Т.В. Матвейчик



Управление сестринской деятельностью

Т.В. Матвейчик

Управление сестринской деятельностью

Минск
«Ковчег»
2021

УДК 614.2 (075.9)
ББК 51.1(2)я73
М33

Рецензенты:
Бураков И.И. профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней
УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор;
кафедра общественного здоровья и здравоохранения
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Автор:
Матвейчик Т.В. доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кандидат медицинских наук, доцент

Матвейчик, Т. В.
М33 **Управление сестринской деятельностью** / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с. : ил.
ISBN 978-985-884-055-6.

Пособие содержит нормативные материалы на основе Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы по функциям управления и организации работы в команде для главных (старших) медицинских сестер, поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия, преаналитическому этапу лабораторного обследования, диагностике синдрома жестокого обращения со старым человеком и алгоритму действий при его выявлении. Приведены новые функции медицинской сестры общей практики в работе с пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями. Представлена современная адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентом, а также особенности труда при пандемии COVID-19.

Предназначено практикующим главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинским сестрам общей практики по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело», обучающимся в системе дополнительного образования, полезно для подготовки к экзамену на квалификационную категорию и аккредитации.

УДК 614.2 (075.9)
ББК 51.1(2)я73

ISBN 978-985-884-055-6

© Матвейчик Т.В., 2021
© Оформление. ООО «Ковчег», 2021

Содержание

Условные обозначения 4
Глоссарий 5
Предисловие 12

Раздел I. Сестринский руководитель нового типа
Глава 1. Главные медицинские сестры в будущем белорусского здравоохранения: лидерство 13
Глава 2. Современные аспекты деятельности главной (старшей) медицинской сестры 21
Глава 3. Приоритет сегодняшнего дня – кадровые ресурсы здравоохранения будущего ... 40
Глава 4. Избранные вопросы организации рабочего места медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи 46
Глава 5. Карьера медицинской сестры современности 60
Глава 6. Педагогические функции главной (старшей) медицинской сестры. Школа пациента 72
Глава 7. Инфекционный контроль – средство профилактики ИСМП 84

Раздел II. Трансформирующее образование для главных медицинских сестер в XXI веке
Глава 8. Тенденции в области практико-ориентированного обучения медицинских сестер 104
Глава 9. Школа творческого саморазвития главной (старшей) медицинской сестры 114
Глава 10. Миссия медицинской сестры общей практики и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи 123

Раздел III. Командный подход в деятельности врача общей практики, помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры общей практики
Глава 11. Понятие команды работников здравоохранения. Примеры деятельности медицинской сестры общей практики с избранными группами пациентов 129
Глава 12. Сравнительная характеристика моделей сестринского ухода 143
Глава 13. Обучение стратегии преодоления хронических неинфекционных заболеваний .. 157
Глава 14. Проблемы долгосрочного ухода за пожилыми и старыми пациентами в поликлинике и на дому. «Синдром жестокого обращения». Алгоритмы действий медицинской сестры общей практики 181

Заключение. Сестринское дело сейчас в Беларуси 194
Приложения 198
Литература 238
Электронные ресурсы 246

Условные обозначения

АСМ – адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода
АПО – амбулаторно-поликлиническая организация
АФК – адаптивная физическая культура
БО – больничная организация
БелМАПО – Белорусская медицинская академия последипломного образования
БелООМС – Белорусское общественное объединение медицинских сестер
БОКК – Белорусское Общество Красного Креста
БСУ – больница сестринского ухода
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ГСИ – гнойно-септическая инфекция
ЕРБ ВОЗ – Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
ЗОЖ – здоровый образ жизни
ИСМП – инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи
ИМН – изделия медицинского назначения
КМП – команда медицинского персонала
МП – медицинская помощь
МСМС – Международный совет медицинских сестер
МС – медицинская сестра
МСОП – медицинская сестра общей практики
НОТ – научная организация труда
НС и ПВ – наркотические средства и психотропные вещества
ОЗ – организация здравоохранения
ПАВ – психоактивные вещества
Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи
ПК – повышение квалификации
ПМП – первичная медицинская помощь
ПСО – предстерилизационная очистка
СИ – средства измерения
СЖО – синдром жестокого обращения
СИЗ – средства индивидуальной защиты
СО – спецодежда
СЭВ – синдром эмоционального выгорания
ТТС – трансдермальные терапевтические системы
ТСОН – территориальные центры социального обслуживания населения
ФЗОЖ – формирование здорового образа жизни
ФР – факторы риска
ЦСО – централизованное стерилизационное отделение
ЦГЭиОЗ – центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья
ЦУР – Цели Устойчивого Развития

Глоссарий

Абилитация медицинская – комплекс медицинских услуг, направленных на формирование, развитие и поддержание функций органов или систем организма пациента, а также возможностей и способностей человека, естественное становление которых затруднено.

