

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Т.В. Матвейчик И.А. Рыбин**

**Руководство по массажу  
для медицинских сестёр**



Минск БелМАПО  
2015

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Т.В. Матвейчик И.А. Рыбин**

**Руководство по массажу  
для медицинских сестёр**

Учебно – методическое пособие

Минск БелМАПО  
2015

УДК 615.82

ББК 53.54

М 33

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования  
протокол № 7 от 22 сентября 2015г.

### **Авторы:**

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
*Матвейчик Т.В.*

к.м.н., доцент кафедры рефлексотерапии ГУО «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования» *Рыбин И.А.*

### **Рецензенты:**

лаборатория организационных технологий первичной медицинской помощи  
РНПЦ МТ

главная медицинская сестра учреждения здравоохранения «Республиканский  
центр медицинской реабилитации и бальнеолечения» Кулагина Г.В.

### **Матвейчик Т.В.**

М 33

Руководство по массажу для медицинских сестер: учебно-  
методическое пособие /Т.В. Матвейчик, И.А. Рыбин – Минск:  
БелМАПО, 2015. - 125с. Прил. 5, табл.4, рис. 2.

ISBN 978-985-499-943-2

Учебно-методическое пособие полезно для лиц, обучающихся в системе  
высшего и среднего специального медицинского и дополнительного образования  
взрослых медицинских вузов и колледжей, работников организаций здравоохранения  
негосударственной формы собственности.

УДК 615.82

ББК 53.54

**ISBN 978-985-499-943-2**

© Матвейчик Т.В., Рыбин И.А., 2015

© Оформление БелМАПО, 2015

<b>Оглавление</b>	<b>Страницы</b>
Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. Значение санитарно-противоэпидемических мероприятий в работе медицинской сестры и действия по профилактике отдельных инфекций	6
Глава 2. Общие основы классического лечебного массажа	21
Глава 3. Медицинская конфликтология в практике медсестры по массажу	30
Глава 4. Безопасность пациента как результат профессионализма медицинской сестры по массажу	47
Глава 5. Деловое общение медицинской сестры по массажу	50
Глава 6. Особенности медицинской этики. Понятие о принципах биомедицинской этики	61
Глава 7. Стандарты деятельности медицинской сестры по массажу	73
Заключение	82
Приложения	83

## **Список сокращений**

БСК – болезни системы кровообращения

ВБИ – внутрибольничные инфекции

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГСИ – гнойно-септические инфекции

ДВУ – дезинфекция высокого уровня

ДПУ – дезинфекция промежуточного уровня

ДНУ - дезинфекция низкого уровня

ОЗ – организация здравоохранения

ПАВ – поверхностно-активные вещества

ПМП – первичная медицинская помощь

ЦНС – центральная нервная система

## **Введение**

«Практическое руководство медицинской сестре по массажу» представляет собой собранные воедино разнообразные сведения для специалиста по соблюдению новых требований к деловому взаимодействию, базирующихся на знании элементов психологии, к соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, предупреждению конфликтов, что улучшает комфортность работы в коллективе. Новыми являются разделы пособия по безопасности для пациентов при получении медицинской помощи, по возможным препятствиям в деловом общении сестры с пациентом и путям их преодоления, расширены понятия о биомедицинской этике, предложены стандарты деятельности медицинской сестры по массажу. Как считал китайский философ Хун Цзы чен: «Добродетель зависит от широты кругозора, а кругозор растет благодаря знанию. Поэтому тот, кто хочет упрочить свою добродетель, не может не расширять свой кругозор. А чтобы расширять свой кругозор, нужно увеличивать свое знание».

В целом содержание пособия соответствует разделам программы обучения «Массаж» и «Деловое общения».

## **Глава 1. Значение санитарно-противоэпидемических мероприятий в работе медицинской сестры и действия по профилактике отдельных инфекций**

Инфекционные болезни - одна из наиболее трудных и обширных проблем медицины, а среди инфекций особое место и до сих пор исключительную актуальность во всех странах мира, в том числе и в Республике Беларусь, приобрела проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ). По данным ВОЗ, частота возникновения ВБИ колеблется от 3% до 20% у стационарных больных с различными заболеваниями. ВБИ регистрируются во всем мире. Примерно 1% населения и более в разных странах мира ежегодно заболевают ВБИ. Наслаиваясь на основное заболевание, они утяжеляют его течение и увеличивают летальность, которая у больных с ВБИ достигает до 25%.

Понятие ВБИ - это собирательное понятие, так как в состав этих инфекций могут входить различные этиологические и нозологические формы болезней. Практически любая регистрируемая на определенной территории инфекция может быть зарегистрирована в любом стационаре в виде ВБИ. Сохраняют актуальность в плане внутрибольничного распространения инфекции, которые распространяются воздушно-капельным путем (грипп и другие острые респираторные бактериальные и вирусные инфекции, ветряная оспа, скарлатина и др.), алиментарным и водным путям (пищевые токсикоинфекции, вызванные энтеробактериями, стафилококками и другими возбудителями, дизентерия, сальмонеллез и др.), парентеральным путем, через кровь и препараты крови (гепатиты В, Д, С, сифилис, ВИЧ-инфекция, ГСИ, сепсис и др.). В последние годы как ВБИ возникает и распространяется кандидоз, особенно в детских стационарах.

В развитых странах ВБИ возникают у 5-12% госпитализированных больных и каждый 12-й летальный случай, наблюдающийся в больнице, происходит в результате развития ВБИ у пациентов.

Длительность пребывания больных в стационаре, в результате присоединения ВБИ, увеличивается в среднем на 5-7 дней, а после оперативных вмешательств - на 5-18 дней. Присоединение ВБИ к основным заболеваниям резко удорожает стоимость пребывания больных в стационарах.

Общие экономические потери от ВБИ далеко выходят за рамки затрат на лечение и уход в больницах. К ним присоединяются расходы на социальное обеспечение по болезни, трудовые потери из-за болезни, снижение производительности труда у перенесших ВБИ, потери от ВБИ, развившихся после оказания медицинской помощи или проведения профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому, по месту работы, учебы.

ВБИ продолжают оставаться одними из наиболее частых осложнений у госпитализированных больных. Например, в США они являются четвертой по частоте причиной летальности, после болезней сердечно-сосудистой системы, злокачественных опухолей и инсультов. Исследование распространенности заболеваний, проведенное под эгидой ВОЗ в 55 больницах 14 стран мира, показало, что в среднем 8,7% (3-21%) госпитализированных пациентов имели внутрибольничную инфекцию. В любой момент времени более 1,5 млн. людей во всем мире страдают от инфекционных осложнений, приобретенных в организации здравоохранения (ОЗ) (<http://medicalplanet.su>).

Это свидетельствует о том, что для работы медицинской сестры по массажу сохраняется актуальность повторения знаний по предупреждению внутрибольничных инфекций (ВБИ).

### **Условно выделяют три вида ВБИ:**

- у пациентов, инфицированных в стационарах;
- у пациентов, инфицированных при получении амбулаторно-поликлинической помощи;
- у медицинских сестер, заразившихся при оказании медицинской помощи пациентам в организации здравоохранения.

ВБИ (госпитальные). Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это любые клинически распознаваемые заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения медицинской организации с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре.

Инфекция считается внутрибольничной, если она впервые проявляется через 48 часов или более, после нахождения в больнице, при условии отсутствия клинических проявлений этих инфекций в момент поступления и исключения вероятности инкубационного периода.

ВБИ - собирательное понятие, включающее различные нозологические формы. Данные исследований свидетельствуют, что в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных стационарах, ведущее место занимают гнойно-септические инфекции (ГСИ) до 75-80% от общего количества. Основными факторами риска возникновения ГСИ являются увеличение числа бактерионосителей штаммов резидентного типа среди сотрудников, формирование госпитальных штаммов, увеличение зараженности воздуха микроорганизмами, спорами и грибами, окружающих предметов и рук персонала, диагностические и лечебные манипуляции, несоблюдение правил размещения пациентов и ухода за ними. Другая большая группа ВБИ - кишечные инфекции, (до 7-12% от общего

количества). Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных пациентов хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелые соматические патологии. Выделяемые от пациентов и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибактериальной устойчивостью к внешним воздействиям. Ведущими путями передачи возбудителя в условиях медицинской организации являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой, наиболее вероятные для сестер по массажу.

Значимую роль во внутрибольничной патологии организаций здравоохранения (ОЗ) играют гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D (6-7% в общей структуре). Особую категорию риска представляет медицинский персонал, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций, работу с кровью, контакт с биологическими жидкостями и кожей пациентов. При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала.

На долю других инфекций, регистрируемых в ОЗ, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К таким инфекциям относятся грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др. Нормативные документы, регламентирующие работу медицинской сестры по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, представлены ниже (прил. 1-4).

### **Противоэпидемические мероприятия**

**Противоэпидемический режим** - это совокупность строго регламентированных и обязательных для выполнения противоэпидемических мероприятий в конкретных лечебных организациях, для предупреждения возникновения, распространения ВБИ.

**Противоэпидемические мероприятия** - комплекс мероприятий, направленных на предупреждение формирования или разрыв путей передачи от источника инфекции к восприимчивому организму, а так же предотвращения экзо и эндогенного инфицирования этого восприимчивого организма.

**Комплекс противоэпидемических мероприятий включает:**

1. Соблюдение асептики и антисептики при проведении лечебно-диагностических процедур (использование стерильного медицинского инструментария, перевязочного материала).
2. Применение эффективных мер обеззараживания рук медицинского персонала и операционного поля.
3. Дезинфекцию объектов внешней среды, имеющих определенное значение в механизме передачи возбудителей (постельные принадлежности, воздух, посуда, уборочный инвентарь).

**Санитарное содержание помещения, в котором работает сестра по массажу**

Все помещения ОЗ условно можно разделить на:

1. требующие особого режима дезинфекции (т.н. режимные кабинеты);
2. другие функциональные помещения: палаты, коридоры, лестницы, санитарно-бытовые помещения (туалеты, душевые, бельевые), кладовые, буфеты, столовые.

Согласно требованиям санитарных правил все оборудование, мебель, должны иметь гигиеническое покрытие, обеспечивающее возможность, доступность проведения влажной уборки, дезинфекции, должно содержаться в чистоте, в исправном состоянии. Вышедшее из строя, неисправное оборудование, мебель, инвентарь подлежат немедленному ремонту или

замене. Запрещается хранение неиспользованного оборудования в функциональных помещениях.

Поверхности стен, потолков должны быть целостными, гладкими не иметь следов затеков, плесени. В помещениях с влажным режимом работы (режимные кабинеты, операционные блоки, санузлы, клизменные, помещения для хранения грязного белья) стены облицовывают влагостойкими материалами на полную высоту, потолки должны иметь водостойкое покрытие без щелей и стыков.

Используемый уборочный инвентарь должен иметь маркировку с указанием подразделения, назначения (для уборки пола, выше пола), использоваться строго по назначению и хранится в специально отведенном месте санитарных комнат. После каждой уборки подвергаться дезинфекции. Инвентарь для уборки туалетов должен иметь сигнальную маркировку красным цветом.

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

Все госпитальные штаммы возбудителей ВБИ наряду с практически полной устойчивостью к антибиотикам, обладают значительной устойчивостью к воздействию внешних факторов, в т. ч. дезинфектантам. Поэтому одним из значимых направлений профилактики ВБИ является качественная дезинфекция.

**Дезинфекция** - совокупность способов полного, частичного или селективного уничтожения вегетативных патогенных для человека микроорганизмов на объектах внешней среды и на изделиях медицинского назначения.

**Различают профилактическую, текущую и заключительную дезинфекцию:**

- 1. Профилактическая дезинфекция** — проводится постоянно, независимо от эпидемической обстановки: мытьё рук, окружающих предметов с использованием моющих и чистящих средств, содержащих бактерицидные добавки.
- 2. Текущая дезинфекция** — проводится у постели больного, в изоляторах медицинских пунктов, лечебных учреждениях с целью предупреждения распространения инфекционных заболеваний за пределы очага.
- 3. Заключительная дезинфекция** — проводится после изоляции, госпитализации, выздоровления или смерти больного с целью освобождения эпидемического очага от возбудителей, рассеянных больным.

**Уровни дезинфекции:** высокий, средний, низкий.

**Высокий уровень дезинфекции** – использование дезинфицирующих растворов высокой концентрации, способных уничтожить возбудителей туберкулеза, гнойных инфекций, кандидоза, анаэробных инфекций (столбняк, газовая гангрена, сибирская язва). Например, 5% р-р хлорамина, 6% р-р  $H_2O_2$  + 0,5% р-р моющего средства.

**Средний уровень дезинфекции.** Цель – уничтожение ВИЧ, ВГ, ОРВИ, сифилиса. Например, 3% раствор хлорамина, 4% раствор перекиси водорода.

**Низкий уровень дезинфекции или социальный.** Цель – уничтожение бактерий. К нему относятся: дезинфекция изделий дезинфицирующими растворами низкой концентрации. Например, 1% раствор хлорамина, 3% раствор перекиси водорода.

## **Уровни дезинфекции медицинского оборудования:**

1. **Дезинфекция высокого уровня (ДВУ)** - уничтожение патогенных и непатогенных микроорганизмов спороцидными средствами.
2. **Дезинфекция промежуточного уровня (ДПУ)**
3. **Дезинфекция низкого уровня (ДНУ)**

Выбор уровня дезинфекции медицинского оборудования определяется категорией и степенью критичности инструментов и предметов ухода

**1 категория - критические предметы:** предметы, проникающие в кровоток и стерильные в норме ткани организма (хирургические инструменты, имплантаты, сердечные катетеры и др.). Все предметы, которые входят в данную группу, должны быть стерильными. Предметы из этой категории должны пройти полный цикл обработки от дезинфекции до стерилизации.

**2 категория - полукритические предметы,** контактирующие со слизистыми оболочками или поврежденной кожей (эндоскопы, бронхоскопы, ингаляторы и др.). Для этой группы необходима тщательная очистка и ДВУ.

**3 категория - некритические инструменты и предметы,** соприкасающиеся с неповрежденной кожей. Это подкладные судна, стетоскопы, манжеты, используемые для измерения давления и прочее. Эта группа предметов может быть не стерильной, допускается наличие на поверхности спор бактерий. Эта категория предметов проходит ДПУ или ДНУ.

**Режимы дезинфекции:** бактерицидный, вирулоцидный, фунгицидный, туберкулоцидный. В поликлиниках работают по вирулоцидному режиму.

**Методы дезинфекции:** механические, физические, химические, комбинированные, при этом медицинская сестра по массажу использует химический и физический методы.

Все дезинфектанты можно разделить на 9 основных групп химических соединений:

1. Галлоидсодержащие соединения
2. Гуанидины
3. Алкиламины
4. Амфотензины
5. Альдегидсодержащие вещества
6. Спирты
7. Фенолсодержащие средства
8. Кислородосодержащие
9. Поверхностно-активные вещества (ПАВ).

В соответствие с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 165 от 25.11.2002 г. «О проведении дезинфекции и стерилизации в учреждениях здравоохранения» в каждой ОЗ должен быть произведен расчет потребности в дезинфекционных препаратах, и обеспечен неснижаемый месячный запас дезинфицирующих средств, а так же смена дезинфекционных средств один раз в квартал.

Медицинской сестре по массажу следует правильно обрабатывать рабочее место, на котором она осуществляет массаж пациенту, т. е. массажный стол (кушетку), что является требованием по предупреждению инфекционных заболеваний (гл.8; прил.4, 5).

Согласно санитарным правилам в помещениях медицинских учреждений должна проводиться влажная уборка с мытьем полов, протиранием мебели, оборудования, подоконников, дверей, ручек. Она должна осуществляться постоянно, но не менее 2-х раз в день, с применением моющих средств (в хирургических, родовспомогательных отделениях не менее 3-х раз в сутки, в том числе 1 раз с использованием дезинфицирующих средств).

### **Различают текущую и генеральную уборку.**

Текущую уборку в палатах для пациентов, коридорах, местах общего пользования в соматических стационарах следует проводить рабочими растворами дезинфицирующих средств по бактерицидному режиму.

В палатных отделениях терапевтического профиля дезинфицирующие средства используются после проведения смены белья, а также по эпидемиологическим показаниям.

В кабинетах массажа текущая уборка по типу профилактической дезинфекции проводится 2 раза в день.

**Алгоритм проведения текущей уборки** (осуществляется по типу профилактической дезинфекции влажным способом):

1. Надеть спецодежду для уборки (халат, шапочку, передник, перчатки, тапочки).
2. Нанести моющее вещество на все обрабатываемые поверхности. Смыть его водой.
3. Нанести рабочий раствор дезинфектанта.
4. Смыть чистой водой.
5. Уборочный инвентарь подвергнуть дезинфекции: тряпку, ветошь замочить в дезинфицирующем растворе в отдельных емкостях, прополоскать, высушить.
6. Снять использованную специальную одежду.
7. Провести гигиеническую антисептику рук.
8. Надеть чистую спецодежду.
9. Включить кварц на 30 минут, проветрить 15 минут.

**Генеральная уборка** проводится в соответствии с графиком, составляемым старшей сестрой один раз в 7 дней в режимных отделениях

и 1 раз в месяц в других функциональных помещениях, к которым относят массажный кабинет.

**Алгоритм проведения генеральной уборки** (осуществляется по типу заключительной дезинфекции):

1. надеть специальную одежду для уборки (халат, тапочки, передник, перчатки, шапочку);
2. помещение максимально освободить от мебели и сдвинуть ее к центру;
3. окна моют теплой водой с моющим средством для окон;
4. при помощи отдельного уборочного инвентаря наносят моющий раствор на стены, протирают поверхности, оборудование, предметы обстановки, пол, соблюдая последовательность - потолок, окно, стены сверху вниз, оборудование, пол от дальней стены к выходу;
5. смывают чистой водой с использованием ветоши;
6. повторно обрабатывают все поверхности дезинфицирующим рабочим раствором, выдерживая экспозицию по вирулоцидному режиму;
7. вымывают руки с мылом;
8. сменяют спецодежду на чистую;
9. смывают чистой водой;
10. расставляют мебель, оборудование по местам;
11. включают бактерицидные лампы на 2 часа;
12. проветривают 1 час помещение;
13. дезинфицируют уборочный инвентарь.

В период сезонного подъема респираторных заболеваний медицинским сестрам по массажу следует проводить режим кварцевания своего кабинета с помощью бактерицидных облучателей. При этом значительно снижается риск заболевания респираторными инфекциями.

## **Правила эксплуатации, контроля работы бактерицидных облучателей**

Бактерицидная лампа оборудуется на высоте не более двух метров. Необходимо вести строгий учет времени работы бактерицидных ламп. В зависимости от типа, лампа рассчитана на 5000 либо на 3000 часов. В кабинетах должен быть график кварцевания, проветривания. Во время генеральной уборки каркас лампы обрабатывается дезинфицирующим раствором (например, дезораль, изапин, гексадекон), затем смывается водой, а лампа протирается спиртом 70%.

