стоимость товара или услуги на момент распространения рекламы; дополнительные условия оплаты; гарантийные обязательства, срок службы, срок годности; наличие официального признания, получения медалей, призов, дипломов и иных наград. Недостоверными являются также сведения, содержащие результаты исследований, научные термины, цитаты из научных и технических публикаций; статистические показатели, которые не должны представляться в виде, преувеличивающем их обоснованность; ссылки, в том числе устаревшие, на какие-либо рекомендации или на одобрение юридических (физических) лиц; использование терминов в превосходной степени, в том числе путем употребления слов «самый», «только», «лучший», «абсолютный», «единственный» и тому подобных, если их невозможно подтвердить документально.

Неэтичной является реклама, содержащая информацию, нарушающую общепринятые нормы гуманности и морали в отношении расы, национальности, профессии, социальной категории, возрастной группы. Или в отношении какого-то языка, пола, религиозных, философских, политических, сексуальных убеждений человека.

Для успешной рекламной деятельности необходимо соблюдение ряда условий:

1. Наличие четкой информации о возможных потребителях (их составе, потребностях, уровне информированности о предлагаемой услуге, мнении об организации-исполнителе), конкурентах (их сильных и слабых сторонах), услугах, пользующихся максимальным спросом.

2. Выбор целей, задач, ведущей темы рекламы (например, пропаганда красивой фигуры, красивых волос или новых возможностей в лечении заболеваний).

3. Определение вида рекламы. Это может быть объявление в газете, на радио, выступление на радио, телевидении, реклама на транспорте – транспортные щиты, плакаты, листовки.

4. Разработка ее формы, определение веских аргументов в пользу предлагаемой услуги. При этом может использоваться рациональная реклама, заставляющая пациента задуматься над полученной информацией, и ассоциативная реклама, направленная на то, чтобы пробудить желание воспользоваться предлагаемой услугой, вызвать мысленные представления об ее результатах (например, создание ореола, успешности, образа здоровья, молодости, красоты). Примером рациональной рекламы может служить стимулирование доказательства предпочтительности оральной контрацепции (или какого-либо определенного препарата) по сравнению с другими средствами.

5. Определение объема финансирования проведения рекламной компании и соотношение с объемом планируемой прибыли.

6. Длительность рекламной компании и время ее проведения.

7. Оценка эффективности рекламной деятельности.

С изменением экономических отношений в здравоохранении, формированием рынка, развитием платных услуг, наличием учреждений разных форм собственности с конкурирующими взаимоотношениями между ними, стала актуальной задача не просто оказания каких-либо услуг, но приведения их в соответствие с реальными потребностями и пожеланиями пациентов. Это составляет сущность маркетинговой деятельности, с необходимостью которой рано или поздно в той или иной степени столкнется каждая лечебно-профилактическая организация.

Умение продать медицинскую услугу требует особых навыков продавца-медика.

Исторически было несколько моделей формирования навыков продаж, которые эволюционировали по мере изменения экономического климата. Они могут быть условно разделены на 5 категорий.

1. Модель персональной подготовки акцентирует внимание на индивидуальности медика, его упорстве и выдержке в ходе продажи медицинской услуги.

2. Модель межперсональных навыков фокусируется на построении отношений с пациентом и определяет ключевые персональные характеристики продавца.

3. Модель с акцентом на презентации выделяет и подчеркивает значимость демонстрации достоинства продаваемой МУДП.

4. Модель с акцентом на практическом применении (разработана в 80-х годах) фокусируется на стратегии использования товара и развитии партнерских отношений с пациентом.

5. Матричная модель продажи медицинской услуги, которая является относительно новой. В ее рамках продажи осуществляются через интервью, а не презентацию. Основное внимание уделяется вопросам создания добавленной стоимости и сокращения издержек.

При ответе на вопрос о том, какую модель использовать, большинство профессионалов-продавцов выбирают персональную и межперсональную модели, как базовые для успеха в продажах.

Умение продать медицинскую услугу является ментальной игрой, особой разновидностью умонастроения. Мысли определяют наши чувства и действия. Если у продавца в голове негативные установки, то с большой долей вероятности можно прогнозировать его эффективность в продажах.

У каждого есть негативные мысли. Успешные сотрудники обычно имеют более развитый навык их обнаружения у себя, осмысления и корректировки, что способствует успеху. Исследования выявили *7 основных негативных установок*, которые могут служить *барьером на пути к успешным продажам*. Эти установки могут войти в привычку. В результате человек не обращает на них внимания и считает такой настрой вполне естественным. Охарактеризуем каждую из выявленных разновидностей и укажем, чем в этих случаях может помочь руководитель отдела продаж медицинской услуги.

1. Самообвинение. Медик принимает на себя ответственность за негативные события или провал сделки. Успех относит на счет удачи или благосклонности судьбы.

Роль учителя, наставника. Необходимо подвергнуть сомнению уверенность продавца в том, что тот имеет полный контроль над покупателем услуги. Можно иметь влияние на других, но нельзя тотально контролировать. Сделка может не состояться из-за ограничений услуги или текущей экономической ситуации, денежных затруднений пациента, а не из-за неспособности продавца к продажам. Наставник помогает составить список факторов, влияющих на продажу, план работы над индивидуальными навыками. Активная роль учителя в анализе прошлых и настоящих удач помогает сотруднику избавиться от самообвинения.

2. Неаккуратное прогнозирование. В период, когда менеджер по предложению МУДП находится в процессе продажи, он может ошибочно

делать пессимистические прогнозы относительно будущей эффективности предлагаемого товара.

Роль наставника. Даже опытный продавец может находиться в периоде спада продаж. Задача в этой ситуации – поддержать сотрудника, не отрицая факта снижения продаж. Можно предоставить информацию (графики, таблицы), которые показывают, что снижение является обычным делом, и чтобы опровергнуть мысли, что продажи никогда не вернутся на прежний уровень. То, как продавец видит снижение эффективности, определяет то, как быстро и легко восстановится его уверенность и контроль.

3. Потребность в немедленных результатах. Некоторые продавцы рассчитывают на немедленный успех. У них не хватает терпения, они испытывают разочарование, недовольство при снижении продаж.

Роль наставника. Ожидание быстрого результата является чертой характера. Наставник должен рассматривать стремление к успеху, как сильную сторону, которая в некоторых случаях может стать определенным ограничением. Учитель совместно с продавцом может выработать план получения результата, объединяющий несколько сделок за определенный период. Временная рамка, в пределах которой необходимо получить результат, позволит сместить акцент с желания получить результат сразу.

4. Катастрофические преувеличения. Некоторые имеют тенденцию превращать небольшие огрехи в катастрофу. Неудачный звонок или встреча могут привести к возрастанию тревоги и вере в то, что им не удастся заключить договор на предоставление услуги, за что их уволят.

Роль наставника. Руководитель отдела продаж МУДП должен вмешаться при первых признаках таких преувеличений, иначе продавец потеряет уверенность в себе, провалит сделку. Рациональный, логичный подход, а также техники релаксации будут наиболее уместны. Он должен применяться для исправления ситуации.

5. Поиск поддержки. Люди, ищущие поддержки от каждого, испытывают постоянный страх отвержения и потери доверия, что представляет угрозу для продажи.

Роль наставника. Можно обратиться к рассудочному анализу ситуации: невозможно всем угодить и сделать так, чтобы все тебя любили. Вот некоторые из вопросов, которые наставник-руководитель отдела продаж может обсудить с продавцом:

Можно ли практически всем угодить? Насколько вы цените мнение человека? Кого отвергают: вас или МУДП? Эта критика обоснована? Если критика справедлива, что можно с этим сделать?

Критику и отказ следует рассматривать, как возможность поучиться и получить опыт.

6. Поиск комфорта. Некоторые люди считают, что жизнь должна быть легкой и веселой, что может иметь негативные последствия для эффективной работы.

Роль наставника. Необходимо обсудить универсальность этого подхода к жизни и работе. Приходится работать с убеждением человека, что «жизнь должна быть легкой и необременительной», понимая, что это скорее желание, чем реальность. Необходимо выработать план действий с четко обозначенными временными границами для преодоления поведения избегания. При отсутствии изменений в поведении сотрудника руководитель-наставник должен на это указать и сделать предметом конструктивного обсуждения.

7. Генерализация. Люди верят, что за одной неудачей обязательно последуют другие.

Роль наставника. Руководитель должен работать с всеобъемлющим стилем мышления человека, отмечая, что одна неудача — это изолированное событие, которое не является индикатором будущего. Прояснение фактов, которые повлияли на негативное событие, помогут руководителю и сотруднику выработать стратегию предотвращения или

минимизации влияния данной установки. В результате сотрудник получит большую уверенность в способности влиять на обстоятельства, ранее казавшиеся неизбежными.

Наиболее неохотно при профессиональном общении врачами осваиваются проблемы гарантий. Врач уходит от обсуждения этой темы, зная, что от него хотят услышать конкретный срок, в течение которого надо бесплатно устранять возможные проблемы после лечения. Врач сопротивляется такой постановке вопроса, поскольку не все зависит от него. Проблемы пациента могут быть связаны с общим состоянием здоровья, плохим уходом, низким качеством жизни, но он хочет знать о гарантиях, наслушался рекламы, где ему обещали срок гарантии: год, два, три. Таким образом, поведение медицинской сестры при формировании моделей продажи МУДП сложно и многогранно, должно базироваться на разнообразных знаниях.

ГЛАВА 5. ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ ПО ПРИОБРЕТЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ, ИЛИ КАК ОБЩАТЬСЯ С ТРУДНЫМИ ЛЮДЬМИ

Общение людей друг с другом - сложное психологическое взаимодействие, особенно в условиях болезни пациента и нацеленности врача (сестры) на продажу медицинских услуг.

С конфликтными людьми, так называемыми «трудными», каждый мог встретиться в повседневной жизни. Этот термин был введен в употребление американским психологом Р. М. Бремсоном в книге «Общение с трудными людьми». Опираясь на эту работу, можно выделить несколько типов людей, общение с которыми может легко переходить в конфликт, агрессию, вызывать отрицательные эмоции и порождать проблемы. Среди них присутствуют две большие категории людей: активные конфликтные пациенты ("танки", "снайперы" и "взрыватели") и пассивные конфликтные люди. К таким категориям относят людей-жалобщиков, молчунов, покладистых, пессимистов, а также нерешительных лиц типа «стопоров», лгунов, «ложных альтруистов».

Описанные в литературе подходы к разрешению конфликтов рассчитаны на общение с обычными людьми, встречающимися в жизни ежедневно. Однако бывают люди, которые не пойдут навстречу, какие бы усилия для примирения ни прилагали другие. При столкновении с особенно трудным человеком, обладающим определенными личностными характеристиками, которые стоят на пути разрешения проблемы необходимо использование некоторых общих принципов. В дополнение к этому можно использовать специальные подходы к общению с трудными людьми общеизвестных категорий.

Каждый специалист может составить собственную классификацию «трудных» людей, основанную на личных качествах и жизненном опыте. Например, женщина, долгие годы страдающая в качестве дочери властной матери- тирана, отнесет каждого, кто проявляет аналогичные качества, особенно если это женщина, к категории трудных в общении людей. Или

мужчина, разведшийся с изводившей его болтливостью женой, может отнести человека, которому не свойственна лаконичность, к категории тех, общение с которыми затруднительно.

Помимо специфических случаев классификации, существуют определенные типы людей, признанных трудными теми, кто постоянно сталкивается с разными людьми в силу своих профессиональных интересов - консультантами, работниками сферы услуг, врачами (сестрами). Описание таких типов людей облегчает работу медицинского работника с ними: после идентификации можно будет понимать, как общаться с таким человеком.

Классификация разных типов «трудных» людей (Р.М. Бремсон):

- «Агрессивные», которые подразделяются на следующие категории: "шермановские танки", "снайперы" и "взрыватели". Это люди, которые задирают других, говорят колкости и раздражаются, если их не слушают.

- Жалобщики, у которых всегда найдется что-нибудь, на что сетовать. Обычно они ничего не делают для решения проблемы, потому, что считают себя не способными ни на что, или не хотят брать на себя ответственность.

- Молчуны, которые спокойны и немногословны. Вы не знаете, о чем они в действительности думают или чего хотят.

- Сверхпокладистые люди, которые скажут "да" по любому поводу, пообещают поддержку, но слова у таких расходятся с делом: они не выполняют своих обещаний и не оправдывают возложенных на них надежд.

- Вечные пессимисты, которые всегда предвидят неудачи, поскольку обычно считают, что из затеваемого ничего не получится, такие люди всегда стараются сказать "нет" или постоянно испытывают беспокойство, ответив согласием.

- Всезнайки, считающие себя выше других, потому что, как они сами полагают, знают все на свете; при этом они хотят, чтобы об этом

"превосходстве" знали другие. Они могут действовать как "бульдозеры", расталкивающие всех на своем пути со своими "знаниями". Они могут также вести себя, как "пузыри", переполненные осознанием важности. Часто они ошибаются, поскольку в основном это всего лишь роль.

- Нерешительные или "стопоры" - люди, которые не решаются принять то или иное решение, боясь ошибки. Они тянут до тех пор, пока это решение не будет принято без них или пока необходимость его принятия отпадет вообще. В настоящее время число таких людей возросло в связи с возможностями получения «псевдо медицинских» знаний из сети интернет.

«Трудные» люди иного типа порождают в других надежды, а потом действуют вопреки ожиданиям. Д-р Георг Р. Бах, психиатр, называет таких людей "с ума сводящими" пациентами, потому что они вводят других в заблуждение тем, что не оправдывают возложенных на них надежд. Таким образом, их поведение подрывает основы доверия людей друг к другу, которое должно смягчать человеческие взаимоотношения. Можно столкнуться "с ума сводящими" людьми другого типа, которые подают противоречивые надежды или выражают противоречивые желания и ждут от вас их удовлетворения. Иногда "с ума сводящий" человек может попросить о чем-то, а потом создаст обстановку, в которой выполнение его просьбы становится невозможным, и специалист не может сдержать свое слово.

Встречаются и другие люди, стиль общения и поведения которых затрудняет взаимоотношения с ними, например:

- "Максималисты", которые хотят чего-то прямо сейчас, даже если в этом нет необходимости, этим грешит молодость.

- "Скрытные", которые держат все в себе, не говорят о своих обидах, а потом внезапно набрасываются на вас, когда вы считаете, что все идет прекрасно.

- "Невинные лгуны", которые замечают следы ложью или серией обманов, так что вы перестаете понимать, во что верить, а во что - нет.

- "Ложные альтруисты", которые якобы делают вам добро, но в глубине души сожалеют об этом. Это можно почувствовать в иных обстоятельствах или неожиданно проявиться в виде саботажа, востребования подаренного или требования компенсации.

Встречаются люди - "игроки" различных типов, например такие, которые говорят и поступают в стиле "да, но...". Они описаны Э. Берном в книге "Игры, в которые играют люди". Внешне люди поступают так, а думают иначе. Специалист не будет понимать, что происходит, пока не попадет в их ловушку. В личном опыте сестры могли быть встречи с большим количеством типов «трудных» пациентов. Однако знание классификации «трудных» людей недостаточно, необходимо знание того, как поступать в случаях, когда медицинский работник вынужден вступать в контакт с такими людьми в силу своей профессии.

Общий принцип общения с трудными людьми любого типа состоит в том, чтобы отдавать себе отчет в существовании некоторых скрытых интересов или потребностей, которые они удовлетворяют, действуя таким образом. Например, агрессивный человек может действовать, как «паровой каток», потому что в глубине души боится иметь дело с другими людьми, или в силу боязни страха перед возможностью ошибки. Спокойный молчун замыкается в себе, боясь открыться другим людям; вечный пессимист пророчит неудачи, потому, что ему удобнее жить с уверенностью в неудаче, чем в удаче. Следовательно, если врач или сестра должны вступить в общение с «трудным» человеком, то им следует выявить скрытые потребности и интересы такого пациента, подумать над тем, как их удовлетворить. Подход аналогичен тому, которым пользуются при разрешении обычных конфликтов. Можно рассмотреть различные принципы и подходы и примерить их к конкретной ситуации, в которой специалист оказался.

Контакт с «трудным» человеком может вызвать у специалиста огорчение, гнев, растерянность, подавленность и иные чувства, выбивающие из колеи. Такой пациент сам по себе может нести эмоциональный заряд, как, например, "динамит", который "взрывается", когда что-то происходит вопреки его желанию. Таким образом, одним из первых шагов должен быть тот, что позволяет взять под контроль собственные эмоции или дать выход чувствам другого человека, если необходимо продолжить общение для разрешения конфликта. Ниже приведены некоторые установки (*правила*), которые следует *запомнить*:

- Стараться не принимать на свой счет слова и поведение другого человека. Для удовлетворения своих нужд трудный пациент ведет себя аналогичным образом со всеми. Напомните себе об этом, чтобы избежать отрицательных эмоций.

- Осознать, не отнесли ли вы этого человека к категории «трудных» потому, что он напоминает вам кого-то, с кем в прошлом были затруднения при общении, например, деспотичную мать или старшего брата, который всегда одерживал над вами верх. Если это так, нужно постараться отделить ваше восприятие этого человека от чувств, которые вы испытывали к тому, кого он вам напоминает.

- Использовать творческую визуализацию или иной способ успокоения для овладения эмоциями, которые вы испытываете.

- Использовать те приемы общения, которые позволяют дать выход эмоциям другого человека («угу», «м - да» реакции).

- Если чувствуете, что все больше попадаете под влияние «трудного» пациента (например, общаясь с вечным пессимистом, можно начать терять надежду на успех лечения, или почувствовать враждебность, контактируя с его агрессией), то отметьте этот факт, тогда вы сможете остановиться. Напомните себе, что вы позволили самому себе взглянуть на ситуацию с точки зрения другого человека только для того, чтобы понять его точку зрения, и что вы - совсем другой человек с иной позицией. Таким образом,

отделите себя от этого человека; повторяйте себе: "Я - не тот человек. У меня собственный взгляд на мир", или что-то подобное. Сделайте выдох и мысленно махните на это рукой. Вы избавитесь от точки зрения другого и вернете собственную точку зрения.

В общении с «трудным» главное состоит в понимании того, какие желания и интересы пациента, в чем заключаются его цели и как помочь в их достижении. Оценив потребности человека, будет легче решить, стоит ли вступать с ним в контакт. Может оказаться, что невозможно этого избежать, в силу специфики профессии, или потому, что он занимает по отношению к вам более высокое положение. Например, являясь вашим начальником, а вы не хотите в настоящее время отходить от собственной позиции. Иногда оценка интересов другого человека может отбить у врача (сестры) желание быть вовлеченным в конфликтную ситуацию. Можно осознанно уйти от конфликта, но часто к нему приводит профессиональная необходимость во взаимодействии. Представьте возникновение конфликта с тихим молчуном, с которым ранее вы дружили, но вдруг почувствовали отчуждение с его стороны. Понимая, что что-то случилось, но не уверены, в чем причина холодности. Когда вы встречаетесь, создается впечатление, что знакомый не хочет разговаривать. Почему? Вы не знаете этого и начинаете чувствовать большее раздражение. Один из ответов может состоять в том, чтобы забыть этого человека и не быть вовлеченным в конфликт. Если он не говорит о том, что произошло, то тем хуже для него. Вы не можете становиться прозорливцем, чтобы угадать его мысли на расстоянии, и можно просто уйти и жить своей жизнью. Возможно, это будет удобно для вас, но не для дела. С другой стороны, дружбой с этим человеком вы дорожите. Может быть, человек ведет себя странно потому, что обижен или стеснен чем-то, чему вы не придали значения. Возможно, коллега или пациент боится вступить в конфронтацию с вами, пожаловавшись на то, что его действительно беспокоит. Может он чувствует затруднения, чтобы справиться с гневом или иными чувствами,

которые будут сопровождать объяснение. Можно попытаться выявить скрытые потребности, показав, что готовы оказать поддержку и не будете ни в чем осуждать другого, побудив его высказаться. Это не даст гарантию тому, что человек раскроется, однако такой подход может оказаться полезным при общении с «трудными» людьми. В итоге, «трудным» человека делают его особые потребности. Известно, что нужды, которые разжигают и обосновывают обычные конфликты, есть и у простых людей, но у них эти потребности ситуационные, связанные с соображениями престижа, социальной принадлежности, финансовой выгоды. Например, желание большего рейтинга или более высокого положения на службе, иногда они связаны с прошлыми потерями и разочарованиями. Например, агрессивный человек своей злобой и напором пытается подавить собственную пугливость и малодушие, поэтому если предоставить такому пациенту внимательного и доброжелательного слушателя в своем лице, можно помочь человеку. Можно внезапно обнаружить, что пациент перестал быть «трудным», найдя в вас поддержку и понимание.

Часто люди трудны в общении, потому что существуют ложные представления и непонимание. Такие сложности возникают у людей, обычно избегающих общения, что порождает конфликты. В этом случае проблемы общения становятся более серьезными; они прогрессируют, когда человек старается справиться с ситуацией. Проблемы, связанные с недостатком общения, возникают иногда на работе. Допустим, в результате различных обращений медицинская сестра думает, что заведующий отделением старается саботировать ее усилия, выставить в невыгодном свете перед пациентом или коллегами. Приходит время полугодового отчета и сестра считает, что заведующий хочет повысить свои шансы перед руководством на продвижение. В обычном случае сестра могла бы рассердиться, открыто высказать свои подозрения или ответить на саботаж тем же. Однако, если в такой ситуации участвует трудный человек, то он может быть намного более чувствительным к

предполагаемому пренебрежению или ущемлению в правах. Его реакция может быть сильнее, а создаваемая им ситуация - более взрывоопасной. «Трудный» человек для достижения желаемого может использовать репутацию "трудного", вынуждая других уступать ему. Например, человек, относящийся к типу враждебных людей, может ответить вспышкой гнева, оскорблением, пророчеством, желая просто смутить и подавить другого. «Молчун» может еще больше замкнуться в себе, показывая, нежелание снисходить до разговора с человеком - источником своих проблем. Наладить общение с «трудным» пациентом может быть важным, но оказаться трудным делом, требующим приложить больше усилий. При этом будет необходимо проявить больше настойчивости, уравновешенности или уважительности, если нужно разрешить конфликт, а не уйти от него совсем. Можно обнаружить, что вы способны пробиться сквозь броню эмоций, недоверия и страха, если это удастся, то может оказаться, что «трудный» человек совсем таковым не является.