Аддиктивное поведение (от англ. addiction- склонность) – одна из форм деструктивного поведения, свойственная людям, стремящимся уйти от реальности к иллюзиям с помощью предметов, действий или веществ. Это актуальная проблема современности.

Антисептика – комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на частичное уничтожение микробов в ране, раневой поверхности или организме в целом.

Апгрейд (от англ. upgrade – усовершенствовать) – модернизировать или обновить.

Асептика – система профилактических мероприятий, направленных против попадания микробов (инфекции) в рану, ткани, органы, полости тела пациента при медицинских манипуляциях, перевязках.

Аутсо́рсинг – передача организацией, на основании договора, определённых видов или функций производственной предпринимательской деятельности другой компании, действующей в нужной области.

Бактерицидный режим – способ, обеспечивающий частичное снижение и уничтожение бактерий в вегетативной форме.

Биологический метод дезинфекции – уничтожение возбудителей инфекционных болезней во внешней среде средствами биологической природы (с помощью микробов-антагонистов), имеет строго специфическое назначение.

Благодеяние – этический принцип приносить добро; действие, направленное на благо другого человека или общества; доброжелательность, бескорыстие, щедрость.

Болезнь – общее или частичное ограничение жизнедеятельности организма, обусловленное срывом приспособительных механизмов под воздействием эндогенных и экзогенных факторов и характеризующееся стеснением свободы деятельности (Всемирная организация здравоохранения) (ВОЗ).

Больница сестринского ухода – организация, создаваемая с целью оказания медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, долгожителям и инвалидам, страдающим хроническим заболеваниями, нуждающимися в медицинском наблюдении и уходе и по состоянию здоровья не нуждающимся в лечении.

Бюджет прожиточного минимума – стоимостная величина прожиточного минимума, т.е. минимального набора материальных благ и услуг, необходимых для обеспечения жизнедеятельности человека и сохранения его здоровья, а также обязательные платежи и взносы.

Взаимодействие – способ организации совместной деятельности, осуществляемой на основании социального восприятия и с помощью общения. В «Словаре русского языка» С.Ожегова значение слова «взаимодействие» объясняется как взаимная связь двух явлений; взаимная поддержка.

Врачебная тайна – это информация о пациенте, ставшая известной медицинскому работнику при выполнении им профессиональных обязанностей: факт обращения за медицинской помощью, состояние здоровья, наличие заболевания, диагноз, методы лечения, информация о результатах патологоанатомического исследования (в случае смерти пациента). Совершеннолетний пациент может самостоятельно определять тех, кому можно сообщать информацию о состоянии здоровья, а также тех, кому нельзя ее сообщать (ст.41 Закона «О здравоохранении»). Пометку об этом необходимо сделать в медицинских документах. Если пациент несовершеннолетний, то право сообщать информацию, составляющую врачебную тайну, предоставлено родителям или одному из близких родственников (брату, сестре, внукам, бабушке, деду). (ст.18 Закона «О здравоохранении»).

Выявление людей, находящихся в социально опасном положении – комплекс действий государственных органов, государственных и иных организаций по выявлению обстановки, при которой не удовлетворяются основные жизненные потребности пациента, не обеспечивается надзор за лечением, образом жизни. Родственники или взрослые дети ведут аморальный образ жизни, в связи с чем, имеется опасность для жизни или здоровья престарелого человека.

Государственный реестр изделий медицинского назначения и медицинской техники Республики Беларусь – документ, содержащий сведения о зарегистрированных в Республике Беларусь и разрешенных к медицинскому применению изделиях медицинского назначения и медицинской техники.

Дезинвазия – уничтожение яиц и личинок гельминтов во внешней среде (бытового мусора, нечистот, почвы, сточных вод, с игрушек).

Дезинсекция – умерщвление или отпугивание членистоногих, имеющих эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение, с целью регулирования их численности.

Дезинфекция – совокупность мероприятий, направленных на уничтожение или снижение численности популяций вегетативных и покоящихся форм патогенных и условно патогенных возбудителей на абиотических объектах внешней среды с целью предупреждения распространения инфекционных болезней.

Дезинфекция высокого уровня – уничтожает вегетирующие бактерии, микобактерии туберкулеза, грибы, вирусы.

Дезинфекция низкого уровня – уничтожает вегетирующие бактерии, некоторые грибы и отдельные вирусы, неэффективна в отношении микобактерии туберкулеза, бактериальных спор.

Деконтаминация – процесс обработки предметов ухода и личной гигиены, при котором удаляются возбудители инфекционных заболеваний, с целью сделать использование обработанного предмета безопасным.

Деятельное сообщество (сообщество практиков) – группа, вовлеченная в процесс обучения, который опирается на общий интерес к каким-то вопросам или проблемам; долгое время сотрудничающая, делящаяся опытом и идеями, стремящаяся найти решение (Д. Лэйв, Э. Венгер, 1991).