С целью профилактики ВБИ в ОЗ, независимо от профиля деятельности, должны выполняться три важнейших требования:

1. сведение к минимуму возможности заноса инфекции;
2. исключение внутригоспитальных (внутриорганизационных) заражений;
3. исключение выноса инфекции за пределы медицинской организации.

В вопросах профилактики ВБИ в организациях здравоохранения медицинским сестрам, акушеркам и лаборантам вместе с младшим медперсоналом отводится главенствующая роль организаторов, ответственных исполнителей, а также контролеров. Ежедневное, тщательное и неукоснительное выполнение требований санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей и составляет основу перечня мероприятий по профилактике ВБИ.

Для оказания первой доврачебной помощи в отделении должна иметься аптечка, включающая:

- |    |                                |       |
|----|--------------------------------|-------|
| 1. | Активированный уголь           | 50.0  |
| 2. | Аммиак 10%                     | 30 мл |
| 3. | Валериана (настойка, таблетки) | 1 фл. |

4.	Беллалгин (бесалол, бикарбон)	3 уп.
5.	Сода питьевая	150.0
6.	Перекись водорода	1 фл.
7.	Солевое слабительное	50.0
8.	Корвалол	1 фл.
9.	Бинты стерильные	3 шт.
10.	Вата гигроскопическая	50.0
11.	Настойка йода 5%	50 мл

Работа с дезинфицирующими средствами требует навыков и знаний, игнорирование которых может быть опасным для здоровья исполнителя. В случае возникновения отравлений дезсредствами, необходимо осуществить ряд последовательных действий, чтобы устранить или смягчить вредные последствия для здоровья. От быстроты и правильности этих действий зависит прогноз для здоровья пострадавшего.

**Алгоритм действий медсестры при оказании первой доврачебной помощи в случае отравления дезинфицирующими средствами:**

1. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей.
2. Прекратить дальнейшее поступление яда в организм.
3. При ингаляционных отравлениях - удалить пострадавшего из зараженной атмосферы.
4. При пероральном отравлении - промыть желудок, ввести энтеросорбенты, дать слабительное, поставить очистительную клизму (температура воды 18°C). Наличие крови в промывных водах желудка не является противопоказанием для промывания.
5. При кожной аппликации: обильно промыть пораженный участок кожи большим количеством проточной воды с мылом.
6. Госпитализировать пострадавшего пациента в стационар.

Таким образом, практическое применение знаний по санитарно-противоэпидемическим мероприятиям составляет важную часть в профессиональной деятельности медицинской сестры по массажу, и повышают эпидемиологическую безопасность проводимых ею лечебных процедур.

### **Литература:**

1. Белоусов, Ю.Б. Антибактериальная химиотерапия / Ю.Б. Белоусов, С.М. Шатунов / М.: Ремедиум, 2001. - 120 с.
2. Богуш, П.Г. Орунгал в терапии грибковых заболеваний / П.Г. Богуш, Л.Б. Важбин, В.М. Лещенко / Российский журнал кожных и венерологических болезней, 2000.- №3.-С 40-43.
3. Вдовиченко, Ю.П. Значение ассоциированной хламидийной инфекции в структуре причин бесплодия и принципы ее лечения / Ю.П. Вдовиченко, Е.С. Щербинская, В.В. Максимова / Здоровье женщины, № 1(9), 2002.- С. 68-70.
4. Глазкова, Л.К. Практические аспекты персистентной хламидийной инфекции / Л.К. Глазкова / Венеролог, №2, 2005 .- С. 4-12.
5. Европейские стандарты диагностики лечения заболеваний, передающихся половым путем. М., 2003.
6. Иванов, О.Л. Орунгал в лечении онихомикозов: отдаленные результаты пульс – терапии / О.Л. Иванов, В.С. Новоселов, Н.А. Солнцева / Российский журнал кожных и венерологических болезней, 2000, № 4.- С.51-53.
7. Мартынова, В.Р. Урогенитальные хламидийные инфекции. Диагностика и лечение / В.Р. Мартынова, А.Л. Машкилейсон, М.А. Гомберг / М.: Ниармедик Плюс, 2004 .- 42 с.
8. Мешковский, А.П. Место дженериков в лекарственном обеспечении / А.П. Мешковский / Фарматека.- 2003. - №3. - С. 103-108.

9. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев / Руководство для врачей, 2003 .- М.: БИНОМ-Пресс.-124 с.
- 10.Сергеев, Ю.В. Фармакотерапия микозов / Ю.В. Сергеев, Б.И. Шпигель / М.: медицина для всех, 2003.- 200 с.
- 11.Хальфин, Р.А. Эпидемиологическое расследование случая / Р.А. Кальфман / Главная медсестра, 2002. - №1. - С. 113-131.
- 12.Gruber, F. Azithromucin versus Tetracyctines the treatment of Acne Vulgaris / F. Gruber [et al.] / Sevilla, 2000. P.35-39.
- 13.Karadia, N Acne treated successfully with azithromycin. N. Karadia, A. Talib / Int. J. Dermatol. 2004. Vol.43 (10). P. 766-767.
- 14.Parsad, D Azithromucin monthly pulse vs daily dox yscycline in the treatmnt of acne treatment of acne Acne Vulgaris / D. Parsad [et al.] / J. Dermatol. 2001. Vol. 28 (1). P 1-4.

## **Глава 2. Общие основы классического лечебного массажа**

### **Ручная техника в массаже**

Каждая медсестра по массажу должна иметь представления о том, как правильно использовать свой рабочий орган, которым являются руки. Для этого необходимо иметь базовые теоретические знания по ручной технике.

К руке массажиста предъявляются особые требования, которые можно разделить на три группы:

1. Гигиенические требования
2. Физические требования
3. Психологические требования.

Гигиенические требования к руке массажиста включают в себя необходимость чистоты кожи, обработку ногтей, отсутствие кожных болезней, ранений, ссадин, гнойничков, заусениц, ороговелостей. Недопустимо также наличие украшений, татуировок, накладных ногтей и т.п.

Физические требования к руке массажиста определяют ее мягкость, упругость, теплоту, сухость (отсутствие повышенной потливости – гипергидроз), силу и чуткость.

К психологическим требованиям относятся направленность деятельности руки на выполнение должных массажных манипуляций, отсутствие ласкательности при проведении приемов, вдумчивое состояние ума направленное на то, как лучше помочь пациенту. Всякие отвлечения, не нужные мысли, пустые разговоры не допускаются. Очень важно помнить о том, что через ручной контакт передается психологическое состояние массажиста, его усталость, его личные переживания, нежелание работать и пр.

### **Ручная диагностическая техника**

При проведении процедуры медсестра по массажу, работая с мягкими тканями пациента, должна осуществлять технику ручной тканевой

диагностики. При этом она как бы мысленно задает себе ниже перечисленные вопросы и отвечает на них.

1. Что это у меня под рукой?
2. Какая ткань?
3. Какой формы?
4. Какие размеры?
5. Какая глубина расположения?
6. Какая консистенция?
7. Какая болезненность?
8. Какая связь с другими тканями?
9. Какая подвижность?
10. Какая реакция на воздействие?

При этом в процессе работы постепенно развивается способность к определению мышечных, фасциальных, сосудистых, лимфатических периостальных, висцеральных образований и способность различать их морфологическое и функциональное состояние.

### **Ручная лечебная техника**

Ручная лечебная техника направлена на комфортное и эффективное проведение процедур классического массажа. Для этого существуют специальные правила ручной лечебной техники:

1. Максимальная площадь ручного контакта
2. Монолитность рабочей руки
3. Послойность воздействия на ткани
4. Постепенное увеличение дозы механического воздействия в процессе процедуры
5. Постепенное увеличение дозы механического воздействия в течение курса лечения

## **Главный принцип ручной техники**

Главным принципом ручной лечебной и диагностической техники является - **постоянный контроль тактильных ощущений массажиста.** Необходимо научиться чувствовать ткани, «слышать» их ответ на ручное воздействие в каждый момент времени процедуры. При этом массаж становится высокопрофессиональным, обеспечивая лечебную комфортность и эффективность.

## **Рабочие зоны руки**

В классическом массаже выделяют следующие рабочие зоны руки, с помощью которых осуществляют ручную массажную технику.

1. Ладонная поверхность кисти
2. Основание ладони
3. Центр основания ладони
4. Тенар – возвышение большого пальца
5. Гипотенар – возвышение большого мизинца
6. Гороховидная область
7. Радиальный край кисти
8. Ульнарный край кисти
9. Ладонная поверхность дистальных фаланг пальцев кисти
10. Тыл ладони
11. Тыл средних фаланг 2-5 пальцев кисти
12. Тыл основных фаланг 2-5 пальцев кисти
13. Предплечье
14. Локтевой отросток

## **Обозначение рук в массаже**

Для обучения массажу и понимания современных учебных пособий в этой специальности необходимо знать, как обозначаются руки проводящие различные приемы и расположенные в разных частях тела пациента.

### Обозначение рук по отношению к небу и земле

1. Верхняя рука – рука расположенная ближе к небу
2. Нижняя рука – рука расположенная ближе к земле

### Обозначение рук по отношению к пациенту

1. Ближняя рука – рука расположенная ближе к телу пациенту
2. Дальняя рука – рука расположенная дальше от тела пациента
3. Вентральная рука – рука, расположенная со стороны передней поверхности тела пациента
4. Дорзальная рука – рука, расположенная со стороны задней поверхности тела пациента
5. Краниальная рука – рука расположенная ближе к голове пациента
6. Каудальная рука – рука расположенная ближе к ногам пациента
7. Медиальная рука – рука расположенная ближе к середине тела пациента
8. Латеральная рука – рука расположенная ближе к боковой поверхности тела пациента.

### Обозначение рук по функциональной активности

Активная (функциональная) рука – рука, осуществляющая массажное воздействие;

Пассивная рука – рука, не осуществляющая массажное воздействие;

Фиксирующая рука – рука, осуществляющая фиксацию, удержание тканей или части тела.

## **Барьерные свойства тканей**

При попытке растянуть или сжать какую-либо ткань рука массажиста начинает ощущать упругое сопротивление такому воздействию. Это упругое сопротивление тканей носит название упругого барьера. Упругий барьер по-другому называется функциональным барьером.

Если продолжить деформацию тканей и преодолеть упругий барьер, рука массажиста ощутит жесткое сопротивление тканей. Это жесткое сопротивление тканей носит название жесткого барьера. Жесткий барьер по-другому называется анатомическим барьером.

Упругий барьер исследуется медленным пассивным движением, которое проводится до появления упругого сопротивления тканей. Этот барьер при патологии может уменьшаться, что является показателем напряжения и скованности тканей, а может и увеличиваться при потере тканевого тонуса.

Жесткий барьер исследуется после упругого барьера быстрым пассивным движением, которое проводится до появления жесткого упора тканей. Преодоление жесткого барьера приводит к травматическому повреждению тканей.

Контроль упругого барьера является главным критерием точности выполнения ручной диагностической и лечебной техники. Все пассивные движения в пределах упругого барьера являются:

1. комфортными,
2. безболезненными,
3. физиологичными,
4. лечебными,
5. рефлекторными,
6. безопасными.

Если пассивные движения проводятся повторно под контролем упругого барьера, то упругий барьер постепенно увеличивается, как бы прирастает.

Следует помнить, что проведение лечебного приема классического массажа какой-либо тканевой зоны необходимо прекратить после прекращения прироста упругого барьера. Так как ткани больше расслабиться не могут, а дальнейшее воздействие может иметь повреждающий характер.

В виду того, что упругий барьер и его прирост при проведении массажных приемов индивидуальны у каждого человека, дозирование воздействия в классическом массаже осуществляется строго индивидуально и строго оптимально.

Возвращаясь к теоретическим положениям ручной техники в массаже, уточняем практическое значение главного принципа ручной лечебной и диагностической техники. **Постоянный контроль массажистом упругого барьера тканей и его прироста.**

### **Приемы классического массажа**

Методика отечественного классического массажа построена на послойном массировании всех тканей с одновременным избирательным воздействием на рефлексогенные зоны, отражающие сегментарные связи внутренних органов с определенными участками покровов тела. Эта методика учитывает также функциональное состояние организма человека. В условиях многолетней лечебной практической деятельности были сформированы специальные приемы классического массажа, которые неизменны и в настоящее время.

1. поглаживание,
2. растирание,
3. разминание,
4. вибрация (ударно-вибрационные приемы),

5. движения.

Каждый прием имеет свою техническую основу, свои объекты воздействия, свои методические особенности.

### **Поглаживание** - I прием классического массажа

Название приёма соответствует и его содержанию и значению.

Техническую основу первого приема классического массажа составляет скольжение руки массажиста по коже в зоне ручного воздействия. При этом не должно происходить смещения кожи и образования кожной складки.

Объектом воздействия при исполнении поглаживания является кожа, ее тканевые структуры, рецепторный аппарат, кровеносные и лимфатические кожные сосуды.

С приема поглаживание следует начинать массаж, перемежать другие приемы и им же заканчивать. Длительность применения этого приема чаще всего ограничивается 5-10 % времени процедуры массажа.

### **Растирание** - II прием классического массажа

Название приёма связано с воздействием на кожу специального растирающего характера.

Техническую основу второго приема классического массажа составляет передвижение рукой массажиста кожи без скольжения по ней в зоне ручного воздействия. При этом должно происходить смещение, сдвигание или растяжение кожи и образование кожной складки. Но не должно оказываться воздействие на мышечные образования.

Объектом воздействия при исполнении растирания является вся толщина кожи и подкожных тканей, но не мышц.

Длительность применения этого приема чаще всего ограничивается 10-30% времени процедуры массажа. Прием является основным при

проведении массажа суставов. При этом длительность его проведения увеличивается.

### **Разминание** - III прием классического массажа

Название приёма связано с воздействием на мышцы разминающего характера.

Техническую основу третьего приема классического массажа составляет деформация, сдавление, растяжение и смещение мышечных образований рукой массажиста в зоне ручного воздействия. Разминание состоит в непрерывном захватывании, приподнимании, сдавлении и смещении тканей. Разминание - трудоемкий и технически сложный прием. По исполнению этого приема судят о квалификации массажиста.

Объектом воздействия при исполнении разминания является мышечная ткань. Длительность применения этого приема составляет 50% и более времени всей процедуры массажа.

### **Вибрация** - IV прием классического массажа

Четвертый прием включает в себя как бы две разновидности – вибрационные приемы и ударные приемы.

#### **Вибрационные приемы** (вибрация, потряхивание, встряхивание)

Вибрация характеризуется применением быстрых колебательных и толчкообразных движений, вызывающих сотрясение тканей. Объектом воздействия при исполнении вибрации являются все ткани. Следует отметить выраженный расслабляющий эффект при проведении приема. Длительность применения приема кратковременная, измеряется секундами.

#### **Ударные приемы** (поколачивание, похлопывание, рубление).

При выполнении ударных приемов ткани тела подвергаются ритмичным и частым ударам, совершаемым различными частями кисти и пальцев массажиста. Длительность применения приема в сеансе массажа кратковременная, измеряется секундами.

## **Движение - V** прием классического массажа

Под движениями понимают элементарные двигательные акты, характерные для того или иного сустава. Фактически данный прием представляет собой ряд гимнастических упражнений, используемых с целью воздействия на отдельные мышечные группы и суставы. Выполняется с медленной скоростью (темпом) и максимальной амплитудой.

Существуют активные движения, которые проводит сам пациент. Эти движения необходимы для диагностики двигательных возможностей пациента и для наблюдения за динамикой этих возможностей во время курса лечебного массажа. Помимо этих, есть пассивные движения, которые проводит массажист. Эти движения необходимы для лечебного воздействия на двигательные возможности пациента. Лечебное действие приема обуславливается четырьмя механизмами: тонизирующим, трофическим, выработкой компенсаций и нормализацией функций. Длительность применения приема кратковременная, измеряется секундами. Следует также отметить, что в классическом массаже существуют так называемые сочетанные приемы. К ним относят выжимание и валяние.

**Выжимание** является сочетанием поглаживания и разминания. Выжимание используется для активного перемещения жидкостей и снятия тканевого отека.

**Валяние** является сочетанием вибрации и разминания. Этот прием используется для релаксации мышечных массивов, окружающих какую-либо трубчатую кость.

Таким образом, знание общих основ классического лечебного массажа помогает медсестре по массажу правильно использовать свой рабочий орган – руки, уверенно исполнять массажные приемы, оптимально дозировать массажное воздействие и проводить процедуры классического массажа комфортно и эффективно.

### **Глава 3. Медицинская конфликтология в практике медсестры по массажу**

Доброе расположение людей друг к другу иногда заслоняется мрачными тенями обид, подозрений, агрессии. Люди постоянно нуждаются друг в друге, в общении как основном средстве для создания позитивных возможностей, особенно для пациентов. Слово «конфликт» пришло к нам из латыни и означает столкновение сторон, мнений или сил. Это явное отсутствие согласия между двумя или более сторонами, лицами или группами, обусловленное наличием разнообразных мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения, нарушающих нормальное взаимодействие людей, препятствующее достижению поставленных целей.

Возникновение и развитие конфликтов обусловлено действием четырех групп факторов:

1. объективных
2. организационно-управленческих
3. социально-психологических
4. личностных.

Наиболее частыми причинами конфликтных ситуаций в практике медсестер по массажу являются:

1. Недостаточно внимательное отношение к пациенту;
2. Характерологические особенности медсестры и пациента;
3. Отсутствие согласованности в действиях медсестер, врачей и нарушение коллегиальности в осуществлении лечения;
4. Дефекты ведения медицинской документации;
5. Отсутствие или избыток мотивации пациента на данный вид лечения;
6. Профессиональная некомпетентность специалиста.

Причинам сестринских ошибок, наиболее часто провоцирующих конфликт, могут стать высокое нравственное значение медицинской профессии в глазах общества, исключаящее право на ошибку, а также психологические (чувство вины, стыд, страх). В целях уменьшения сестринских ошибок целесообразно развитие культуры управленческого труда.

Рациональное распределение времени не может быть без четкого рабочего графика медицинской сестры по массажу и культуры содержания ею рабочего места. Следует считать идеальным такой порядок, при котором на рабочем столе и в кабинете находятся лишь нужные документы и предметы. Элементом организационной культуры является умение создавать микроклимат доброжелательности и покоя для пациентов, способствующий восстановлению у него нарушенных болезнью функций. Причинами конфликтов сестер и пациентов наиболее часто являются психологические факторы:

1. Яркая эмоциональность в деловом общении (симпатия-антипатия, сопереживание, сострадание медработника).
2. Проблемы общения с разнородными группами пациентов и их родственников.
3. Трудности общения с врачебным персоналом, администрацией, другими обслуживающими работниками.
4. Любые перемены роли, функциональных обязанностей и ответственности в выполняемой работе, которые медсестра воспринимает персонально.
5. Разная оценка ситуации и агрессивность как форма защиты личных интересов.
6. Личные проблемы, социальная незащищенность.