Трудные пациенты особо чувствительны в вопросах вины и ответственности, могут с большим пылом стараться обвинять других или высказывать обвинения в резкой форме. Иногда они уходят в защиту, чувствуя обвинения, но, не желая признать неправоту, ни перед кем. Встречаются пациенты типа "хронических обвинителей", которые выискивают ошибки и обличают виновных, считая, что это может решить их проблему. На самом деле это унижает предполагаемого виновника, создает для него атмосферу дискомфорта, заставляет оправдываться: "Я этого не делал" или "Может быть, я и сделал это, но я только выполнял распоряжения". В профессиональной работе может встретиться человек, принадлежащий к типу "мучеников", желающий, чтобы во всем обвиняли его. Принимая обвинения за то, чего не делал, или, выставляя действия в невыгодном свете, "мученик" действует так, как будто его самоунижение может решить проблему. Он хочет надеяться на то, что его станут больше любить и уважать за роль «козла отпущения», однако это не способствует

решению проблемы. Трудность общения с "мучениками", и с "хроническими обвинителями" состоит в том, что они драматизируют ситуацию и вызывают эскалацию конфликта. Например, обвинитель считает, что всегда прав, создавая в ходе конфликта впечатление, что неправы другие. Мученик, напротив, отчаянно хочет понравиться людям, для чего берет на себя роль «козла отпущения», считая, что тем самым он облегчит жизнь другим, которые будут ему за это благодарны. Можно обнаружить, что такие люди объединяют в себе и другие качества, затрудняющие общение. Например, враждебно-агрессивный "паровой каток" может легко стать "обвинителем", а спокойный молчун может превратиться в страдальца ("мученика"), давая свалить на себя вину.

Таким образом, при контакте с «трудным» пациентом врачу или сестре особенно важно не попасть в ловушку ответственности. Старайтесь не дать дискуссии сосредоточиться на вопросе ответственности за ту или иную проблему. Это можно делать, уводя обсуждение от прошлого и концентрируя внимание на будущем с целью разрешения конфликта. Можно сказать: да, это случилось и вы (другой человек, или кто-то еще) несете определенную ответственность за это. Но сейчас это не так важно, в настоящий момент имеет значение то, что следует делать для решения возникшей проблемы. Следует нейтрализовать беспокойство трудного человека по поводу прошлой ответственности и взять инициативу в свои руки для ориентации на разрешение конфликта в будущем. Эта стратегия вытекает из необходимости склонить людей к признанию собственной ответственности, если они виновны, для предпринятия некоторых действий по исправлению ошибки. Может показаться, что это не отвечает важности признания врачом собственной ответственности, если в возникновение конфликта он внес и свой вклад. Следует сосредоточить внимание на том, как разрешить конфликт, невзирая на то, кто виновен в его возникновении.

Примером приспособления может быть такой случай. Однажды автор идеи составляла проект вместе с трудным человеком, которого она

охарактеризовала как комбинацию "обвинителя", "жалобщика" и "пессимиста". Эти типы поведения в значительной мере проявились из-за новизны проекта, поскольку тот человек до этого не писал ничего подобного, он беспокоился, считая, что все будет плохо, не доверял издателю, книжному издательству в целом, хотя страстно желал стать автором книги. Человек был труден в общении; автору опыта казалось, что она все время ходит по лезвию бритвы, потому что на «трудного» практически ничто не действовало. Но автор идеи взяла обязательство закончить книгу, рассчитывала на оплату, проект книги был одобрен издательством. Таким образом, она нашла пути успокоить «трудного» соавтора, убедить его в успехе. Она использовала стиль приспособления, поскольку любые попытки добиться компромисса только разжигали его скрытые подозрения и страхи в неизвестной для него области деятельности. О сотрудничестве не могло быть и речи, потому что его эмоции были близки к взрыву, не дающему надежды на спокойное обсуждение. Исходя из практических соображений, кроме полного уклонения от решения проблемы, приспособление было единственно возможным вариантом. Оно и было выбрано, поскольку закончить книгу автору с соавтором было намного важнее.

Иногда можно обнаружить, что, сталкиваясь с трудным человеком, выбирают один из этих двух подходов - уклонение или приспособление. Трудный человек старается для достижения своих целей использовать отличительные особенности своего поведения. "Паровой каток" идет напролом, "жалобщик" жалуется, "взрывоопасный" взрывается, потому что предполагает, что другие люди не захотят противодействовать. Если предмет конфликта не очень важен для вас, то лучше уклониться от него или уступить. Такой подход позволит сохранить мир и спокойствие.

С другой стороны, если есть время и возникшая проблема достаточно важна для вас, можно попытаться использовать для удовлетворения собственных интересов другие подходы - компромисс или

сотрудничество. Тогда будет необходимо принимать во внимание особые потребности, которые делают человека «трудным для выработки вариантов решения, удовлетворяющих его интересы. Например, вы работаете в медицинской фирме, один из сотрудников которой часто ищет повода унизить вас. Критикует вашу работу в присутствии других людей, сообщает заведующему, что вы чего-то не сделали, хотя работа выполнена в полном объеме. При этом вы даже подозреваете, что коллега специально вносит беспорядок в ваши документы и почту, в то время как вы ничего не можете доказать и боитесь высказать необоснованные обвинения. Можно стараться избегать контактов с таким человеком, уклоняться от личных встреч, избегая открытой ссоры. Однако, если обдумать ситуацию глубже, можно обнаружить истинную причину такого поведения и найти мирное решение в рамках компромисса или сотрудничества. Возможно даже превращение этого «трудного» человека в союзника или друга. Например, если коллега поступает с вами, таким образом, из-за ревности, то следует действовать в направлении разубеждения. Если вы напоминаете этому человеку кого-то, кто в прошлом нанес ему обиду, то следует найти время для обсуждения. Если чувствуете, что человек не хочет разговора, начните с подготовки почвы для него, расположите к себе небольшими знаками внимания или мелкими услугами. Постарайтесь устранить скрытые причины того, почему человек «труден». Для этого медицинскому работнику необходимо быть покладистым, сочувствующим и доброжелательным, чтобы побудить пациента к аналогичному отношению к вам. Если не соблазниться упрощенным решением конфликтного взаимодействия, есть шанс найти корень проблемы, устранив причины, разрядив атмосферу, можно приступить к поиску решения, удовлетворяющего обоих.

Как вести себя с «трудными» людьми различных типов

Общие принципы при контактах с «трудными» людьми всех типов, можно успешно использовать, но наиболее эффективными становятся

специальные подходы, учитывающие особенности каждого типа в отдельности. Приведем примеры с учетом того, что «трудный» человек может объединять в себе несколько характерных особенностей. Например, «взрывоопасный» человек в некоторых случаях может вести себя как спокойный «молчун». Идея состоит в сохранении гибкости, применении к конкретному человеку соответствующего подхода, учитывая его скрытые потребности и интересы, а также собственные приоритеты.

Тип "паровой каток" (в разных источниках - "шермановский танк"). Сложные в общении и конфликтные пациенты подвергают нападению манеру поведения людей, их личные качества. Чаще всего это грубые бесцеремонные люди, действующие напором и яростью. «Танки» обычно достигают сиюминутных целей, но платят за это потерей друзей и испорченными отношениями. Подобные люди испытывают сильную потребность доказывать себе и окружающим правильность собственного взгляда на мир, превыше всего ставят агрессию и уверенность. Главным убеждением «танка» является: “Если я смогу убедить вас стать слабым и неуверенным, то в глазах окружающих я стану сильным и уверенным”.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Дайте ему выговориться и немного устать.
- Перехватите инициативу любым возможным способом.
- Привлекайте его внимание, называя его по имени, или подчеркнуто вставая или садясь.
- Попробуйте усадить и его.
- Поддерживайте контакт глазами.
- Не спорьте с ним.
- Проявите дружелюбие.

Во взаимодействии с ригидным человеком, какими могут быть престарелые пациенты, сконцентрируйте свое внимание на правилах, приказах, законах, договоренностях. Чем больше формальностей соблюдено, тем выше результат.

Тип "скрытый агрессор" «снайпер» не похож на тяжелый «танк», но тоже неприятен. Это люди, любящие говорить колкости, иронизировать, издеваться, плести интриги или махинации. Они предпочитают скрытый подход, прикрывшись дружелюбием, разят стрелами по ближним мишеням; прибегают к косвенным намекам; используют не совсем шуточные попытки поддразнить и отпускают не самые невинные насмешки и колкости. «Снайперы» используют напряженность в коллективе, чтобы создать свое убежище, из которого можно нанести удар по объектам своего гнева или зависти. Они сопровождают свои словесные нападки дружескими жестами, из-за чего ответный удар в их адрес может выглядеть, не как защита, а как акт агрессии, словно вы нападаете беспочвенно.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Разоблачайте их, выводите из-за укрытия. Не позволяйте социальным условностям остановить вас.

- Не сосредотачивайтесь на его точке зрения, привлечите всех окружающих к участию в дискуссии.- Если вы окажетесь свидетелем конфликтной ситуации с участием «снайпера», не принимайте в ней участие, но сумейте настоять, чтобы конфликт в вашем присутствии был прекращен.

- Предложите ему альтернативу прямой борьбе.

Тип "разгневанный ребенок" ("взрывной человек", «гранатометчик»). Человек, относящийся к этому типу людей, не является злым по природе; он взрывается, как ребенок, у которого плохое настроение. Для непримиримого «Гранатометчика» характерны слабо контролируемые приступы агрессии, подпитываемые яростью в силу особенностей взрывного возбудимого темперамента и неустойчивого настроения. Эти вспышки могут случаться в ходе разговора или дискуссии, которая начинается вполне дружелюбно. Обычно они происходят, если «гранатометчик» чувствует физическую или психологическую угрозу.

Типичной реакцией «гранатометчика» на угрожающую реплику является гнев, за которым следуют обвинения.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Дайте ему время выдохнуться.
- Если он никак не остановится, прервите его вспышку какой-нибудь нейтральной фразой: «Прекратите! Остановитесь!».
- Покажите, что вы серьезно относитесь к его словам.
- Если есть возможность, сделайте перерыв и поговорите с ним наедине на отвлеченные темы. Почувствовав, что снова контролирует ситуацию, такой человек снова будет казаться спокойным и рассудительным. После подобной вспышки неуправляемый человек может быть смущен и чувствовать вину. Примите его извинения и продолжайте работать, как будто и не было никакого взрыва.

Вечный “Жалобщик” горько стонет и поднимает шум по всякому поводу, но никогда не предпринимает реальных действий, чтобы что-то исправить. «Жалобщик» - человек, который находит дефекты во всем. Порой у них бывают и оправданные претензии, но действительно уладить проблему они хотят крайне редко. Жалобщики воспринимают себя как людей, совершенных по натуре, но не имеющих власти, зато способных дать рецепты, что надлежит делать. Эта уверенность приводит к тому, что действительно полезные попытки решить проблему они превращают в предъявление претензий и жалоб.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Выслушайте его претензии, даже, если считаете себя виноватым, и теряете терпение.
- Дайте понять, что вы понимаете суть его претензий, отвечая формулировкой его заявлений другими словами.
- Не соглашайтесь с его претензиями, но и не вступайте в спор, поскольку это закончится обменом аргументами типа “обвинение - оправдание” и так до бесконечности.

- Установите и огласите факты, не давая никаких комментариев.
- Переключите разговор на конкретное решение проблемы.
- Если ничего не помогло, спросите его: “Ну, и чем, по-вашему, должна завершиться эта дискуссия?” Это и есть основной прием: переключить внимание «Жалобщика» с обвинений на конкретное решение конкретной проблемы. Если человек начнет повторяться (этому типу свойственно «хождение по кругу»), то спокойно и уверенно верните его в русло проблемы, структурировав все его претензии по пунктам.

Вы не обязаны во всех случаях признавать жалобу справедливой. Если она обоснована, разумеется, нужно согласиться. Если же нет, то нужно показать, что вы поняли сказанное, и занять нейтральную позицию. Сделайте ударение на том, что теперь, когда суть вопроса ясна, необходимо определить, что же делать дальше. Вам может потребоваться не один раз направлять разговор в сторону решения проблемы. А если вам удастся прервать этот поток повторяющихся жалоб, то вы сможете заняться самим конфликтом, обсуждая его, и подумать над тем, существуют ли реальные варианты его разрешения. Если же этот человек обвиняет кого-то или что-то необоснованно, вы можете помочь ему увидеть свою ошибку. Конечно, если вы чувствуете, что поток жалоб превратился в непреодолимый замкнутый круг и разговор уже невозможно направить в конструктивное русло, вы всегда можете махнуть рукой на это. По крайней мере, вы сделали все, что могли.

Из-за своей чрезмерной тревожности, повышенных требований к себе и окружающим *сверхточный* человек склонен все подвергать сомнению. Может показаться, что он придирается. Он обидчив, мнителен, неразговорчив, очень сдержан в эмоциональных проявлениях. Ответственная работа, выполнение заданий «сегодня на вчера» не для него. И наоборот, когда работа требует большего времени, скрупулезности, можно смело рассчитывать на такого человека.

Необщительный тип "молчун" ("тихоня", «бука») представляет собой молчаливого, неохотно поддерживающего беседу человека, сталкиваясь с любой нежелательной ситуацией, он замолкает. Спросите их, о чем они думают в этот момент, и получите в ответ нечто невнятное. На самом деле «буки» используют молчание как оборонительное оружие, пытаясь не выдать себя и избежать упреков. С другой стороны, молчание может стать оружием агрессии и наступления, способом уязвить вас, лишиться доступа к себе. Иногда молчанием маскируют страх, угрюмый гнев, оно также может означать злобный отказ от сотрудничества. С личностями этого типа невероятно сложно работать из-за того коммуникационного барьера, который они воздвигают. Эти пациенты неохотно идут на открытый разговор, их речь перемежается долгими паузами. В результате общение может сорваться, а взаимодействие оказаться непродуктивным.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Вместо того, чтобы пытаться догадаться о сути его молчания - разговаривайте его.
- Задавайте вопросы, не допускающие односложных ответов.
- Задавайте наводящие вопросы, помогая собеседнику.
- Не заполняйте паузы своими комментариями, дождитесь ответа без раздражения.
- Если вы не получаете ответа, дайте комментарий происходящему. Закончите вопросом, допускающим несколько ответов. Подождите немного и повторите это снова.
- Спокойно отнеситесь к репликам типа “Не знаю” и “Я могу идти?”
- Если собеседник раскрылся, не пропускайте реплики, якобы не относящиеся к делу, хватайтесь за ниточку, и вы можете вскрыть важную проблему.

Сверхпокладистый “Пластилин” ведет себя разумно, логично, искренне, готов поддержать вас, но далеко не всегда выполняет обещанное им. Такие пациенты хотят со всеми дружить, любят внимание, но у их

дружелюбия есть обратная сторона. Они, как правило, увлекают вас обманчивыми намеками и ссылками на проблему, с которой они работают, с готовностью соглашаются с вашими планами выполнения задачи, а после всего этого подводят вас, так ничего и не выполнив. Этот тип «трудных» пациентов доставляет особенно много проблем, ибо сначала они приучают вас к мысли, что полностью согласны с вашими планами, а потом подводят вас.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Выясните и определите причины, мешающие пациенту выполнять обещанное дело.
- Дайте понять, что цените его как человека, спросите о семье, увлечениях, интересах.
- Попросите его рассказать о том, что может стать помехой в ваших хороших отношениях.
- Прислушивайтесь к его шуткам, в остротах и колкостях может содержаться намек.

Человек с негативным отношением к окружающим, отрицатель «Нигилист» действует на коллектив подобно коррозии и может лишить людей всяких стимулов к работе. «Нигилист» - это личность, которая при работе в команде не соглашается с любыми общими предложениями, но является первым голосом в хоре критиков общих успехов. Иногда эта критика воспринимается, как конструктивная, хотя на самом деле она способна скорее разрушить прогресс, достигнутый общими усилиями. Хотя эти люди озлоблены на жизнь за то, что она к ним несправедлива, они могут относиться с глубокой заинтересованностью и серьезностью к любой поставленной перед ними задаче. Однако толк от такого человека будет только в том случае, когда они напрямую руководят процессом, поскольку считают, что справиться с этим никто не сможет лучше них самих.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Будьте начеку, помня о том, что он может внушить вам и членам вашей команды чувство глубокого отчаяния в работе.
- Говорите с оптимизмом об успехах при решении им сходных проблем, в прошлом.
- Не пытайтесь переломить его пессимизм.
- Не предлагайте собственных вариантов решения до тех пор, пока проблема не будет тщательно проанализирована.
- Первыми поднимайте вопрос о негативных сторонах того или иного варианта решения проблемы.
- Обнародуйте свои намерения без уверток и уклончивости. Вы должны настаивать на том, чтобы человек говорил правду. Его следует убедить в том, что ваше отношение к нему будет определяться не тем, что он во всем с вами соглашается, а тем, насколько он будет правдив, насколько последовательно будет поступать в дальнейшем.

Пациент «Всезнайка» имеет всепоглощающую потребность в признании всеми его интеллектуальных способностей, убежден в своем превосходстве над другими, проявляет себя либо как «бульдозер», расталкивающий всех, либо как надутый «пузырь», переполненный осознанием собственной значимости». «Всезнайки» - люди сложные, могут быть забияками; быть завзятыми спорщиками, говорить с другими, как взрослый с ребенком. Проблемы «всезнаек» состоят в поиске от окружающих своей значимости и уважения. Обычно люди, поработав с «всезнайкой», испытывают разочарование, ведущее к напряженности в рабочем общении.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Убедитесь, что достаточно подготовились к обсуждению, тщательно просмотрите соответствующие материалы и проверьте их точность.
- Избегайте догматичных заявлений.

- Если вы не согласны с доводами другого человека, и хотите с ним не согласиться, делайте это в форме вопросов.

- Дайте ему возможность сохранить лицо.

- Если возможно, беседуйте с ним наедине, без посторонних.

В душе нерешительного «Моллюска» сидит человек, стремящийся к совершенству и пытающийся пробиться наружу. Это скрытные, держащие все отрицательные чувства в себе люди, но в неожиданный момент выпускающие их на других в агрессивной форме, причем ему это не удается. Существует два типа нерешительных: один хочет, чтобы все делалось по его пониманию и никак иначе; второй намеренно затягивает дискуссию, предлагая все новые и новые точки зрения, сбивая с толку и вызывая досаду участников диалога. Нерешительные, как правило, с трудом могут передать окружающим свои мысли, желания, мнения. Самое большее, что они могут - это отстраниться, ибо не в состоянии пережить стресс, чтобы справиться с ним начинают тянуть время, подводя коллег. Они останавливают работу, не рассматривая альтернативные способы ее выполнения.

Правильное поведение медицинского работника, подход:

- Помогите ему рассказать о конфликтах и препятствиях, мешающих принять решение.

- Прислушайтесь к фразам, не имеющим прямого отношения к теме - это может вывести вас на суть проблемы.

- Предложите свой план, помогите в принятии решения.

- Когда решение найдено, продемонстрируйте человеку свою поддержку.

- Следите за поэтапным выполнением задачи.

- Следите за признаками гнева и попытками уйти от разговора.

Существует пять основных стилей общения с «трудным» человеком: соперничество, приспособление, компромисс, сотрудничество и уклонение. Выбор стиля определяется тем, на что направлены ваши

желания и интересы в данный момент. Если вас, прежде всего, интересует достижение собственной цели, то вы, скорее, воспользуетесь стратегией соперничества. Тем, для кого более значимо сохранение хороших отношений, подойдет стиль приспособления. Уклонение избирают преимущественно тогда, когда вообще не собираются решать ни свои, ни чужие вопросы в силу отсутствия желания, знаний или достаточных полномочий. Стратегия компромисса удобна для временного урегулирования ситуации, когда мы в обмен на свои уступки ожидаем уступок от другой стороны, удовлетворяя частично и свои желания, и чужие потребности. Наиболее сложной и продуктивной является стратегия сотрудничества, предполагающая поиск таких альтернатив в преодолении возникающих проблемных ситуаций, которые помогут обеим сторонам эффективно решить свои задачи, сохранив при этом уважительные, партнерские отношения.

Все стратегии являются универсальными в общении и работе с самыми разными людьми, однако не стоит забывать, что каждый человек требует гибкости в выборе стиля взаимодействия. К сожалению, мы склонны использовать только одну-две из названных стратегий, тогда как оптимальным можно считать применение разных моделей в зависимости от того, с кем, когда и на каких позициях мы общаемся.

Д.Г. Скотт (1991) предлагает известную подсказку о способах разрешения конфликтов в виде простой аксиомы: “Трудные люди предсказуемы”. Мы легко отражаем удары одного типа, но пропускаем другие. У каждого человека есть свои слабо защищенные психологические зоны, своя ахиллесова пята. Перечислим основные причины, приводящие к психическим травмам:

- Болезненная привязанность к себе, эгоцентризм, искривляющий весь процесс восприятия мира. Каждый из нас сталкивался с людьми, относящимися к миру либо надменно, либо излишне боязливо и осторожно. Когда такой человек получает сигнал о том, что мир и люди в

той или иной степени не принимают его, для него эта информация оказывается крайне болезненной и тогда почти любые виды взаимодействия с людьми могут рассматриваться как агрессия и удары.

- Повышенная агрессивность, побуждающая человека, переполненного этими чувствами, нападать на других людей, вызывать у них ответную агрессию, получать законную сдачу и страдать от обратных ударов, если они окажутся сильнее, чем он рассчитывал. Многие психические травмы, полученные человеком, имеют давние корни, объяснимые его собственной агрессивностью.
- Излишняя уступчивость, слабость, покорность, заставляющая человека внутренне сжиматься, съеживаться на психологическом уровне. Практика жизни показывает, что демонстрация слабости и покорности, привычка уступать в ответ на давление агрессора никогда не способны его умиротворить. Слабость лишь разъяряет людей с психологией, склонной к насилию.

• Готовность встречать в жизни только хорошее к себе отношение, непонимание того, что люди, встречающиеся на пути, не обязаны вас любить, а неприятные обстоятельства, с которыми вам иногда приходится сталкиваться, не обязаны предупреждать вас о своем существовании. Как правило, это свойство присуще людям в раннем возрасте, в юности и молодости, но затем жизнь жестоко наказывает за подобную наивность.