Дискурс (от греч. – путь, рассказ, лат. – беседа, аргумент, франц. – речь) – характеристика последовательного перехода от одного дискретного шага к другому и развертывания мышления, выраженного в понятиях и суждениях, в противовес интуитивному схватыванию целого до его частей. В современной философии характеристика особой ментальности и идеологии, выраженной в тексте, обладающем связностью и целостностью и погруженном в жизнь. В классической философии дискурсивное мышление, развертывающееся в последовательности понятий или суждений, противопоставляется интуитивному мышлению, схватывающему целое независимо и вне всякого последовательного развертывания.

Здоровье для всех – направление политики ВОЗ по достижению всеми людьми мира такого уровня здоровья, который позволил бы им вести активную производственную, социальную и личную жизнь.

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Инфекционное заболевание, связанное с оказанием медицинской помощи (ИСМП), – это инфекционное заболевание, приобретённое пациентом при оказании ему скорой или медицинской помощи в ОЗ, или медицинскими работниками на дому. Также это инфекционное заболевание у родителя или другого законного представителя, госпитализируемого для осуществления ухода за несовершеннолетним пациентом, приобретённое им в больничной организации, либо инфекционное заболевание работника организации здравоохранения (ОЗ), приобретённое им в результате осуществления профессиональной деятельности.

Исход медицинский (результат медицинский) – последствия медицинской помощи или программ здравоохранения для клинического благополучия пациентов или населения (улучшение, стабилизация, ухудшение и т.д.).

Карье́ра (от итал. carriera – бег, жизненный путь, поприще) – продвижение человека вверх по служебной лестнице, результат его осознанной позиции и поведения в области трудовой деятельности, связанный с должностным или профессиональным ростом, сообразуясь с собственными целями, желаниями и установками; цепь событий, составляющих жизнь, последовательность профессиональных занятий и других жизненных ролей, вместе выражающих приверженность человека действовать в соответствии с его обобщенной моделью саморазвития.

Качество – совокупность свойств и характеристик услуги, которые определяют ее способность удовлетворять установленные требования.

Качество жизни – категория, включающая сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющее достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки.

Качества МС – умения, знания, профессионализм, ответственность, сотрудничество, забота, конфиденциальность, коммуникабельность

Качество медицинской услуги – показатель результата оказанной медицинской услуги, ориентированный не только на стандартные клинические критерии, но и на показатели качества жизни.

Качество профилактической медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания профилактической медицинской помощи имеющимся потребностям, ожиданиям пациента и общества, современному уровню медицинской науки и медико-профилактических технологий.

Кинестетикс – запатентованная Белорусским Обществом Красного Креста (БОКК) новая методика о восприятии движения и уходе за людьми с ограниченными возможностями, позволяющая пациенту научиться управлять своим телом, движением, что позитивно сказывается на развитии личности в целом. Методы кинестетикс помогают людям ухаживать за детьми и взрослыми с инвалидностью, восстанавливать и реабилитировать больных людей, сохранять подвижность и самостоятельность в пожилом возрасте. Узнать больше о кинестетикс и обучении можно в организации БОКК по месту жительства.

Коллаборация – процесс совместного взаимовыгодного сотрудничества нескольких сторон, в результате которого достигаются общие цели по обмену информацией или заключению согласия.

Коморби́дность (от лат. – «со» – вместе + «*morbus*» – болезнь) – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, осложняющим диагностику, прогноз и лечение пациента.

Консенсус – общее согласие, характеризующееся отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон и достигаемое в результате процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки зрения.

Контроль качества медицинской помощи – деятельность, направленная на обеспечение прав пациента в получении медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества.

Лечение – совокупность мероприятий, имеющих целью восстановление здоровья и устранение или облегчение страданий больного человека.

Лидер – член социальной группы, чей авторитет, власть и полномочия безоговорочно признаются остальными членами, находящимися под его психологическим влиянием.

Лидерство – способность системы ощущать и формировать свое будущее («идти вперед», «переступать порог», «умирать») – опыт отпускать, а затем входить в другой мир, который начинает приобретать форму, лишь, когда мы преодолеваем страх вхождения в неведомое (О. Шармер, 2019).

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению и организации медицинской экспертизы, осуществляемая юридическими и физическими лицами в порядке, определяемом законодательством.

Медицинский документ – документ, содержащий диагноз и (или) иные сведения о состоянии здоровья пациента, об оказании медицинской помощи, рекомендациях, профилактических прививках, результаты медицинского осмотра, медицинского освидетельствования, инструментальных, лабораторных, иных исследований и другие медицинские сведения.

Медицинское наблюдение – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование пациента в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Метод оказания медицинской помощи – научно обоснованная совокупность последовательных, взаимосвязанных медицинских вмешательств, обеспечивающих медицинскую профи-

лактику, диагностику, лечение, медицинскую абилитацию, медицинскую реабилитацию и протезирование.

Медицинские изделия (изделия медицинского назначения, медицинская техника) – любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также с принадлежностями, необходимыми для применения медицинских изделий по назначению (включая специальное программное обеспечение). Производителем МИ предназначены для оказания медицинской помощи, в том числе, для мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций его организма, а также для предотвращения или прерывания беременности. Функциональное назначение МИ не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека, однако может поддерживаться лекарственными средствами.