Наиболее часто противоречия медицинской сестры и пациента проявляются в реалистических конфликтах, вызванных неудовлетворением определенных требований (ожиданий) участников или несправедливым, по мнению одной или обеих сторон, распределением между ними каких-либо преимуществ, они направлены на достижение конкретного результата.

Нереалистические конфликты участников делового взаимодействия имеют целью открытое выражение накопившихся отрицательных эмоций, обиды, враждебности, при которых острое конфликтное взаимодействие становится не средством достижения конкретного результата, а самоцелью.

Конфликты, способствующие принятию обоснованных решений и развитию взаимоотношений, называют функциональными (конструктивными). Помимо этого, встречаются ситуации непонимания, обиды и агрессии, препятствующие эффективному взаимодействию и принятию решений, которые называются дисфункциональными (деструктивными) конфликтами. В деловом общении медсестре необходимо противоречия сторон переводить в плоскость пользы для дела.

Что может стать толчком к возникновению конфликта? Любые варианты поведения сестры, демонстрирующие:

- Стремление к превосходству;
- Проявления агрессивности;
- Проявления эгоизма.

Деловая культура медицинской сестры поможет ей избежать ситуаций поведения, провоцирующего конфликт с пациентом. Состояние нездоровья больного человека само по себе есть свидетельство потребности в поддержке, а не порицании, сарказме или насмешке, не считая молчаливо демонстрируемого осуждения. Медицинский работник не имеет права на

навешивание ярлыков на подопечных пациентов, у нас нет права судить, а есть долг помогать обратившимся к нам за помощью людям.

### **Этапы развития конфликтов:**

1. Предконфликтная ситуация (есть предпосылки).
2. Инцидент – первая стычка конфликтующих людей по случайному поводу в случае накопления напряжения, может быть завершен на этом этапе.
3. Эскалация – отдельные акты противодействия сторон; может быть непрерывность, волнообразность, а также крутой, вялый и затяжной характер противоборства.
4. Кульминация – высшая точка эскалации, этот этап не обязателен, может быть предотвращен мерами по погашению конфликта.
5. Завершение – усталость от вражды и приспособление к сосуществованию.
6. Постконфликтная ситуация может быть позитивной и негативной.

### **Классификация предусматривает 5 стадий конфликтных эпизодов:**

1. Латентная стадия, когда конфликт не выплыл на поверхность, но условия для него созданы;
2. Осознаваемая стадия, при которой люди чувствуют дискомфорт, но пытаются преуменьшить, либо отрицать конфликт;
3. Ощущаемая стадия – участники ощущают последствия нарушения взаимоотношений в виде напряженности, беспокойства, гнева;
4. Явная стадия – намеренное причинение вреда друг другу;
5. Результативная стадия – очевидная альтернатива, либо последствия конфликта.

Критерием разрешения конфликта является удовлетворенность сторон его результатом.

#### **Условия и факторы конструктивного разрешения конфликтов:**

- Прекращение конфликтного взаимодействия.
- Поиск общих или близких по смыслу точек соприкосновения.
- Снижение интенсивности негативных эмоций, переживаемых по отношению к оппоненту.
- Соперники перестают видеть в оппоненте врага. Уменьшение негативных эмоций противоположной стороны.
- Объективное обсуждение проблемы.

#### **Типы преодоления конфликтов:**

1. Приспособление - такой тип преодоления конфликта, при котором одна сторона конфликтного взаимодействия подстраивает свое поведение под то, которое требует другой оппонент. Чаще это бывает обоснованное требование пациента по отношению к сестре, которая уступает и приспособливается.

2. Компромисс – умение умных и воспитанных людей поступиться малым, чтобы выиграть в большем.

3. Уклонение – навык избегать явного несогласия с требованием другого человека, например, медицинской сестры по отношению к несправедливому поведению влиятельного пациента в форме игнорирования или молчания.

4. Соперничество как тип преодоления конфликта редко применяется в практике сестер по массажу, исключая ситуации профессиональных конкурсов.

5. Сотрудничество – наиболее предпочтительный в мире и в стране механизм установления конструктивного общения на пользу делу.

**Новые модели взаимоотношений (по А.П.Зильберу, 2008):**

- патерналистская, означающая «кто-то, зависящий от отца», главы. Недостаток состоит в ограниченности понимания болезни и прав пациента, следствием чего становится гиперопека, которая провоцирует конфликты у отдельных свободлюбивых пациентов;

- либерационная модель, означающая «свободное общение» – может стать свидетельством равнодушия врача или сестры к пациенту;

- технологическая модель, не содержащая элементов психологического контакта, а сводящая общение к набору механических действий с человеком, как с предметом. Может наблюдаться среди сестер при однотипно выполняемых функциях, как при массаже, при отпуске физиотерапевтических процедур;

- интерпретационная (интерпретация – взаимный разговор, обмен чувств и мыслей на слова, В.Даль) – современная и предпочтительная модель общения врача и сестры с пациентом.

Методы профилактики конфликтов в медицинском коллективе разнообразны, но все они требуют не механического заучивания, а понимания, и базироваться на максимально возможно выполнимых потребностях пациента.

**Рекомендации, важные для разрешения конфликтных ситуаций:**

1. Определите противостоящие силы и подумайте, как с ними справиться и в чем можно помочь.
2. Третья, нейтральная сторона – лучший помощник в споре.

3. Имея дело с тревожными, неустойчивыми людьми, делайте акцент на задачах, а не на личностях участников спора. Берите больше ответственности на себя и выражайте эмоциональную поддержку – некоторым людям легче иметь дело с объективными отношениями, чем с чувствами людей.
  4. Не думайте, что если стороны не согласны по всем вопросам, они не могут согласиться по некоторым из них.
  5. Ищите решения, в которых все получили бы выигрыш. Надо избегать и не соблазняться такими решениями, которые ведут к выигрышу одной стороны и проигрышу другой.
  6. Ищите нейтральную территорию, чтобы у одной из сторон не было преимуществ перед другой.
  7. Пытайтесь не переводить вопрос на личность пациента, ответив на вопрос: "Как отказаться от идеи, не отказываясь от человека?"
  8. Старайтесь выявить признаки зарождающегося конфликта, чтобы не иметь дела с конфликтом, грозящим перейти в разрушение.
  9. Пациент имеет много личных ценностей, но не все открывает перед другими людьми. В ходе общения старайтесь их выяснить и использовать те, которые помогут прийти к решению.
  10. Надо учитывать, что когда люди расстроены, они придают большое значение тому, о чем говорят и что делают.
  11. Сотрудники и коллеги должны участвовать в принятии решений по минимизации конфликта, которые им впоследствии придется выполнять.
  12. Больше внимания уделять решению проблем, а не взаимоотношениям. Следует предпринимать активные действия для того, чтобы разрешение конфликта было не публичным процессом, а решением конкретного вопроса.
- Эффективные пути разрешения конфликта коренятся не в ликвидации, а в устранении причин, которые его породили. Во-вторых, необходимо стремиться найти истинные причины конфликта, как бы глубоко они ни были

завуалированы. Всякая попытка разрешить конфликт простейшим способом, подменяя причину поводом и смещая его в другую плоскость, только усугубляет ситуацию, и конфликт может вспыхнуть по другому поводу, но в более разрушительных масштабах. В-третьих, не обольщаться, если удалось обнаружить одну причину конфликта, продолжать анализ конфликтной ситуации дальше, памятуя о том, что конфликты, имеющие в своей основе только одну причину – редкое исключение. Следует приучить себя в анализе конфликтных ситуаций к необходимости не ограничиваться констатацией того, что лежит на поверхности, анализировать глубже, не упускать сопутствующие явления и мотивы, искать и находить глубинные причины. В-четвертых, медицинская сестра в состоянии существенно повысить шансы успешного и эффективного разрешения конфликта, если она своим поведением дает понять, что считает конструктивные конфликты нормальным явлением. Участвуя в их разрешении вместе с другими, опирается не на авторитет власти, а на власть авторитета – на силу глубокого анализа ситуации и убедительность аргументации. В-пятых, для предупреждения или преодоления конфликтной ситуации сестра должна вырабатывать в себе умение и навыки рациональной организации социального пространства, в котором бы люди не препятствовали реализации возможностей друг друга. Нужно обеспечить такое взаимодействие сотрудников с пациентами, при котором не допускается нарушение или подавление свободы каждого из них, не допускается ограничения возможностей реализовать свои интересы и цели.

Для реализации этих правил на практике сестра по массажу должна быть внимательной к пациенту, его интересам, запросам, стремлениям, нуждам, заботам. Следует принять во внимание замечание французского драматурга Э.Ионеско: «Личные проблемы – самые безотлагательные. В любом случае сквозь их призму каждому человеку видятся всеобщие, мировые проблемы».

Успешное управление конфликтом нередко оказывается связанным с нейтрализацией негативного лидера, т.е. того, чьи цели и действия противоположны целям группы или организации. Одним из способов нейтрализации является удовлетворение притязаний, становящееся эффективным в том случае, если социальный статус неформального лидера ниже уровня его притязаний, а эти притязания можно удовлетворить без ущерба для общей цели, повысив его статус и переключив его активность с негативных функций, на позитивные проявления поведения. Возможен иной путь нейтрализации негативного лидера. Он заключается в том, что ему, чаще других выступающему с критикой недостатков, предлагается участвовать в преодолении недостатков не на словах, а на деле, с предоставлением реальных полномочий и должностей, от консультанта до заместителя руководителя, в зависимости от способностей и квалификации.

Чтобы управление конфликтами в группе было результативным, необходимо исходить из того, что коллектив, как правило, не является монолитом, в нем всегда есть место для различных точек зрения, разнообразных претензий и притязаний, вызывающих споры, столкновение мнений, конфликтные коллизии. Следует стремиться к тому, чтобы выяснить объективные основы выделения противоборствующих, соперничающих сторон в возможном конфликте. Выделение возможных сторон конфликтного взаимодействия (отдельных индивидов, их неформальных группировок и др.), четкое знание их интересов, претензий, притязаний может способствовать нахождению способов предупреждения и разрешения конфликтов.

### **Кодекс поведения в конфликте**

**1.** Дайте партнеру (пациенту) «выпустить пар», т.е. выговориться. Если он раздражен и агрессивен, то нужно помочь ему снизить внутреннее

напряжение. Пока это не случится, договориться с ним трудно или невозможно.

Во время «взрыва» партнера по конфликту следует вести себя спокойно, уверенно, но не высокомерно. Он – страдающий человек. Если человек агрессивен, значит, переполнен отрицательными эмоциями, в хорошем настроении люди не бросаются друг на друга.

**2.** Потребуйте от другого человека спокойно обосновать претензии. Скажите, что будете учитывать только факты и объективные доказательства. Людям свойственно путать факты и эмоции, поэтому эмоции отмечайте вопросами: «То, что вы говорите, относится к фактам или мнению, догадке?».

**3.** Сбивайте агрессию конфликтующего с вами человека неожиданными приемами: доверительно попросите у него совета; задайте неожиданный вопрос, совсем о другом, но значимом для него; напомните о том, что вас связывало в прошлом и было приятным; сделайте комплимент: «В гневе вы еще красивее... Ваш гнев гораздо меньше, чем я ожидала, вы так хладнокровны в острой ситуации...»; выразите сочувствие тому, что он потерял слишком много. Главное, переключать сознание расстроенного человека с отрицательных эмоций на положительные чувства вашими просьбами, воспоминаниями, комплиментами.

**4.** Не давайте пациенту отрицательных оценок, а говорите о своих чувствах. Не говорите: «Вы меня обманываете», лучше звучит: «Я чувствую себя обманутой». Не говорите: «Вы грубый человек», лучше скажите: «Я очень огорчена тем, как вы со мной разговариваете».

**5.** Попросите сформулировать желаемый конечный результат и проблему как цепь препятствий. Проблема – это то, что надо решать. Отношение к человеку – это фон или условия, в которых приходится решать.

Неприятное отношение к клиенту (партнеру) мешает решению, но этого делать нельзя, не позволяйте эмоциям управлять вами, определите вместе проблему и сосредоточьтесь на ней.

**6.** Предложите партнеру по конфликту высказать свои соображения и варианты по разрешению возникшей проблемы. Не ищите виновных, не объясняйте создавшееся положение, ищите выход из него. Не останавливайтесь на первом приемлемом, а создавайте спектр вариантов, чтобы выбрать лучший. При поиске путей решения следует искать взаимоприемлемые варианты решения, чтобы вы и пациент были удовлетворены взаимно. Вы оба должны стать победителями, а не победителем и побежденным. Если не можете договориться о чем-то, то ищите объективную меру для соглашения (нормативы, закон, факты, существующие положения, инструкции).

**7.** В любом случае дайте партнеру «сохранить свое лицо». Не позволяйте себе отвечать агрессией на агрессию. Не задевайте его достоинства, это не прощается, даже если уступят нажиму. Не затрагивайте личности человека, давайте оценку только действиям и поступкам. Можно сказать: «Вы уже дважды не выполнили свое обещание», но нельзя говорить: «Вы – необязательный человек».

**8.** Отражайте как эхо смысл его высказываний и претензий. Кажется, что все понятно, и все же: «Правильно ли я вас поняла?», «Вы хотели сказать...?», «Позвольте я перескажу, чтобы убедиться, правильно ли я вас поняла или нет». Эта тактика устраняет недоразумения, и, кроме того, она демонстрирует внимание к человеку, а это уменьшает агрессию.

**9.** Держитесь как на острие ножа в позиции «на равных». Большинство людей, когда на них кричат или обвиняют, тоже кричат в ответ или стараются уступить, промолчать, чтобы погасить гнев другого человека. Обе

эти позиции: доминирующая, сверху – («родительская») или подстраиваемая («детская») неэффективны. Держитесь в позиции спокойной уверенности (позиция на равных – «взрослая»); она удерживает пациента от агрессии, помогает обоим не «потерять лицо».

**10.** Не бойтесь извиниться, если чувствуете свою вину. Это обезоруживает пациента, вызывает у него уважение, ведь способны к извинению только уверенные и зрелые личности.

**11.** Ничего не надо доказывать. В любых конфликтных ситуациях никто никогда и никому ничего не может доказать, даже силой. Отрицательные эмоции блокируют способность понимать, учитывать и соглашаться с «врагом», работа мысли останавливается, поэтому незачем пытаться что-то доказывать, это бесполезно.

**12.** Забудьте первой. Если получилось, что вы потеряли контроль над собой и не заметили, как вас втянули в конфликт, попытайтесь сделать единственное – замолчите. Не от «противника» требуйте: «Замолчи! Прекрати!», а от себя, ибо добиться этого легче всего. Ваше молчание позволяет выйти из ссоры и прекратить ее. В любом конфликте участвуют две стороны, если одна исчезла ссориться не с кем. Если ни один из участников не склонен замолчать, то обоих захватывают отрицательные эмоции, напряжение. В таком диалоге взаимные реакции участников только подливают масла в огонь, чтобы погасить это возбуждение, нужно убрать масло. Молчание не должно быть обидным для партнера или окрашенным злорадством, вызовом, иначе может подействовать как красное на быка. Для окончания скандала нужно молчанием игнорировать факт ссоры, отрицательное возбуждение партнера.

**13.** Не характеризуйте состояние оппонента, избегайте словесной констатации отрицательного эмоционального состояния партнера: «Ну вот,

полез в бутылку!.. А чего ты нервничаешь, чего злишься?..». Подобные «успокаивающие» слова только укрепляют и усиливают развитие конфликта.

**14.** Уходя, не хлопайте дверью, а спокойно и без всяких слов выйдите из комнаты, поскольку это может вызвать эффект разрушительной силы. Известны трагические случаи, вызванные оскорбительным словом «под занавес».

**15.** Говори, когда партнер остыл. Если вы замолчали, и пациент расценил отказ от ссоры как капитуляцию, лучше не опровергать этого. Держите паузу, пока он не остынет. Позиция человека, отказавшегося от ссоры, должна исключать, что бы то ни было, обидное и оскорбительное для партнера. Побеждает не тот, кто оставляет за собой последний разящий выпад, а тот, кто сумеет остановить конфликт вначале, кто не даст ему разгона.

**16.** Независимо от результата разрешения противоречия старайтесь не разрушать отношения. Выразите свое уважение и расположение к пациенту, выскажите опасения по поводу возникших трудностей. Если вы сохраните отношения, дадите человеку «сохранить лицо», то не потеряете его как человека, который повторно придет к вам. Найти нового, надежного, неконфликтного человека – задача не из легких. Таким образом, используя технологии и методики профилактики конфликтов, медицинский работник может и должен уметь разрешить сложившуюся конфликтную ситуацию с пациентом или коллегой с наибольшей пользой для дела.

### **Средства, способствующие общению**

- Сдерживать на работе свои негативные эмоции.
- Проявлять в действиях спокойную рассудительность.
- Ставить интересы пациента превыше всего.

- Проявлять сочувствие, быть терпеливым и участливым в беседе с пациентом.
- Гарантировать секретность получаемой информации.
- Стараться не принимать на свой счет слова и поведение другого человека.
- Не относить пациента к категории «трудных» людей по сходству с другими «трудными».

#### **Варианты умиротворяющего поведения:**

1. извинения
2. выражение сожаления по поводу поведения в прошлом
3. уступки
4. компромисс
5. выражение понимания проблем другого
6. признание законности требований другого
7. выражение добрых чувств по отношению к другому
8. принятие личной ответственности за часть проблем
9. взаимовыгодные решения.

#### **Советы Д. Карнеги по поведению в конфликте:**

- Избегать язвительной критики. Как почтовый голубь, она всегда возвращается обратно.
- От души хвалить человека.
- Уметь терпеливо выслушать другого.
- Улыбка создает атмосферу сотрудничества, спор при этом не переходит в конфликт.
- Интерес к внеслужебным увлечениям и интересам другого человека.

#### **Полезные слова в преодолении конфликта**

- Шесть самых важных слов: Я признаю, что сделала ошибку.
- Пять самых важных слов: Вы хорошо сделали эту работу.
- Четыре самых важных слова: Я уважаю ваше решение.

- Три самых важных слова: Я горжусь вами.
- Два самых важных слова: Благодарю вас.
- Одно самое важное слово: МЫ.

Г. Селье писал: «Стремись к самой высшей из доступных тебе целей, и не вступай в борьбу из-за бессмыслицы». Несмотря на разногласия, расставайтесь друзьями!