- Болезненная психологическая чувствительность и тонкокожесть, с которой человек рождается и которая предопределяет его болезненную реакцию на, казалось бы, самые незначительные касания жизни. Это свойство приводит к тому, что на хрупкой пленке сознания остаются отпечатки ударов и неприятных воздействий, полученных при общении с людьми. В дальнейшем эти отпечатки не растворяются и не стираются под другими следами, которые оставляет в душе человека жизнь, тренирующая его на выносливость, но фиксируются и закрепляются еще прочней. Человек начинает смотреть на мир через призму своей ранимой

психологической кожи и воспринимает его как сплошную угрозу и боль. Психологические травмы, которые оказались настолько сильными, что деформировали сознание человека, не сумевшего своевременно защитить себя и теперь всякий раз, когда возникает ситуация, хотя бы отчасти, похожая на ту прежнюю, травмирующую, человек начинает с новой силой испытывать боль и отрицательные переживания.

- Отсутствие цели, проявляющееся как хаотичное поведение, лишенное четкой логики и устремленности, и лишаящее человека вполне конкретной энергии защиты, хорошо знакомой всякому устремленному человеку. Люди, плывущие по течению, гораздо чаще открывают себя разнообразным влияниям и ударам, нежели непрерывно устремляющиеся цели, подобно стреле.

- Серьезное отношение к самому себе, чрезмерная чувствительность к отношению других людей к собственной личности, недостаток чувства юмора. Такие люди склонны преувеличивать любой пустяк, прокручивая в сознании любое сказанное против них слово, крайне болезненно воспринимают даже самые незначительные насмешки, не умеют разряжать ситуацию с помощью волшебной энергии улыбки и хорошей шутки.

- Стереотипное восприятие жизни, склонность видеть мир, людей и конфликты схематично. Неожиданное событие, окрашенное в темные тона, становится для людей этого склада проблемой, болью. Люди со стереотипным восприятием могут уверенно чувствовать себя в знакомой обстановке, но при смене правил игры меняются, начинают ощущать беспомощность и незащищенность. Этому препятствует недостаточный навык общения, отсутствие светскости и практического опыта соприкосновения с уверенными людьми, незнание правил построения контактов. Люди этой категории обычно мало контактны и чувствуют себя уязвимо, когда выходят в какое-либо общество. Обретение ими защищенности возможно только при устранении причин. Для медицинского работника это означает, что следует руководствоваться

умом, нежели эмоциями. Если известно, что данный человек – скучен и большой любитель мелких подробностей, предложите их ему. “На стенде имеется весь справочный материал, в том числе крупноформатные таблицы, адреса и телефоны. Сообщите мне, если вам еще что-то понадобится”. Если другой пациент любит краткость - опустите всякие вступления и переходите к сути: «Я знаю, что вы очень заняты, поэтому перейду прямо к делу». Самовлюбленным людям расскажите, какие они замечательные. “Иван Иванович, я знаю, что вы - эксперт в смежной области, поэтому я обобщила детали и позволила себе дать пару рекомендаций. Но я могу надеяться, что вы предложите какие-либо альтернативные направления, если на ваш взгляд, они окажутся удачнее?”

Чтобы защититься от «трудных людей» полезно преодолеть разнообразные отрицательные чувства, возникающие при общении с ними, ведь такой человек несет в себе отрицательный, легко передающийся заряд. Если почувствовали, что имеете дело с трудным человеком, то должны немедленно взять свои эмоции под контроль и внутренне мобилизоваться. Для легкого выполнения предыдущей рекомендации, следует запомнить простое правило под названием «ничего личного». Не надо принимать то, что говорит «трудный» пациент только на собственный счет. Подобные люди ведут себя аналогичным образом со всеми. Чаще напоминайте себе об этом, когда придется сдерживать свои отрицательные эмоции.

Выделено несколько действенных методов общения с «трудными людьми» (Д. Скотт):

1. Осознайте, что человек труден в общении и определите, к какому типу людей он относится.
2. Не попадите под влияние этого человека, его точки зрения, мироощущения: сохраняйте спокойствие и нейтралитет.
3. Если вы не хотите уклониться от общения с таким пациентом, постарайтесь поговорить с ним и выявить причины его «трудности».

Постарайтесь найти способ удовлетворения его скрытых интересов и потребностей, используйте совместные подходы к разрешению конфликтов, которые начинают вырисовываться после отнесения поведения трудного человека к определенному типу, его нейтрализации и взятия под контроль.

Итак, знания психологии делового общения и конфликтологии, желание понять и быть понятым – ключи к успешному взаимодействию с любым пациентом, которые приходят с целью получения от медицинских работников помощи и поддержки.

ГЛАВА 6. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПАЦИЕНТАМ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ

По объективным причинам люди разделились на тех, кто может приобрести МУДП за умеренную плату, и тех, кто за качество способен заплатить в несколько раз больше. Появились состоятельные пациенты, способные оценить организованный медицинский сервис.

Все пациенты независимо от степени достатка стали более требовательными, поэтому ожидают высокого качества услуги. Для того чтобы привлечь людей, способных и желающих купить МУДП, следует обеспечить:

- ожидание пациента, т.е. оценку способности продавца-медика выполнять свои функции;
- качество и дополнительные приемы к основной услуге, важной для клиента.

Функциональное, техническое качество услуги можно нормировать и контролировать эталонами или стандартами, но сервисное качество обслуживания при производстве медицинской услуги нормировать и проверять сложно, поскольку существует зависимость от человеческого фактора: различные гарантии, медицинские консультации после осуществления продажи, удобство исполнения процедуры для пациента.

Для обеспечения качества исполнения услуги работниками медицинского сервиса важно уделять внимание именно личностям взаимодействующих людей: продавца и покупателя.

Товар (аппарат для измерения содержания сахара в крови – глюкометр, эластичные бинты и т.д. и т.п.) продавать значительно проще, чем сервисную медицинскую услугу по следующим причинам:

- человек является составной частью предлагаемой медицинской услуги;
- неопределенность в медицинской профессии не позволяет точно увидеть, проверить качество и предсказать результат от оказания

услуги: это можно компенсировать либо профессионализмом медика, либо большим доверием к продавцу и МО;

- оказание медицинской услуги зачастую растянуто во времени, также существует различный эффект последствий процедур и манипуляций на разные организмы.

Существует 3 варианта уровня качества предлагаемой медицинской услуги: когда он соответствует ожиданиям пациента, превосходит его, либо ниже ожиданий клиента.

Исходя из этого, может быть 3 различных сочетания оказываемого уровня сервиса и ожиданий пациентов, приобретающих МУДП экстра-класса:

1 уровень – безразличие пациента, во время которого он может в любой момент уйти к конкурентам;

2 уровень – неудовлетворенность тем уровнем, который был предложен, т.е. ниже его пожеланий.

3 уровень – удовлетворение и лояльность организации, когда продавец-медик умеет приятно удивить своим качеством общения и технических навыков.

О важности качества предлагаемых МУДП агитировать нет необходимости. Существует как минимум 4 уровня качества: криминальное, когда пациент просит жалобную книгу и наверняка не обратится повторно; нормальное – соответствующее имеющимся законам и стандартам; формальное, не превышающее нормальное; экстра-класса – индивидуализированное, базирующееся на корпоративной культуре МО или превосходящее ожидания пациента.

В условиях современного состояния рынка МУДП обеспечение уровня предлагаемого качества является условием выживания. Большинство пациентов в условиях фирмы согласны заплатить на 10% больше за аналогичную услугу при условии получения отличного качества, превышающего его ожидания.

Существуют следующие *типы поведения пациента* при обсуждении плана лечения, требующего серьезного *финансового обеспечения* МУДП: аналитический; лидирующий, дружелюбный, выразительный (экспрессивный).

Характеристики *аналитического* типа: это объективный, осмотрительный, осторожный; серьезный, аккуратный человек. Он настойчив, точен; любит порядок и структуру, сосредоточен на аналитических фактах; обращает внимание на детали. Аналитический тип пациентов по характеру настойчив, серьезен, трудолюб, спокоен. Это действующий, требовательный, организованный, независимый человек.

Часто человек скептически настроен, желает получить доказательство. Он хорошо решает проблемы, планирует, организует; больше слушает, чем говорит; избегает риска; отличается независимостью, беспристрастностью поведения. Его девиз: «Я хочу практических предложений». Определяют типа поведения пациента, слушая и наблюдая.

Лидирующий тип пациента можно описать как решительного, требовательного человека; это независимый, целенаправленный человек; знает, чего хочет сейчас и завтра; концентрируется на фактах, логичен; любит риск; принимает быстрые решения; действие и результат ориентированны; говорит больше, чем слушает; упрямый и нетерпеливый; стремится к силе и контролю. Его девиз: «Покажите мне основные действия для достижения результата». Такой строгий, не безрассудный деловой человек, не одобряет ожидание в приемной более нескольких минут, по характеру может быть лидером. По характеру это решительный, требовательный, напористый, квалифицированный, властный человек, убедительный, волевой, ориентирован на выполнение определенных действий.

Дружелюбный тип пациента- покупателя МУДП: человек теплый, дружеский, заслуживающий доверия. Он лоялен, предан, склонен к сотрудничеству; ориентирован на людей, общество, поддержание

родственных отношений. По характеру он дружески расположенный, приятный, уважительный, поддерживающий, доверяет и верит другим. Кроме того, он восприимчив к чувствам; хороший слушатель; лучший в обслуживании покупателей; избегает конфликтов и споров; хочет коллективного согласия; любит гарантии, малый риск. Его девиз: «Проявите заботу обо мне и моих проблемах». Этот тип пациента хочет услышать об опыте других людей по предполагаемому курсу лечения, стремится получить совет или одобрение от друзей или членов семьи.

Характеристики *экспрессивного* покупателя МУДП: человек - энтузиаст, актер, воодушевленный; воспаляющийся, любящий веселье. Он импульсивен и непринужден; полагается на интуицию и предчувствия. Больше заинтересован идеей лечения, нежели деталями, он не может ждать показа в выгодном свете результатов, убедительный человек с идеями, мечтами; новатор и творческая натура; ориентированный на крупный план, не на детали; стремится к признанию и видимости; хочет быть первым; бескорыстный независимый. Его девиз: «Я люблю компетентных, одаренных людей».

Для описания определенного пациента следует выделить ключевые, признаки поведения при приобретении МУДП. Род занятий не обязательно влияет на тип поведения пациента. Однако можно предположить, что инженеры являются аналитиками, корпоративные руководители – лидерами, социальные работники – дружелюбны, а художники – экспрессивны.

Слушая пациента, наблюдая тип его поведения и используя список слов, можно определить тип поведения каждого. Многие факторы влияют на реакцию пациента, на понимание им заболевания, поэтому знание типов поведения является полезным орудием. Например, для представления пациенту лечения с помощью зубных имплантатов необходимо подчеркнуть пользу от лечения.

Связь типов поведения пациента и декларируемых для него преимуществ от лечения.

Если пациент *аналитик*, следует определить преимущества применения зубных имплантатов. Представление осуществляют после полного установления окончательного диагноза и составления плана лечения:

- Великолепно спроектировано.
- Впечатляющие результаты клинического применения
- Одобрено Министерством здравоохранения.
- Решает вашу проблему и улучшает внешний вид.
- Логический выбор.
- Научное значение.

Если пациент является *лидирующим*, выделяют иные моменты лечения с применением зубных имплантатов:

- Освобождает вас от неудобств в использовании зубного протеза.
- Высокоэффективный человек.
- Увеличивает контроль над такими функциями как жевание и речь.
- Повышает уверенность в себе.
- Особенно необходим для людей, которым важен внешний вид.
- Вершина технологии.
- Вы увидите результат.

Если пациент является *дружелюбным*, обсудите такие преимущества лечения с помощью зубных имплантатов:

- Предыдущие пациенты испытывают полное удовлетворение.
- Лучший выбор лечения вашей проблемы.
- Надежный метод лечения.
- Люди будут обращать внимание и поддерживать.

- Вы почувствуете себя лучше после своего решения.
- Хорошие результаты достигаются у таких, как вы, пациентов.
- Обслуживающий персонал и я готов начать ваше лечение.

Если пациент является *экспрессивным*, используйте следующие моменты, когда обсуждаете преимущества применения зубных имплантатов:

- Результаты часто мелодраматические.
- Вы заслуживаете лучшего.
- Имплантаты – великая идея.
- Люди заметят разницу.
- Ваш успех смог бы вдохновить других на проведение лечения.
- Предпочтительное лечение для людей, имеющих известность.
- Вы будете первыми в вашей семье, сделавшими имплантацию,

и люди будут почтительно смотреть на вас.

Видно, что преимущества меняются в зависимости от специфического типа поведения. Сознывая, что существуют различные типы, которые по-разному сосредотачивают внимание на вашем сообщении, можно отметить уменьшение синдрома «холодных» (стеклянных) глаз у пациента, когда врач и больной не понимают друг друга.

Важным шагом к принятию пациентом положительного решения по приобретению МУДП является взаимопонимание, когда вы говорите с человеком, используя его слова и интересы, указывающие на тип поведения. При этом необходимо сохранение заинтересованности и восприимчивости.

Существуют *мероприятия* для предоставления МУДП качества *экстра-класса*, к ним относят:

1 шаг – предоставление услуги пациенту так, как вы хотели бы этого для себя. Минус – ваши пожелания могут не совпадать с ожиданиями пациента.

2 шаг – обслужить клиента в точности с его пожеланиями, для чего необходим контакт и вопросы: что понравилось, что нет, как улучшить оказание МУДП лично для человека.

3 шаг – развитие пациента с помощью информации о предлагаемом качестве, которое может превосходить желаемое в соответствии со шкалой первичных и вторичных потребностей человека по Маслоу.

4 шаг – создание организации, ориентированной на потребителя МУДП, в которой пациент – главный; каждый медработник одновременно и продавец; любой медик должен быть внутренне удовлетворенным, ибо только счастливый, здоровый и богатый может быть бескорыстным и успешным; важна улыбка не медика, а пациента после услуги; забота о пациенте, состоящая в предвосхищении желаемого им.

Для выполнения последнего тезиса работник ОЗ должен понимать пациента. Согласно исследованиям, важны типы темпераментов пациента в детстве, которые с возрастом не изменяются. Всех можно разделить на легких (40%), которые в детстве любили играть, хорошо ели и легко адаптировались к переменам; трудных (10%) – легковозбудимых, с нерегулярным сном и едой, резко реагирующих на новое; заторможенных (15%) – малоактивных, уклоняющихся от нового и дольше приспосабливающихся и неопределенных (35%).

Практики отмечают, что даже при наличии хорошего контакта пациента с врачом, финансовый аспект порой заставляет пациента отказаться от предложенного лечения. Если пациент отклоняет предложенное лечение, необходимо выяснить – действительно ли он не в состоянии оплатить лечение или просто считает плату слишком высокой.

Звучат эти слова сходно, однако восприятие пациентом справедливости стоимости лечения МУДП и его способность оплатить эту сумму – две разные вещи.

Рассмотрим пример: пациенту сообщена стоимость лечения по поводу изготовления зубной коронки, его мнение: «Это слишком дорого. Я не собираюсь платить столько денег, для того, чтобы вылечить один зуб!»

Этот пациент не убежден в ценности предложенного лечения, в данном случае одиночной коронки. Помимо того, что плата кажется ему слишком высокой, он связывает эту сумму с получением «лишь одного вылеченного зуба». Пациенту не интересно знать, почему именно столько стоит лечение, поскольку он считает, что плата гораздо выше ценности предложенного лечения.

Для изменения мнения пациента на этот счет необходимо сначала описать ценность предложенного лечения с учетом всех положительных моментов, которые будут иметь место в результате лечения таким образом, чтобы стоимость услуги казалась пациенту разумной.

В данном случае, необходимо обсудить с пациентом следующее: объясните, что коронка – изготовленный на заказ протез. Коронки не могут рассматриваться как маленькие, средние и большие. Пациенту необходимо напомнить, что коронки индивидуально изготавливаются не только для каждого пациента, но и для каждого зуба. Объясните повторно шаги, которые необходимо осуществить для изготовления и постановки коронки.

Пациенты должны знать, что стоимость лечения включает в себя не только стоимость посещений, но и все лабораторные затраты. Для принятия решения о выборе данного лечения требуется консультация врачей других стоматологических специальностей и зубного техника. Коронка предназначена для того, чтобы выглядеть и функционировать подобно естественному зубу. Необходимо также, чтобы, несмотря на жевательное давление и колебания температур, эстетические свойства не были утрачены со временем.

Постановка коронки помогает восстановить внешний вид зуба и его функции. Раньше многие разрушенные зубы, которые не удавалось восстановить с помощью пломбирования, приходилось удалять. Теперь же, при наличии здорового корня зуба и даже небольшой части коронки зуба, его можно сохранить, покрыв искусственной коронкой. Эта процедура считается консервативной и устраняет необходимость более агрессивного и дорогостоящего лечения, такого как удаление поврежденного зуба и восстановление дефекта зубного ряда мостовидным протезом.

После принятия пациентом этой концепции, стоимость лечения будет казаться разумной для него. Некоторые врачи, тем не менее, являясь очень хорошими специалистами, могут по неосторожности снизить ценность своей работы.

Иногда, кажется, что если врач регулярно и качественно выполняет и более сложные процедуры, то ценность лечения падает. При таком восприятии, врач, обращаясь к пациенту, может произнести фразу: «Здравствуйте, госпожа П. Вам нужно только поставить одну коронку?».

Это недопустимо, поскольку обесценивает лечение в глазах пациента. То, что врач может провести все процедуры быстро и с превосходным результатом, не подразумевает того, что проведенное лечение менее ценно для пациента. Отличные врачи не должны быть оштрафованы за их навык.

Медики – это высококвалифицированные специалисты, оплата труда которых должна включать в себя не только время, которое требуется для проведения той или иной процедуры, но и диагностические возможности, клиническое мышление. Также это способность провести лечение, результат которого будет соответствовать самым высоким функциональным и эстетическим требованиям.

Все эти факторы должны быть учтены при подсчете стоимости лечения и должны быть ясно сообщены пациентам.

Предположим, что медик выполнил хорошую работу, имеющую большую ценность для пациента. Есть возможность возникновения «финансовой проблемы» другого рода. Например, после того, как пациенту были сообщены детали лечения и его стоимость, пациент говорит: «Я не знаю, когда у меня появятся деньги. Я не могу себе этого позволить».

В отличие от первого примера, в котором человек не был убежден в ценности предлагаемого лечения, этот пациент считает, что указанная плата справедлива, хотя невозможна для него в силу финансовых обстоятельств. В этом случае, доктор может посоветовать пациенту решить вопрос оплаты с персоналом клиники, отвечающим за этот участок работы.

Таким образом, центр проблемы перемещается от выяснения необходимости и ценности лечения к выяснению системы оплаты и составлению графика лечения. Только понимая истинную природу отказа пациента, врач может принять правильное решение, необходимое для конкретной ситуации.

Пациент-покупатель МУДП может владеть эффективными приемами удачного торга: не спешит соглашаться на первую предложенную цену; не показывает слишком большой заинтересованности; назначая первоначальную цену, использует разумную рациональность.

В то же время медицинский работник должен использовать свои эффективные стратегии продавца, состоящие в умении держать удар и не сбрасывать цену при первом же возражении покупателя; создании пространства для торга, учитывая возможность уменьшения цены; использовать творчество и гибкость для взаимного согласия.

Во время *переговоров* о предоставлении МУДП у медика и пациента есть 3 стратегии поведения: неустойчивость (пренебрежение своими интересами в пользу другого); компромисс – частичная уступка и борьба

(собственные интересы и пренебрежение другими). При торге за стоимость МУДП медик может использовать такие правила:

- пользоваться понятным языком;
- сначала отвечать на аргументы партнера, потом приводить собственные;
- постараться не делать первым большой уступки;
- попытайтесь сделать так, чтобы козыри противоположная сторона выложила первой;
- отказываясь от чего-то, получите что-то взамен;
- делитесь с партнером своими ощущениями;
- оценивайте вслух состояние партнера;
- подчеркивайте общность интересов, идей, цели.

Одновременно с этим, пациент тоже имеет возможность оценить виды продавцов услуг:

Приемщик заказов – регистратор должен иметь навыки общения и правила оформления покупки.

Торговый консультант – врач консультирует согласно знанию медицины и навыков презентации.

Торговый представитель – менеджер по продажам имеет сеть клиентов, имидж и конкурентов.

Презентатор – умеет информировать о преимуществах в своей ОЗ или фирме. Навыки должны быть у регистраторов и у врачей.

Торговый представитель – охотник за заказами, приводит новых людей, умеет договариваться, знает технологию поиска и развития. Торговый представитель по работе с ключевыми (VIP) пациентами умеет вести переговоры и строить неформальные отношения.

Все типы продавцов в разной степени нуждаются в поощрении.

Продавец МУДП может воспользоваться определенными точками воздействия на пациента, изменяющими его поведение.

1. *Тревожность*. Если чувствуете, что пациент хочет, прежде всего, обезопасить себя от болезни, в своей презентации выдвигайте репутацию, надежность и возможные гарантии.

2. *Алчность*. Если видите стремление пациента к экономии или к торгу, предложите его.

3. *Новизна*. Один из важных критериев покупки для части людей, которые реагируют на рекламу. Поднимайте интерес к цели.

4. *Комфорт*. К этому аргументу восприимчивы люди логичные, рациональные, практичные.

5. *Гордость*. Подчеркиваем уникальность и престижность предлагаемой услуги, воздействуя на это чувство пациента.

6. *Привязанность*. Часть пациентов обладает стремлением иметь определенную марку, стиль в силу своего консерватизма.

Мы управляем другими, и другие управляют нами посредством слов.

Медику, участвующему в продаже, предложении или презентации МУДП следует знать, что в начале (во вступлении) стоит сделать комплимент человеку (или аудитории), информировать о теме, разъяснить цель, обратиться к интересам пациента (покупателя) и при этом уложиться в минимальный регламент.

Для эффективности выступления на презентации МУДП можно использовать такие элементы:

- комплимент, создающий позитивный настрой;
- запоминающийся афоризм или шутка для увеличения внимания;
- апелляция к выгодам и мотивация для заинтересованности аудитории;
- 1-2 яркие статистические примеры для достоверности;
- шокирующий факт для резкого привлечения внимания аудитории;
- вопрос к аудитории для активизации участников;
- использование кино, слайдов и других наглядных средств;
- зрительный контакт 5-7с с каждым участником;
- жесты для образности;
- призыв к конкретным участникам;

- благодарность и уважение к аудитории.