Медицинская профилактика – комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациента, формирование здорового образа жизни, снижение вероятности возникновения и распространения заболеваний и патологических состояний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития, а также на предотвращение неблагоприятного воздействия на здоровье человека факторов среды его обитания.

Медицинская реабилитация – комплекс медицинских услуг, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных в результате заболевания функций органов или систем организма пациента.

Медицинская технология – совокупность взаимосвязанных медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских изделий, которые могут быть использованы при оказании медицинской помощи.

Медицинская услуга – мероприятия или их комплекс, направленные на профилактику заболеваний, диагностику, лечение, имеющих самостоятельное значение и определенную стоимость.

Медико-социальная помощь – вид медицинской помощи, оказываемой при наличии у пациента хронических заболеваний, требующих медицинского наблюдения и ухода, и не требующих интенсивного оказания медицинской помощи.

Менеджмент (лат. manu agere – вести за руку) – координация ради выполнения дела. Вид деятельности по эффективному использованию кадровых, материально-технических, финансовых и других ресурсов в решении поставленных задач.

Мероприятия санитарно-гигиенические и эпидемиологические – действия по реализации требований санитарно-эпидемиологического законодательства. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Закона от 07.01.2012г. №340-З).

Миссия МС – оказание помощи конкретным людям, семьям, группам в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают.

Миссия сестринской профессии – комплексный всесторонний сестринский процесс (уход) за пациентом и облегчение его страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждению заболеваний, гуманность и милосердие.

Мотивация – средство привлечения интереса к эффективному труду посредством разнообразных форм побудительных мотивов, общественного воздействия, коллективных и индивидуальных поощрительных мер.

Надежда – вера, что желаемое возможно или что события будут развиваться в благоприятном ключе. Человек надеется, что его ожидания оправдаются. Когда надежа является принципом коллективной работы, она может иметь и негативную сторону, если, например, продолжать надеяться в том случае, когда не существует ни малейшей вероятности, что мечты оправдаются.

Обеспечение качества – система мероприятий, направленная на получение положительного результата.

Оборот наркотических средств, психотропных веществ – культивирование (посев или выращивание) растений и грибов, содержащих наркотические средства, психотропные вещества, изготовление, производство, переработка, реализация, использование, отпуск (распределение) в организации здравоохранения, их структурных подразделениях, ввоз, вывоз, транзит, уничтоже-

ние наркотических средств, психотропных веществ. Закон Республики Беларусь «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах» (в ред. Закона от 13.07.2012 г. № 408-З).

Оборот наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров, аналогов незаконный – оборот наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров, аналогов, осуществляемый в нарушение требований законодательства Закон Республики Беларусь «О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах» (в ред. Закона от 13.07.2012 г. № 408-З).

Обстановка санитарно-эпидемиологическая – состояние санитарно-эпидемиологического благополучия населения на определенной территории в конкретный период времени. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. Закона от 07.01.2012 г. № 340-З).

Обход главной (старшей) МС – личное ознакомление, осмотр всех помещений организации служб, сопровождаемый проверкой качества сестринского процесса (ухода). Это контроль соблюдения санитарно-эпидемиологического благополучия, правил учета, хранения, использования лекарственных средств; организации лечебного питания пациентам; проверка документации, беседы с пациентами, МС, санитарками; профилактики ИСМП.

Обучение – два типа и два источника обучения: на опыте прошлого, который опирается на обычный цикл – действовать, наблюдать, обдумывать, планировать, действовать. А также обучение базируется на проступающем образе будущего, основывающемся на практике чувствующего присутствия (приостановка, перенаправление, отпускание, впускание, кристаллизация, видение, задействование, воплощение).

Ошибка сестринская:

✓ Действие или бездействие МС, совершенное под влиянием добросовестного заблуждения, вызванного несовершенством современной медицинской науки и ее методов исследования, особым течением заболевания у определенного больного, извинительным недостатком знаний, малым опытом МС или иными объективными трудностями в работе (извинительная сестринская ошибка).

✓ Неисполнение (ненадлежащее исполнение) профессиональных обязанностей, повлекшее ущерб здоровью граждан или смерть.

Паттерн – шаблон, образец, модель, образ мышления или действий, выявляемый в ходе наблюдения или осмысления; некая закономерность проявлений того или иного процесса.

Паттерн успеха медицинской сестры – вновь создаваемая организационно-правовая модель деятельности главной МС как руководителя нового типа.

Патронаж – (франц. покровительство) – вид обслуживания, который предусматривает постоянный контроль состояния здоровья пациентов, регулярное посещение их жилищ, оказание необходимой помощи, проведение отдельных манипуляций.

Помощь медико-социальная – организованное социальное индивидуальное обслуживание различных групп и контингентов населения, нуждающихся в решении социальных проблем и жизненных ситуаций, с целью долгосрочной профилактики расстройств и улучшения состояния их здоровья.