### **Литература**

1. Арефьев А. Как построить боеспособную команду // Элитный персонал.- №39 (273), октябрь 2002.
2. Брасс А., Глушаков В., Кривцов В., Седегов Р. Управление персоналом: от факторов настоящего к возможностям будущего.- Минск, 2002. - 458с.
3. Бучко, О.А. Влияние благоприятной производственной среды на качество сестринского ухода /Сестринское дело.-2008.-№8.-С.7-9.
4. Бучко,О.А. Современная модель организации работы сестринского персонала консультативной поликлиники Областной клинической больницы /.Главная медицинская сестра.-2007.-№4. - С.17-22.
5. Добрович П.Б. Воспитателю о психологии и психологическом общении: книга для учителей и родителей.- Мн.: Просвещение, 2002.- 302с.
6. Иванов В.Ю. Карьера врача как объект исследования и управления / М., 1998.-208 с.
7. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии.- СПб.: Питер, 2001.- 58с.
8. Ильина О., Песоцкая Е. Определение ролей участников проектной команды // Copyright @ 2001.by A-Project Technologies.
9. Карташова Л.В. Поведение в организации: Учебник / Л.В. Карташова, Т.В. Николаева / М: ИНФРН-М, 1999.-220 с.
10. Карнеги Д. Как перестать беспокоиться и начать жить.- М.: Прогресс, 1990.- 375с.
11. Кашапов, Р.Р. Курс практической психологии или как научиться

работать и добиваться успеха / Уч. пособие для высшего управл. персонала, 2001.- 320 с.

12. Кибанов, А.Я., Захаров, Д.К., Коновалов, В.Г. Этика деловых отношений: Учебник/ Под редакцией А.Я. Кибанова.-М.: ИНФА-М,2002.- 368с.

13. Кларин, М.В. Корпоративный тренинг от А до Я: Научно-практическое пособие. - М.: Дело, 2000.-224с.

14. Литвак М.Е. Командовать или подчиняться. Психология управления.- Ростов-на-Дону, 2002.- 189с.

15. Матвейчик Т.В., Емельянова О.Г. Практикум по преодолению конфликтов в сестринском коллективе. Уч.-метод. пособие.- Мн.: БелМАПО, 2004.-61с.

16. Матвейчик, Т.В. Формирование программы повышения творческого потенциала /Т.В. Матвейчик, В.Ф. Волченко: Уч.-практ. пособие по тренинг-семинару.- Изд-во БелМАПО .-Минск.- 2002.-43 с.

17. Молчанова, Л.Ф., Кудрина, Е.Л., Злобина, Г.М./Главная медицинская сестра.-2008.-№5. - С.67-100.

18.Немов В.С. Общая психология, Мн.: ВЛАДОС, 2001.- 527с.

19. Панфилова А.П. Деловая коммуникация в профессиональной деятельности: учебное пособие.- СПб.: Знание; СПбИВЭ-СЭП, 2001.- 493с.

20. Плитин, А.А. Развитие познавательных стратегий учащихся.- М., 2004 .- 29 с.

21. Рейни, Хэл Дж. Анализ и управление в государственных организациях.-М.: ИНФА-М., 2004.-402 с.

22.Сперанский В.И. Управление и самоменеджмент в конфликтных ситуациях.- М., 1995.- 233с.

23.Смит М. Дж. Тренинг уверенности в себе. – С. Петербург, 2000.-244 с.

24. Тренев Н.Н. Управление конфликтами.- М.: ПРИОР, 1999.- 96с.

25. Тюрина, И.В., Воробьев, П.А., Аксентьева, М.В. Оценка

трудозатрат среднего медицинского персонала на основе номенклатуры работ и услуг в здравоохранении/Проблемы стандартизации в здравоохранении.-2007.-№12.- С.50-53.

26. Юркевич, В.С. Вариативные методы организации работы с одаренными детьми.- М.: ИНФА-М, 2005.- 180 с.

27.Фишер Р., Юри У. Путь к согласию или переговоры без поражения.- М.: Наука, 1992.- 157с.

28. Kerzner, Hardl. Project management. A system approach to planning, scheduling and controlling.- John Wiley and Sons, Inc. New York, 1998.- 1180p.

## **Глава 4. Безопасность пациента как результат профессионализма медицинской сестры по массажу**

Много веков назад Гиппократ считал: «Если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знаний». Этот постулат касается медицинских ошибок, совершенных не только врачами, но и сестрами.

Предпосылки возникновения сестринских ошибок:

1. проблемы взаимодействия и координации между уровнями оказания помощи (стационарной, поликлинической, первичной медицинской);
2. субъективные факторы (причина около 10% ошибок);
3. неправильная организация работы;
4. недостаток опыта;
5. игнорирование пожеланий пациента;
6. недооценка мнения коллег.

В целом материалы исследований, посвященных изучению причин возникновения медицинских ошибок, указывают на их многофакторный и комплексный характер, обуславливающий сложность поиска источника ошибки. Почти в 50% случаев причину обнаружить не удастся. Большинство авторов считают, что на амбулаторном этапе медицинской помощи от 60 до 83% ошибок являются предотвратимыми.

**Классификация сестринских ошибок:**

1. Нарушения этики (частота  $27,7 \pm 4\%$ );
2. Несоблюдение деонтологических принципов ("не навреди", "информированного согласия", "уважения к жизни и достоинству" и др.) ( $5,5 \pm 2,15\%$ );
3. Ошибки при осуществлении технических, оперативных и инвазивных вмешательств ( $50 \pm 1,85\%$ ).

4. Фармакологические ошибки ( $5,5 \pm 2,15\%$ );.
5. Ошибки вследствие нарушения внимания ( $22,2 \pm 5,19\%$ ).

**Система стратегических мероприятий «Шаги по укреплению безопасности пациента»** на уровне первичной медицинской помощи, предложенная британскими исследователями:

1. Анализ порядка оказания медицинской помощи с целью выявления скрытых системных недостатков. Проводит главная медицинская сестра совместно с заместителем главного врача по лечебной работе.

2. Формирование культуры безопасности как приверженность руководителей к изменению подходов к формированию культуры в группах медиков (врача общей практики, помощника врача, сестер), основанной на поощрении, а не наказании тех, кто добровольно указывает на недостатки в организации оказания медицинской помощи. Результат работы вспомогательных служб (инспекторов по охране труда, заместителей главного врача) и главного врача.

3. Определение препятствий, мешающих проведению системных мероприятий по предотвращению ошибок. Научные исследования в разных областях медицины.

4. Анализ сестринских ошибок в системе оказания первичной медицинской помощи, полученный из разных источников, включая системы добровольной и обязательной отчетности, материалы проверок аккредитационных комиссий, жалоб пациентов. Укреплению профессионального статуса сестры по массажу способствует система аттестации на рабочем месте.

5. Использование передового опыта ВОЗ, которая публикует серию «Решения в области безопасности пациентов» в разных областях медицины.

6. Разработка требований безопасности применения медицинского оборудования, внедрение безопасных методик обследования и лечения пациентов.

7. Внедрение системы отчетности об ошибках на уровне первичного звена медицинской помощи, заложенной в показатели модели деятельности медицинских организаций.

Международный опыт свидетельствует о том, что для повышения безопасности больных людей необходимы комплексные и всеобъемлющие усилия по совершенствованию организации оказания медицинской помощи, что является залогом успеха в достижении поставленных задач. Сестринские ошибки могут стать угрозой безопасности пациентов только в случае неграмотности медицинской сестры, что при современном уровне обучения вероятность их появления значительно уменьшается.

### **Литература**

1. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И.Иванова.- Мн.: Выш.шк.,2006.-301с.

2. Матвейчик, Т.В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациента //Медицинская сестра. – 2014. - №8. –С.45-50.

3. Фоменко, А.Г. Безопасность пациентов на уровне первичной медицинской помощи: современное состояние проблемы //Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-2008.-№3.-С.15-20.

4. WHO Health For All Targets: The Health Policy For Europe/-Copenhagen,1993.

5. Kohn,L.T., Korrigan J.M., Donaldson, M.S. To Err is Human.-Wasington (DC): National Academy Press, 1999.

6. Hurwitz B. Learning from primary care: malpractice past, present and future // Qual.Saf. Health Care.-2004.-V.13.-P.90-91.

7. Sandars, J., Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies // Family Practice.-2003.-V.20. - P. 231-236.

## **Глава 5. Деловое общение медицинской сестры по массажу**

Вынужденное пребывание или посещение организаций здравоохранения, обусловленное заболеванием, для некоторых людей является стрессогенным фактором. В этой связи предоставление медицинской помощи имеет свои особенности:

1. полноценная помощь человеку оказана командой специалистов мультидисциплинарной бригады, в состав которой входят медицинские работники разных специальностей;
2. комплексность помощи, содержащей, наряду с медицинской, психологический, социальный компонент поддержки;
3. длительный, взаимно вынужденный контакт с потенциальным пациентом с длительно текущим заболеванием;
4. неблагоприятные условия работы для медицинского персонала с определенным риском профессионального заражения инфекциями;
5. риск столкновения с пациентами с выраженностью конфликтностью по отношению к медицинскому персоналу;
6. высокий уровень психоэмоциональных перегрузок для медицинских работников.

Все это сказывается на качестве делового общения медицинских работников и пациентов, поэтому будет полезным знание того, что мешает установлению контакта. Препятствия во взаимодействии медсестры и пациента в условиях медицинской организации называют барьерами.

### **А. Барьеры, препятствующие медицинскому взаимодействию**

#### **1. Барьер предвзятости и негативной беспричинной установки**

Состоит в том, что медицинский работник начинает негативно относиться к собеседнику по результатам первого впечатления. Сестре необходимо проанализировать свою предвзятость, возможные причины,

мотивы, способствовавшие этому и постараться изменить свое отношение. Предвзятые представления сестры к коллегам возникают в случае низкой самокритичности и тревожности ее самой, вследствие получения ею изначально искаженной информации. В этом случае человек идет на контакт только с теми, кто разделяет его точку зрения и отвергает все, что ему противоречит. Информация может искажаться из-за того, что сестра не придает ей должного значения от неумения управлять своим вниманием. Пренебрежение фактами – следствие привычки делать поспешные выводы, не располагая достаточным количеством фактов.

## **2. Барьер отрицательной установки, введенный кем-либо в ваше сознание**

Возникает на основе отрицательной информации, введенной кем-либо в сознание человека, на основании чего заранее формируется негативная установка по отношению к определенному ранее не знакомому человеку.

В этом случае необходимо осознать информацию как своего рода программу, искажающую объективное восприятие собеседника и освободиться от тенденциозности и предвзятости в общении. В процессе общения важно разобраться в личности пациента, опираясь на собственный опыт взаимодействия, согласно мудрому высказыванию: «Как мы думаем о человеке, так он и проявляет себя пред нами» (Гете).

## **3. Барьер боязни «контакта» с человеком**

В основе этого препятствия для общения лежит повышенная чувствительность, стеснительность, неловкость, ранимость, возможно имеющийся негативный опыт неконструктивного общения медицинской сестры с людьми и как следствие – страх неудачи, встречающийся у начинающих деятельность специалистов.

#### **4. Барьер «ожидания непонимания».**

В основе лежит сомнение человека в способности собеседника правильно и объективно понять его самого, проблемы и позиции. Возникает негативное моделирование и прогнозирование взаимного непонимания, следствием чего становится зашторивание своего сознания, трудности в преодолении собственных стереотипов и предубеждений.

#### **5. Барьер «неверных стереотипов»**

Большинству людей свойственно следование некоторому шаблону, т.е. обобщение, упрощение явлений окружающей жизни. Упрощенные представления в процессе общения автоматически переносятся на конкретных людей и могут привести к взаимному непониманию и отторжению. Стереотипы могут содержать долю правды и помогать прогнозировать различные ситуации, одновременно являются довольно жесткими препятствиями в общении людей.

#### **6. Барьер «возраста»**

Состоит в непонимании людьми разных поколений друг друга, нередко приводит к конфликту «отцов и детей». В этом случае старшие не понимают молодых, осуждают их, раздражаются, не принимая их образ жизни, привычки жизненные установки, идеалы. Встречается в работе пожилых медсестер, пострадавших от локальных военных конфликтов в мирное время (Афганистан, Чечня). О существовании этого барьера необходимо знать и стараться преодолевать его в себе, культивируя позитивное отношение к людям любого возраста. Оптимальная разница в возрасте общающихся между собой сестры и пациента составляет  $7 \pm 2$  года, обеспечивает более гармоничное общение.

Вопросам успешности делового общения медицинского работника в современной профессиональной литературе уделено большое внимание, вследствие чего существуют различные представления о существующих

барьерах общения с пациентом. Имеется классификация барьеров связанная с личностными качествами медицинских работников. Их можно разделить на группы, отличающиеся от представленных выше (Добрович П.Б., 2002):

## **Б. Барьеры препятствующие личностному взаимодействию**

### **1.Первая группа – личностные барьеры**

- Барьер темперамента – возникает как следствие встречи двух людей с разными типами нервной системы. Медицинская сестра должна уметь определять тип темперамента пациента и стараться «подстраиваться» под темп его речи и восприятия;

- Барьер акцентуации личности – источником конфликтов и обид является несоответствие самооценки и мнения окружающих.

**Следует помнить, что:**

- Подчеркивание собственных достоинств, надменность, высокомерие раздражают партнера по общению.

- Неадекватно завышенная самооценка может быть причиной напряженности. Необходимо внимание к получению «обратной связи» от собеседника по общению, прислушаться к оценкам окружающих, сестре следует скорректировать уровень собственных притязаний.

- Недопустимо замечания пациенту идентифицировать с его личностью.

- У каждого человека существуют уязвимые места, «бить» по которым критикой и упреками считается для медицинской сестры запретным.

- Каждый человек нуждается в объективной оценке своей деятельности, в том числе положительной мотивацией (похвалой).

## **2. Вторая группа барьеров общения - барьеры манеры общения.**

Рассмотрим основные типы субъектов общения.

**Доминантный субъект общения**, которого не заботит уместность обращения к кому-либо, может не ответить на поставленный вопрос, стремится завладеть инициативой, напорист, перебивает, повышает голос, многократно повторяет одно и то же.

### **Советы по общению с таким партнером:**

- Дать доминантному пациенту возможность проявить свою волю (пассивное слушание);
- Спокойно держаться независимой точки зрения, не опровергая и не критикуя особые приемы партнера.

**Не доминантный субъект общения** – пациент чувствует себя просителем, чувствителен к внешним признакам силы, интеллекта, эмоциональности медсестры. Он боится инициативы, задать вопрос, высказать точку зрения, уступчив, легко теряется, не перебивает, терпеливо сносит, когда перебивают его, нерешителен в раскрытии своих знаний, позволяет сбить себя с толку и принимает точку зрения партнера, осознав это, впадает в отчаяние.

### **Советы по общению с таким пациентом:**

- Предоставить ему инициативу и возможность выразить себя.
- Задавать вопросы, уточнять подбадривать собеседника: эмпатическое (сочувствующее) или пассивное слушание.

**Мобильный субъект общения** – обладает рассудочной легкой манерой переключения внимания, быстротой эмоциональной оценки. Речь его тороплива, часто перебивает, вставляет замечания, реплики, смысл речи важнее словесного оформления, продолжительное обсуждение одной темы невозможно, он стремится к разнообразию, перемене тем, проститься с ним

также просто, как разговориться, невзыскателен в отношении форм и ритуалов выхода из общения.

**Советы по общению с подобным собеседником:**

- Подстройтесь вначале беседы под его темп, далее постепенно снижайте частоту и скорость собственных реплик, что сделает другого более собранным. Затем можно вернуться к началу разговора и уточнить то, что осталось малопонятным и невыясненным.

- Используйте фразы типа: «Если я Вас правильно поняла...», «Вы сказали, что ...», «Я думаю, что вы имели в виду...» и.т.д. Если вы не проявите инициативы, то общение не состоится.

**Ригидный субъект общения:** - включается в коммуникативную деятельность не сразу, нужно время для изучения партнера, внимательно слушает, говорит не спеша, мысли высказывает подробно, не любит, чтобы его перебивали, не терпит поспешности в изложении мысли о других, общение с таким партнером может изматывать тех, кто нетерпелив.

**Советы по общению с таким партнером:**

- Избегайте торопливости, небрежности выражения своих мыслей.
- Поставьте коммуникативную задачу на долготерпение.
- Нельзя торопить, раздражаться.

**Экстравертный пациент по общению** – расположен к взаимодействию, уверен, что способен понять другого человека; внимательный, он ждёт того же со стороны медсестры; с ним легко входить в контакт, так как он сам помогает.

**Интровертный (закрытый) для общения человек** – не склонен к внешнему общению; направлен в себя, обидчив; имеет хорошо управляемую систему психологической защиты личных «зон».

### **Советы по общению с подобным пациентом:**

Вхождение в коммуникативную ситуацию желательно начинать «с глаза на глаз». В интенсивное общение его включают постепенно и деликатно.

### **3. Третья группа барьеров общения – барьеры отрицательных эмоций.**

Эмоция – это субъективная реакция человека на воздействие внутренних и внешних раздражителей. Арсенал негативных эмоций пациента невелик: страх, гнев, печаль, удивление, отвращение. Этот спектр эмоций даёт около 700 эмоциональных оттенков. Характерные случаи возникновения эмоций:

- когда происходит что-то значимое для человека;
- когда пациент считает, что ему (близким) что-то угрожает;
- когда осознаётся невозможность привычного поведения;
- в конфликтной ситуации;
- при непредвиденном развитии событий.

Эмоции вызываются потребностями (мотивациями) и обстоятельствами (ситуацией). Устойчивая отрицательная эмоция может воздвигнуть серьёзный барьер общения медицинской сестры и пациента. **Совет по общению** – переключать внимание на позитивные моменты, успехи, события.

**Барьер страдания** вызван трагическими событиями, неудовлетворённостью социальным статусом, низкой самооценкой, болезнями. Он действует двояко:

- снижает уровень контактности, общительности переживающего страдания человека;
- медицинская сестра чувствует себя с таким пациентом скованно.

**Совет по общению** – страдания – это испытания, посылаемые людьми по попущению Божьему: «Бог терпел и нам велел», а также расплата за зло, причиненное кому-то ранее.

**Барьер гнева.** Это препятствие преодолеть особенно трудно, так как гнев усиливает физическую и психическую энергию: чем гнев сильнее, тем человеку труднее сдержаться.

**Совет по общению** – выслушать без эмоционального отклика, принять к сведению.

**Барьер отвращения и брезгливости** возникает в результате нарушения медицинской сестрой или пациентом этических норм, при наличии физических или гигиенических отклонений.

**Совет по общению** – медицинской сестре по массажу следует следить за своей жестикующей, аккуратностью, манерами, дистанцией общения (зоной конфликтного общения).

**Барьер презрения** ограничивает контакты с человеком, вызвавшим отрицательные эмоции. Презрение обычно вызывают аморальные поступки, неприемлемые черты характера (трусость, предательство, скупость), предрассудки.

**Совет по общению** – медицинской сестре нельзя позволять себе данное чувство.

**Барьер страха** – один из самых труднопереносимых барьеров общения. Он побуждает свести к минимуму и прекратить всякое общение.

**Совет по общению** – индивидуальные беседы пациента с врачом.

**Барьер стыда и вины** возникает в ответ на критику, неуёмную похвалу, лесть, из боязни быть неловким или в чем-то уличённым.

**Совет по общению** – нельзя это чувство у пациента культивировать. Медицинская сестра должна ясно проговорить это вслух.

**Барьер плохого настроения** часто разрушает общение. Медицинская сестра не имеет права проявлять свои отрицательные эмоции в деловом общении, во время визита, массажа.