Подводя итоги сказанного, призывают к покупке, делают комплимент, используют броскую цитату и благодарят, независимо от успешности продажи.

Особой частью выступления по предложению медицинских товаров и услуг являются ответы на вопросы. Правила ответа на них состоят в следующем:

- поблагодарите за вопрос;
- повторите его своими словами;
- не воспринимайте вопросы как знак агрессии, поэтому не оправдывайтесь, но и не защищайтесь;
- отвечайте по формуле «К и Я»: коротко и ясно;
- ведите себя как свободный человек, у которого есть варианты ответов на вопросы:

- вежливый отказ;
- осторожный ответ;
- иная формулировка вопроса;
- прямой ответ;
- вы не обязаны отвечать всегда;

- будьте позитивны, кратки, не уходите от темы, благодарите.

Любое выступление (презентация) может оцениваться положительно, если продавец МУДП услышал из аудитории возражения. Это может означать, что пациента устраивает предложение, но он хочет дополнительной информации для сопоставления уровня и качества аналогичных услуг в другом месте. Возражение может быть вежливым отказом.

Это благоприятный шанс для успешного продавца, чтобы завоевать доверие и прояснить неясности. Психологический прием ловли обезьян в Африке основан на следующем: в кувшин с узким горлышком, куда с трудом проходит открытая ладонь обезьяны, кладут банан. Кувшин жестко

закрепляют. Засунув ладонь в кувшин, обезьяна уже не в состоянии вынуть руку, она прикована к месту. Задача продавца: убедить «разжать кулак» и «вылезти» из узкой позиции, не позволяющей увидеть свою выгоду.

Продавец МУДП должен опираться на определенные *стереотипы поведения* пациента-покупателя:

1. Нельзя влиять на взгляды пациента-покупателя с помощью приемов манипулирования, поскольку посетители МО имеют определенные знания в области медицины, продавец должен руководствоваться древним изречением: «Бойся незнания, но пуще всего бойся ложного знания».

2. Учитывать жизненный путь и стадию пациента «здесь и сейчас», что позволяет влиять на потребительское поведение

Жизненный путь и стадии потребительского поведения пациента

(А.И.Ходаков, 2001):

1-я стадия – социальный старт, когда учатся, играют, общаются. Потребительное поведение зависит от взрослых и родителей.

2-я стадия – социально-профессиональная адаптация. Получив образование, осваивают профессию, входят во взрослый мир. Сфера потребления становится независимой от окружающих из-за собственного заработка. Велика дистанция между «хочу» и «могу».

3-я стадия – самореализация (состоит из восходящей и нисходящей части). Ролей много (профессиональная роль, семейная, общественная). Человек определился с ближайшими и долгосрочными целями. Доход устойчив. Потребительская активность растет. Реализуются многие цели, но постепенно меняются привычки, ухудшается здоровье.

4-я стадия – финиш. Достигают пенсионного возраста. Уменьшается число обязанностей и диапазон потребностей. Иногда появляются новые запросы и возможности. Возрастают расходы на лекарство и медицинскую помощь, оздоровительные мероприятия.

Таким образом, потребление МУДП, как и иных товаров (услуг) идет непрерывно, зависит от прошлого и от жизненной стадии личности. Пациент не реагирует на отдельные воздействия медика, а откликается на собственную проблему со здоровьем, как участник и автор своей биографии.

Успешный менеджер по продажам медицинских услуг действует адекватно циклу потребительского поведения (рис. 1).

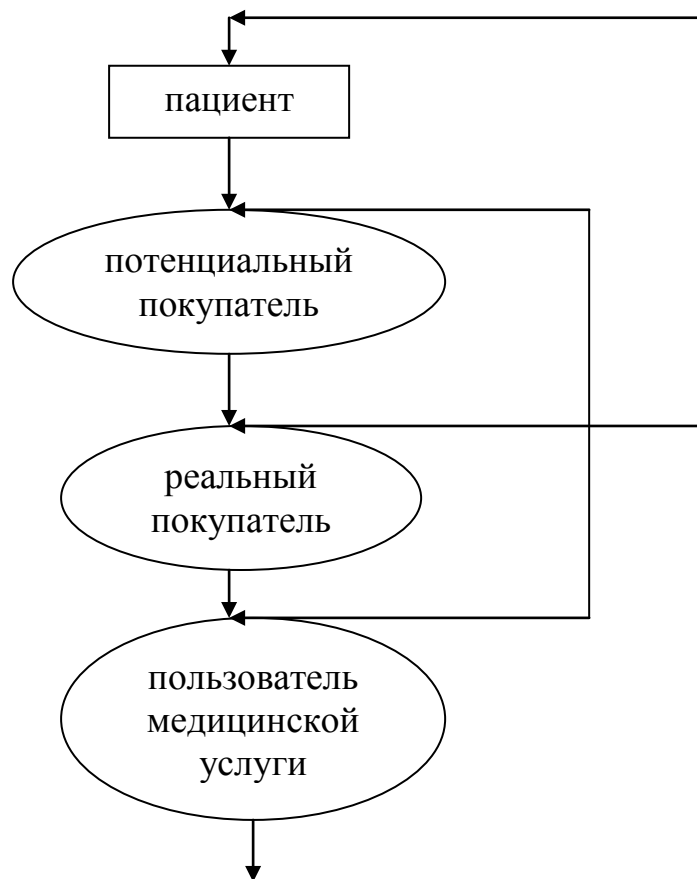


Рис. 1. Цикл потребительского поведения пациентом МУДП

Существует ряд *психологических факторов*, определяющих *активность покупки* пациентом МУДП:

Широта кругозора и интересов. 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 покупке.

Уровень доходов. Низкий уровень доходов озлобляет людей, вгоняет их 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.

Реальным покупателем МУДП могут стать не все, кто пришел в МО или фирму. Отсеявшиеся пациенты могут составлять 2 категории людей:

Отказники – отказались или перенесли покупку МУДП на неограниченный срок.

Перебежчики – купили услугу у фирмы-конкурента.

Самокритичный руководитель признает, что среди этих двух категорий несостоявшихся покупателей МУДП часть упущена по его вине. Для пациента, который хочет и может оплатить производство ему процедур медицинского характера, важны личностные качества:

- стремление к высоким жизненным стандартам в здоровье;
- прагматизм, умение рассчитывать с выгодой для себя и семьи;
- разумное отношение к деньгам, как к средству удовлетворения своих потребностей;

- любовь и забота о себе;
- самостоятельность и социальная зрелость, умение взять ответственность на себя;
- готовность к улаживанию недовольства и обиды домочадцев в случае, вызванном приобретением бонуса на лечение или оздоровление.

В случае приобретения пациентом товара или услуги он переходит в разряд постоянных либо перманентных пользователей. Если МУДП помогла решить важную проблему со здоровьем, снять боль, увеличить объем движений, сделать красивее – то степень удовлетворенности пациента и позитивный посыл на новое приобретение выше (постоянный пациент). Ряд людей, не испытавших большого удовлетворения от посещения специалиста, критичен, хотя и может прийти повторно (это сомневающийся пациент).

Менеджером по продажам МУДП следует знать *типы покупательского поведения*, которые чаще встречаются в практике, однако та или иная личностная типология не должна обернуться навешиванием ярлыков (табл.6.1).

Таблица 6.1.

Типичные формы покупательского поведения (по А.И.Ходакову, 2001)

Манера поведения пациента-покупателя	С трудом, сомнениями, долго откладывают деньги заранее	По плану, охотно тратят деньги экономно	Легко, с удовольствием, но разумным контролем	Бездумно, импульсивно без учета цены, возможно стей
1. Активный человек, внимательный, требовательный, корректный с медиком		+		

2. Экономный, расчетливый человек, вникающий в детали, настойчивый с медиком	+			
3. Капризный, всем недовольный пациент, легко идет на конфликт с медиком				+
4. Осторожный, подозрительный человек, ждущий обмана, иногда бестактный с медиком	+			
5. Торопливый человек, импульсивный, непоследовательный, не слушает медика				+
6. Робкий человек, смущенный, мягкий, стесняющийся, не имеет своего мнения		+		

Менеджер по продажам МУДП будет успешнее, если понимает, о чем думает пациент перед тем, как приобрести такую услугу медицинского

работника. Исходной позицией для принятия решения о покупке является какая-то возникшая жизненная ситуация, проблема со здоровьем, переживаемая пациентом. Переживание этого состояния ориентирует человека на осознание. Оно может быть *позитивным*, вызывать прилив сил, укрепляет уверенность человека в себе. Такой пациент склонен к конструктивному, деловому общению и разумным решениям (например, известие о выздоровлении вызывает желание укреплять и сохранять здоровье какими-то приемами в будущем). *Негативные* переживания заставляют пациента испытывать тревогу, неуверенность и страх перед будущим. Пациент в таком состоянии – проблема для медика и менеджера. Следует учитывать *силу* переживания. Чрезмерные положительные эмоции тоже могут нарушить взаимоотношения с окружающими и вызвать неадекватные поступки. Отрицательные эмоции приводят к конфликтам, ошибкам. Переживания могут усилить или заглушить потребность. Сила эмоций зависит от значимости жизненного события, болезни для личности. Чаще всего переживания пациента имеют конкретный адрес: люди, обстоятельства, предметы, вещи, действия. На характер переживаний человека «здесь и сейчас» влияет его прошлый опыт и прогнозируемое им будущее. Зная об этом, медик (менеджер) в противовес ситуации может ее смягчить и скорректировать, усилив или ослабив потребность в услугах медработника.

Исходя из потребительского цикла, эмоциональное состояние пациента-покупателя МУДП имеет свои особенности:

- действенность, побуждающая что-то делать;
- конкретность – установление сроков;
- устойчивость – готовность действовать для достижения цели.

Медик должен подстроиться под эмоции пациента, чувствовать, когда быть оживленным, сдержанным, молчаливым и сочувствующим (рис.2).

1-й пример				2-й пример
тревога	←	посетитель (пациент)	→	радость ↓
↓		↓		
беспокойство, неуверенность, любопытство	←	потенциальный покупатель услуг ↓	→	радость, удивление, сомнение
↓				↓
радость, сомнения, надежда	←	реальный пациент, покупатель ↓	→	радость возбуждение, уверенность ↓
↓				
радость, удовлетворение	←	пользователь медицинской услуги (постоянный пациент)	→	огорчение, разочарование, неудовлетворенность

Рис. 2. Примеры динамики переживаний пациента-покупателя МУДП

Переживания проблемы болезни или сохранения здоровья побуждают пациента собирать информацию, нужную ему для оценки ситуации, конкретизации своих дальнейших действий и принятия решения о сотрудничестве с медиками. Чем полнее информация, которой пациент может располагать, тем он увереннее в исходе дела. Однако многое зависит от особенностей личности пациента как покупателя труда медработников за дополнительное вознаграждение.

Современные люди высоко ценят доступность информации, получаемой от медиков. Чем выше уровень культуры и образования, тем

критичнее человек к получаемой информации, тем требовательнее к достоверности. Исходя из этого, менеджер по продажам МУДП не должен удивляться или обижаться за подозрительное отношение к информации об услугах, следует сохранять выдержку и спокойствие.

Залог успеха – понимание позиции или себя.

На любое возражение пациента врач (сестра) можно отреагировать 2 способами: задать вопрос (обдуманно, действовать позитивно) или ответить по существу (разумно реагировать). Но, вначале надо сделать комплимент возражению покупателя МУДП.

Негативная реакция проявляется в споре, сомнениях, выражении лица (50%), словах (10%) и тоне голоса (40%). О позитивной реакции говорит интерес и уточняющие вопросы по существу, ответ на возражения от 3-его лица.

Наиболее успешным является метод присоединения продавца МУДП к возражению покупателя-пациента с помощью комплимента с целью установления атмосферы взаимопонимания. Кроме этого, перед ответом можно вставлять такие согласительные фразы: «Я вас понимаю...», «Я часто об этом слышу...», «В этом есть своя логика...», «Хорошо, что вы об этом сказали...».

Существуют определенные *техники сближения* во время ответов на *возражения* аудитории (5-шаговая модель):

- Пауза, во время которой решайте, как вести себя дальше.
- Дайте высказаться пациенту.
- Психологическое присоединение к возражению (с помощью предлагаемых фраз).
- Уточняющие вопросы или конкретный вопрос.
- Призыв к действию после ответа на возражение.

Продавцу МУДП легче работать с возражениями покупателя, если он будет знать типы возражений и технику работы с ними.

К числу типичных возражений, составляющих 20% от их общего числа, но применяемых более чем в 80% случаев, относятся возражения типа «в другой раз», «нет надобности», «надо подумать», «это слишком дорого», возражения против отдельных характеристик услуги или товара.

К тактике ответов на возражения пациента-покупателя МУДП (5-и шаговая техника присоединения к возражению) следует отнести:

- позитивную встречу возражения: это знак того, что вас слушают и готовы принять, но есть сомнения, требуется дополнительная информация;
- преобразование возражения. Следует перевести возражение пациента с негативного возражения в позитивное. Для этого можно использовать 5-шаговую технику присоединения к возражению, или ее отдельные элементы:
 - не сомневайтесь в обоснованности возражений клиента;
 - не перебивайте его;
 - у вас есть свобода выбора: задать уточняющий вопрос или ответить, по сути;
 - на типичные возражения имейте стандартные ответы;
 - о скидках говорят, только если у покупателя есть деньги и готовность купить.

Завершение продажи, когда сформировано предложение и клиент высказал свое решение – самый ответственный, поскольку деньги в кассу еще не переданы. Невербальные признаки готовности купить услугу: большой интерес, много вопросов, повышенная уверенность.

К методам завершения продажи услуги (товара) относят следующие:

1. Сделать прямое предложение и держать паузу.
2. Создать спешку (осталось только 2 талона на массаж к этому специалисту) или рассказать историю, преподнести яркую метафору.
3. Дать «попробовать». Если можно потрогать, влюбить в процедуру, ощутить чувствами.

4. Презумпция факта совершения сделки. Строят диалог, исходя из допущения, что решение покупателя о покупке уже принято и осталось уточнить детали: «Вы будете оплачивать наличными?..»

5. Завершение 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?

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».

Свершение одной продажи медицинской услуги только 1-й шаг. Далее надо «влюбить» пациента в себя, чтобы он пришел к вам еще и еще раз.

В ходе процедуры первой продажи МУДП успешные продавцы осуществляют 6 продаж:

- обретается вера в продавца;
- предложение себя в качестве эксперта уважаемой МО или фирмы, которой можно доверять;
- продажа клиенту его же проблемы, т.е. ее актуализация;
- создание повышенной готовности купить МУДП, как спор о решении проблемы;
- продажа уверенности в товаре, т.е. снятие страха, сомнений;
- продажа МУДП и порождение обязательств перед пациентом.

Тем, кто ранее не занимался продажей МУДП, следует разобраться в *типичных ошибках*, которые они могут совершить.

- Нельзя превращать продажу в монолог продавца.
- Не прерывайте пациента на полуслове.
- Не показываете, что внимательно слушаете клиента.
- Не используете соответствующие интонации.
- Вы заканчиваете за пациента его фразы.
- Проявляете нетерпение, чтобы начать говорить самому.
- Начинаете спорить с пациентом.
- Не делаете пауз для осмысления.
- Задаете мало вопросов.
- Пытаетесь слишком жестко контролировать ситуацию.
- В ответ на заявленные пациентом потребности не называете

ценные стороны услуги.

- Не распознав потребности, преждевременно говорите о достоинствах услуги.

- При завершении сделки не всегда улавливаете момент или неверно выбираете.

- Не замечаете своих ошибок.

Не стоит сбрасывать со счетов и опыт безнравственного роста объемов неконтролируемой медицинской помощи за рубежом по инициативе медицинских работников, заинтересованных в увеличении спектра и количества оказываемых медицинских услуг, поскольку это ведет к повышению заработной платы. Эта статистика имеет тенденцию к росту, например, известно, что около 30% назначений, выполняемых в США, не имеет медицинских показаний и обусловлено желанием увеличить доходы. В Республике Беларусь причина увеличения объемов медицинской помощи состоит в инициативе пациентов, зачастую решающих таким образом свои социальные или психологические проблемы и обеспечивающих рост уровня злоупотреблений медицинской помощью. В мире известен фактор, препятствующий подобным злоупотреблениям медицинской помощью – соплатежи в системе оказания

госпитальной помощи, независимо от вида страхования, что приучает пациентов к мысли, что медицинская помощь не бесплатна, и львиную долю этих расходов несет государство, либо страховая компания. Калькуляция стоимости данного вида помощи дисциплинирует пациента при получении МУДП, показывает, что нерациональное и расточительное отношение к здоровью сужает уровень дохода семьи и возможности финансирования разных государственных программ.

Как становится понятным, чтобы пройти через горнило конкуренции, медицинским работникам нужны особые знания, предусмотренные учебными программами вузов и колледжей в незначительном объеме, особенно актуальны эти сведения в МО, предлагающих иной уровень доступности и качества в виде МУДП.

ГЛАВА 7. ОХРАНА ТРУДА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Условия работы медицинского персонала являются важным фактором в принятии решения о работе в том или ином месте, удобное рабочее место является важным в мотивации сохранения верности медицинской профессии. Безопасность рабочего места медицинского персонала состоит в том, что она должна вызывать желание успешно выполнять свои профессиональные обязанности без опасений о собственном здоровье. Многочисленными исследованиями доказано, что труд медика сопряжен с опасностью, поскольку в 2005г. почти 40% медицинских работников Европейского союза считали, что работа оказывает негативное воздействие на их здоровье.

Влияние рабочей обстановки на качество оказываемой медицинской помощи можно проследить (рис.3) по элементам, составляющим эту зависимость:

- *способность давать и получать необходимую информацию специалистам в конкретное время как функционирование МО;

- *личная удовлетворенность специалиста своей работой (поддержка обществом, руководством, пациентами);

- *пропорции между семейной жизнью и профессией (наличие жилья, детского сада, уменьшение экстренных вызовов на работу);

- *непрерывное образование сестер: специализация, учебные курсы на рабочем месте, повышение квалификации, обучающие семинары совместно с врачами, учебно-практические конференции, участие в жизни своей МО);

- *организационная культура, степень доверия согласно принципу: знаю сам – могу помочь другому человеку, компетентное руководство, социальные льготы.

Первые три параметра влияют на качество медицинской помощи и МУДП напрямую, остальные два – опосредованно. На текучесть кадров и истощение физических и эмоциональных ресурсов работника

здравоохранения (синдром эмоционального выгорания, далее СЭВ) влияют несовершенство медицины и невозможность иногда спасти чью-то жизнь; качество оценки медицинской помощи не только пациентом, но и сестрой; удовлетворенность получения нужного качества медицинской помощи пациентом и сестрой.

Особое внимание уделяют такому важному элементу воздействия на мотивацию к профессии медицинских кадров детородного возраста как стратегии, благоприятствующие семейной жизни, обусловленные растущей феминизацией профессии медика в большинстве европейских стран. На долю студентов приходится 70% женщин в Соединенном Королевстве, в Бельгии – 59,5%, что стало следствием политики равных возможностей в выборе профессии. Разные модели трудового участия мужчин и женщин, обусловленные ее детородной функцией, являются спецификой, которую необходимо учитывать. Для врачей - женщин характерно стремление меньше времени находиться на рабочем месте в пользу заботы о детях, к более частому досрочному выходу на пенсию (Simoens S., Hurst J. 2006).

В понятие «условия труда» включают основную заработную плату и дополнительные преференции, продолжительность контракта и рабочего дня, гарантии безопасности рабочего места, гигиену труда, разделение, гарантированную возможность повышения квалификации и профессионального роста. Благоприятная рабочая среда содержит качественные аспекты труда медицинского специалиста с целью создания стимулов для вхождения в профессию и продолжения работы. В успешной МО создаются условия для раскрытия способностей медицинских работников с полной отдачей выполнять профессиональные обязанности. Нравственный аспект предоставления МУДП в системе ПМП остается немаловажным в медицинских организациях негосударственной формы собственности. С 2000г. в Европейском союзе лозунг «больше рабочих мест лучшего качества» стал стратегическим направлением работы.

В содержании качества труда (Munoz de Bustillo et al., 2009) используют элементы самостоятельной работы медицинского специалиста; возможности регулирования рабочей нагрузки; укомплектованность кадрами МО; темп работы; социальный микроклимат в коллективе; безопасность работы и ее социальные гарантии

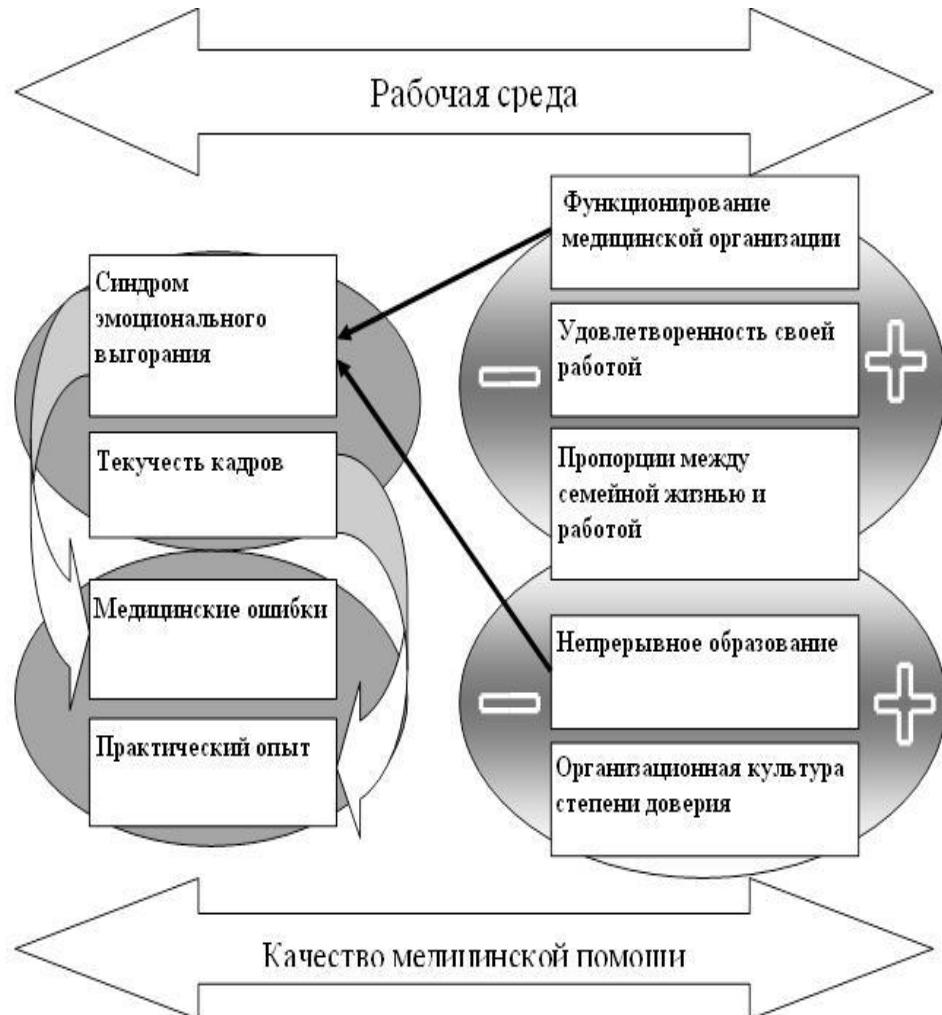


Рис.3. Зависимость между рабочей средой и качеством медицинской помощи

Необходимость сочетания работы врача или сестры с рождением детей, усиление специальной защиты будет способствовать поддержке качества медицинской помощи. Известны факторы труда медицинского работника, препятствующие сохранению здоровья:

1. Биологические факторы вследствие контакта с инфекциями, биологическими жидкостями пациента. Потенциальный риск

представляют туберкулез и лекарственная устойчивость этого возбудителя. За рубежом констатируют случаи заболевания 50% персонала, когда неизвестны пути передачи, или когда защитные средства не обеспечивали адекватной защиты, как при вспышке тяжелого острого респираторного синдрома.