Профилактика – система медицинских, социальных, гигиенических и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения и развития; повышение устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, производственной и бытовой среды.

Профилактика первичная – совокупность мер (деятельность) преимущественно социального характера и массовых масштабов по развитию и усилению благотворных для здоровья факторов и по ограничению и устранению неблагоприятных для здоровья факторов.

Профилактика вторичная – совокупность медицинских, социально-гигиенических и психологических мер, направленных на ранее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных

в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Профилактическая дезинфекция – дезинфекция, которая проводится вне связи с эпидемическими очагами в местах вероятного скопления возбудителей инфекционных заболеваний.

Резилиенс-гимнастика – (resilience – возрастная жизнеспособность) физическая активность с акцентом не на борьбу с заболеванием, а на формирование самостоятельной профилактики с целью улучшения психологического состояния и эстетического здоровья человека, улучшения памяти, ассоциативного мышления и профилактики падений. Базируется на «Глобальных рекомендациях по физической активности для здоровья» (ВОЗ).

Салютогенная теория – стимулирование «борцовских качеств» семьи по самостоятельному изменению неблагоприятных обстоятельств жизни посредством поддержания социальной компетентности, самостоятельности, уверенности, хобби, внутреннего локуса контроля, деятельности с оптимизмом. Поддерживающие факторы: помощь другим, кто в ней нуждается, доверительные отношения, четко определенные правила поведения в семье, позитивные взаимоотношения детей и родителей и общность ценностей.

Симуляция – (имитация, моделирование, реалистичное воспроизведение процесса) – современная технология обучения и оценки практических навыков, умений, знаний, которая базируется на воспроизведении клинической ситуации, взятой из комплексного представления о человеке.

Синдром жестокого обращения с ребенком или взрослым (за рубежом – синдром «битого и оскорбленного человека») – нарушение здоровья младенца, ребенка или подростка (взрослого) в результате насилия, допускаемого родителями, опекунами, воспитателями и др.

Сестра медицинская – медицинский работник со средним медицинским или высшим медицинским образованием, допущенный к занятию медицинской деятельностью в установленном порядке.

Сестринский диагноз – нацеленный на выявление реакций организма в связи с болезнью процесс, который может меняться, предполагает сестринское вмешательство в пределах ее компетенции.

Сестринский персонал – 3 категории (ВОЗ, 1989):

- ✓ полностью квалифицированные медсестры;
- ✓ сестринский персонал, способный обеспечить менее сложный общий уход и имеющий специальные знания и способности;
- ✓ сестры-помощницы, вспомогательный персонал;
- ✓ младшие помощники – сестринский персонал для специальных функций по уходу за больным, но не самостоятельный.

Сестринский процесс – систематическое применение метода решения проблем, направленного на физические, психологические и социальные потребности отдельного человека, семьи или группы людей в отличие от привычного традиционного подхода, основывающегося на профессиональных представлениях о потребности в сестринской помощи. Этот процесс связан с удовлетворением тех здравоохранительных потребностей людей или контингентов населения, которые могут быть удовлетворены наиболее эффективным образом именно посредством сестринской помощи. Представляет собой совокупность 4 действий: обследования, планирования, выполнения и оценки результатов. Это динамичный процесс, ведущий к необходимой адаптации и улучшению здоровья пациента. Метод организации работы медсестры.

Сестринский уход – работа, выполняемая медсестрами в соответствии с их функциональными обязанностями, их ролью. Можно охарактеризовать как поддержание охраны здоровья, уход за больными и оказание реабилитационной помощи.

Скрининг:

1. Массовое обследование населения и выявление лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания.
2. Предположительная идентификация нераспознанной болезни или дефекта с помощью набора тестов или диагностических процедур, имеющих высокую чувствительность и проводимых без большой затраты времени.
3. Метод профилактической медицины, заключающийся в проведении массовых медицинских обследований, направленных на выявление скрыто протекающих заболеваний или других

состояний (факторов риска будущих заболеваний), обычно проводящихся с использованием недорогих не инвазивных диагностических процедур, имеющих достаточно высокую чувствительность (ВОЗ).

Стационар дневной – структурное подразделение ОЗ, предназначенное для проведения интенсивных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий лицам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

Стационар на дому – форма медицинской помощи для больных с острыми и хроническими заболеваниями без госпитализации.

Социальное расследование – деятельность государственных органов, государственных и иных организаций по изучению положения и обследованию условий жизни и воспитания ребенка (взрослого) в семьях, в отношении которых поступила информация о неблагоприятной для детей обстановке.

Стерилизация – комплекс мероприятий, направленных на полное освобождение объектов внешней среды от вегетативных и споровых форм микроорганизмов, возбудителей заболеваний.

Страта – общественный слой или группа, объединенная определенным профессиональным, имущественным или иным общим социальным признаком.