**Совет по общению** – плохое настроение пациента стараться либо не замечать, либо терпеливо сносить, иногда позволительна разрядка – переключение на что-то хорошее, доброе, уместен юмор.

#### **4. Четвёртая группа – барьеры недопонимания важности общения**

Эти барьеры возникают, если медицинские сёстры считают необязательным давать информировать пациента об особенностях проводимых медицинских мероприятий, при недооценке социально-психологического взаимодействия с людьми.

**Барьер речи**, как следствие допущенных речевых ошибок, не способствует улучшению делового общения. Может возникнуть вследствие эмоционального возбуждения, неправильной аргументации, неверного подбора слов, усложнения речи непонятными терминами, незнания социально-психологических механизмов общения, сквернословия.

Условия повышения эффективности деловой коммуникации:

1. Стройте отношения как партнёры, а не как соперники.
2. Принимайте пациентов такими, каковы они есть. Не смешивайте интересы дела и личность. Доброжелательность, открытость, непредвзятость - вот что поможет медицинской сестре всегда.
3. Старайтесь воспринять сообщение пациента целиком, не вырывайте отдельных фраз из контекста.
4. Демонстрируйте своё внимание к говорящему человеку во взгляде, междометиях, уточняющих вопросах, выражении сопереживания.
5. Обращайте внимание на невербальные проявления поведения пациента.
6. Старайтесь выражаться понятным и простым языком.

7. Будьте настойчивы. Неуверенность в себе, нерешительность, раздражают партнёра. Выберите разумную меру настойчивости, не переходящую в силовое давление.
8. По возможности старайтесь соглашаться, а не возражать. Правило: «Да, но...».
9. Не ущемляйте достоинство пациента.

Можно привести **краткие советы** медицинской сестре по массажу в работе с пациентом:

- сначала понимать и принимать, а затем убеждать;
- стимулировать активность пациента, с разумным контролем;
- не навязывать, а высказывать мнение в диалоге;
- не приказывать, а советовать;
- поддерживать самообслуживание пациента в разумных пределах;
- не унижать пациента;
- не руководить действиями, а стать участником общей работы;
- не навязывать, а давать возможность выбора;
- не обвинять пациента, а защищать справедливость.

Опыт эффективных взаимоотношений медицинской сестры и пациентов привел к пониманию того, что между персоналом, обеспечивающим медицинскую помощь, и пациентами существуют служебные отношения, характеризующиеся рядом особенностей (барьеры коммуникации). Для преодоления препятствий в общении целесообразно применение нескольких видов обучения: индивидуальных и групповых занятий с психологом. Саморазвитие личности медицинской сестры должно происходить на протяжении всего периода работы в системе здравоохранения. Изучение проблем делового общения медицинского персонала даёт новые направления для улучшения эффективности коммуникативного процесса, что способствует повышению качества оказания медицинской помощи.

## Литература

1. Бероева Л.В. Проблемы делового общения в деятельности главной медицинской сестры // Главная медицинская сестра. - 2000. - №5. - С.24-28.
2. Бероева Л.В. Навыки эффективного делового общения // Главная медицинская сестра. - 2001.-№1. – С.12-16.
3. Бероева Л.В. Учёт индивидуальных особенностей личности работника в деятельности главной и старшей медсестёр // Главная медицинская сестра. - 2000.-№2.-С.113-119.
4. Вальчук Э.А. Основы медицинской реабилитации /Э.А. Вальчук. – Минск: МЕТ,2010. – 320с.
5. Матвейчик Т.В. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства: учеб. - метод. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]; - Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 160с.
6. Матвейчик Т.В. Из стажера – в мастера: учебно-практическое пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2015. – 201с.
7. Перфильева Г.Н. Деловое общение в работе медсестёр-руководителей // Медицинская помощь.- 1998.--№6.-С.7-8.
8. Фомин Ю.А. Психология делового общения. Мн.: Амалфея, 2003.- 448с.

## **Глава 6. Особенности медицинской этики. Понятие о принципах биомедицинской этики**

Медицинская этика существует десятки столетий. Известно, например, что в 1500г. до н. э. в Древней Индии врачи, вступая в свою профессию, давали клятву. Известная всем около 2400 лет «Клятва Гиппократата» лежит в основе многочисленных присяг в разных странах мира «ибо в ней заключены вечные истины, которые не может изменить время».

Этика – учение о моральных нормах и правилах, определяющих взаимоотношения людей в семье, обществе, быту и трудовой деятельности. В разные исторические эпохи в зависимости от изменения нравственных устоев, интересов общества, выгоды человечества и экономической целесообразности менялись этические принципы врачевания. Первым документом, регламентирующим законодательные нормы в области медицины на территории нынешней Беларуси, явился Статус Великого княжества Литовского. Издание Статуса 1529 г. вывело нашу страну на одно из первых мест в мире по развитию законодательной культуры и правовым ценностям. Переведенный на польский и латинский языки, Статус стал доступен для западноевропейских стран. Значительное место в нем занимали законодательные нормы, касающиеся жизни, здоровья, лечения, опережающие свое время. Содержание этих норм отражало состояние нравственности, общечеловеческие ценности и уровень цивилизованности общества.

Учебник врачебной этики, на основе которой базировались нравственные позиции Американской медицинской ассоциации, был написан в 1797 г. в Англии Т. Персивалем. В Варшаве публикуется книга А. Беганьского «Мысли и афоризмы врачебной этики», автор которой придавал большое значение доверию между врачом и пациентом, критиковал эгоизм докторов и стремление к личному благополучию. На русский язык переводится руководство А. Моля «Врачебная этика. Обязанности врача во

всех отраслях его профессиональной деятельности. Для врачей и публики» (1903).

В XIX в медицинской этике в России уделялось все больше внимания. Гуманное отношение к больным людям занимает внимание врачей Беларуси. В 1887 г. этический устав взаимодействия врача и больного был принят. Представляет интерес такое положение из него: «Ради общественной пользы врачи должны стремиться, чтобы у каждого семейства был домашний врач, который бы заботился о здоровье всех членов семьи». Мысли, созвучные утверждению, что лучшие представители медицинской профессии открывали горизонты гуманизма в человеческой истории, находим у Гиппократ. Он писал, что на вооружении у врача должны быть: «...презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку».

В нормах, регулирующих профессиональные отношения медиков между собой, сказано: «...необходимо избегать соперничества, напротив, следует быть в отношении к товарищам откровенным, правдивым и деликатным», «врач, заменивший товарища, не должен способствовать составлению дурного мнения о предшественнике», «в случае столкновения между врачами, касающегося их специальной деятельности, столкновение это должно быть рассмотрено третейским судом». По поводу заочного лечения указано, что «врач не должен давать советов посредством писем без личного исследования больного».

После 1917 г. система здравоохранения в России подверглась коренной реформе. Согласно той новой философии медицины необходимость в этике, как значимом регуляторе профессионального поведения врачей, исчезла. Официальные определения профессиональной этики как «пережитка капитализма», «классово чуждого явления» закономерны для того времени. Первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко писал, что мы

держим «твердый курс на уничтожение врачебной тайны». В первом издании Большой медицинской энциклопедии в 1928 г. сохранялась отдельная статья «Врачебная тайна», в которой допускалось неразглашение врачами профессиональных тайн, но «не из уважения к чувствам больных», а учитывая их отсталую психологию. Резкий отказ от врачебной тайны, как считали авторы, приведет к тому, что больные будут избегать, когда это нужно, посещения врачей.

### **Понятие о принципах деонтологии и биомедицинской этики**

Деонтология – наука, изучающая принципы о должном поведении при исполнении профессиональных обязанностей. В медицине они направлены на оптимизацию взаимоотношений между различными категориями пациентов и персонала, предупреждение негативных последствий лечения.

В СССР деонтологию вместо медицинской этики ввел в 1946г. академик Н.Н. Петров. Термин «деонтология» получил особое распространение в СССР, хотя в других странах это понятие используется в основном в научной юриспруденции и философии.

В связи с достижениями биологии, генетики и медицинской техники во второй половине XX столетия возникло новое направление – биомедицинская этика, под которым подразумевается анализ действий человека в биологии и медицине согласно нравственным ценностям. В общих чертах, это свод предписаний и запретов, соблюдение которых, в отличие от правовых норм, регулируется совестью медицинского работника. Принципы биомедицинской этики закреплены в ряде международных документов:

- Всеобщей Декларации прав человека (ООН, 1948г.). Главное – святость человеческой жизни – статус международного права.
- Клятве Гиппократы: (Не навреди!)
- Международном Кодексе медицинской этики. (Женева, 1947 г).
- Декларации прав ребенка (1959).
- Конвенции о правах ребенка (1979).

- Всемирной Декларации ООН об обеспечении выживания, защиты и развития детей (1990).

Важнейший принцип биомедицинской этики – человек как высшая ценность. М.Я. Мудров более 150 лет назад писал, что доброжелательное отношение к больному человеку стоит на первом месте и должно быть присуще настоящему медику. Важнейшими качествами медицинского работника он называл «гуманное отношение к больному, бескорыстие, правдивость, ученость, скромность, трудолюбие, культурность, коллегиальность, участие в общественной жизни, постоянное совершенствование знаний и любовь к Родине».

Другим важным принципом является правдивость, высоким образцом которой является Н.И. Пирогов. Вот его знаменитые слова: «С самого начала моего врачебного поприща принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи, чистый перед судом моей совести, я смело вызываю мне показать, когда и где я утаил хотя одну мою ошибку, хотя одну мою неудачу». Правдивость медика и медицинская тайна не должны входить в противоречие.

Врачебная тайна, предписанная в ст. 51 «Обязанности медицинских (фармацевтических) работников» Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», в редакции от 16.06.2014г. №164-3 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» обязывает медицинского работника сохранять сведения о болезни пациента. «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача – никогда», - говорит пословица. В связи с новыми технологиями регистрации и учета пациентов, компьютеризацией ОЗ, а также начинающимся медицинским страхованием физических лиц, полезно узнать рекомендацию ВОЗ: «При составлении регистров болезней важно соблюдать правила хранения тайны. Следует не только проинструктировать персонал, занимающийся регистрацией, но и

позаботиться о том, чтобы никто из посторонних не имел доступа к регистрам. Принято различать абсолютную и медицинскую секретность. Медицинскую секретность запрещает предоставление информации посторонним в любых целях, не приносящих пользы больному, но допускает выдачу информации другим врачам и организациям в интересах больного». Инструктивное письмо Минздрава "О необходимости сохранения врачебной тайны" № 02-2-10/1130 от 03.04.2007 г. обращает внимание руководителей организаций здравоохранения на соблюдение предписанных актов законодательства.

В основе профессиональной медицинской этики лежит принцип доброжелательности и милости сердца по отношению ко всем пациентам. «Где любовь к людям, – писал Гиппократ, – там и любовь к своему искусству». Средоточием подлинно-человеческого, эталоном профессионализма является отношение к особо беспомощным пациентам – детям, старикам, неизлечимым больным. Принцип любви и сострадания, как этическая норма социальных отношений, формировался под влиянием понимания сущности человека в христианской антропологии. Практика свидетельствует о том, что недооценка социально-психологических свойств личности, работающей над изменением мировоззрения других, может отрицательно сказаться на результатах ее труда.

В свете этого уместно помнить высказывание Г.А.Захарьина о том, что, прежде всего, следует искать опытного учителя и получать из его уст практические наставления, получая дар целения болезней; врачей-самоучек нет, и быть не может.

**К принципам биомедицинской этики** относятся понятия автономии, не причинения вреда, благодеяния и справедливости.

Под автономией понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным

решением. Выделяют (В.А. Тихоненко, Т.А. Покуленко) семь основных аспектов автономии:

1. уважение личности пациента;
2. оказание больному человеку психологической поддержки в затруднительных ситуациях;
3. предоставление пациенту необходимой информации о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах, согласно принципу информированного согласия. Это ст.41 «Права пациентов» Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», в редакции от 16.06.2014г. №164-З «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении». Этот принцип предполагает право пациента на получение только от врача полной информации о состоянии здоровья, методах обследования и лечения, их преимуществах и недостатках, о степени риска и прогнозе. В связи с этим все медицинские вмешательства производятся только с согласия пациента, кроме особых случаев, когда тяжесть физического (психического) состояния не позволяет ему принять осознанное решение.
4. возможность выбора из нескольких вариантов лечения, оздоровления, ухода;
5. самостоятельность пациента в принятии решения о своем здоровье;
6. возможность осуществления контроля со стороны пациента за ходом исследования и лечения;
7. вовлеченность человека в процесс оказания ему медицинской помощи в форме терапевтического сотрудничества.

Принципы не причинения вреда, благодеяния и справедливости вытекают из клятвы Гиппократов, соответствующим образом нацеливают медицинскую сестру на избегание действий, направленных во вред пациенту. Уместны слова св. Дмитрия Ростовского: «Что вы достаиваетесь послужить

болящему, то за сие благодарите Бога: но да не вознесется сердце Ваше о сем; быть у больного – весьма доброе дело, и заповедь Божия, и долг любви этого требует, но только не выше сил и не с потерей своего здоровья». Прогресс науки и техники ведет к возрастанию роли этики. Основные принципы этики можно сформулировать кратко: уважайте жизнь, допускайте неизбежность смерти, рационально используйте возможные ресурсы, делайте добро, сводите к минимуму вред.

"Кроме собственного усердия и ревности в труде для успеха в работе необходима еще посторонняя помощь", - пишет протоирей С. Модестов. Хорошо, если мы скажем: «Бог в помощь тебе!» Вместе с тем, если видишь, он изнемогает в трудах, прибавь: дай, брат, я помогу тебе...Что пользы в одних словах? Мы должны любить ближних не словом и языком, но делом и истиною (1 Ин. 3:18) должны помогать...бескорыстно, искренне, усердно». Таково напутствие для медиков от учителей Церкви.

В общении медицинской сестры с пациентом есть много тонкостей, позволяющих почувствовать нуждаемость человека. Важно различать невротические потребности людей (Ю.Н. Кулюткин, Г.С. Сухобская) и удовлетворять их, что благоприятно для взаимодействия с пациентом. 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, погоне за самосовершенствованием. При этом известно, что чем ниже уровень культуры, тем уровень притязаний выше.

### **Этические принципы общения медицинских работников**

- В основе сотрудничества сестры и пациента лежат принципы доверия, доброжелательности, уважения. Признание ценности человека может выражать объективную, и предписываемую оценку, опережающую

действительные достоинства согласно «закону вложенных 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).

• Права медицинского работника закреплены в ст.50 «Права медицинских (фармацевтических) работников» Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», в редакции от 16.06.2014г.№164-3 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

Культура и этика медицинского общения предполагают их гармоничное сочетание:

– быть образцом личного поведения, руководствоваться в первую очередь интересами пациентов;

– способствовать максимальной самостоятельности больного человека;

– уважать частную жизнь пациента, держать в тайне сведения, полученные в ходе работы;

– действовать в соответствии с ценностями, нормами и предназначением профессии;

– получать согласие клиента на запись разговоров, публикацию его истории болезни, участие в уходе третьего лица, но не использовать профессиональные отношения для достижения личных целей;

– никогда не проявлять, не способствовать, не участвовать в любой форме расовой дискриминации или в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, семейным положением, политическими убеждениями, умственными или физическими недостатками;

– советоваться с коллегами, если это может оказаться полезным для подопечного;

– не участвовать в делах, связанных с обманом, подлогом.

– прервать работу с больным человеком в исключительных случаях, приняв при этом меры снижения ущерба.

Профессиональная работа медицинской сестры по массажу больным людям должна быть нацелена на достижение главных результатов:

- решение основных проблем больного человека;
- уверенность в оправданности объемов помощи;
- удовлетворенность качеством сестринского массажа;
- повышение его качества жизни;
- приверженность к людям, организации, намерение впредь обращаться туда же.

Исполняя свои обязанности, медицинские сестры должны поддерживать подобную ответственность у своих подопечных, отраженные в ст. 42 «Обязанности пациентов» Закона Республики Беларусь « О здравоохранении», в редакции от 16.06.2014г. №164-3 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь « О здравоохранении».

**Правила о должном поведении** сестры могут обладать целительной силой, если обучать ее:

- формировать позитивное мировосприятие с приоритетами жизни и здоровья;
- использовать официально разрешенные методики оказания сестринской помощи и борьбы с беспомощностью;
- нести полную ответственность за профессиональную некомпетентность;
- разрабатывать основные стратегии укрепления здоровья подопечного с привлечением специалистов разных ведомств;
- использовать творческий подход на основе анализа международного опыта подобной деятельности.

Взаимодействие медицинского работника и пациента можно назвать вынужденным, поскольку мотивом встречи являются проблемы со здоровьем у одного из участников. В этой связи профессия сестры по массажу выдвигает особые требования к ее деятельности:

- Гибкость и быструю ориентацию при нештатных ситуациях во время массажа, отсутствие возможности быстрой консультации врача, скорость в принятии правильных и самостоятельных решений;

- Терпимость – спокойное восприятие возможных обид, грубости, неприязни, неприятия у части пациентов. Склонность и умение побуждать пациента к максимально возможной самостоятельности без стремления быстро все сделать самой, одернуть, прервать;

- Доброжелательность – положительное принятие человека со всеми недостатками и несовершенством характера и поведения, восприятие его мнения без оценки, пристрастий;

- Интерес к больному человеку, заинтересованное внимание к его суждениям, стремление узнать его точку зрения;

- Широта мышления, которая позволяет свободно обмениваться мнением с пациентом и не настаивать, во что бы то ни стало, на правоте своей точки зрения;

- Конструктивное поведение, позволяющее деликатно поддержать поиск позитивных результатов у пациента.

Ограничения в деятельности сестры по массажу не позволяют ей быть авторитарной, доминантно навязывать свою точку зрения, наклеивать ярлыки на подопечного.

К универсальным и взаимодополняющим качествам медицинской сестры по массажу следует отнести:

1. Личностные особенности: доброту, заботу, честность, отзывчивость. Важны чувства приветливости, терпимости, человечности, общительность, сострадание, бескорыстие, уравновешенность.

2. Навыки общения: внимание к другим, умение выслушать, обходительность, вежливость.

3. Отношение к работе: добросовестность, исполнительность, ответственность, требовательность к себе.

**Неприемлемыми** для медицинских работников считаются качества:

1. Личностные особенности: жестокость, нервозность, корысть, душевная черствость, высокомерие, нечестность. Владыко Филарет, Патриарший Экзарх всея Беларуси отметил в 2008 г.: «Совесть нельзя разделить на ту ее часть, которая связана с профессией, и на ту, что связана с легкой жизнью. Медицинский работник, как любой другой человек, призван поступать нравственно во всех ситуациях и при всех искушениях, чтобы достойно выдерживать испытание совести».

2. Навыки общения: грубость, неуважение к старым людям, брезгливость, Не приветствуют злость, невежливость, дерзость.

3. Отношение к работе: безразличие к подопечным, спешка, безответственность, лень, недобросовестность. Нежелательно легкомыслие, несобранность, вымогательство.