2. Неосторожность обращения с зараженными отходами, иглами и другими режущими колющими предметами, последствием чего в Европе ежегодно происходит один миллион травм, каждая из которых может стать путем передачи гепатитов В и С, ВИЧ. Национальная служба здравоохранения Шотландии в 2005г. подсчитала, что издержки, связанные с травмами острым медицинским инструментом, в расчете на один случай, составляют от нескольких тысяч (на постэкспозиционную профилактику) до одного миллиона евро при травме, приведшей к передаче гемотрансмиссионного вируса врачу или медицинской сестре. Статистика подобных расходов для Беларуси неизвестна.

3. Нарушение естественных биоритмов человека и работа в условиях психологического стресса и неопределенностей, по выходным и в праздничные дни.

4. Психологическое насилие в форме словесных оскорблений прилюдно и наедине (буллинг и моббинг), которому подвергалось 51% врачебного и 27% медицинского персонала, коллективной психологической травле - 23%, физическое насилие ограничилось в этих организациях 3%, по исследованиям (Di Martino V., 2002).

4. Система безопасности в работе с приборами и аппаратурой старого и нового поколения, гигиена труда с чередованием напряженного труда и отдыха, возникновение опасностей, обусловленных развитием новых технологий.

5. Контакт с больными с психическими заболеваниями до момента установления диагноза несет угрозы насилия и незаслуженных оскорблений (психосоциальные риски). Так, в 27 государствах-членах ЕС,

отмеченный уровень подобных инцидентов для медицинского персонала составил 15,2%. Там риск подвергнуться угрозе физического насилия в 8 раз выше у сестер, чем у работников обрабатывающей промышленности. Рост численности людей с психическими расстройствами и зависимостями может стать провокацией увеличения необоснованных жалоб на качество медицинской помощи, например, для служб скорой помощи, работающих на вызовах в одиночку.

6. Нравственный аспект ответственности сестры за возможность фатальной для жизни и здоровья пациента ошибки, в 10% случаев зависящих от человеческого фактора. Высокая приверженность к психосоциальным рискам медицинских работников в 2005г. и стресс на работе установлен у 28,5%, против 22% среди всех работающих в Европейском союзе, особенно в Словении (60%), Латвии (52%). Симптомы последствий стресса в форме склонности к сверхбдительности и тревожных воспоминаний приводят к снижению производительности труда, ошибкам и уходу из профессии. Негативное воздействие на работника оказывают психологические факторы, ассоциированные со случаями фатальных заболеваний или травм, работой с престарелыми пациентами и смертью. Учет всех факторов - трудная задача для руководителя ОЗ, но подход, направленный только на один из вредных факторов не даст результатов. Учеными за рубежом исследуется взаимодействие личных факторов (усталость, соответствие, возраст и подготовку) и факторов обстоятельства (организация работы, график, покрытие пола, мебель, оборудование, средства связи и психологическая поддержка в коллективе), которые влияют на оказание медицинской помощи.

7. Химическая среда и контакты с дезинфицирующими средствами и некоторыми лекарственными веществами, физические факторы ионизирующего излучения, в организации труда таких специалистов, как

главная (старшая) медицинская сестра могут присутствовать особые вредные и опасные производственные факторы:

- от хранения химических реактивов и лекарственных средств, образующих вредные испарения;
- обрушение штабелей складироваемых товаров;
- понижение температуры поверхностей холодильного оборудования;
- понижение температуры воздуха рабочей зоны;
- повышенная подвижность воздушных масс кабинета;
- отсутствие или недостаток естественного освещения рабочей зоны;
- острые кромки, заусеницы и неровности поверхности складироваемых товаров, инвентаря или тары.

Для предупреждения неблагоприятного воздействия этих факторов необходимо соблюдение следующих требований:

- *подготовка служебной зоны для безопасной работы;
- *проверка исправности вентиляции;
- *обеспечение свободных проходов в местах складирования товаров и тары;
- *проверка внешним осмотром:
 - **отсутствия свисающих электрических проводов;
 - ** наличия и надежности заземления.
- *работу производить в перчатках, халате и фартуке, при необходимости – в очках.
- *по окончании взвешивания товаров, реагентов и пр. осмотреть весы, очистить их платформу от загрязнения.

8. Эргономические риски, обусловленные элементами ухода, связанными с физическим переносом пациента в пространстве, продолжительного стояния в неудобной позе, чрезмерная ходьба в рабочем процессе медицинской сестры.

Важность рабочих поз для здоровья медицинского персонала изучено Siegel et al. (1993), установившего, что неудобные положения тела, несоответствующие приемы при работе с тяжестями связаны с удвоением числа травм спины, суставов и мышц. Все это требует лечения, освобождения от работы, может привести к производственному травматизму.

При сравнении рабочих условий медицинского персонала в стационарах Германии и Норвегии обнаружили, что 51% немецких медсестер и 24% - норвежских страдали болями поясницы (Siegel et al., 1993). Условия работы сестер в двух странах были разными, однако в Германии соотношение пациентов на одну медсестру было в два раза выше, пользоваться оборудованием для переноса больных людей могли 78% из них против 87% норвежских, число коек с регулируемой высотой – наполовину меньше, чем в больницах Норвегии.

Влияние физического напряжения на здоровье медработников было установлено при непрерывном наблюдении в Бельгии (Malchaire 1992), Франции (Estryn-Behar and Fouillot 1990) и Чехословакии (Hubacova, Borsky and Strelka, 1992), показавшее, что медработники проводят от 60 до 80% своего рабочего времени стоя, бельгийские медсестры проводили 10% рабочего времени в согнутом положении. В Чехословакии медсестры 11% времени тратили на переворачивание больных, а во Франции они проводили от 16 до 24% времени в неудобных положениях (стояние, сидение на корточках или с поднятыми или вытянутыми руками). Медсестры в палатах проходили в среднем от 4 до 7 км в день. Подробные эргономические исследования всего рабочего дня (Estryn-Behar and Hakim Serfaty, 1990) полезны для выявления взаимодействия факторов, которые определяют качество медицинской помощи и способ выполнения работы.

Отсутствие различных подъемных механизмов у 55,1% из 72,3% обследованных коек во Франции, было отнесено к факторам, способствующим появлению травм спины. Электрическое управление,

приспособления для переноса пациентов систематически использовались в 18,2% из 55 обследованных палат. "Плохая" или "скорее плохая" маневренность тележек для доставки пищи была отмечена в 58,5% из 65 обследованных палат. Не регулярное содержание подвижного оборудования выявлено в 73,3% из 72 проверенных палат.

Учет индивидуальной вариабельности труда медицинских сестер в разных странах осуществляется различно. Например, во Франции, большинство сестер не занимаются физкультурой (Estryn-Behar et al. 1992). Принятие более удобных рабочих поз обусловлено удобной одеждой (Lempereur, 1992), и особенно качеством обуви. Автор рекомендует избегать обуви с твердыми подошвами. Не скользящие подошвы предупреждают производственные травмы, которые во многих странах занимают второе место среди причин несчастных случаев. Плохо подобранные галоши (ботики) или ботинки, одеваемые персоналом операционной для уменьшения статического электричества, могут быть опасны и, привести к падениям. В Швеции усовершенствование некоторых практических приемов работы сократило появление болезненных синдромов со стороны спины на 25% (Modig, 1992). В архивах (регистратура, картотека) полки, прикрепленные к полу или потолку были заменены скользящим столом, на котором персонал может делать записи во время работы. Спроектирована приемная комната, оборудованная подвижным картотечным шкафом, компьютером и телефоном. Высоту стола можно изменять, что позволяет служащему отрегулировать ее по своему желанию. Это облегчает переход от сидячего положения к стоячей позе во время работы.

Облегчение труда медицинских сестер видится в применении средств малой механизации и обучении приемам кинестетики.

9. Уровень недовольства оплатой труда (карьеры) медицинской сестры в 2005г. был отмечен у 25% анкетированных. В ряде европейских стран подобный уровень составляет от 58% до 90%, что становится

весомой причиной ухода из профессии медицинской сестры. Недостаточный уровень уважения этой профессии со стороны населения, ограниченность личного влияния на эти факторы самих исполнителей также негативны для сохранения престижа профессии сестры. Врачи, согласно немецким исследованиям, имеют возможность влияния на принятие решений, признание, гарантию непрерывного образования и партнерский уровень взаимоотношения с коллегами, что благоприятно для удовлетворения работой в профессии.

10. Факторами, обуславливающими тяжесть физического труда медицинских сестер, занимаются в системе охраны труда и техники безопасности, к ним относят следующие показатели:

- *неравномерное распределение физической нагрузки на опорно-двигательный аппарат медицинской сестры;

- *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 медицинской сестры);

- *многократно повторяющиеся движения рук разной амплитуды у инструктора ЛФК.

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 являются приемы эргономики, максимальная малая механизация при переносе 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 с учетом безопасной рабочей среды. Труд медицинских работников относится ко II категории напряженности. Для создания требований к рабочему месту рассматриваются способности работника по отношению к физическим условиям работы (например, напряжение, выносливость, ловкость, гибкость, способность выдерживать положения и позы, зрительная и слуховая острота), а также как специалист контролирует собственное умственное и эмоциональное состояние в отношении рабочего регламента. Это может касаться графиков работы, рабочей нагрузки, связанного с работой стресса. Адаптация к обстановке, оборудованию, инструментам, к окружающим условиям делает работника

способным адекватно выполнять свои обязанности без риска для самого себя, коллег и окружающих людей.

Действия ВОЗ по охране труда медицинских работников предусматривают конкретные программы в 5 областях:

- Профилактика травм от колюще-режущих инструментов;
- Травмы при переносе тяжестей, механических действий с пациентом (эргономика);
- Респираторные риски практикующих медиков;
- Фармацевтические риски при подготовке противоопухолевых препаратов;
- Оценка медицинских рисков и управление ими и информацией.

После осуществления ВОЗ информационной кампании о предотвращении медицинских травм проведены переговоры и подписано Рамочное соглашение совместно с Европейской федерацией профсоюзов, которому в 5 летний срок будет придан юридический статус (De Raeye, 2010). Комитет Белорусского профессионального союза работников здравоохранения работает над решением проблемы охраны труда, предлагая применение комплексного подхода (оценку и профилактику рисков травм, обучение, информирование, мониторинг). Меры воздействия на охрану труда работников здравоохранения включают три компонента: улучшение организационной структуры; взаимоотношения с коллегами или повышение квалификации отдельных работников для более мягкой адаптации и индивидуальное обучение сестры способности справляться со стрессом.

Благоприятная рабочая среда и методы ее создания в системе здравоохранения являются предметом интереса организаторов. Согласно прогнозу ВОЗ к 2035 г. в мире будет не хватать 12,9 млн. работников здравоохранения. В выпущенном в 2013 году докладе ВОЗ предупреждает, что, если не принять меры сейчас, то кадровый дефицит будет иметь серьезные последствия для здоровья миллиардов людей во всех регионах

мира, включая Республику Беларусь. Всем странам ВОЗ рекомендовано прислушаться к сигналу о недостатке кадров здравоохранения. В развитых странах 40% медсестер в ближайшее десятилетие перестанут работать в области здравоохранения, поскольку при трудной работе и низкой оплате они получают недостаточную мотивацию для продолжения работы.

«Благоприятная рабочая среда» - это возможность обеспечения сохранности здоровья и трудоспособности работников, организации их профессионального развития, личной и организационной культуры, которое поддерживает безопасность труда, создавая предпосылки для повышения производительности труда. Эти возможности в полной мере используют медицинские организации негосударственных форм собственности. Целью привлекательной рабочей среды является создание заинтересованности людей выбором и сохранением верности медицинской профессии.

В докладе «Всеобщая реальность: без трудовых ресурсов нет здоровья» («A Universal Truth: Nohealthwithout a workforce») определены основные причины дефицита кадров сестер. Это старение сестер, их выход на пенсию, переход на более высокооплачиваемую работу, отсутствие возрастной ротации, дефицит молодежи для обучения медицинской профессии. Главной причиной считается недостаточное содействие в создании благоприятной рабочей среды. Эти выводы были озвучены на III глобальном Форуме по кадровым ресурсам здравоохранения наряду с рекомендациями действий по восполнению нехватки работников в эпоху обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Основные его рекомендации включают:

- Усиление роли работников среднего уровня и отдельных сообществ в улучшении доступности и приемлемости услуг в системе здравоохранения введением специалиста нового типа – помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи;

- Удержание работников здравоохранения в странах с наиболее острой нехваткой и более уравновешенное географическое распределение работников здравоохранения, осуществляемое в Беларуси;
- Обеспечение механизмов, предусматривающих голос, права и обязанности работников здравоохранения при разработке и осуществлении политики и стратегий достижения всеобщего охвата в системе ПМП через общественные профессиональные сообщества.

Привлекательной организацией с благоприятными условиями труда считается такая, которая стимулирует желание оставаться в системе здравоохранения, дает возможность личной успешности, укладываются в предлагаемые ВОЗ действия и рассчитаны на инициативу на рабочих местах.

Предупреждение рисков для здоровья медицинского персонала охватывают условия труда, уровень квалификации, психосоциальные производственные факторы и вакцинацию, улучшение организационной структуры и взаимоотношений в медицинском коллективе, групповой метод профилактики синдрома эмоционального выгорания.

ГЛАВА 8. ФАКТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КАЧЕСТВО ПОМОЩИ И ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ

Воздействия, направленные на улучшение рабочей среды для медицинских работников, можно разделить на 4 уровня: региональный уровень, национальный, ведомственный и организационный. Нормативные документы международного и национального уровня носят общий характер, определяют ориентиры и обеспечивают поддержку политики, а конкретное содержание придается на уровне ведомства и медицинской организации, позволяющие адаптировать их к специфике труда (рис.4).



Рис. 4. Уровень применения мер по стратегиям реагирования на создание благоприятной рабочей среды

Европейское региональное бюро ВОЗ поставило задачи по внедрению стандартов и показателей по укреплению здоровья в отдельных стационарах и на региональном уровне. Стандарты базируются на фактических данных об эффективности организации работы в МО, изменении культуры профессионального взаимодействия посредством организационной культуры (McClure M. et al., 1983)

Основными методами работы в ОЗ, сохраняющими кадры в условиях их острого дефицита, явилось вложение финансовых средств на

повышение квалификации работников, система управления качеством, наделение уровнем властных полномочий и ответственности старших медицинских сестер, улучшение микроклимата во взаимоотношениях врачей и сестер.

Существуют исследования, свидетельствующие о нескольких факторах успешности социального диалога по поводу качества рабочей среды:

- *вовлечение в процесс принятия решений на принципе сотрудничества широкого 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 работников в диалог, наличие посредничества в конфликтных ситуациях, поддержание инициативы по предоставлению социальной поддержки (рис.5).

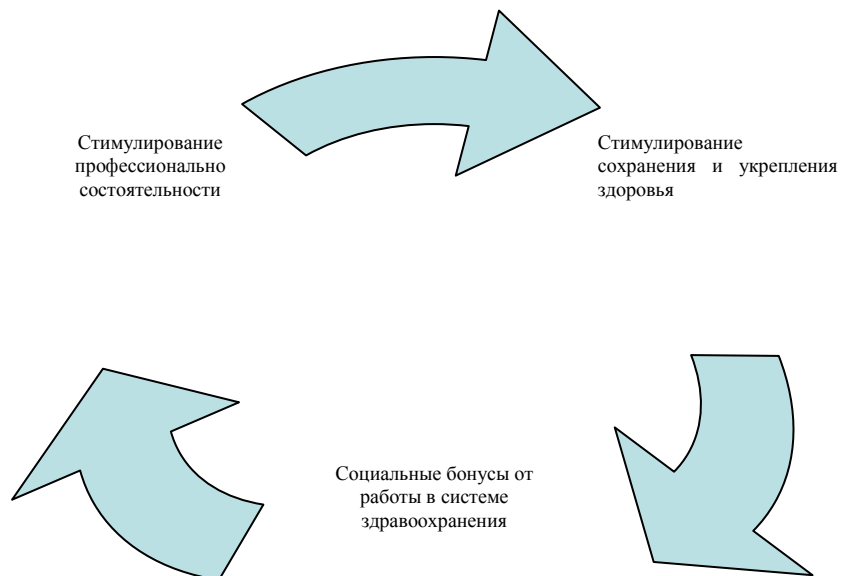


Рис.5. Рекомендуемые компоненты «социального пакета» для мотивации сестринского персонала к высокопродуктивной и успешной деятельности

Изучено мнение о мотивации к работе жителей в 2014г в Республике Беларусь, которым установлено, что социальный пакет имеет значение для 96% белорусов, согласно мнению 322 человек исследовательского центра HeadHunter (рис.6).

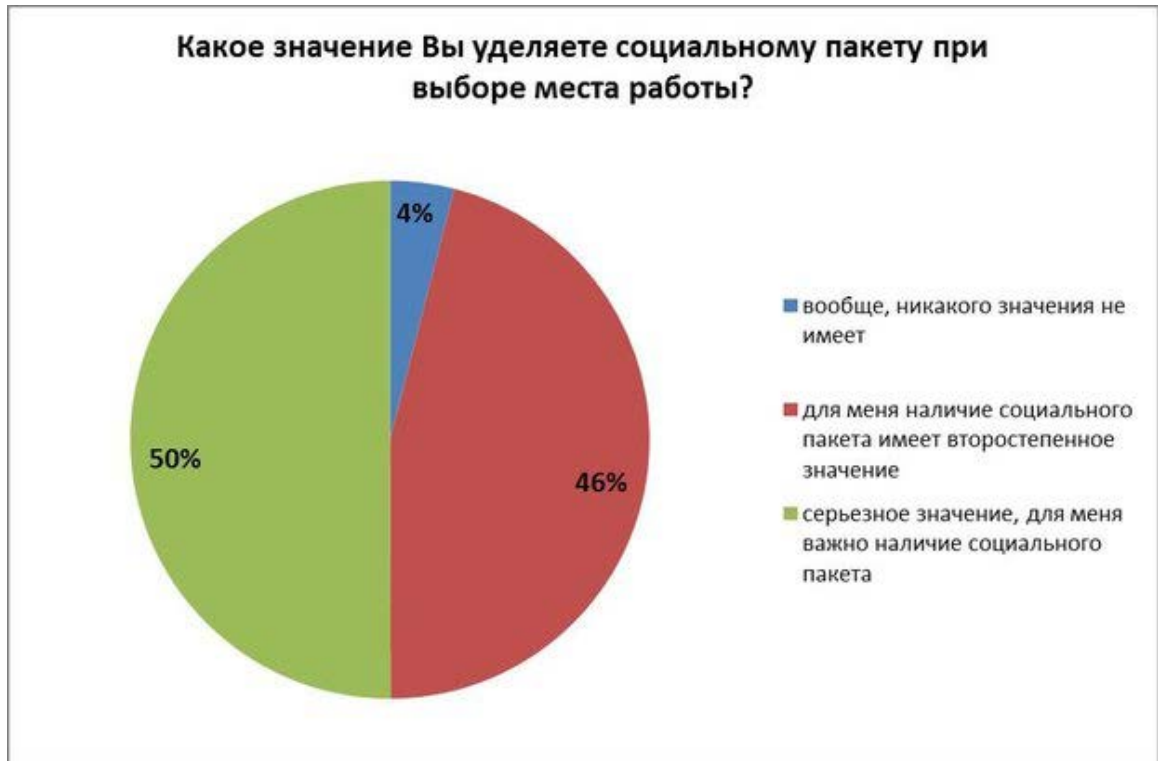


Рис.6. Значение социального пакета для выбора места работы в Беларуси в 2014г.

Помимо этого, установлен ряд факторов, определяющих выбор работы у белорусов (рис.7).

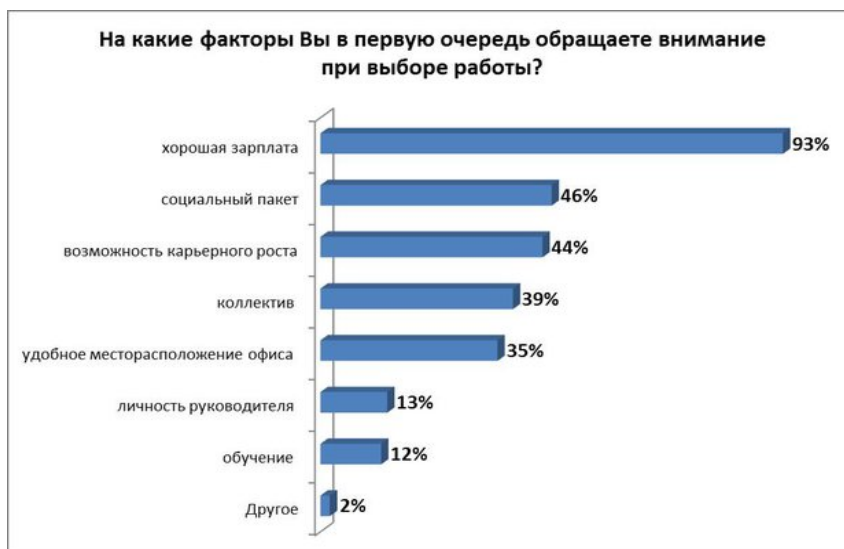


Рис.7. Факторы, определяющие выбор работы у белорусов в 2014г.