Тимбилдинг – комплекс эффективных инструментов управления в перспективной модели корпоративного менеджмента, обеспечивающих полноценное развитие компании. Направлен на создание групп равноправных специалистов различной специализации, сообща несущих ответственность за результаты своей деятельности и на равной основе осуществляющих разделение труда в команде.

Уход – научно обоснованный набор медицинских услуг, обеспечивающий гигиеническое очищение полостей, кожи, осуществление отдельно жизненно важных функций (стул, мочеиспускание, дыхание, сон), способствующий положительным изменениям в течении заболевания, повышающий качество жизни не имеющих навыков самообслуживания потребителей. Бывает временным и постоянным. Осуществляется сиделками, обученными членами семьи под контролем или при участии МС.

Формирование здорового образа жизни – деятельность, направленная на поведение человека и населения с целью сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Харизма – (греч. – дар, милость) – дар, полученный человеком для выполнения своего жизненного предназначения, усиливающий его лидерские качества, помогающий полнее реализовать свои возможности для общего блага; способность вызывать любовь к себе; набор личностных качеств, черт характера.

Эпидемиологические мероприятия – комплекс санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических, дезинфекционных и административных мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию возникших эпидемических очагов инфекционных и паразитарных болезней.

Эмерджентный эффект – системный эффект, возникающий внезапно; подрывные (дезорганизующие) изменения, если решение проблемы неизвестно, формулировки проблемы все время меняются, неясны основные заинтересованные лица.

Этика медицинская – совокупность норм и правил поведения медицинского работника при оказании пациенту медицинской помощи и выполнении профессиональных обязанностей.

Предисловие

Развитие сестринского дела является неотъемлемой частью всей системы здравоохранения Республики Беларусь. Первый в истории Отчет о состоянии сестринского дела в мире, опубликованный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2020 г., призывает к увеличению инвестиций в сестринское и акушерское образование, включая повышение роли специалистов сестринского дела, особенно в первичной медицинской помощи (ПМП) [120].

Согласно Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 г. №1438 [84], одной из задач является совершенствование системы подготовки и обновление содержания медицинского образования специалистов со средним специальным образованием.

С целью осмысления паттерна успеха главной медицинской сестры (МС) как руководителя нового типа в рамках организационно-правовой модели автор руководствовался имеющейся нормативной правовой базой [эл. рес. 1-9] с использованием аналитического, статистического, социально-гигиенического методов с элементами прогнозирования.

В плане мероприятий (дорожной карте) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы отмечен фактор мотивации главных МС (разд. I, пп.1.1, пп.1.14) [105]. В этой связи признано целесообразным формирование кадрового резерва на должности главных и старших МС из числа МС с высшим образованием по специальности 1-79 01 06 «Сестринское дело» (разд. I, пп.1.13). Для повышения их квалификации предстоит совершенствование учебно-программной и учебно-методической документации на уровне дополнительного образования взрослых [17], с учетом практико-ориентированного подхода и с использованием дистанционных технологий для организации самостоятельной работы обучающихся (разд. IV, пп.4.2).

Отдельные положения пособия изложены схематично и кратко, поскольку в развернутом виде были опубликованы ранее, а также по причине ограниченного объема данного формата работы. Для удобства читателей предлагается глоссарий (*) с терминами, сопровождающими текст, а также полезные веб-ресурсы.

Автор выражает признательность администрации и коллегам по кафедре общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО) за прекрасные условия для творчества, помощь и поддержку в работе над пособием главному врачу УЗ «Гродненская университетская клиника» Лазаревичу С.Н. и главной медицинской сестре магистру Вискуб Ю.В.

Особая благодарность семье и близким друзьям за понимание.

Раздел I. Сестринский руководитель нового типа

Глава 1. Главные медицинские сестры в будущем белорусского здравоохранения: лидерство

Инициатива ВОЗ и Международного совета медицинских сестер (МСМС) о проведении кампании «Сестринское дело сейчас» вовлекла более 90 стран мира, к которым присоединилась Республика Беларусь. Согласно политики в области здравоохранения в Республике Беларусь, цели №3 инициативы МСМС («Достичь более весомого влияния медицинских сестер и акушерок на политику здравоохранения на национальном и глобальном уровне в контексте укрепления участия медицинских работников в принятии решений») утверждена «Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» [84]. Это означает признание на уровне государства вклада средних медицинских работников в достижение целей здравоохранения Республики Беларусь на основе Плана мероприятий (дорожной карты) [105] и в совершенствование дополнительного образования взрослых [17]; [эл. рес. 2,5].

Место и значимость медицинской профессии прозвучала в выступлении Президента Республики Беларусь на VI Всебелорусском народном собрании «О единстве, развитии и независимости» 12.02.2021 г., где он отметил, что в историю 2020 год войдет, как Год Мужества белорусских медиков в связи с борьбой с пандемией коронавирусной инфекции.

Обновление взглядов общества на сестринское дело вызывает необходимость продолжения подготовки передового отряда средних медицинских работников – главных МС к модернизации управления сестринской деятельностью, осуществляемого в рамках дополнительного образования взрослых. Осмысление действительного состояния организации труда МС в области оказания медицинской помощи* приводит к понятиям менеджмента* как координации ради выполнения своей миссии*, лидера* и лидерства*.