Знание современных этических норм, принятых в цивилизованном обществе, использование приемов сотрудничества с пациентом является основополагающим для эффективности контактов с нашими пациентами.

Однажды Ученик спросил Конфуция: «Есть ли слово, которым можно было бы руководствоваться всю жизнь?» Философ ответил: «Это снисходительность - чего сам не желаешь, того не делай другим».

### **Литература**

1. Абаев Ю.К. Биоэтика и деонтология в педиатрии // Медицинские новости .– 2006. - №2. – С.66-73

2. Бахтина Л.К. Опыт работы общественной организации (в решении профессиональных проблем медицинских сестер)//Главная медицинская сестра. – 2006. - №6. – С.35-43
3. Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее»: библиографический справочник за 2001-2013гг. – Минск: БелМАПО,2014. – .32с.
4. Мельник В.А. Государственная идеология Республики Беларусь: Концептуальные основы – Мн.Тесей, 2003-240с.
5. Мишаткина Т.В, Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика: Учебное пособие. – Мн.: ТетраСистемс, 2003 – 320с.
6. Основы идеологии белорусского государства: Учебное пособие под общ. ред. Г.А. Василевича, Я.С. Яскевич - Мн: РИВШ, 2004-477с.
7. Основы идеологии белорусского государства: Учебное пособие для ВУЗов (под общей редакцией С.Н. Князева, С.В. Решетникова) - Мн: Академия управления при Президенте республики Беларусь, 2004 – 491с.
8. Мельник В.А. Государственная идеология Республики Беларусь: Концептуальные основы – Мн.:Тесей, 2003 - 240с.
9. Шарабчиев Ю.Т, Дудина Т.В, Елкина А.И. Права пациентов в зеркале нормативно-правовых актов Республики Беларусь //Медицинские новости. – №7. – С.75-82.
- 10.Шарабчиев Ю.Т, Дудина Т.В, Елкина А.И. Нормативно-правовое регулирование профессиональной деятельности в сфере здравоохранения Республики Беларусь //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006 - №2 – С.15-24.

## **Глава 7. Стандарты деятельности медицинской сестры по массажу**

В Республике Беларусь, как и в странах западной Европы, в течение более чем двух десятилетий в работе специалистов применяют стандарт оказания медицинской помощи. Он представляет собой перечень своевременных последовательных, минимально достаточных диагностических и лечебных мероприятий, применяемых в типичной клинической ситуации. Все это является следствием упорядочения последовательности диагностических и лечебных действий, базирующихся на достижениях науки, в сочетании с оценкой эффективности медицинской помощи по объективным критериям. Впервые предлагаются стандарты отпуска массажа, обработки массажного стола (кушетки), общения медицинской сестры по массажу с пациентом. Памятка по основным требованиям правил санитарно-противоэпидемического режима и аттестации рабочего места опубликована ниже (прил.1-5).

### **1. Стандарт отпуска массажа**

Показания: заболевания сердечно - сосудистой системы (нейроциркулярная дистония по кардинальному и гипертоническому типам, гипертоническая болезнь I и II стадии, начальные явления атеросклероза, заболевания вен нижних конечностей); заболевания костно-мышечной системы (ревматические и инфекционно-аллергические полиартриты); хронические заболевания женских половых органов; заболевания кожи (псориаз, нейродермит).

Цель: Обеспечение максимального лечебного эффекта.

Задачи:

Обеспечить качественный отпуск процедуры:

достижение расслабляющего эффекта,  
снятие мышечного напряжения,  
уменьшение болевого синдрома.

Оснащение: массажный стол (кушетка), тонометр, термометр для воздуха, дезинфицирующее средство для обработки кушетки-100 мл, песочные часы, крем, подставка для упора ног, лесенка для укладки на массажный стол (кушетку).

Таблица 7.1

Стандарт отпуска массажа пациенту

№ п/п	Этапы процедуры	Теоретическое обоснование
<b>1.</b>	<b>Подготовка к процедуре</b>	
1.	Приветствовать пациента уважительно и доброжелательно	Установление доверительных отношений с пациентом (стандарт общения)
2.	Просмотреть назначение врача в направлении (санаторно-курортной книжке) пациента	Достоверность назначенной процедуры
3.	Объяснить пациенту ход и суть предстоящих действий, правила отпуска процедуры	Мотивация пациента к сотрудничеству
	Убедиться в правильности понятой информации.	Соблюдение прав пациента (стандарт общения).
4.	Получить согласие пациента на прием процедуры	Обеспечить безопасность пациента, профилактику заразных кожных заболеваний

5.	Помочь уложить пациента на кушетку, t помещения – 20-22 <sup>0</sup> С	Безопасность пациента, исключается его соскальзывание вниз и плохое самочувствие
6.	Помочь удобно расположиться на кушетке: голова должна быть опущена в специальное отверстие в массажном столе, в ножном конце стола поставить подставку для упора ног	Улучшает кровообращение и лимфообращение, способствует расслаблению. Обеспечивается эффективность процедуры.
7.	<p><b>Выполнение процедуры.</b></p> <p>Разогреть руки, обработать их специальным кремом.</p> <p>Отметить время начала процедуры (использовать песочные часы). Длительность процедуры – 10 мин., далее по схеме</p>	<p>Достижение наиболее полного лечебного эффекта</p> <p>Обеспечить медицинское наблюдение</p>
II.		
8.	Следить за самочувствием пациента, при ухудшении самочувствия прекратить отпуск процедуры и вызвать врача	Сохранение эффекта процедуры.
9.	<p><b>Завершение процедуры</b></p> <p>Напомнить пациенту о правилах приема процедуры: не растирать влажную поверхность тела полотенцем, лишь слегка прикоснуться.</p>	
10.	Помочь пациенту спуститься с массажной кушетки, провести	Профилактика внутрибольничных

<p>III.</p> <p>11.</p> <p>12.</p> <p>13.</p> <p>14.</p> <p>15.</p> <p>16.</p>	<p>дезинфекцию стола</p> <p>Пригласить пациента к столу для измерения АД и пульса</p> <p>Предложить отдых в течение 30 - 40 мин. в комнате отдыха или в холлах отделения</p> <p>Сделать запись о выполненной процедуре в журнале учета отпущенных процедур и санаторно-курортной книжке пациента (направлении)</p> <p>Поблагодарить пациента за участие в проведенной процедуре. Согласовать дату следующего посещения в удобное для пациента время</p>	<p>инфекций, стандарт дезинфекции массажного стола</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента после процедуры массажа</p> <p>Обеспечение необходимого отдыха после процедуры</p> <p>Обеспечивается преемственность сестринской помощи</p> <p>Стандарт общения. Приглашение к сотрудничеству (обеспечение сотрудничества)</p>
---	---	---

## **Стандарт общения медицинской сестры по массажу с пациентом**

**Цель:** создание комфорта для пациента в стенах ОЗ с гарантией соблюдения этического подхода и неприкосновенности частной жизни, медицинской тайны, требований к отпуску процедуры массажа.

**Оснащение:** специального материального обеспечения не требуется.

### **Алгоритм стандарта общения:**

1. Обеспечить чувство присутствия, уметь слушать, не отвлекаясь
2. Создать приятную атмосферу в разговоре
3. Получить всю имеющуюся информацию о пациенте до разговора с ним
4. Уделите несколько минут разговора на отвлеченные темы
5. Задайте тон разговора вопросом о самочувствии
6. Формулировать очные и краткие вопросы, делая пометки
7. Использование правил терапевтического общения.

### **Основные правила терапевтического общения**

1. Начинайте беседу с самопредставления о своем имени, должности и цели встречи. Обращайтесь к человеку только на «Вы».
2. Смотрите пациенту в лицо, слегка улыбнитесь, одобрительно кивайте.
3. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса.
4. Говорите по правилу: КиЯ – коротко и ясно, неторопливо, доходчиво.
5. Поощряйте вопросы вашего пациента.
6. Внимательно слушайте, проявляйте интерес и участие естественно.
7. Проявляйте инициативу в доброжелательном диалоге.
8. Реагируйте на предложения пациента поощрительными замечаниями после каждого его удачного действия. Важно прикасаться к пациенту легким поглаживанием по спине, нежно взять под локоть или руку, чтобы похвалить.

### **Чего не следует делать при деловом общении:**

1. Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.
2. Не раздражайтесь, если нужно что-то повторить снова.
3. Не всегда можно ожидать блестящее выполнение задания после вашей инструкции.
4. Не нагружаете пациента слишком большой дозой ответственности.
5. Не оценивайте поведение пациента как личное отношение к вам.
6. Не требуйте точной идентификации имен персонала, названий предметов или лекарств.
7. Не спорьте с пациентом, говорите конкретно, без возможности большого выбора. Не повышайте голоса!
8. Не показывайте своих чувств, особенно если вы расстроены.

## **Стандарт обработки массажного стола (кушетки)**

**Цель:** Соблюдение санитарно-гигиенических требований к отпуску процедур. Профилактика внутрибольничной инфекции (ВБИ).

### **Оснащение:**

Массажный стол (кушетка) – 1 шт.;

мыло – в достаточном количестве;

полотенце индивидуальное – 1 шт.;

перчатки – в достаточном количестве;

дезинфектант, разрешенный к применению в Республике Беларусь, приготовленный по вирулоцидному режиму – в достаточном количестве;

салфетка «для поверхностей» – в достаточном количестве;

емкость с рабочим раствором дезинфицирующего средства для дезинфекции поверхностей кушетки – 1 шт.;

емкость для дезинфекции салфеток – 1 шт.;

емкость для дезинфекции перчаток – 1 шт.

## Стандарт обработки массажного стола (кушетки)

№	Действия	Обоснование
<b>I.</b>	<b>Подготовительные действия</b>	
1.1.	Приготовить рабочий раствор дезинфектанта по вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применению дезинфектанта.	Обеспечение.
1.2.	Налить приготовленный раствор в промаркированные емкости для дезинфекции поверхностей, перчаток и салфеток.	Обеспечение удобства в работе
1.3.	Проверить наличие достаточного количества чистой ветоши.	
<b>II.</b>	<b>Последовательность выполнения</b>	
2.1.	Нанесите дезинфицирующий раствор на поверхность кушетки одним из разрешенных МЗ РБ методов (орошение, 2-х кратное протирание с использованием салфетки) на время экспозиции в соответствии с инструкцией по применению дезинфектанта.	Удаление транзитной популяции микроорганизмов с поверхности кушетки.
2.2.	Поместите использованную ветошь в накопительную промаркированную	Обеспечение инфекционной

	емкость «для дезинфекции салфеток».	безопасности.
	<b>Примечание:</b> Обработка кушетки проводится после отпуска каждой процедуры пациенту.	
<b>III.</b>	Заключительные действия	
3.1.	Вынести емкость с использованными салфетками в помещение для дезинфекции и продезинфицировать их в соответствии с инструкцией по применению дезинфектанта на время экспозиции.	Обеспечение инфекционной безопасности.
3.2.	Надеть перчатки.	
	Вымыть салфетки с использованием моющих средств.	Обеспечение чистоты ветоши.
	Ополоснуть салфетки под проточной водой, просушить.	
	Снять перчатки и поместить в емкость для дезинфекции.	Обеспечение инфекционной безопасности.
	Вымыть руки с мылом под теплой проточной водой. Просушить индивидуальным полотенцем.	Соблюдение личной гигиены.

Все предложенные стандарты апробированы в работе медицинского персонала организаций здравоохранения, не несут осложнений при применении.

## **Заключение**

«Практическое пособие медицинской сестре по массажу» Матвейчик Т.В., Рыбина И.А. должно помочь в работе начинающим медицинским сестрам по массажу быстрее ориентироваться в сложных вопросах соблюдения особых требований к их деятельности в соответствии с разработанными впервые стандартами. Сокращение времени медицинской сестры по массажу на самостоятельный поиск нужной информации также можно отнести к достоинствами руководства.

Пособие не претендует на бесспорность изложения, это авторский взгляд на современные проблемы подготовки и саморазвития в дальнейшем квалифицированного специалиста по массажу, умеющего искать и находить необходимую информацию.

Своим читателям авторы желают успехов в трудах праведных согласно словам А. Хаммера: «Когда Вы работаете 24 часа в сутки 7 дней в неделю, удача приходит к вам сама».

ПОСТАНОВЛЕНИЕ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

22 февраля 2008 г. № 253

**Об аттестации рабочих мест по условиям труда**

В соответствии со [статьей 14](#) Закона Республики Беларусь от 17 апреля 1992 года «О пенсионном обеспечении» и [статьей 157](#) Трудового кодекса Республики Беларусь Совет Министров Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемое [Положение](#) о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда.

2. Установить, что при проведении в 2008 году аттестации рабочих мест по условиям труда (далее – аттестация) допускается использование протоколов инструментальных замеров факторов производственной среды, выполненных при проведении аттестации в 2004–2007 годах, а также при необходимости протоколов замеров факторов производственной среды, выполненных в указанный период при проведении гигиенической оценки условий труда и оформленных в соответствии с законодательством. При этом результаты аттестации 2008 года, оформленные с использованием указанных протоколов, действительны в течение пяти лет со дня утверждения результатов предыдущей аттестации.

Если по результатам аттестации, проведенной в 2008 году, не подтверждены условия труда (за исключением случаев изменения условий труда в связи с заменой либо модернизацией производственного оборудования, заменой сырья и материалов, изменением технологического процесса и средств коллективной защиты), дававшие ранее работнику право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда, доплату за

работу с вредными и (или) опасными условиями труда, или произошло уменьшение этих компенсаций, то они предоставляются на прежних условиях до истечения срока действия результатов предыдущей аттестации.

3. Республиканским органам государственного управления и иным государственными организациями, подчиненным Правительству Республики Беларусь, областным и Минскому городскому исполнительным комитетам до 31 декабря 2008 г. обеспечить проведение аттестации в подчиненных организациях в соответствии с настоящим постановлением.

4. Министерству труда и социальной защиты и Министерству здравоохранения обеспечить приведение своих нормативных правовых актов в соответствие с настоящим постановлением.

5. Министерству труда и социальной защиты давать разъяснения по применению настоящего постановления.

6. Признать утратившими силу:

[постановление Кабинета Министров Республики Беларусь от 2 августа 1995 г. № 409](#) «Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» (Собрание указов Президента и постановлений Кабинета Министров Республики Беларусь, 1995 г., № 22, ст. 524);

[постановление Кабинета Министров Республики Беларусь от 24 октября 1996 г. № 680](#) «О внесении изменений в Порядок проведения аттестации рабочих мест по условиям труда» (Собрание указов Президента и постановлений Кабинета Министров Республики Беларусь, 1996 г., № 30, ст. 792);

[постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 декабря 1998 г. № 1911](#) «О внесении изменений в Порядок проведения аттестации

рабочих мест по условиям труда» (Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь, 1998 г., № 35, ст. 911);

[пункт 24](#) постановления Совета Министров Республики Беларусь от 28 февраля 2002 г. № 288 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Правительства Республики Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002 г., № 32, 5/10103).

7. Настоящее постановление вступает в силу с 26 января 2008 г.

Премьер-министр Республики  
Беларусь

С. Сидорский

Приложение 2  
УТВЕРЖДЕНО  
Постановление  
Совета Министров  
Республики Беларусь  
22.02.2008 № 253

**ПОЛОЖЕНИЕ о порядке проведения аттестации рабочих мест по  
условиям труда**

1. Настоящее Положение устанавливает порядок проведения аттестации рабочих мест по условиям труда организациями, независимо от форм собственности и подчиненности, и индивидуальными предпринимателями.

2. Аттестация рабочих мест по условиям труда (далее – аттестация) проводится в целях комплексной оценки условий труда на конкретном рабочем месте для разработки и реализации плана мероприятий по улучшению условий труда, определения права работника на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда, дополнительный отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, сокращенную продолжительность рабочего времени за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, оплату труда в повышенном размере путем установления доплат за работу с вредными и (или) опасными условиями труда.

3. Для организации и проведения аттестации наниматель издает приказ, в соответствии с которым:

утверждается состав аттестационной комиссии организации, определяются ее полномочия, назначаются председатель аттестационной комиссии и лицо, ответственное за ведение и хранение документации по аттестации;

при необходимости создаются аттестационные комиссии в структурных подразделениях;

устанавливаются сроки и график проведения работ по аттестации в организации (структурных подразделениях).

4. В состав аттестационной комиссии рекомендуется включать работников служб охраны труда, кадровой, юридической, организации труда и заработной платы, промышленно-санитарной лаборатории, руководителей структурных подразделений организации, медицинских работников, представителей профсоюза (профсоюзов).

#### 5. Аттестационная комиссия:

5.1. осуществляет проведение аттестации, а также организационное, методическое руководство и контроль за ее ходом;

5.2. формирует в организации необходимую для проведения аттестации нормативную правовую базу и организует ее изучение;

5.3. определяет перечень рабочих мест, подлежащих аттестации;

5.4. устанавливает соответствие наименования профессий рабочих и должностей служащих Общегосударственному классификатору Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих» и характера фактически выполняемых работ характеристикам работ, приведенным в соответствующих выпусках Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих (ЕТКС) и Единого квалификационного справочника должностей служащих (ЕКСД). При

наличии имеющихся несоответствий подготавливает предложения о внесении изменений в штатное расписание, трудовые книжки работников и другие документы в порядке, установленном законодательством;

5.5. определяет исполнителей:

5.5.1. для измерения и исследования уровней вредных и опасных факторов производственной среды из числа собственных аккредитованных испытательных лабораторий или привлекает на договорной основе другие аккредитованные испытательные лаборатории;

5.5.2. для оценки условий труда по показателям тяжести и напряженности трудового процесса из числа собственных специалистов или привлекает на договорной основе организации, имеющие в соответствии с законодательством право на осуществление деятельности, связанной с проведением аттестации;

5.6. проводит перед началом измерений уровней вредных и опасных факторов производственной среды обследование рабочих мест в целях проверки на соответствие производственного оборудования и технологических процессов требованиям охраны труда и принимает меры по устранению выявленных недостатков;

5.7. организует:

5.7.1. проведение фотографии рабочего времени и оформление карты фотографии рабочего времени по форме, утверждаемой Министерством труда и социальной защиты;

5.7.2. составление карты аттестации рабочего места по условиям труда по форме, утверждаемой Министерством труда и социальной защиты (далее – карта);

5.7.3. ознакомление работников с результатами аттестации.

6. Оценка фактического состояния условий труда на рабочем месте при аттестации производится в порядке, определяемом Министерством труда и социальной защиты на основании гигиенической классификации условий труда, утверждаемой Министерством здравоохранения. По результатам аттестации устанавливается класс (степень) вредности или опасности условий труда на рабочем месте.

7. В ходе проведения аттестации подлежат оценке все присутствующие на рабочем месте вредные и опасные факторы производственной среды, тяжесть и напряженность трудового процесса.

8. Измерения и исследования уровней вредных и опасных факторов производственной среды для аттестации проводятся испытательными лабораториями, аккредитованными в соответствии с требованиями системы аккредитации Республики Беларусь.