Содержание социального пакета для жителей Беларуси важно для определения места добровольного медицинского страхования, страхование от несчастных случаев работника и членов его семьи и возможностей приобретения МУДП (рис.8).

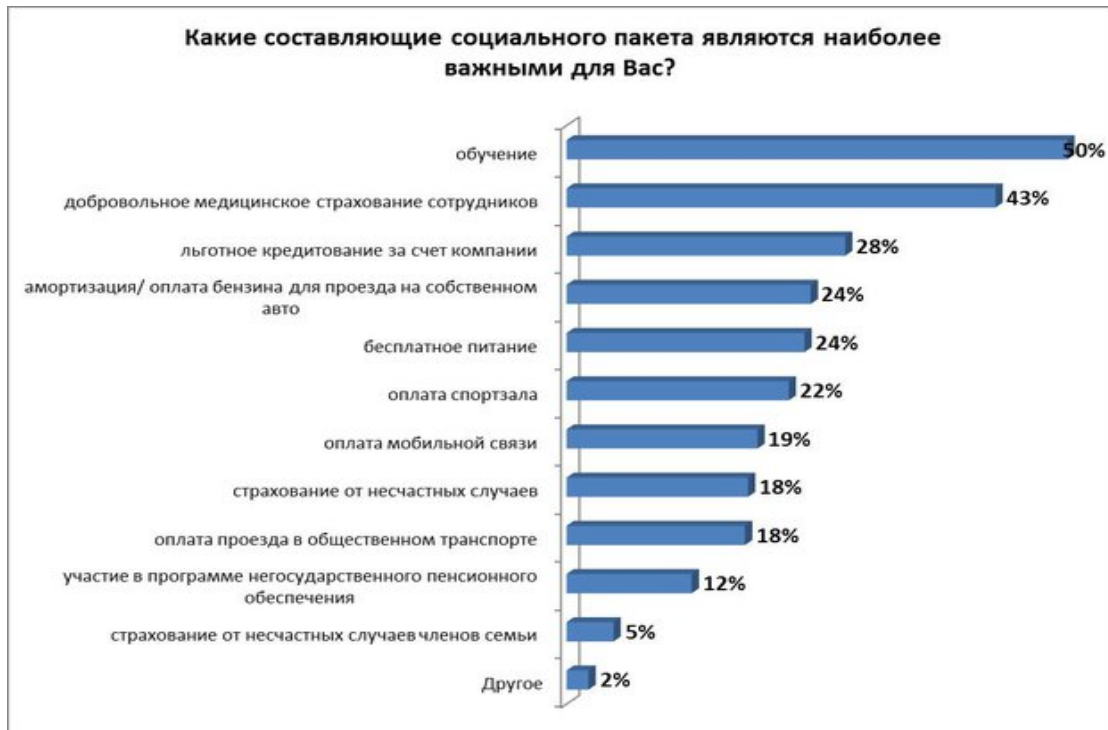


Рис.8. Составляющие социального пакета для белорусов в 2014г.

Выбор для социального набора лиц, работающих в медицинских организациях частной формой собственности, во многом на практике определяется именно в соответствии с предложенными компонентами в исследовании исследовательского центра HeadHunter.

Примером социальных пакетов (рис.5) по мотивации на высококачественный труд медицинской сестры является «Стабилизационная программа» в Чешской Республике (2008г.) для преодоления дефицита кадров:

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

2. Программы непрерывного повышения квалификации и самостоятельного обучения с помощью наставников;

3. Возрастание сферы компетентности и самостоятельности в работе, закрепленное законодательно, как в должности помощника врача по амбулаторной помощи в 2009г. в Беларуси;

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

5. Ведение реестра потребности в ведомственном жилье медицинских работников.

Результатом «Стабилизационной программы» в Чехии стало уменьшение дефицита кадров наполовину уже через год (Safrankova A., Di Cara).

В Бельгии (2008г.) примером повышения привлекательности сестринской профессии стал национальный план, рассчитанный на четыре года (Lardennois M.), в котором главными направлениями на мотивацию к высококачественному труду стали следующие:

1. Принятые меры по уменьшению норм нагрузки на одну медицинскую сестру и снижению уровня стресса. Увеличена численность медицинского персонала, стимулирование тех лиц, которые овладели смежными умениями и навыками и готовы к взаимной замене, использование систем информационных технологий для облегчения канцелярской рутинной работы, стандартизованные листы наблюдений согласно сестринскому процессу;

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

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

4. Меры по общественному признанию профессии медицинской сестры путем поддержки представительства в общественных профессиональных организациях и в органах здравоохранения.

Исландия становится примером воздействия на сочетание медицинской работы и семейной жизни, при котором уровень участия женщин в труде составляет 90% на фоне одновременно высокого уровня рождаемости. В 2000г. там было изменено законодательство, согласно которому система предоставления отпусков по беременности и родам равна для матерей и отцов. При рождении или усыновлении ребенка оба родителя имеют право на трехмесячный оплачиваемый отпуск без права передачи отпуска другому родителю. Если один из родителей решит не пользоваться этим отпуском, он пропадает. Оба родителя имеют совместное право на дополнительный трехмесячный отпуск. Он оплачивается в размере 80% заработной платы, его можно разделить между родителями и использовать гибко. После введения подобной системы, к 2004г., число мужчин, участвующих в уходе за ребенком, возросло до 92%. Кроме этого, в Исландии используют переход к облегченному труду беременных без прерывания трудовых отношений, обеспечение безопасности рабочего места с целью исключения угрозы для здоровья матери и ребенка. Применяется гибкий график работы, право на дородовой отпуск, в связи с болезнью ребенка, сокращенный рабочий день в течение краткосрочной болезни ребенка; помощь в оплате услуг детского сада или предоставление таких услуг за счет медицинской организации.

Другими факторами благоприятной рабочей среды для медицинской сестры считают:

1. Организацию рабочего места
2. Учет влияния рабочих поз для здоровья медицинского персонала
3. Эргономику на рабочем месте медицинской сестры

4. Влияние архитектуры и оборудования на организацию труда

5. Размерные характеристики рабочего места

6. Требования к размещению технологической и организационной оснастки рабочего места медицинского персонала.

При *организации рабочих мест* необходимо учитывать, что конструкция рабочего места, размеры и взаимное расположение его элементов должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психофизиологическим данным медицинского работника:

- физической тяжести работы;
- размеру рабочей зоны и необходимости передвижения в ней персонала в процессе выполнения своих функций;
- технологическим особенностям выполнения работы;
- статической нагрузке рабочей позы;
- времени пребывания в особом положении и перерывы на обеды.

Для выполнения медицинских функций, в позиции сестры, стоя, рабочее место организуется при физической нагрузке средней тяжести и тяжелой. Если технологический процесс оказания медицинской помощи не требует постоянного перемещения работающего и физическая тяжесть работы позволяет выполнять их в положении сидя, в конструкцию рабочего места рекомендуют включать кресло и подставку для ног. Соционика и эргономика предлагают использовать пространственную компоновку рабочего места, при которой конструкция 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.

Значительное физическое напряжение проявляется частыми перерывами в процессе выполнения процедуры.

Влияние архитектуры, оборудования и организации труда медсестер стационаров, особенно в больницах Японии, была продемонстрирована исследованием (Shindo, 1992), установившим, что, палаты пациентов на 6 - 8 коек и одиночные палаты для тяжелобольных чрезвычайно малы и в плохом состоянии. Исследованием во Франции (Saurel, 1993) выявлены такие проблемы как недостаток пространства, трудность маневрирования при переносе пациента, недостаток места для мебели, трудный доступ и плохая планировка с маленькими дверями и трудность передвижения между койками. Matsuda (1992) сообщил, что такая информация должна привести к улучшению комфорта пациентов, безопасности и эффективности работы медсестер. Учитывая потребность системы здравоохранения Республики Беларусь в переносе акцента со стационарной, на амбулаторно-поликлиническую помощь, возрастании объемов функционирования стационаров дневного пребывания, предложенные материалы являются теоретическим предложением практикам ОЗ негосударственной формы собственности.

Обустройство рабочего места должно обеспечивать оптимальную рабочую позу медицинской сестры, не препятствующую естественным физиологическим процессам организма и обеспечивающую наилучшую возможность выполнения работы. В современном мире значительная часть работы делается в положении сидя, поэтому при создании сидячего рабочего места необходимо обращать внимание на следующие факторы:

- высоту рабочей поверхности и размеры рабочей зоны, возможность регулировать эти параметры под индивидуальные особенности организма медицинского работника;
- высоту и строение опорной поверхности (плоская, седловидная или наклонная опорная поверхность);
- пространство для ног.

Требования к размещению технологической и организационной оснастки рабочего места медицинской сестры:

- на рабочем месте сестры не должно быть ничего лишнего. Все необходимое должно находиться в непосредственной близости от работающей, размещение оснастки должно исключать неудобную позу сестры;
- предметы, которыми пользуются чаще, располагаются ближе тех, которыми пользуются редко;
- инструменты или предметы, которые берутся левой рукой, должны находиться слева, а предметы, что берутся правой рукой, — справа;
- более опасная, с точки зрения травмы, оснастка должна располагаться выше менее опасной оснастки; однако при этом следует учитывать, что тяжелые предметы при работе удобнее и легче опускать, чем поднимать;
- рабочее место не должно загромождаться посторонними предметами.

Кроме этого, целесообразной является рациональная организация труда и отдыха, включающая микро паузы через каждые 50-55 мин. работы, с перерывом на 5-10 мин. Также проводят производственную гимнастику; теплые ванночки для кистей рук, самостоятельный массаж зон плеча и плечевого пояса 1-12 мин. и др. Специалисты рекомендуют сезонную витаминотерапию, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, а также предварительные (перед приемом на работу) и

периодические медицинские осмотры. Это рекомендовано инструкцией «О порядке проведения обязательных медицинских осмотров рабочих», утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 апреля 2010г. №47.

Применение в Евросоюзе европейского стандарта EN 90/269 от 29 мая 1990 г. по проблемам появления болезней спины у медицинских сестер является примером отправной точки к профилактике производственного травматизма.

Таким образом, существует значительное разнообразие факторов, влияющих на безопасность труда персонала МО, создающих благоприятную рабочую среду, применение которых в фирмах сделает труд в них более привлекательным.

ГЛАВА 9. ПРОФИЛАКТИКА СЕСТРИНСКИХ ОШИБОК КАК РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Врачевание невозможно свести к ремеслу, этот вид деятельности приближается к искусству. Согласно шкале профессионального статуса по Ф. Барру по 100 интеллектуальным показателям, профессии медицинской сестры отводится 10.86-16.28 баллов из 20 возможных, она относится к трудным профессиям по степени сложности и ответственности.

Медицинскими воздействиями можно повлиять на состояние здоровья лишь на 10% (Лисицын ЮМ.). Следует популяризировать эти знания среди пациентов, что будет способствовать расширению понятия в обществе о медицинском риске.

Реальность профессиональной сестринской деятельности свидетельствуют о том, что отсутствие профессиональных сестринских ошибок – миф, что причина замалчивания сестринских ошибок – психологическая, обусловленная чувством вины или стыдом, незнания барьеров коммуникации и неумением преодолевать их в работе.

Статистика медицинских ошибок в мире (ВОЗ, 2010) свидетельствует о том, что около 10% пациентов имеют последствия для здоровья от профессиональных (медицинских) ошибок, при этом 1/3 пациентов умирает.

Цель изучения сестринских ошибок на уровне МО является принцип: – "прежде всего не навреди". При этом недопустимым является разбор ошибок при свидетелях, цель разбора - не подчеркивать вину медицинского работника, чтобы наказать, а узнать причину, чтобы их не повторять. Поскольку исполнителями всевозможных вмешательств в состояние здоровья пациента являются люди – то ошибки неизбежны, важно исключение на работе ситуаций фатальных ошибок, ведущих к необратимым последствиям для жизни и здоровья пациента.

Основные причины сестринских ошибок:

1. Человеку свойственно ошибаться.

2. Творческая профессия с большим многообразием подходов и взаимодействий.

- Груз нравственной ответственности медицинской профессии в глазах общества, изменение взглядов общества на медицинский риск.

Установлены основные виды ошибок в работе медицинских сестер:

- ошибочная замена пациенту не назначенных врачом лекарств или ошибки в дозах;
- диагностические ошибки при постановке сестринского диагноза с использованием сестринского процесса;
- при оперативных вмешательствах и манипуляциях;
- при выполнении назначений врача, при составлении растворов и дезинфекционных средств;

Классификация сестринских ошибок:

1. Нарушения внимания

Ошибочные действия подобного рода составляют до 25%, это самая многочисленная категория ошибок. Цель рассмотрения проблемы состоит в разработке единого подхода к нивелированию последствий ошибок, а также возможности предостеречь других.

Способами преодоления подобных ошибок являются:

- необходимость ставить в паре сотрудников условно «внимательная» - «рассеянная»,
- устно комментировать свои действия по выполнению технической манипуляции;
- обязательно 3-4 часа сна перед работой в ночную смену;
- тренировка памяти и внимания на специальных занятиях с психологом;
- яркая, четкая, разнообразная маркировка флаконов с лекарственными препаратами.

- обязательная таблица-памятка по экстренной помощи пациенту на видном месте, будь это процедурный, манипуляционный, перевязочный кабинет;

- обязательное уточнение перед манипуляцией паспортных данных больного человека, особенно ребенка, конкретность назначения.

2. При осуществлении сестрой технических, оперативных и инвазивных вмешательств

Наиболее распространенными ошибками в работе операционной сестры являются:

- неправильная комплектация биксов стерильными масками, халатами, бахилами, нарушения правил складывания завязок внутрь;

- не осуществленная до начала операции проверка и подготовка к работе аппаратуры, используемой для операции;

- отсутствие индикации качества стерилизации при вскрытии стерильного бикса;

- инструментарий, не подсчитанный до - и в ходе операции, перед зашиванием полостей и в конце операции;

- технически неправильная подача инструментов хирургу (с незакрытыми замками; подача скальпеля лезвием вниз, а острием к собственной ладони; заряженного иглодержателя острием иглы вниз; хирургического пинцета вместо анатомического; зажима Микулича вместо мягкого кровоостанавливающего зажима; использование малых шариков и салфеток при полостных операциях и наоборот; их передача руками, а не инструментами; прием от хирурга иглодержателя без иглы или инструментов без шариков или салфеток или не сообщение ему об этом; нарушения маркировки материала, отправляемого на исследование). Это может касаться и работы сестры процедурного кабинета при осуществлении объемов помощи «малой хирургии».

3. По нарушениям этики или несоблюдению принципов деонтологии.

Негативные последствия этических ошибок могут ощущаться пациентом долгие годы: оскорбительные «ярлыки», которые навешиваются на пациента; обида за унижение при проведении интимных манипуляций; бестактные замечания сестры во время беседы врача с пациентом; грубый и издевательский тон при словесной безобидности во время процедур. Принципы «уважения к жизни и достоинству», а также "не навреди" являются основополагающими для любого медика. «Не навреди!» – нарушение этого положения о работе сестры встречается чаще, чем хотелось бы: постинъекционные абсцессы, заживление ран вторичным натяжением, разрывы мягких тканей родовых путей женщины во время родов, застойные маститы у родильниц, нарушения достоинства при проведении интимных манипуляций на гинекологическом кресле. Медицинские работники могут нарушать право пациента на информированное согласие, когда типичным становится вариант передачи в руки больного бланка-направления на исследование крови из пальца или вены без комментариев, в лучшем случае с указанием кабинета. За рубежом эта же рутинная процедура обставлена подробным диалогом, разъясняющим, зачем нужна предлагаемая процедура и испрашивающим истинное информированное добровольное согласие на проведение технических или лабораторно-диагностических манипуляций пациенту.

4. Фармакологические ошибки стали встречаться реже. Это обусловлено, в первую очередь, новыми технологиями приготовления лекарственных средств, а также увеличением внимания к обучению фармакологии в колледжах, что несколько снизило риск для пациента. Повышение уровня ответственности врача также повлияло на ошибки сестры, обусловленные самостоятельной заменой одного препарата (отсутствующего) другим без согласования и письменного разрешения врача. Незнание сестрой механизмов действия разных лекарственных средств на организм больного человека не освобождает ее от ответственности за допущенные ошибки, особенно с последствиями для

здоровья и жизни пациента. Никакие порицающие административные меры наказания не действуют больше, чем память на всю жизнь об ошибочных действиях, которые явились причиной чьей-то болезни или даже смерти. В настоящее время в силу прихода новых технологий осуществления сестринских манипуляций и усовершенствования механизма ответственности и взаимодействия с врачом, число этих ошибок сократилось многократно и стало почти архаизмом.

Организуя работу персонала, руководители должны знать основные элементы *культуры управленческого труда*, особо востребованные в медицинских организациях негосударственной формы собственности:

- соблюдать личную культуру и этику общения руководителя;
- содействовать рациональному распределению рабочего времени с четким графиком. Личное рабочее время руководителя состоит из времени, затраченного на работу с документами, с кадрами, на решение социально-экономических вопросов, совещания и переговоры, иные непроизводительные затраты. Медицинским сестрам следует иметь в виду, что необходимо учитывать и планировать не только рабочее, но и свободное время. Ведь старая истина гласит: “Кто не умеет работать, тот не умеет отдыхать”;

- обеспечивать культуру содержания своего рабочего места и ведение документации. Связь культуры рабочего места с проблемой ошибок в работе становится понятной, исходя из того, что хаос на рабочем месте – свидетельство беспорядка в голове. Некоторые руководители, считают необходимым, чтобы все находилось “под рукой”, выкладывают на рабочий стол всю имеющуюся документацию. Такой подход затрудняет работу: уменьшается рабочая площадь стола, сосредоточиться на каком-либо деле труднее, ухудшаются санитарно-гигиенические условия, легко теряются нужные в данный момент документы. Идеальным считают порядок, при котором на рабочем столе находятся лишь нужные документы. Культура работы с документами включает в себя

обязательную регистрацию писем, определение сроков их рассмотрения. Также это накладывает персональную ответственность руководителя за своевременное и правильное реагирование на них, обязательный ответ на каждое письмо;

- соблюдать правила проведения массовых мероприятий в МО;
- обеспечивать культуру приема посетителей, особенно ценимую пациентом фирмы, для чего руководителю необходимо соблюдать определенные правила. “Принцип открытых дверей” (прием посетителей или персонала в любое время) оправдывает себя, если руководитель имеет в своем подчинении несколько человек. Оправданно установление для приема определенных часов и дней, идти на срыв приема нельзя ни при каких обстоятельствах. Отмена по уважительным причинам приема руководителем заменяется его осуществлением кто-либо из заместителей.
- развивать и совершенствовать культуру речи. Около 80% рабочего времени менеджера связано с контактами, поэтому умение говорить, общаться является важной составляющей культуры труда;
- содействовать инициативам сотрудников по совершенствованию организационной культуры, определяемой степенью владения теорией и практикой управления, методами организационной работы, навыками общения, умением осуществлять разнообразные организационные процедуры, составляющие значительную часть времени. К организационным процедурам относят подбор, расстановку и работу с кадрами; разработку организационных норм и нормативов, планов личной работы; постановку задач перед исполнителями, распорядительство, контроль исполнения и др.;

Требования к внешнему виду руководителя фирмы и персонала:

- соблюдать опрятность, чистоту, аккуратность в одежде;
- исключить остро модные и яркие вещи в одежде;
- придерживаться делового консерватизма, классического стиля одежды, неярких, неброских цветов одежды, аксессуаров, косметики;

- туалетные воды со слабым или не резко выраженным запахом предпочтительнее духов;

- принять ограничения на использование обилия косметики, ярких лаков, помад, длинного маникюра, экстравагантных причесок. Исключить излишек ювелирных изделий (кольца, браслеты, подвески, диадемы). Не носить демонстративно дорогие аксессуары на работе.

Направления деятельности руководителя фирмы по снижению ошибок в работе медицинского персонала:

- Организационные действия по обеспечению нормативов нагрузки и полноценного отдыха после ночных дежурств, высокотехнологичных вмешательств и во время отпуска с привлечением психолога.

- Привитие культуры коллегиальных обсуждений проблем и трудностей медицинской профессии во врачебно-сестринских коллективах, проведение медицинских советов и заседаний Совета сестер по вопросам сестринских ошибок.

Принципы рассмотрения сестринских ошибок на Совете сестер:

- * Помнить, что однообразный труд, а также работа в ночную смену способствуют совершению ошибок.

- * Работа в команде медицинского персонала с обязательным само- и взаимоконтролем. Доброжелательная атмосфера сотрудничества в коллективе. Благородство и коллегиальное доверие. Знаю: могу помочь.

- * Не бояться и не скрывать ошибок от руководителя, которому предстоит создавать атмосферу доверия, поскольку никто от них не застрахован.

- * * Коллективное обсуждение ошибок, чтоб избежать повторения и ошибок-ловушек.

- Создание культуры риска в организации здравоохранения путем системы медицинского страхования работников. Управление риском при выполнении медицинских манипуляций – часть контроля качества медицинской помощи, осуществляемого страховыми компаниями за

рубежом. Общество всегда требует качества, обеспечение которого возможно разными способами: обучением технике, контролем исполнения, нивелированием риска медицинского воздействия путем страхования.

- Сделать само- и взаимоконтроль за своей работой необходимостью, закреплённой в должностной инструкции.

- Необходимость предоставления медицинской услуги соответственно стандартам качества.

- Наличие эталона проведения каких-либо сестринских действий приведет к тому, что любые отклонения от него могут рассматриваться как ошибка. Трудность создания стандартов, обусловленную во многом психологическим негативизмом исполнителей, поможет преодолеть разъяснение.