Лидерство проявляется в способности системы ощущать перспективу и формировать свое будущее через движение вперед на основе опыта отпускать, а затем входить в иной мир, начинающий приобретать форму только после преодоления страха вхождения в неведомое. Прежде, чем начинать обучение, следует понять, кто может сотрудничать с лидером – представить, кто составит коллектив (команду) для решения задач [127].

Прежде всего, это деятельное сообщество* практиков – группа, вовлеченная в процесс обучения, которая опирается на общий интерес к каким-то вопросам или проблемам; долгое время сотрудничающая, делящаяся опытом и идеями, стремящаяся найти решение. Приобретение навыков управления сестринской деятельностью происходит посредством обучения главных МС.

Известно два типа и два источника обучения: на опыте прошлого, которое опирается на обычный цикл – действовать, наблюдать, обдумывать, планировать, действовать, Вторым является новый проступающий образ будущего обучения, основывающийся на практике чувствующего присутствия. Эта практика включает *приостановку*, *перенаправление*, отпускание, впускание, кристаллизацию, видение, задействование и воплощение [127].

Под *приостановкой* понимают временный отказ от шаблонов, требующий от лидера терпеть временной интервал, когда ничего не происходит и продолжать ждать, чтобы увидеть объективную реальность (цифры и факты).

Перенаправление – это перемещение внимания с внешнего на внутреннее, обращение взгляда руководителя на источник процесса сознания, а не на его объект. Это позволяет рассмотреть, как действия каждого в деятельном сообществе способствовали возникновению ситуации. Коллективное осознание приводит к созданию модели, поначалу как бы созданной внешними силами.

Отпускать, рекомендует автор теории успеха [127], надо легкими касаниями, принимая во внимание свой опыт. Это приводит к соединению со своими более глубокими замыслами. Достаточно выразительно процессы мыслительной деятельности сестринского руководителя отражены ниже (рис.1,2).