9. Измерения уровней вредных и опасных факторов производственной среды проводятся в присутствии представителя аттестационной комиссии при ведении производственных процессов в соответствии с технологической документацией при исправных, эффективно действующих средствах защиты и характерных производственных условиях.

10. Результаты измерений и исследований уровней вредных и опасных факторов производственной среды и результаты количественных измерений и расчетов показателей тяжести трудового процесса для аттестации оформляются протоколами по формам, утверждаемым Министерством труда и социальной защиты.

11. Сведения о результатах оценки условий труда заносятся в карту и удостоверяются подписями членов аттестационной комиссии и ее председателя. Допускается составление одной карты на группу аналогичных по характеру выполняемых работ и условиям труда рабочих мест.

К карте прилагаются:

карта фотографии рабочего времени, протоколы измерений и исследований уровней вредных и опасных факторов производственной среды для аттестации;

протоколы количественных измерений и расчетов показателей тяжести трудового процесса.

12. По итогам аттестации (по формам, утверждаемым Министерством труда и социальной защиты) составляются:

12.1. перечень рабочих мест по профессиям и должностям, на которых работающим по результатам аттестации подтверждены особые условия труда, соответствующие требованиям списков производств, работ, профессий, должностей и показателей, дающих право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда (далее – списки);

12.2. перечень рабочих мест по профессиям и должностям, на которых работающим по результатам аттестации подтверждено право на дополнительный отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда;

12.3. перечень рабочих мест по профессиям и должностям, на которых работающим по результатам аттестации подтверждены вредные и (или) опасные условия труда, соответствующие требованиям списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными и (или) опасными условиями труда, работа в которых дает право на сокращенную продолжительность рабочего времени;

12.4. перечень рабочих мест по профессиям и должностям, на которых работающим по результатам аттестации подтверждено право на доплаты за работу с вредными и (или) опасными условиями труда;

12.5. план мероприятий по улучшению условий труда.

13. Перечни рабочих мест, указанные в [подпунктах 12.1–12.4](#) пункта 12 настоящего Положения (далее – перечни рабочих мест), согласованные с профсоюзом (профсоюзами), утверждаются приказом нанимателя (далее – приказ). В приказе также указываются рабочие места, на которых результатами аттестации не подтверждены (с указанием конкретных причин) условия труда, дающие право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда, дополнительный отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, сокращенную продолжительность рабочего времени за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, оплату труда в повышенном размере путем установления доплат за работу с вредными и (или) опасными условиями труда.

Аттестация считается завершенной со дня издания приказа нанимателя об утверждении ее результатов.

Работники, на рабочих местах которых проводилась аттестация, должны быть ознакомлены с итоговыми документами по результатам аттестации (карта, приказ) под роспись.

14. В трудовые книжки работников, профессии и должности которых включены в перечень рабочих мест по профессиям и должностям, на которых работающим по результатам аттестации подтверждены особые условия труда, соответствующие требованиям списков, вносятся сведения об аттестации в порядке, установленном законодательством.

15. Наниматель представляет в областные и Минскую городскую государственные экспертизы условий труда комитетов по труду, занятости и социальной защите областных и Минского городского исполнительных комитетов и управления (отделы) по труду, занятости и социальной защите районных, городских исполнительных и распорядительных органов по месту

нахождения организации по одному экземпляру копий перечня рабочих мест по профессиям и должностям, на которых работающим по результатам аттестации подтверждены особые условия труда, соответствующие требованиям списков, и приказа. В областные и Минскую городскую государственные экспертизы условий труда комитетов по труду, занятости и социальной защите областных и Минского городского исполнительных комитетов наниматель представляет также план мероприятий по улучшению условий труда.

16. Приказы, перечни рабочих мест, другие документы по аттестации, необходимые для подтверждения работнику права на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда, хранятся нанимателем в течение срока, установленного для хранения документов о стаже работы.

При ликвидации организации документы по аттестации передаются на хранение в архив в установленном законодательством порядке.

17. Внеочередная аттестация (переаттестация) проводится:

в случае изменения законодательства, требующего ее проведение;

при изменении условий труда в связи с заменой либо модернизацией производственного оборудования, заменой сырья и материалов, изменением технологического процесса и средств коллективной защиты;

по требованию органов государственной экспертизы условий труда Республики Беларусь;

по инициативе нанимателя (при улучшении условий труда), профсоюза (профсоюзов).

18. Аттестация на вновь созданных рабочих местах проводится по мере освоения производственных мощностей в соответствии с утвержденными проектами о новом строительстве и реконструкции объектов

производственного назначения. Приказ нанимателя об утверждении результатов аттестации должен быть издан в 6-месячный срок со дня создания новых рабочих мест.

Результаты аттестации, проведенной на новых рабочих местах, применяются со дня создания этих рабочих мест, если они подтверждают право работника на дополнительный отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда либо особые условия труда, соответствующие требованиям списков, дающих право на пенсию по возрасту за работу с особыми условиями труда.

Доплаты за работу с вредными и (или) опасными условиями труда устанавливаются со дня издания приказа нанимателя об утверждении результатов аттестации.

19. Аттестация проводится один раз в пять лет. При этом начало и продолжительность проведения аттестации определяются с учетом того, что она должна быть завершена до окончания действия результатов предыдущей аттестации.

20. Наниматель несет ответственность за несоблюдение требований настоящего Положения в соответствии с законодательством.

21. При смене собственника имущества организации и реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании) организации документы по результатам аттестации передаются правопреемнику в соответствии с законодательством.

22. Консультативную и методическую помощь нанимателям по проведению аттестации осуществляют органы государственной экспертизы условий труда Республики Беларусь.

23. Пенсия по возрасту за работу с особыми условиями труда, дополнительный отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, сокращенная продолжительность рабочего времени за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, оплата труда в повышенном размере путем установления доплат за работу с вредными и (или) опасными условиями труда по результатам аттестации предоставляются работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда в течение полного рабочего дня.

Под полным рабочим днем понимается выполнение работы с вредными и (или) опасными условиями труда не менее 80 процентов от продолжительности ежедневной работы (смены), установленной законодательством.

В состав рабочего времени включаются также периоды, предусмотренные частью восьмой [статьи 133](#) Трудового кодекса Республики Беларусь.

Приложение 5

к Инструкции по оценке условий  
труда при аттестации рабочих мест  
по условиям труда и  
предоставления компенсаций по ее  
результатам

КАРТА АТТЕСТАЦИИ РАБОЧЕГО МЕСТА ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА

Пункт 1. Общие сведения о рабочем месте

1.1. \_\_\_\_\_ Организация

1.2. \_\_\_\_\_ Цех (отдел)

1.3. \_\_\_\_\_ Участок (бюро, сектор)

1.4. Код и наименование профессии (должности) по ОКПД

1.5. Число рабочих смен. Продолжительность смены

1.6. Количество аналогичных рабочих мест

1.7. Численность работающих на рабочем месте (на одном рабочем месте/на  
всех аналогичных рабочих местах)

1.8. Из них женщин

---

1.9. Выпуск ЕТКС, ЕКСД

---

1.10. Характеристика выполняемой работы по ЕТКС, ЕКСД рабочей (должностной) инструкции. Наименование технологического процесса (вида работ).

Наименование операции

---

1.11. Обслуживаемое оборудование: наименование, количество единиц (указать)

---

1.12. Применяемые инструменты и приспособления (технологическая оснастка) (указать)

---

1.13. Используемые сырье, материалы (указать)

---

## Пункт 2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ

Оценку проводил

\_\_\_\_\_ (должность, ФИО, подпись, дата)

### Пункт 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА

Показатели тяжести трудового процесса	Номер и дата утверждения протокола измерений и (или) исследований	Нормативное значение показателя	Фактическое значение показателя	Класс (степень) условий труда
1	2	3	4	5
<b>3.1 Физическая динамическая нагрузка, кгм</b>				
3.1.1 Региональная нагрузка при перемещении груза на расстояние до 1 м				
3.1.2 Общая нагрузка при перемещении груза на расстояние: - от 1 до 5 м				
- более 5 м				
<b>3.2 Масса поднимаемого и перемещаемого груза вручную, кг</b>				
3.2.1 Подъем и перемещение тяжести при чередовании с другой работой				
3.2.2 Подъем и перемещение тяжестей постоянно в течение рабочей смены				
3.2.3 Суммарная масса грузов, перемещаемых в течение каждого часа смены: - с рабочей поверхности				
- с пола				

<b>3.3 Стереотипные рабочие движения, количество за смену</b>				
3.3.1 При локальной нагрузке				
3.3.2 При региональной нагрузке				
<b>3.4 Статическая нагрузка, кг (силы) x с</b>				
3.4.1 Одной рукой				
3.4.2 Двумя руками				
3.4.3 С участием мышц корпуса, ног				
<b>3.5 Рабочая поза</b>				
<b>3.6 Наклоны корпуса</b>				
<b>3.7 Перемещения в пространстве, обусловленные технологическим процессом, км</b>				
3.7.1 По горизонтали				
3.7.2 По вертикали				
Итоговая оценка тяжести трудового процесса				

Оценку проводил \_\_\_\_\_

**1.1.1 (должность, ФИО, подпись, дата)**

Пункт 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ НАПРЯЖЕННОСТИ  
ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА

Показатели напряженности трудового процесса	Характеристика показателей в соответствии с гигиеническими критериями	Класс (степень) условий труда
1	2	3
<b>4.1 Интеллектуальные нагрузки</b>		
4.1.1 Содержание работы		
4.1.2 Восприятие сигналов (информации) и их оценка		
4.1.3 Распределение функций по степени сложности задания		
4.1.4 Характер выполняемой работы		
<b>4.2 Сенсорные нагрузки</b>		
4.2.1 Длительность сосредоточенного наблюдения (в % от времени смены)		
4.2.2 Плотность сигналов (световых, звуковых) и сообщений в среднем за 1 час работы		
4.2.3 Число производственных объектов одновременного наблюдения		
4.2.4 Размер объекта различения (при расстоянии от глаз работающего до объекта различения не более 0,5 м) в мм при длительности сосредоточенного наблюдения (% времени смены)		

4.2.5 Работа с оптическими приборами (микроскопы, лупы и т.п.) при длительности сосредоточенного наблюдения (% времени смены)		
4.2.6 Наблюдение за экранами видеотерминалов (часов в смену): - при буквенно-цифровом типе отображения информации;		
- при графическом типе отображения		
4.2.7 Нагрузка на слуховой анализатор (при производственной необходимости восприятия речи или дифференцированных сигналов)		
4.2.8 Нагрузка на голосовой аппарат (суммарное количество часов, наговариваемое в неделю)		
<b>4.3 Эмоциональные нагрузки</b>		
4.3.1 Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибок		
4.3.2 Степень риска для собственной жизни		
4.3.3 Степень ответственности за безопасность других лиц		
<b>4.4 Монотонность нагрузок</b>		
4.4.1 Число элементов (приемов), необходимых для реализации простого задания или в многократно		

повторяющихся операциях		
4.4.2 Продолжительность выполнения простых производственных заданий или повторяющихся операций, с		
4.4.3. монотонность производственной обстановки (время пассивного наблюдения за ходом техпроцесса в % от времени смены)		
<b>4.5 Режим работы</b>		
4.5.1 Сменность работы		
Итоговая оценка напряженности трудового процесса		

Оценку проводил \_\_\_\_\_

**1.1.2 (должность, ФИО, подпись, дата)**

**Пункт 5. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА НА РАБОЧЕМ  
МЕСТЕ**

Фактор	Класс условий труда						
	опти- маль- ный	допус- тимый	вредный				опасный (экстре- мальный)
	1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4
<b>5.1 Химический</b>							
5.2 Биологический							
5.3 Пыли, аэрозоли							
5.4 Шум							
5.5 Инфразвук							
5.6 Ультразвук							
5.7 Вибрация общая							
5.8 Вибрация локальная							
5.9 Электромагнитные поля							

и неионизи-рующие излучения							
5.10 Ионизирующее излучение							
5.11 Микроклимат							
5.12 Освещение							
5.13 Аэроионизация							
5.14 Тяжесть труда							
5.15 Напряженность труда							
5.16 Общая оценка условий труда							

## Пункт 6. РЕЗУЛЬТАТЫ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧЕГО МЕСТА

### 6.1. Общая оценка условий труда

---

(указать класс условий труда)

### 6.2. Право на следующие виды компенсаций:

пенсия по возрасту за работу с особыми условиями труда

---

(указать: Список № 1, Список № 2,)

---

списками не предусмотрено, право на пенсию не подтверждено  
результатами аттестации)

дополнительный отпуск за работу с вредными и (или) опасными  
условиями труда

---

(указать количество календарных дней)

сокращенная продолжительность рабочего времени за работу с  
вредными и (или) опасными условиями труда

---

(указать количество часов)

доплата за работу с вредными и (или) опасными условиями труда

\_\_\_\_\_

(указать процент доплат)

6.3. Председатель аттестационной комиссии

\_\_\_\_\_

(подпись, ФИО, дата)

6.4. Члены аттестационной комиссии:

\_\_\_\_\_

(подпись, ФИО, дата)

\_\_\_\_\_

6.5. С результатами аттестации ознакомлены:

\_\_\_\_\_

(подпись, ФИО работника, дата)

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ  
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ  
РЕЖИМ В ОРГАНИЗАЦИЯХ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Санитарные нормы и правила санитарно-эпидемиологические требования к организации здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а так же к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения», утвержденные Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.10.13г. №107.
2. Санитарные правила и нормы 2.1.7.14-20-2005 "Правила обращения с медицинскими отходами", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 20 октября 2005 г. № 147, с изменениями и дополнениями, утвержденными Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 декабря 2008 г. № 207.
3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 165 от 25.11.2002г. «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения».
4. Методические указания 90-9908 «Контроль качества стерилизации изделий медицинского назначения», утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 30.11.1999г.
5. Методические рекомендации Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 01.06.2006г. №26-0101 «Применение

- ультрафиолетового бактерицидного облучения для обеззараживания воздуха и поверхностей в лечебно - профилактических учреждениях».
6. Инструкция 3.5.-51-2006 «Дезинфекция, дезинсекция одежды, постельных принадлежностей, обуви и других объектов в дезинфекционных камерах», утверждена Постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь № 175 от 23.11.2006г.
  7. Санитарные правила 17-69 РБ-98 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний", утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 29 апреля 1998 г. № 18.
  8. Санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы «Требования к проведению эпидемиологического надзора за вирусными гепатитами в Республике Беларусь», утвержденные Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 14.11.2011 № 112.
  9. Санитарные правила 1.1.8-24-2003 «Организация и проведение производственного контроля соблюдения санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь № .183 от 22.12.2003г. с дополнениями и изменениями в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения №117 от 01.09.2010г.
  10. Инструкция «О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих», утвержденная Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 28.04.2010 № 47.
  11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.08.05 № 477 « Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом».
  12. Санитарные правила 3.1.2.16-4-2004 «Профилактика менингококковой инфекции».

13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.07.02 № 106 «О совершенствовании диспансерного наблюдения и выявления больных туберкулезом в Республике Беларусь».

14. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.12.98г. № 351 «О пересмотре ведомственных нормативных актов по проблеме ВИЧ/СПИД».

15. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.08.97г. № 201 « Об изменении организации работы по ВИЧ- инфекции в ЛПУ Республики Беларусь».

16. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.10.09г. № 109 « Об утверждении Инструкции о порядке организации оказания медицинском помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека».

17. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.03.10г. № 33 « Об утверждении Инструкции о порядке установления причинной связи инфицирования вирусом иммунодефицита человека, заболевшего СПИД, смерти от СПИД с оказанием медицинским работником государственного учреждения медицинской помощи пациенту, инфицированному вирусом иммунодефицита человека или больному СПИД».

**ПАМЯТКА ПО ОСНОВНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ ВЫПОЛНЕНИЯ  
ПРАВИЛ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМА**

**в массажном кабинете**

**Основание:**

**1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции о правилах и методах обезвреживания отходов лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» от 22.11.2002г. №81.**

- п.11. Жидкие отходы, образовавшиеся в результате уничтожения медицинской продукции, являющиеся неопасными в соответствии с заключением о классе их опасности, могут по согласованию с организацией, эксплуатирующей объекты водопроводно-канализационного хозяйства, территориальными органами Министерства здравоохранения и территориальными органами Министерства природных ресурсов и охраны окружающей среды, обезвреживаются путем разбавления водой с последующим сливом в канализацию.

**2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения» от 25.11.2002г. №165.**

- п.2.4.1. Для дезинфекции рекомендуется использовать специальные емкости (полимерные контейнеры с крышками, в которых изделия размещают на специальных перфорированных решетках) для удобства дальнейшей обработки (отмывание, ПСО), а так же для минимизации неблагоприятного воздействия химических растворов на медперсонал.

- п.2.4.2. Для изделий и их частей, не соприкасающихся с пациентом, может быть использован способ двукратного протирания салфеткой из бязи или марли, смоченной в растворе дезинфицирующего средства.

- **3. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь «Об утверждении Санитарных правил по осуществлению дезинфекционной деятельности» от 26.12.2002г. №143.**

- п. 85. Все изделия медицинского назначения после использования необходимо обезвреживать, независимо от того, подлежат они последующей стерилизации или нет.
- п.115. Емкости с дезинфицирующими, моющими средствами должны иметь четкие надписи с указанием названия препарата, его концентрации, назначения, даты приготовления.

- **4. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь «Об утверждении в действие Санитарных правил» от 11.07.2003г. №71.**

- п.48. Санитарно-технические приборы и устройства (краны, раковины, ванны, унитазы, писсуары и др.) должны быть современным по дизайну и техническому устройству и эксплуатироваться в исправном состоянии, очищаться от ржавчины и других наслоений, не должны иметь трещин и других дефектов. Неисправные и поврежденные приборы подлежат срочной замене.
- п.103. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте. Влажная уборка помещений (мытьё полов, протирка мебели, оборудования, подоконников, дверей и т.д.) должна осуществляться постоянно, но не менее 2-х раз в сутки (в хирургических и родовспомогательных учреждениях не менее 3-х раз в сутки, в том числе, 1 раз с использованием разрешенных дезинфицирующих средств). При этом допускается применение моющих средств, разрешенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Использование

для влажной уборки помещений порошкообразных синтетических моющих средств **не допускается.**

В палатных отделениях (кабинетах) дезинфицирующие средства используются после проведения смены белья, а также по эпидемиологическим показаниям.

Места общего пользования (входные группы, холлы, справочные и др.) должны убираться по мере загрязнения. Перед входом, а также в тамбурах оборудуются устройства для очистки обуви от песка, снега и др., которые должны своевременно очищаться.

Оконные рамы и стекла должны быть визуально чистыми.

- п.104. Уборка помещений медицинской организации должна проводиться с использованием современного оборудования (компактных тележек с набором необходимых расходных материалов и приспособлений). Инвентарь должен иметь четкую маркировку с указанием подразделения, использоваться строго по назначению и храниться упорядоченно.
- п.106. Генеральная уборка помещений палатных отделений (кабинетов) и других функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по утвержденному графику не реже 1 раза в месяц с тщательным мытьем стен, полов, всего оборудования, а также протирания мебели, светильников, жалюзи и др. предметов от пыли.