- Ситуация благодарности и комплимента должна чередоваться у руководителя с умением указать на ошибки.

Для того чтобы достичь высокого качества работы сестры и благодарности пациента медицинские работники обязаны использовать общие правила и законы общения:

Организацию коммуникации с подчинённым, совершившим ошибку при работе. Критика за упущение в работе относится к одной из деловых бесед. Эффективность труда руководителя может увеличиться на 10-20%, если использовать определенные правила построения беседы с человеком, допустившим упущение (за рубежом используют термин «медицинская небрежность»). Необходимо постепенное развитие руководителем своего умения учиться говорить о профессиональных ошибках с коллегами.

Основными недостатками при подготовке деловой беседы главной медицинской сестры по поводу критики за некачественную работу персонала являются:

- плохая ее подготовка, неминуемо приводящая к неблагоприятному итогу встречи (обида, увольнение подчинённого);

- недостаточно тщательная подготовка беседы при попытке изменить мнение собеседника;

- не использование правил беседы (не сформулирована цель, нет плана, не связаны тактика и цель беседы, многословие самого, невнимание к речи оппонента; не делаются заметки по ходу беседы, затягивание беседы после достижения ее целей, незнание практических приемов прекращения беседы).

С целью профилактики негативного воздействия критики на человека следует исполнять определенные *правила*. Поскольку каждый из нас может вспомнить собственные эмоциональные раны, полученные при этом, следует:

- выслушивать объяснения подчиненного (критикуемого);
- сохранять ровный тон («во взаимоотношениях с подчиненными имейте бесконечное терпение»);
- прежде, чем сокрушительно критиковать, обязательно найти, за что похвалить. Сопоставление позитивной и негативной работы подчиненного в прошлом и теперь сделает Вашу позицию более терпимой и взвешенной.
- критиковать поступки, а не человека. Использование ярлыков типа «лентяй», «разгильдяй», «вредитель» является грубой ошибкой. Можно согласиться с доказанной фактами совершенной ошибкой, но нельзя согласиться с тем, что я – плохой человек.
- не искать «козла отпущения». Подчиненные всегда чувствуют любую несправедливость, не всегда говоря об этом.
- не обвинять, а искать вместе способ решения, помощи в ситуации допущенного промаха. Для позитивного диалога не стоит подчеркивать свою непогрешимость на фоне понижения самоуважения своего оппонента.

➤ не беседовать с целью критики подчиненного при свидетелях. Б.Паскаль писал, что «ничто так не разоружает, как условия почетной капитуляции».

Способы профилактики сестринских ошибок:

1. Обеспечение доброжелательной атмосферы в коллективе, при котором имеет место сестринский коллективизм по обсуждению ошибок за определенный период времени.

2. Проведение релаксационного обучения и концентрации внимания медсестер в разное время суток для профилактики ошибок при манипуляциях, подготовке к раздаче и введению медикаментов. Развивать элементы наставничества опытными специалистами – молодых коллег, следуя принципу: повторение – мать учения.

3. Использовать упражнения по обмену мнениями. Введенный в некоторых странах Европы метод самодиагностики ошибок при сестринских манипуляциях в условиях страховой медицины обеспечивает:

- смену метода осуществления манипуляции;
- коллективную ответственность за работу в команде медицинского персонала;
- иерархию докладов руководителю с целью своевременного информирования, позволяющего принимать решения по смягчению последствий ошибки своевременно;
- сохранение атмосферы доверия и сотрудничества коллектива МО;
- единый подход к нивелированию последствий медицинских ошибок, независимо от должности и положения персонала, а только от последствий для здоровья и жизни пациента.

Способы уменьшения риска осуществления сестринских ошибок руководителем включают: четкую организацию работы в КМП, учитывая квалификацию и опыт: "квалифицированный сотрудник – неопытный"; развитие у сестер практических навыков противостояния профессиональному стрессу с психологами. Использовать наставничество

и менторство, как новые формы адаптации специалиста на рабочем месте. Следует избегать публичных устных заявлений об ошибках в неподготовленной аудитории. Можно использовать анонимное заявление об ошибке для круга избранных коллег. Конфиденциальность информации о сестринских ошибках обеспечивается системой анонимного контроля сестринской работы сестрой-менеджером с учетом письменных "листочков информации об ошибках". Для главной медицинской сестры это также сбор, систематизация, группировка и анализ сестринских ошибок для выявления тенденций в ОЗ по итогам работы за год.

Статистика сестринских ошибок, совершаемых в разных странах, свидетельствует о важности и реальности проблемы. Сложившийся стереотип поведения медиков в общении с пациентами и их родственниками уменьшает их активность по профилактике, хотя новые открытия по общению используются не в полной мере для предупреждения ошибок. Профилактика сестринских ошибок, систематически осуществляемая руководителем, является резервом улучшения качества МУДП.

ГЛАВА.10. БАРЬЕРЫ ОБЩЕНИЯ И ИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Факторы, которые служат причиной непонимания собеседников и, как следствие, создают предпосылки их конфликтного поведения, называют «барьерами» общения. Это явление субъективной природы, возникающее в объективно сложившейся ситуации, сигналом появления которого является острые отрицательные эмоциональные переживания, сопровождающиеся нервно-психическим напряжением и препятствующие процессу взаимодействия пациента с медицинским работником.

Известный психиатр В. Балинт остроумно заметил, что «Лекарством, которым чаще всего пользуются в повседневной врачебной практике, является сам врач. Другими словами, важны не только пузырек с микстурой или коробочка с таблетками, но и та манера, с которой врач прописывает их больному, и даже атмосфера, в которой лекарство назначается и принимается».

Медикам необходимы некоторые атрибуты артистизма, разумной театральности с умением «подать» себя, безукоризненно выглядеть. Быть подтянутой, опрятной, говорить немногословно, но уверенно и убедительно не помешает сестринскому авторитету. Все это сослужит службу и больному человеку, ибо в этом заложен большой терапевтический смысл.

Актуальность проблемы «барьеров» общения обусловлена расширением сферы влияния видов профессиональной деятельности, связанных с системой взаимоотношений «человек-человек». Практическое знание «барьеров» и способов их преодоления содействует повышению эффективности взаимодействия в совместной деятельности с пациентом.

По направленности воздействия различают:

1. Барьеры отражения, которые возникают в результате искаженного восприятия:

- себя (неадекватная самооценка);

- партнера (приписывание не присущих ему свойств, способностей);

- ситуации (неадекватная оценка значимости ситуации).

2. Барьер отношений в результате неадекватного отношения:

- к себе (неудовлетворенность своим ролевым статусом);
- к партнеру (чувство антипатии, неприязни);
- к ситуации (негативное отношение).

3. Барьер обращения как к специфическая форма отношения, возникающая при особых формах обращения, которые ведут:

- к кооперации или сотрудничеству (комплимент, похвала, какие-либо поощрительные жесты);
- к непродуктивному общению (повышенный тон голоса, оскорбительные выражения).

Выделяют следующие наиболее встречающиеся психологические барьеры в общении (М.В.Удальцов, Л.К.Аверченко, 1999):

Барьер предвзятости и беспричинно негативной установки. Проявляется, если человек начинает беспричинно или в результате первого впечатления негативно относиться к собеседнику или партнеру по общению. Осознав свое предвзятое отношение к собеседнику, следует проанализировать возможные причины возникновения, мотивы, способствовавшие этому, и постараться изменить свою позицию.

Барьер отрицательной установки, как правило, возникает на основе отрицательной информации, полученной вами от других, в результате чего формируется негативная установка по отношению к определенному человеку. В этом случае необходимо осознать всю полученную в вашем сознании негативную информацию как своего рода программу, искажающую объективное восприятие собеседника, освободиться от своей тенденциозности и предвзятости.

Барьер боязни контакта с человеком. В основе лежит повышенная стеснительность, неловкость, чувствительность, ранимость, имеющийся

негативный опыт неконструктивного общения с людьми и, как результат, страх неудачи.

Мотивационный барьер возникает у партнеров с разными мотивами вступления в контакт. Если один заинтересован в развитии общего дела, а другого интересует немедленная прибыль, то каждый из партнеров преследует разные цели. Лучше с самого начала выяснить намерения друг друга, согласовать мотивы сотрудничества. Если это не удастся, совместная работа обречена на неудачу.

Этический барьер возникает, если взаимодействию с партнером мешает нравственная позиция, несовместимая с вашей собственной. Идти ли на компромисс, каждый решает сам, однако пытаться перевоспитывать или стыдить пациента не рекомендуется.

Барьер *стилей* общения зависти от того, что у каждого человека свой стиль общения, зависящий от темперамента, характера, мировоззрения. В деловом общении выделяют партнерский и не партнерский стили, различающиеся главным образом умением и желанием учитывать позиции, мнения, оценки партнера. Этот барьер проявляется в манере поведения, особенностях речи, характере общения. Если человек ориентирован на дело, собран, организован, можно считать, что он владеет деловым стилем. Стили общения подразделяются на партнерский и не партнерский (В.И.Куницына, 1985). Партнерский стиль общения означает сотрудничество, выслушивание, старание понять и быть понятым, просьба совета и совместное решение проблемы. Не партнерский стиль – невнимательное слушание, игнорирование или безоговорочное принятие точки зрения партнера, навязывание решения, побуждение необдуманных поступков. Позитивно воспринимается партнерский стиль, он формируется под влиянием воспитания, окружения, профессии, а проявляется в манере поведения, особенностях речи, в характере человека. Невежливость редко служит барьером, если руководствоваться изречением М.Сервантеса: «Ничто не ценится так дорого и не дается так дешево, как вежливость».

Барьер ожидания непонимания базируется на сомнении человека в способности собеседника правильно и объективно понять его самого, проблемы, позицию, вызывает негативное прогнозирование ситуации непонимания. Следствием становится ограниченность собственного сознания, трудности в преодолении стереотипов и предубеждений.

Барьер неверных стереотипов обусловлен тем, что для большинства людей в жизненных ситуациях свойственно следовать некоторому шаблону, т.е. обобщать явления окружающей действительности сообразно жизненному опыту. Упрощенные представления и установки автоматически переносятся на общение с конкретными людьми и могут привести к взаимному непониманию и даже отторжению, вызывать негативную реакцию. Например: все профессора – чудаковатые; студенты – бесшабашные; старики – придирчивые.

Стереотипы могут содержать определенную долю правды и помогать прогнозировать различные ситуации. Одновременно они являются жесткими ограничительными препятствиями в общении людей, которые бывает трудно преодолеть.

Эстетический барьер может возникнуть в случае, если пациенты неопрятны, неряшливо одеты или обстановка в кабинете, вид рабочего места сестры не располагают к беседе. Преодолеть внутреннее препятствие к ведению разговора трудно, и, тем не менее, если этот контакт важен, нельзя показывать, что нас что-то коробит. Комфортному общению могут препятствовать разное социальное положение людей. Начальники сохраняют свои навыки руководства, пытаясь навязывать свою волю не только окружающим медицинским работникам, но и родным и близким. Избавиться от такого отношения помогает следующая установка перед разговором: «Начальником этот пациент был для своих подчиненных. Мне он не указ». Или «Начальник такой же человек, как и я. Ему присущи все человеческие слабости. Можно представить, как его ругает жена или не

слушает дочь. Есть много начальников и повыше его. У меня нет причин волноваться».

Барьер отрицательных эмоций искажает восприятие, действительность видится как в кривом зеркале, он возникает в общении с расстроенным человеком. Если пациент, прежде вежливый, начинает говорить нелюбезно, не поднимая глаз, не спешите принимать это на свой счет и искать причину в изменении его отношения к вам. Быть может, он не в состоянии справиться с плохим настроением из-за собственных проблем или плохого самочувствия. Состояние здоровья человека, физическое или духовное, значительно влияет на то, как он общается. У людей, страдающих различными неврозами, повышенным давлением, гастритом, переживающих личные потрясения или депрессию это может служить препятствием к продуктивному общению.

Коммуникативные барьеры состоят в некомпетентности, неумении говорить, слушать, которые можно преодолеть тренировками и обучением элементам деловой коммуникации.

Барьер установки может стать препятствием к конструктивному общению. Ваш деловой партнер может обладать негативной установкой по отношению к организации, которую вы представляете, поэтому лучше идти на деловую встречу после рекомендации авторитетного лица. Спокойно относитесь к неприязни как к проявлению человеческого невежества, слабости, тогда несправедливое отношение не будет вас задевать.

Барьер характера, при котором имеет место сочетание разных типов характера общающихся людей (мобильный, ригидный, доминантный или пассивный собеседник) не должен служить препятствием для умения договориться, для этого:

- человеку с мобильным типом поведения дают высказаться;
- с ригидным человеком надо набраться терпения;

- доминантному пациенту позволяют выговориться, а потом твердо настаивают на своем;
- с пассивными людьми используют метод активного слушания (вопросы, перефразирование, узнают мнение).

Барьер возраста выражается как непонимание между людьми разных поколений, что может приводить к конфликту «отцов и детей»: старшие не понимают, чем живут молодые, осуждают их, раздражаются, не принимая их образ жизни, привычки, жизненные установки, идеалы. То же самое наблюдается со стороны молодого поколения по отношению к старшим. Пример: отношение к новым информационным технологиям.

Барьер *двойника* заключается в том, чтобы невольно судить о человеке по себе, ждать от делового партнера поступка, какой совершили бы на его месте вы сами. Для преодоления барьера нужно развивать способности к умению мысленно ставить себя на позицию другого.

Барьер *модальностей*. Незнание того, что у каждого человека есть приоритетный канал восприятия, нередко затрудняет общение. Как известно, существует три основных канала поступления информации в сознание человека: визуальный канал, слуховой, кинестетический, которые следует распознавать у другого. Неумение партнера ясно и последовательно выражать свои мысли также мешает общению. Плохая техника речи, скороговорка, невнятная речь, очень тихий или, наоборот, пронзительный голос способны вызвать раздражение, но если есть заинтересованность в контакте с этим пациентом, придется приспособиться к его манере разговора.

Перечисленные «барьеры» являются малой вершиной айсберга существующих препятствий для взаимопонимания. Важно помнить, что психологические барьеры возникают незаметно, поэтому для саморазвития нужен постоянный анализ своего общения с другими, когда учатся смотреть на себя со стороны, глазами собеседника.

Другие авторы (Н.И. Шевандин) выделяют барьеры, которые создают предпосылки конфликтного поведения. Их знание является профилактикой жалоб пациентов медицинских организаций негосударственной формы собственности на качество медицинской помощи.

1. Барьеры понимания:

- фонетический барьер (невыразительная быстрая или медленная речь, скороговорка, с большим количеством звуков-паразитов);
- стилистический барьер (несоответствие стиля речи коммуникатора и ситуации общения или стиля общения и актуального психологического состояния партнера по общению);
- семантический барьер (различие в системах значения слов);
- логический барьер (сложная, непонятная или неправильная логика рассуждений, доказательств).

2. Барьеры социально-культурного различия (социальные, политические, религиозные, профессиональные), приводящие к разной интерпретации понятий, употребляемых в процессе общения.

- конституциональный тип человека,
- психофизиологические особенности,
- темперамент,
- характер,
- культурный и образовательный уровень,
- нравственные качества личности,
- ценностные установки (ориентиры),
- жизненные цели,
- мотивации, побуждения,
- интеллектуальный и творческий потенциал,

- жизненная позиция. Она бывает активная, пассивная, потребительская, производящая, берущая, отдающая, зависимая, независимая,
- психологические проблемы и комплексы,
- усвоенные социальные роли. Это могут быть роли «студента» и «преподавателя», «медицинской сестры» или «врача», «начальника» или «подчиненного».

3. Барьеры отношения (неприязнь, недоверие к коммуникатору, которое распространяется на передаваемую им информацию). Любая поступающая к человеку информация несет тот или иной элемент воздействия на его поведение, мнение и желания, с целью частичного или полного изменения.

Схема выхода из ситуации барьеров в общении такова:

1. Оценка создавшейся ситуации «барьера» (определение направленности и возможных последствий);
2. Выявление ориентировочных причин возникновения;
3. Исследование предполагаемого выхода из ситуации в зависимости от причин (нейтрализация, либо сведение о воздействии негативных факторов);
4. Определение эффективных действий для выхода из создавшейся ситуации.

Действия, направленные на минимизацию «барьеров» позволяют наладить общение и приводят к эффективным совместным действиям.

Деятельность медработника заключается в оказании помощи больным людям, испытывающим вследствие заболевания страдание, тревогу, подавленность, раздражение, негативные эмоции и потребность в помощи. Значимость приобретают нравственные и психологические аспекты деятельности медсестры. Для реализации комплексного подхода к человеку и разработки путей и способов возвращения пациенту здоровья медсестре необходимы, наряду со знанием медико-биологических,

специальных дисциплин, не менее глубокое знание психологии общения, которое позволит эффективно общаться с пациентом и помочь в преодолении болезни.

Проблема общения актуальна, поскольку духовное богатство, своеобразие и специфичность каждой личности имеют тенденцию к развитию и усложнению. В деловом взаимодействии партнеры могут использовать различные уровни общения, однако, эффективность примитивного стиля – самая низкая. Культура и правила делового общения медиков благоприятствуют эффективности переговоров с пациентами:

- Соблюдайте сроки договоренностей. Точность – вежливость королей. Устраните факторы, мешающие ходу разговора.
- Будьте интересным собеседником, не суеситесь, шутите, улыбайтесь, находите интерес своего партнера.
- Говорите спокойно, внятно, убедительно. Держитесь независимо, не нервничайте. Говорите конкретно (цифры, подробности, факты).
- Не избегайте обсуждения сложных тем. Будьте хладнокровны, уважительны и тактичны.
- Побуждайте пациента к высказываниям. Внимательно слушайте, не перебивайте.
- Ведите беседу настойчиво, конкретно и энергично. Делайте паузы. Говорите доступным партнеру языком. Спрашивайте. Покажите преимущества ваших предложений (безопасность, признание, экономическая выгода, удобства).

Для трудолюбивых медицинских работников, желающих успеха в жизни и эффективной медицинской помощи пациентам, приводим несколько афоризмов по особенностям человеческих проявлений.

1. *Закон вложения ожиданий.* «Если мы принимаем людей такими, какие они есть, мы делаем их хуже. Если же мы относимся к ним так, как будто они таковы, какими им следует быть, мы помогаем им стать такими,

какими они в состоянии стать» (И.В.Гете). Если много ожидать от подчиненных, то уже одного этого достаточно, чтобы повысить самооценку человека, попавшего в трудную ситуацию. Аналогичную роль может сыграть любое вознаграждение. Упреки даже за фактически допущенные ошибки деморализуют человека. Он начинает относиться к неудачам, как к неизбежному злу, вследствие чего проявляются равнодушие, уныние, ожесточение. Следует авансировать человека доверием и обращаться с ним как с достойным, смягчая этим его внутреннее напряжение.

2. *Закон индивидуального подхода.* Люди требуют к себе индивидуального подхода, имеют право на уважение, обращение по имени, а не на «ты».

3. *Закон 4-х раз.* Восстановление прерванных эмоциональных контактов возможен не более 4 раз, после чего человек перестает стремиться к ним. Если человека (1) не «погладили», на него (2) без причины прикрикнули, (3) ударили, (4) остались к нему равнодушным, после этого человек может не откликаться на общение.

4. *Закон простых ответов* (Макиавелли) нужен при общении с многочисленной толпой.

5. *Закон «интригующей трудности».* Иногда целесообразно бросить человеку вызов – побудить к преодолению трудностей. Для этого можно предложить трудную задачу и раззадорить его тем, чтобы он испытал в ней свои силы, использовал свои возможности, полностью открыл для себя радость успешного совершения трудной работы. Испытав удивительное чувство полной поглощенности работой, многие пытаются возродить это положительное эмоциональное состояние и впоследствии.

6. *Закон «легкого обладания».* Не ценится людьми то, что им легко досталось. В книге «Наука любви» (Публий Овидий Назон, 43 в. до н.э. – 17 н.э.) писал:

«Помните: все, что дается легко, то мило недолго,

Изредка между забав нужен и ловкий отказ.

Пусть он лежит у порога, кляня жестокие двери,

Пусть расточает мольбы, пусть не жалеет угроз –

Может корабль утонуть и в порыве попутного ветра,

Многая сладость претит – горечь вкус освежит!

Вот потому-то мужьям законные жены постылы: слишком легко обладать теми, кто рядом всегда».

7. *Закон «лестного отзыва».* «Чтобы понравиться другим, нужно говорить с ними о том, что приятно им и что занимает их, уклоняться от споров о предметах маловажных, редко задавать вопросы и ни в коем случае не дать им заподозрить, что можно быть разумней, чем они». - (Франсуа де Ларош - Фуко).

8. *Закон надежды:* «Надежда подобна ночному небу: нет такого уголка, где бы глаз, упорно ищущий, не открыл, в конце концов, какую-нибудь звезду» (О.Фелье).

Девизом тех, кто работают в сфере оказания медицинской помощи, должны стать слова: «Спешите делать добро!», в наибольшей мере благоприятствующие климату сотрудничества. Для того, чтобы утром с радостью спешить на работу, а вечером – к семье, нужно совсем немного: «Найти дело по душе, и тогда не придется работать ни одного дня в жизни» (Конфуций).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За последнее 10-летие сектор государственного здравоохранения приобрел тенденцию к сокращению объемов медицинской помощи, оказываемой населению согласно минимальным социальным стандартам в сторону медицинских услуг за дополнительную плату в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности. Особенность текущего социально-экономического периода состоит в том, что, наравне с другими, состоялась политическая воля к развитию в медицине сектора негосударственных форм собственности. Если в 2008г. доля медицинских организаций негосударственной формы собственности в структуре оказания медицинской помощи в Республике Беларусь составляла 7,8%, то к 2013г. она возросла до 9,4%.

Увеличение расходов частного сектора на систему здравоохранения свидетельствует о повышении личной ответственности граждан за свое здоровье. Население приходит к осознанию того факта, что качественная медицина – это очень дорого. И хотя законодательством Республики Беларусь предусмотрены и в полном объеме выполняются социальные обязательства по видам, объемам, структуре и условиям предоставления бесплатной медицинской помощи, все, что предоставляется сверх гарантированного объема, должно и представляется за деньги пациента, путем активного развития платных медицинских услуг, либо за счет выплат по добровольному медицинскому страхованию.