Генеральная уборка (мойка и дезинфекция) операционных, перевязочных, процедурных, манипуляционных, послеоперационных палат, отделения реанимации и интенсивной терапии, помещений родильного блока проводится один раз в неделю. В акушерских стационарах генеральная уборка и заключительная дезинфекция родильных залов проводится каждые 3 суток.

- п.118. Сбор грязного белья от больных в отделениях должен осуществляться в специальную непромокаемую тару (пластиковые или

полиэтиленовые мешки, специально оборудованные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) с применением современных технических устройств и передавать в центральную грязную бельевую.

Запрещается разборка грязного белья в отделениях. Все процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть максимально механизированы.

- п.120. Чистое белье должно храниться в специально выделенных помещениях (бельевых). В отделениях должен храниться суточный запас чистого белья или в отдельных местах на постах медсестер и др. помещения с чистым режимом, при наличии специально выделенных для этой цели встроенных или обычных шкафов.
- п.121. Белье и тара должны быть промаркированы, хранение в отделениях немаркированного белья не допускается.
- п.134. Обслуживающий персонал ЛПО должен быть обеспечен комплектами сменной рабочей (санитарной) одежды: халатами, шапочками или косынками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену санитарной одежды. Хранение ее необходимо в индивидуальных шкафчиках. В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.
- п.135. Весь медицинский персонал МО должен быть опрятным и аккуратным. Края рабочей (санитарной) одежды должны полностью закрывать личную (домашнюю) одежду. Волосы должны полностью закрываться шапочкой или косынкой при осуществлении инвазивных медицинских манипуляций. Сменная обувь персонала ..... должна быть из материалов, доступных для проведения дезинфекции.
- п.137. Нахождение в рабочих халатах и обуви за пределами МО запрещается. Студенты, занимающиеся в отделениях родовспоможения, инфекционном, операционных блоках, должны быть в сменной одежде.

- п.155. Для гигиенической и хирургической обработки рук, перчаток, а также кожи операционного поля используют препараты, разрешенные Министерством здравоохранения Республики Беларусь в соответствии с утвержденными инструкциями по их применению.
- п.157. Дезинфекции подлежат все изделия после применения. После дезинфекции изделия промывают под проточной водой, высушивают и применяют по назначению или (при наличии показаний) подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации.
- п.160. Для дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации используются только разрешенные Минздравом Республики Беларусь в установленном порядке физические и химические средства и методы.
- п.162. В целях недопущения выработки устойчивости циркулирующих в ЛПО микроорганизмов к дезинфицирующим средствам рекомендуется периодически (не реже, чем ежеквартально) чередовать препараты, в составе которых имеются различные действующие вещества с учетом чувствительности выделенным культур к дезинфектантам и антисептикам.

**6. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь «Об утверждении Санитарных правил и норм 2.1.7.14-20-2005 «Правила обращения с медицинскими отходами»» от 20.10.2005г. №147.**

- п.25. Сбор твердых отходов группы А (подгрупп А1, А2, А3) осуществляется в многоразовые емкости или одноразовые пакеты с белой маркировкой. Одноразовые пакеты располагаются на специальных тележках или внутри многоразовых баков. Заполненные многоразовые емкости или одноразовые пакеты доставляются к местам установки (меж)корпусных контейнеров и перегружаются в контейнеры, предназначенные для сбора отходов данной группы. Многоразовая тара после сбора и опорожнения подлежит мытью и дезинфекции.

- п. 27. Все отходы групп Б (за исключением подгруппы Б3) обеззараживаются в соответствии с действующими нормативными документами, после чего собираются с выделением вторичных материальных ресурсов (текстиль, пластмасса, стекло, металлы и т.д.) в одноразовую герметичную упаковку согласно требований настоящих санитарных правил. Вторичные материальные ресурсы сдаются на переработку.
- п.29. После заполнения пакета на  $\frac{3}{4}$  из него удаляется воздух и сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском учреждении, осуществляет его герметизацию путем запаивания. Удаление воздуха и герметизация одноразового пакета производится в марлевой повязке и резиновых перчатках. Независимо от объема заполнения пакета, последний пакет удаляется из отделения в конце рабочей смены.
- п. 31. Сбор острого инструментария (подгруппа Б 2) (иглы, перья и др.), прошедшие дезинфекцию, осуществляется отдельно от других видов отходов в не прокальваемую упаковку одноразового использования.
- п. 33. Одноразовые емкости (пакеты, баки) с отходами класса Б маркируются надписью «Опасные отходы. Группа Б» с нанесением кода подразделения МО, названия организации, даты и фамилии ответственного за сбор отходов лица.
- п. 48. Одноразовые пакеты, используемые для сбора отходов групп Б и В должны обеспечивать герметизацию и возможность безопасного сбора в них до 15 кг отходов. Пакеты для сбора отходов группы А – должны иметь белую маркировку, группы Б – желтую, группы В – красную.

**7. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь «Об утверждении Санитарных правил и норм 3.6.1.22-9-2005г. «Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по профилактике гнойно-**

**септических инфекций в отделениях (кабинетах) хирургического профиля»» от 04.06.2005г. №88.**

- п.1.20. Уборочный инвентарь (ведра, тазы, швабры и т.д.) должен иметь четкую маркировку с указанием назначения (помещения или объекта уборки), использоваться строго по назначению и храниться отдельно в специально отведенных местах. Ветошь, используемую повторно, выделяют и хранят отдельно с соблюдением принципа «пол - выше пола». После использования уборочный материал подлежит обеззараживанию и сушке.
- 2.2. Осмотр больного проводят на кушетке, имеющей гигиеническое покрытие, допускающее обеззараживание дезинфицирующими средствами. Разрешается покрытие кушеток клеенкой. После приема каждого больного поверхность кушеток подлежит дезинфекции.
- п.2.11. Уборку помещений ...проводят по мере загрязнения, и не менее 2-х раз в сутки с использованием дезинфицирующих растворов. При этом санитарный узел обрабатывается в последнюю очередь.  
После влажной уборки проводят обеззараживание воздушной среды одним из методов, регламентированных Министерством здравоохранения Республики Беларусь.
- п.5.17. Мытье рук обязательно применяется:
  - после снятия неповрежденных перчаток;
  - перед выполнением хирургической антисептики кожи рук;
  - перед антисептикой кожи рук в случаях, если руки заметно загрязнены, в том числе биологическими жидкостями (кровь, лимфа, мокрота, моча и т.д.).

- п.5.18. При мытье рекомендуется придерживаться следующей последовательности выполнения процедуры:
  - руки обмыть под струей теплой комфортной воды;

намылить и энергично тереть друг о друга не менее 15 секунд;

повторно обмыть водой.

- п.5.18.1. Высушивать руки после мытья следует полотенцем однократного применения или электрополотенцем (феном). В исключительных случаях, допускается использовать индивидуальное полотенце, смена которого должна производиться ежедневно.
- п.5.21. Гигиеническая антисептика кожи рук проводится в отсутствии явного загрязнения рук во всех ниже перечисленных случаях:
  - до и после непосредственного контакта с пациентом (измерение пульса, артериального давления и т.д.), в том числе с инфекционными больными известной или предполагаемой этиологии;
  - после контакта с секретами или экскрементами пациентов (гной, кровь, мокрота, испражнения, моча, пот и т.д.), слизистыми оболочками и повязками;
  - до и после мануальных и инструментальных лечебно-диагностических процедур, не связанных с проникновением в стерильные полости организма;
  - после контакта с объектами окружающей среды, включая медицинское оборудование;
  - после посещения изоляторов, боксов и палат для инфицированных больных, в том числе с ГСИ.

№ п/п	Требования	Нормативный документ
<b>I.</b>	<b>Уборка помещений (влажная, генеральная)</b>	
1.1.	<p>Влажная уборка помещений (мытьё пола, протирка мебели, подоконников, дверей и т.д.) проводится после каждой смены не менее 2-х раз в сутки с применением щелочно-моющего средства «Сандим-ЩП» (18 мл концентрата «Сандим ЩП» растворить в 9,982 л чистой воды), в конце рабочего дня с применением дезинфицирующего средства, разрешенного к использованию в Республике Беларусь, приготовленного по вирулоцидному режиму.</p> <p><b>Внимание!</b> При проведении влажной и генеральной уборки растворы (моющие и дезинфицирующие) меняются по мере загрязнения.</p>	<p>п.103 Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71;</p> <p>п.85. Постановления МЗ РБ от 26.12.2002г. №143;</p> <p>п.2.11. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.</p>
1.2.	<p>Уборка санитарных узлов проводится в последнюю очередь (после уборки всех помещений) с применением дезинфицирующего средства, разрешенного к использованию в РБ, приготовленного по вирулоцидному режиму специально выделенным промаркированным уборочным инвентарем.</p>	<p>п.2.11. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.</p>

1.3.	<p>Генеральная уборка проводится 1 раз в месяц с применением дезинфицирующего раствора приготовленного по вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применяемому средству, разрешенного к применению в Республике Беларусь. Не реже 1-го раза в месяц меняются шторы, моются стены, осветительная арматура, вентиляционные решетки.</p>	<p>п.106 Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71; МУ «Дезинфекционные мероприятия при проведении физиотерапевтических процедур» утвержденных МЗ СССР от 24.06.1987г.</p>
1.4.	<p>Внутренняя поверхность шкафов, тумбочек для хранения чистого белья обеззараживается 1 раз в неделю методом протирания с использованием дезинфицирующего раствора приготовленного по вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применяемому средству, разрешенного к применению в Республике Беларусь.</p>	<p>п.п. 80.; 84.; 85. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143; МУ «Дезинфекционные мероприятия при проведении физиотерапевтических процедур» утвержденных МЗ СССР от 24.06.1987г.</p>
1.5.	<p>При проведении уборки все санитарно-технические приборы должны очищаться от ржавчины и других наслоений.</p>	<p>п.48. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71</p>
1.6.	<p>Оконные рамы и стекла должны быть визуально чистыми. Окна моются полностью (наружная и внутренняя сторона окна) 2 раза в год и внутренняя сторона окна 1 раз в неделю при проведении</p>	<p>п.103. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.</p>

	генеральной уборки.	
1.7.	<p>Весь уборочный инвентарь (ведра, швабры, щетки, салфетки) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и вида уборочных работ, использоваться строго по назначению и храниться в специально отведенном для хранения помещении</p> <p><b>Внимание!</b> Категорически запрещается использовать для уборки физиотерапевтических кабинетов инвентарь, предназначенный для уборки санузла.</p>	<p>п.104. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71;</p> <p>п.115. Постановления МЗ РБ от 26.12.2002г. №143;</p> <p>п.п.1.20.; 3.26.1. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.</p>
<b>II.</b>	<b>Дезинфекция поверхностей, уборочного инвентаря, перчаток</b>	
2.1.	<p>Кушетки покрываются индивидуальными салфетками (под голову и под открытые участки тела), при отсутствии салфеток, кушетка после каждого пациента обрабатывается дезинфицирующим раствором приготовленного по вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применяемому средству одним из разрешенных методов (орошение, протирание).</p>	<p>п.2.2. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88;</p> <p>п.2.4.2. Приказ МЗ РБ от 25.11.2002г. №165;</p> <p>п.80. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.</p>
2.2.	<p>Физиотерапевтическое оборудование, аппаратуры или их части, соприкасающиеся с кожей и слизистой оболочкой больного, подлежат обеззараживанию по</p>	<p>п.2.2. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88;</p> <p>п.п. 80.;85.</p>

	вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применяемому средству одним из разрешенных методов (орошение, протирание).	Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
2.3.	Обработанные изделия хранятся в промаркированных и продезинфицированных по вирулоцидному режиму емкостях, шкафах, тумбочках.	
2.4.	При проведении уборки помещений, дезинфекции медицинской мебели, оборудования, медицинского инструментария, изделий медицинского назначения, отработанных салфеток, использованного уборочного инвентаря – медперсонал обязан работать в защитных резиновых перчатках.	п.3.26. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.
2.5.	После влажной и генеральной уборок проводится обеззараживание воздушной среды одним из методов, регламентированных МЗ РБ.	п.2.11. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88; п.80. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
2.6.	Весь уборочный инвентарь (ведра, швабры, щетки) после использования обеззараживаются по вирулоцидному режиму одним из методов разрешенных МЗ РБ.	п.80. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
2.7.	После проведения уборки, использованные	п.157 Постановление

	салфетки «для пола» замачиваются в дезинфицирующем средстве приготовленного по вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применяемому средству. По истечению экспозиции салфетки моются в моющем средстве с последующим полосканием в чистой воде, высушиваются и хранятся в расправленном виде.	МЗ РБ от 11.07.2003г. №71; п. 2.4. Приказ МЗ РБ от 25.11.2002г. №165; п.80. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
2.8.	Использованные салфетки «для поверхностей» замачиваются в дезинфицирующем средстве приготовленного по вирулоцидному режиму в соответствии с инструкцией по применяемому средству. По истечению экспозиции салфетки моются в моющем средстве с последующим полосканием в чистой воде, высушиваются и хранятся в промаркированном пакете (емкости).	п.157 Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71; п.80. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143; п.3.26. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.
2.9.	Использованные перчатки обеззараживаются одним из методов (полное погружение в дезинфицирующий раствор, автоклавирование, протирание), разрешенных МЗ РБ в соответствии с утвержденными инструкциями по их применению.	п.80.; 85. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143; п. 2.1. Приказ МЗ РБ от 25.11.2002г. №165. п.157 Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.

<b>III.</b>	<b>Требования к спецодежде, белью</b>	
3.1.	<p>Перед началом работы медицинский персонал должен переодеться в гардеробе:</p> <p>снять личные вещи и поместить в индивидуальный шкаф для хранения личной одежды;</p> <p>снять украшения (часы, кольца, браслеты, искусственные ногти);</p> <p>надеть спецодежду и сменную обувь (чистый халат или костюм с длинным рукавом, полностью закрывающий личную одежду, шапочку, полностью закрывающую волосы).</p>	<p>п.135 Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.</p> <p>п.п.5.11.; 5.10</p> <p>Постановления МЗ РБ от 04.07.2005 №88.</p>
3.2.	Смена спецодежды (халат) производится ежедневно или по мере загрязнения.	п.134. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
3.3	<p>Чистое белье храниться в специально выделенных шкафах (тумбочках).</p> <p>Закрепленное белье для курсового лечения хранится в полиэтиленовых пакетах, которые в конце курса обеззараживаются одним из методов разрешенных МЗ РБ.</p>	п.120. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
3.4.	Использованное белье собирается в промаркированные емкости (мешки), которые вместе с бельем сдаются в стирку.	п.118.; 121. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
<b>IV.</b>	<b>Гигиеническая обработка рук</b>	

<b>4.1.</b>	<b>Обычное мытье кожи рук</b>	
4.1.1	Руки персонал моет под струей теплой проточной водой в течение 2-х минут с двукратным намыливанием с использованием жидкого мыла во флаконе с дозатором или твердое мыло однократной расфасовки: после снятия неповрежденных перчаток, после посещения туалета, перед уходом домой.	п.п.5.17.; 5.18. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.
4.1.2	Высушивать руки после мытья следует полотенцем однократного применения или индивидуальным полотенцем.	п.5.18.1. Постановления МЗ РБ от 04.07.2005г. №88.
<b>4.2.</b>	<b>Антисептическое мытье кожи рук</b>	
4.2.1	Проводиться с использованием спиртового антисептика разрешенного к применению в РБ: до и после непосредственного контакта с больным, перед надеванием и после снятия перчаток при проведении инвазивных процедур, после контакта с объектами окружающей среды, включая медицинское оборудование.	п.п.5.21. Постановление МЗ РБ от 04.07.2005г. №88. п.155 Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
<b>V.</b>	<b>Требования к дезинфицирующим растворам</b>	
5.1.	Дезинфицирующие растворы готовить в соответствии с инструкциями по применению используемого дезинфектанта.	п.160. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71; п.85. Постановление

		МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
5.2.	Смена дезинфицирующего средство по активному веществу проводится не реже 1 раза в квартал	п.162. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
5.3.	Дезинфицирующие растворы должны обладать бактерицидным и (или) вирулоцидным, фунгицидным, спороцидным действием.	п.82. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
<b>VI.</b>	<b>Организация сбора медицинских отходов</b>	
6.1.	Сбор твердых отходов группы А осуществляется в одноразовые пакеты помещенные в многоразовые емкости. Пакеты, заполненные на $\frac{3}{4}$ , упаковываются герметично с вытеснением воздуха и маркируются белым цветом.	п.25.; 29. Постановление МЗ РБ от 20.10.2005г. №147.
6.2.	Все отходы группы Б (за исключением подгруппы Б3) обеззараживаются в соответствии с действующими нормативными документами, после чего собираются в одноразовую упаковку, упаковываются герметично и маркируются желтым цветом с пометкой вторичные материальные ресурсы.	п.27. Постановление МЗ РБ от 20.10.2005г. №147.
6.3.	Отходы подгруппы Б3 (просроченные лекарственные средства) после дезинфекции выливаются в канализацию учреждения.	п.11. Постановления МЗ РБ от 22.11.2002г. №81; п.п.32., 70.

		Постановление МЗ РБ от 20.10.2005г. №147.
6.4.	Сбор острых инструментария подгруппы Б2, после дезинфекции собирается в не прокальваемую емкость одноразового использования.	п.31. Постановление МЗ РБ от 20.10.2005г. №147.
6.5.	Одноразовые пакеты заполняются на $\frac{3}{4}$ медицинскими отходами, упаковываются герметично с вытеснением воздуха и маркируются в зависимости от группы отходов (белым, желтым, красным цветами). На бирках указывается: подгруппа; класс опасности, код подразделения, дату и Ф.И.О. лица ответственного за сбор отходов.	п.п.29., 36., 48. Постановление МЗ РБ от 20.10.2005г. №147.
<b>Запрещено!</b>		
1.	Нахождение работников в рабочих халатах и обуви за пределами медицинской организации.	п.137. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
2.	Использование порошкообразных синтетических моющих средств для проведения влажной уборки.	п.103. Постановление МЗ РБ от 11.07.2003г. №71.
3.	Использование сухой салфетки при вытирании пыли.	п.80. Постановление МЗ РБ от 26.12.2002г. №143.
4.	Использование веников при проведении уборки помещений.	

Учебное издание

**Матвейчик** Татьяна Владимировна  
**Рыбин** Игорь Андреевич

Руководство по массажу  
для медицинских сестёр

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Т.В. Матвейчик

Подписано в печать 22. 09. 2015. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 8,06. Уч.- изд. л. 6,10. Тираж 50 экз. Заказ 268.

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.



**«Практическое руководство медицинской сестре по массажу»**

Матвейчик Т.В., Рыбина И.А. полезно для лиц, обучающихся в системе высшего и среднего специального медицинского и дополнительного образования взрослых медицинских вузов и колледжей, работников организаций здравоохранения негосударственной формы собственности.