Продвижение медицинских услуг за дополнительную плату базируется на нормативно-правовых документах, изданных в 1992-2014гг. компетентными органами управления и здравоохранения Республики Беларусь. Медицинские услуги за дополнительную плату являются дополнением к гарантируемому государством объему лечения или оздоровления и оказываются государственными организациями, унитарными предприятиями в соответствии с законами, физическими и юридическими договорами возмездного оказания МУ, составленными в

письменной форме, за исключением платных медицинских услуг, оказываемых анонимно. Они реально становятся резервом финансирования организаций здравоохранения. Сохраняемый государством участок обязательного финансирования обеспечивает через систему минимальных социальных стандартов и территориальные медицинские программы действительную доступность медицинской помощи любым категориям населения, независимо от степени платежеспособности.

Избранные технологии продажи медицинской услуги как товара, а также современные взгляды на маркетинг, рекламную деятельность, элементы психологии делового взаимодействия в модели «врач-сестра-пациент – партнеры» свидетельствуют о необходимости введения этих вопросов в учебные программы дополнительного обучения медицинских работников, что поможет в успешной организации работы персонала в условиях эволюционного движения к рынку.

Своевременность обучения по специально разработанной программе главных врачей, главных медицинских сестер, менеджеров по продажам элементам рыночных отношений «товар-деньги-товар» несомненна. Обоснованность необходимости обучения элементам менеджмента, маркетинга, трудового права, психологии, конфликтологии, этики медицинских работников считаем доказанной.

В условиях формируемого рынка МУДП знание основ психологии делового общения в процессе продажи, рекламы, маркетинга является необходимостью для успешной деятельности организации. Этому способствует эффективная работа персонала в команде.

Предложенные *рекомендации* по эффективной организации работы коллег в команде медицинского персонала содержат смысл для повседневной работы руководителя медицинской организации:

– управление начинается с изучения сильных и слабых сторон сотрудников, взаимной симпатии и антипатии, согласно правилу «пойми – запомни – помоги»;

- руководитель не для того, чтобы работать за всех, а чтобы вместе сделать больше, чем в одиночку, для стимулирования самовыражения, инноваций и творческого потенциала коллег. Правило: самые успешные сотрудники не те, что с идеальным характером;

Рекомендации менеджерам при организации деятельности команды медицинского персонала базируются на советах практиков:

- нельзя брать в группу никого по блату или подбирать по принципу молодости и красоты;

- окружать себя квалифицированным персоналом; никогда и никому не завидовать, используя резервы общения. Правила успешности: Благодарю, но взвешивай. Хвала критике. Доверяй – контролируй. Хвали прилюдно, ругай – наедине;

Успешность делового взаимодействия врача (сестры) с пациентом базируется на знании барьеров общения, их диагностике и умении преодолевать препятствия.

- Осознать, что стиль поведения – проявление глубинной сущности собеседника и принимать это как данность:

- на экспрессивного экстраверта смотреть как на актера, который развлекает;

- молчаливого интроверта благодарить за то, что сберегает свою и вашу энергию.

- Осознать собственный стиль общения. Не партнерский стиль подлежит исправлению:

- индивидуальной работой;

- манипулятору подумать, чего он хочет в жизни; альтруисту – решить, надо ли спешить делать добро, будет ли польза, просят ли об этом.

Деловой этикет в профессии врача (сестры) - необходимый атрибут общественной профессии, он позволяет избежать конфликтов, поэтому медикам не рекомендуется:

- выглядеть хмурым, побежденным;
- держаться с опущенной головой, смотреть исподлобья;
- сидеть, откинувшись назад, скрестив ноги, потирать руки;
- демонстрировать высокомерие, качать ногой;
- выглядеть безразличным, угрюмым;
- смотреть в пол, постукивать пальцами по столу;
- теревать волосы, чесаться;
- жевать резинку.

Руководитель МО является носителем основных этических принципов делового общения, используя для этого определенные принципы: создавая условия творческого и профессионального развития личности подчиненных; принцип полномочия и ответственности (дал задание – дай и полномочия), а также поощрения и наказания. Правило: наказание должно быть сиюминутным, неотвратимым и адекватным вине подчиненного.

Администраторы и практические врачи (сестры) могут сталкиваться с проявлениями низкой культуры. Столкнувшись с невоспитанностью или грубостью посетителей или пациентов, медицинский работник может руководствоваться правилами:

- Нельзя показывать огорчение или возмущение, если вас не приветствуют или опаздывают на встречу.
- На несправедливое обвинение, надо ответить холодно, но спокойно. Если собеседник кричит, рекомендуют прием «Чужая роль» – войти в его положение: «Я понимаю вас». Если собеседник возмущен – выразить сочувствие поддакиванием: «Да, вы правы». Если партнер кричит оттого, что не прав, прием самообвинения – извинитесь! Если пациент продолжает несправедливо возмущаться – можно использовать прием

«отстранения»: разглядеть детали костюма, прически, подумать о его возрасте. Каково его хобби, семья; проанализировать удачную речь, ошибки лексики. Следить за своим пульсом, «взорвусь – не взорвусь».

- Будьте внимательны с первой минуты встречи. Благодарите, умеете отказать («Да, но...»), учитесь прощаться доброжелательно. Вспомним известные, но не всегда используемые нами резервы общения:

- не злоупотреблять критикой и не осуждать посетителей;
- реже жаловаться, поддерживать положительную установку;
- убеждать, а не приказывать, берите пациента в партнеры;
- улыбайтесь! Улыбка – знак дружбы и открытости к общению;
- не выражать сомнение в разговоре, если это может повлечь отрицательную реакцию; умеете положительно закончить разговор;
- не отвергать человеческих отношений в деловом общении;
- не провоцировать отрицательных ответов, избегать словесных обвинений, выражаться конкретно по сути дела;
- не искать виновных и никого, не разобравшись в проблеме, не обвинять.

Поэтапная реализация технологии успешной продажи медицинской услуги будет способствовать удовлетворению возрастающих потребностей различных групп населения в качественной медицинской помощи.

Медицинские сестры – многочисленный отряд специалистов, который должен быть готовым к реалиям предоставления медицинских услуг за дополнительную плату, не скатившись при этом в стяжательство, базирующееся на несчастье заболевших людей, а сохраняя достоинство и честность. Современные постулаты кодекса чести медицинского работника предложены Г.Г. Энгельгард, М.А. Рай (1988г.) как мораль медико-индустриального общества:

- *говорите только правду;
- *помогайте людям купить то, что они хотят;

- *стремитесь к выгоде: экономика, ведущая к дефициту, плоха для всех;
- *любите ближнего своего и будьте милосердны;
- *храните честь и достоинство своей профессии;
- *рыночные отношения хороши, но, обеспечивая их, соблюдайте права и высшие интересы больных людей, ибо «Тому, кто не постиг науки добра, всякая иная наука приносит лишь вред» - считал Б.Паскаль.

Проблемы обучения, связанные с недостаточным объемом информации по экономическим категориям в обучающих программах базового образования колледжей могут быть разрешены в системе дополнительного образования взрослых. Это особо актуально в свете Направлений стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011-2015гг., провозглашающих тенденцию к росту объемов медицинской помощи, предоставляемой населению за дополнительную плату. Резолюция Всемирной организации здравоохранения 2013г. (WHA 66.23) содержит рекомендацию по трансформации образования кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Избранные вопросы медицинской экономики в настоящее время имеют серьезную нормативную правовую базу.

В выступлении Президента А.Г. Лукашенко А.Г. «Красуй, вольная наша Радзіма» на торжественном собрании и концерте мастеров искусств Беларуси и России, посвященных 70-й годовщине освобождения Республики Беларусь от немецко-фашистских захватчиков и Дню Независимости Республики Беларусь (Дню Республики) он отметил: «Личная честность каждого, работа на совесть на любом участке – будь то механизатор, водитель, учитель, программист, строитель или ученый – это есть патриотизм. И одновременно это фундамент крепкой экономики. А крепкая экономика - это залог независимости, свободы и процветания Беларуси».

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев, Ю.К. Культура речи врача / Ю.К. Абаев // Здоровоохранение. – 2011. – № 1. – С. 30–34.
2. Алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (для медицинских сестер-регистраторов) : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27 09.2010 / П.Н. Михалевич, Т.В. Матвейчик, А.А. Донисевич. – Минск, 2010. – 43 с.
3. Афанасьева, А. Старая команда: золотой фонд или камень на шее? / А. Афанасьева // Современ. технологии управления персоналом. – 2003. – № 2. – С. 18–19.
4. Бабосов, Е.М. Конфликтология / Е.М. Бабосов. – Минск : Тетрасистемс, 2001. – 463 с.
5. Беляцкий, Н.А. Менеджмент. Основы лидерства : учеб. пособие / Н.А. Беляцкий. – Минск : Новое знание, 2002. – 250 с.
6. Большаков, А.С. Менеджмент. Золотые алгоритмы / А.С. Большаков. – СПб. : Литера, 2001. – 176 с.
7. Буковский, М. Платные медицинские услуги: что на свету и что в тени? / М. Буковский // Мед. газета. – 2002. – 6 февр. – С. 10.
8. Вальчук, Э.А. Организационные основы методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, О.П. Царук. – Минск : БелМАПО, 2003. – 381 с.
9. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук. – Минск : МЕТ, 2010. – 320 с.
10. Вальчук, Э.А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник): научно-методические издания сотрудников БелМАПО за 2001-2013гг.: справочное издание / Э.А. Вальчук, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2014. – 32 с.

11. Вальчук, Э.А. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения : учеб. – метод. пособие / Э.А. Вальчук, А.П. Романова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 39 с.
12. Вечер, Л.С. Поведение руководителя / Л.С. Вечер. – Минск : Новое знание, 2000. – 207с.
13. Волкова, Е.В. О порядке регулирования, формирования и утверждения тарифов на платные медицинские услуги / Е.В. Волкова // Гл. бухгалтер. Ценообразование. – 2007. – № 2. – С. 51–57.
14. Волохович, Т.В. Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство в условиях скорой медицинской помощи / Т.В. Волохович // Менеджмент в здравоохранении. – 2014. – № 6. – С. 37–40.
15. Голубков, С.В. Лояльность персонала компаний: психологическая структура, формирование и методика измерений / С.В. Голубков // Управление персоналом. – 2003. – № 10. – С. 62–63.
16. Данько, Т.П. Управление маркетингом : уч. пособие / Т.П. Данько. – М. : ИНФРА-М, 1997. – 280 с. – (Высшее образование).
17. Ежова, Н.Н. Новые тесты для отбора персонала / Н.Н. Ежова. – Ростов н/Д : Феникс, 2008. – 286 с.
18. Аносова, Л.И. Анализ эффективности коммуникаций в управленческой деятельности руководителей сестринских служб ЛПУ / Л.И. Аносова, З.П. Жохова // Гл. мед. сестра. – 2003. – № 6. – С. 123–127.
19. О ценообразовании : Закон Респ. Беларусь, 10 мая 1999 г. № 255-З : в ред. от 31 дек. 2009 г. № 114-З.
20. О нормативных правовых актах Республики Беларусь : Закон Респ. Беларусь, 10 янв. 2000 г. № 361-З : в ред. от 02 июля 2007 г. № 31-З.
21. О государственных минимальных социальных стандартах : Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1999 г., № 322-З : в ред. от 04 янв. 2014 г. № 106-З.

22. Зиглар, З. Путь к вершине / З. Зиглар; пер. с англ. Г.И. Левитан. – Минск : Попурри, 2002. – 256 с.
23. Зильбер, А.П. Этюды медицинского права и этики / А.П. Зильбер. – М. : МЕДпрессинформ, 2008. – 839 с.
24. Иванова, Н.В. Как помочь клиенту определить терапевтическую цель / Н.В. Иванова // Моск. психотерапевт. журн. – 2004. – № 1. – С. 102–123.
25. Иванюшкин, А.Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты / А.Я. Иванюшкин. – М. : Автор. акад., 2010. – 112 с.
26. Кадыров, Ф.Н. Платные медицинские услуги / Ф.Н. Кадыров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. ГРАНТЬ, 2003. – 512 с.
27. Ключенович, В.И. Управление формированием здорового образа жизни (практический глоссарий и пилотное проектирование системы) / В.И. Ключенович. – Минск : БелНИИ «Экология», 2010. – 269 с.
28. Психология делового преуспевания / А.Н. Колесников [и др.]. – М. : Владос-Пресс, 2001. – 304 с.
29. Кондурцев, В.А. Искусство клинического обхода: допалатный этап / В.А. Кондурцев // Новые С. – петерб. врач. ведомости. – 2010. – № 3. – С. 92–94.
30. Коноваленко, М.Ю. Голь на выдумки хитра (манипуляции в бизнесе) / М.Ю. Коноваленко // Управление персоналом. – 2003. – № 10. – С. 56–59.
31. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп. – 10-е изд. – Минск : Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2014. – 62 с.
32. Крейдлин, Г.Е. Невербальная семиотика / Г.Е. Крейдлин. – М. : Новое лит. обозрение, 2002. – 161с.
33. Основы маркетинга : пер. с англ. / Ф. Котлер [и др.]. – 2-е европ. изд. – М. ; СПб. ; Киев : Вильямс, 2012. – 944 с.

34. Кремень, М.А. Пути эффективного руководства / М.А. Кремень. – Минск : Беларус. навука, 2000. – 382 с.

35. Лебедев, А.А. Использование маркетинговой философии в деятельности медицинских учреждений государственной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики / А.А. Лебедев // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 7. – С. 31–37.

36. Лекторов, В.Н. Оказание платных медицинских услуг в современных условиях / В.Н. Лекторов, В.М. Будько // Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке : Материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск, 2000. – С. 69–70.

37. Лукашенко, А.Г. Красуй, вольная наша Радзіма // Совет. Белоруссия. – 2014. – 2 июля. – С. 1–2. – Выступление Президента А.Г. Лукашенко на торжественном собрании и концерте мастеров искусств Беларуси и России, посвященных 70-й годовщине освобождения Республики Беларусь от немецко-фашистских захватчиков и Дню Независимости Республики Беларусь (Дню Республики).

38. Лукашенко, А.Г. О развитии гуманитарных наук в Республике Беларусь и повышении их роли в государственном строительстве: Из выступления Президента Республики Беларусь на встрече с учеными-гуманитариями 20.11.1998г. / А.Г. Лукашенко // Общество и экономика. – 1998. – № 12. – С. 7–15.

39. Максвелл, Дж. Мотивация решает все / Дж. Максвелл ; пер. с англ. О.Г. Белошеев. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.

40. Малахова, Н.Г. Маркетинг медицинских услуг. Ваше место на рынке медицинских услуг. Ваш пациент: кто он? Как привлечь клиента. Цена медицинской услуги. Ожидаемая прибыль : [метод. пособие] / Н.Г. Малахова. – М. : Кн. мир, 1998. – 160 с. – Прил. № 1 к журн. «Здравоохранение».

41. Матвейчик, Т.В. Принципы и факторы эффективности работы в команде медицинского персонала / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Мед. новости. – 2005. – № 7. – С. 40–45.

42. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 297 с.

43. Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре: монография / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук ; под ред. д.м.н. Э.А. Вальчука. – Минск, 2009. – 216 с.

44. Матвейчик, Т.В. Влияние компьютерной грамотности на квалификационные характеристики сестер-руководителей / Т.В. Матвейчик, Л.В. Шваб // Медэлектроника -2010. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии : сб. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 2010. – С. 159–161.

45. Матвейчик, Т.В. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

46. Нормативная нагрузка сестринского персонала, работающего самостоятельно / Т.В. Матвейчик [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2002. – № 3. – С. 38–40.

47. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : ГУ «РНМБ», 2012. – 160 с.

48. Матвейчик, Т.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи : монография (для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей) / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования – Минск : РНМБ,

2012. – 88 с.

49. Матвейчик, Т.В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи : монография / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 184 с.

50. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 236 с.

51. Матвейчик, Т.В. Делопроизводство в работе медицинской сестры-организатора : справ. изд. / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, Т.В. Виноградова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2014. – 179 с.

52. Матвейчик, Т.В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела / Т.В. Матвейчик, С.Ф. Новицкая. – Минск : Lap Lambert Academic Publishing, 2014. – 83 с.

53. Матвейчик, Т.В. Сестринское дело в XXI веке : монография / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск : БелМАПО, 2014. – 303 с.

54. Маркетинг медицинских услуг в условиях медицинского страхования : метод. пособие / И.В. Поляков [и др.]. – Саратов : Слово, 1996. – 92 с.

55. Митронин, В.К. Об измерении уровня конкурентоспособности профессионала и медицинской организации / В.К. Митронин // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 9/10. – С. 18–20.

56. Митронин, В.К. Оригинальные организационные технологии, развивающие современную систему управления качеством в медицинской организации / В.К. Митронин. – Самара, 2001. – 363 с.

57. Моррис, Д. Библия языка телодвижений : пер. с англ. / Д. Моррис. – М. : Эксмо, 2010. – 672 с.

58. Николаев, К.В. Клиника – пациент: досудебное урегулирование конфликта / К.В. Николаев, А.А. Тишура // Здравоохранение : журн. для руководителя и гл. бухгалтера. – 2004. – № 3. – С. 61–66.

59. Орлова, Т.В. Конфликты в коллективе: как их избежать / Т.В. Орлова // Гл. мед. сестра. – 2003. – № 1. – С. 109–117.

60. Основы информациологии и информационной гигиены / И.С. Асаёнок [и др.] ; под общ. ред. И.С. Асаёнка. – Минск : Право и экономика, 2012. – 184 с.

61. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2015 год : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 07 июля 2014 г., № 728.

62. Ребрик, С.Б. Тренинг профессиональных продаж / С.Б. Ребрик. – М. : ЭКСМО, 2002. – 232 с.

63. Рейни, Х.Дж. Анализ и управление в государственных организациях / Х.Дж. Рейни. – М. : ИНФРА-М, 2004. – 401 с.

64. Романова, А.П. Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела / А.П. Романова, Т.В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2011. – № 7. – С. 20–24.

65. Седегов, Р.С. Управление персоналом : учеб. пособие / Р.С. Седегов, Н.И. Кабушкин, В.Н. Кривцов. – Минск : Тэхналогія, 1997. – 174 с.

66. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2014. – 276 с.

67. Смирнова, Е.Т. Психология сервиса – новые знания для персонала / Е.Т. Смирнова // Управление персоналом. – 2003. – № 10. – С. 50–52.

68. Старченко, А.А. Качество медицинской помощи как предмет судебного производства / А.А. Старченко, М.Ю. Фуркалюк, Г.А. Кочергина // Здравоохранение : журн. для руководителя и гл. бухгалтера. – 2003. – № 3. – С. 41–48.

69. Степанов, С. Слагаемые карьеры / С. Степанов. – Минск : Эксмо-Пресс, 2002. – 320 с.
70. Стеценко, С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения / С.Г. Стеценко. – М. : Междунар. ун-т, 2002. – 250 с.
71. Столяренко, Л.Д. Основы психологии / Л.Д. Столяренко. – Ростов н/Д. : Феникс, 1996. – 730 с.
72. Тейлор, Ф.У. Научная организация труда : пер. с англ. / Ф.У. Тейлор. – М. : Изд. НКПС «Транспечать», [1924]. – 292 с.
73. Тихомирова, А.В. Медицинская услуга. Правовые аспекты / А.В. Тихомирова. – М. : Филин, 1996. – 352 с.
74. Фомина, Е.В. Разработка программ совершенствования качества работы медицинских сестер на основании влияющих на него факторов / Е.В. Фомина // Гл. мед. сестра. – 2003. – № 2. – С. 48–55.
75. Ходаков, А.И. Психология успешных продаж / А.И. Ходаков. – СПб. : Питер, 2001. – 368 с.
76. Хэмил, Г. Давайте, наконец, придумаем что-нибудь новое / Г. Хэмил // Искусство управления. – 2003. – № 1. – С. 53–65.
77. Шамшурина, Н.Г. Платные медицинские услуги / Н.Г. Шамшурина // Гл. мед. сестра. – 2001. – № 9. – С. 41–44.
78. Шейнов, В.П. Конфликты в нашей жизни и их разрешение / В.П. Шейнов. – Минск : Амалфея, 1997. – 241 с.
79. Шелег, Н.С. Государственное регулирование потребительского рынка в условиях формирования Союзного государства: проблемы и перспективы / Н.С. Шелег. – М., 2003. – 230 с.
80. Щербинина, Ю.В. Педагогический дискурс: мыслить-говорить-действовать : учеб. пособие / Ю.В. Щербинина. – М. : Флинта, 2010. – 202 с.
81. Эксакусто, Т.В. Барьеры общения и актуальность их минимизации в условиях совместной деятельности / Т.В. Эксакусто. – Ростов н/Д., 1999. – 260 с.

82. Watchful waiting vs immediate transurethral resection for symptomatic prostatism. The importance of patient's preferences / M.J. Barry [et al.] // JAMA. – 1988. – Vol. 259, № 20. – P. 3010–3017.
83. Berwick, D.M. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shevhan / D.M. Berwick // Med Care. – 1991. – Vol. 29, № 12. – P. 1212–1225.
84. Berwick, D.M. Peer review and quality management: are they compatible? / D.M. Berwick // Qual. Rev. Bull. – 1990. – Vol. 16, № 7. – P. 246–251.
85. Costs, risks and benefits of surgery / eds. J.P. Bunker, B.A. Barnes, F. Mosteller. – New York : Oxford University Press, 1977. – 401 p.
86. Eddy, D.M. Clinical policies and the quality of clinical practice / D.M. Eddy // N. Engl. J. Med. – 1982. – Vol. 307, № 6. – P. 343–347.
87. Solving common pediatric problems: an algorithm approach / R. Gagan [et al.] ; ed. by C.Z. Margolis. – New York : The Solomon Press, 1988. – 206 p.
88. Matsushita, K. The secret is shared / K. Matsushita // Manuf. Eng. – 1988. – Vol. 100, № 2. – P. 78–84.

Учебное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна
Иванова Валентина Ивановна
Хулуп Геннадий Яковлевич

ИЗ СТАЖЕРА – В МАСТЕРА:
технологии продажи медицинской услуги
в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности

Учебно-практическое пособие

Ответственная за выпуск Т.В. Матвейчик

Подписано в печать 23. 12. 2014. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 12,44. Уч.- изд. л. 9,43. Тираж 100 экз. Заказ 16.

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.