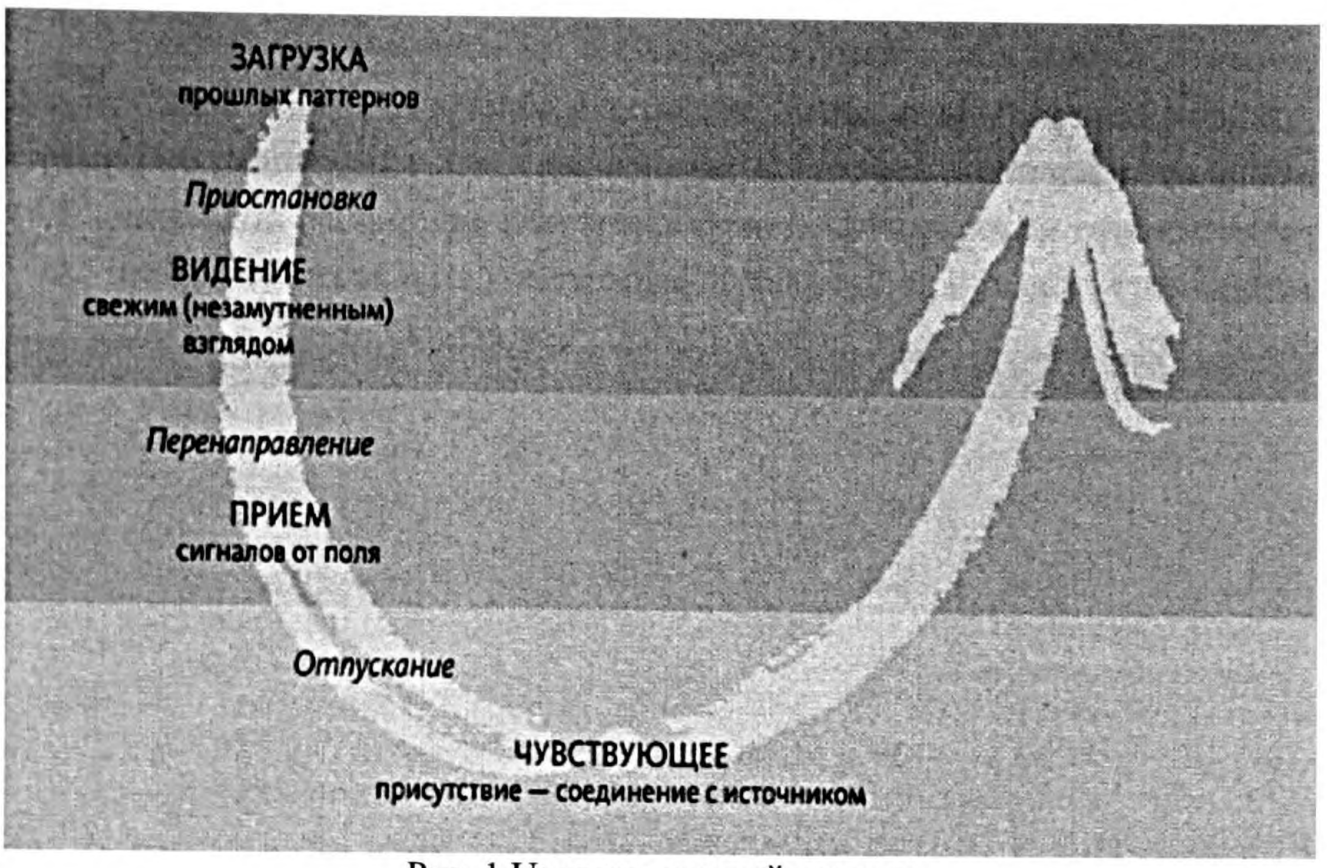


Рис. 1.U: открывающий процесс



Рис. 2.U: целиком шесть переломных точек U

Имеющий даже незначительный организаторский опыт руководитель всегда сталкивается с проблемой целенаправленной реализации нового в производственной жизни, базирующейся на 3-х инструментах: открытом разуме, открытом сердце и открытой воле (рис. 3).

Путь лидера к глубинным уровням успеха встречает три внутренних голоса: Голос *сопротивления*, Голос *осуждения* и Голос *цинизма,* обусловленный сложной внутренней работой лидера. Голос сопротивления блокирует вход в открытый разум, к реальному творчеству. Голос осуждения переходит в голос цинизма и мешает доступу к открытому сердцу, это все виды эмоционального дистанцирования, чтобы не допустить своего уязвимого положения.

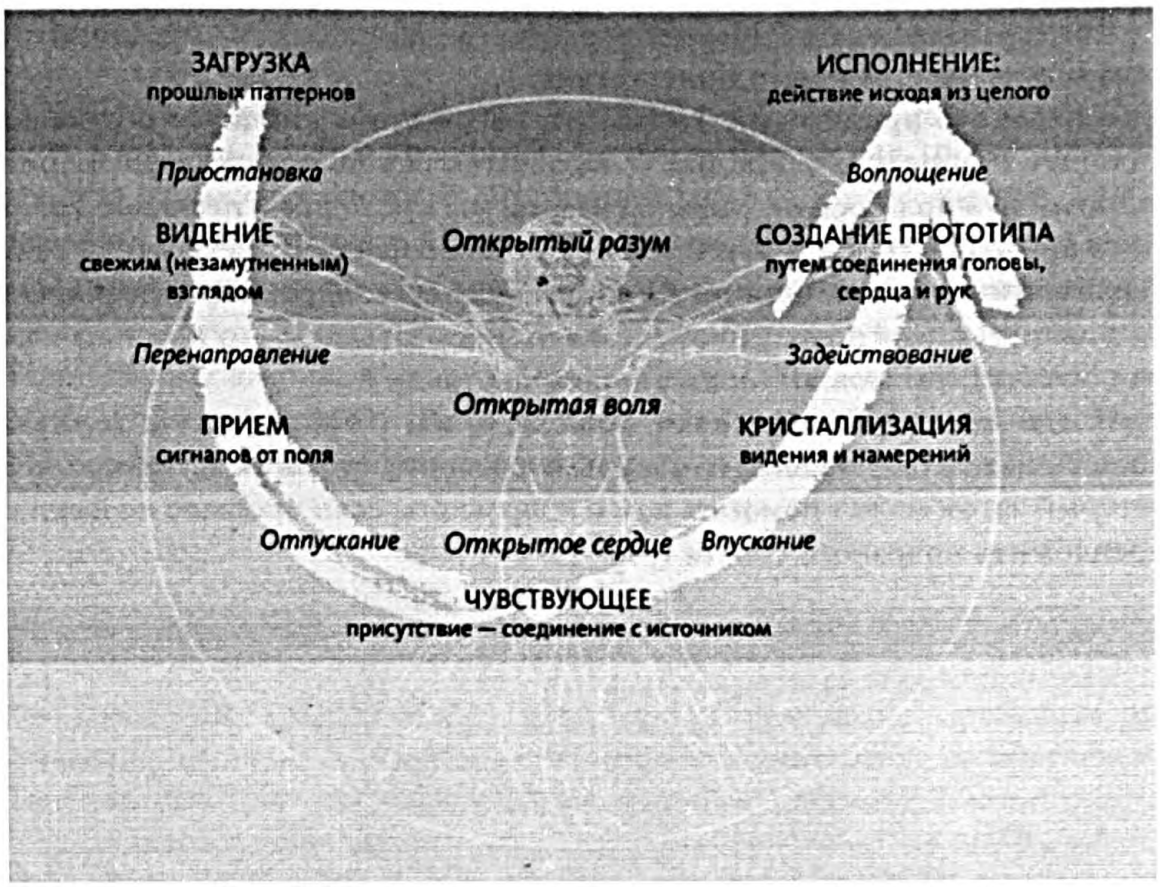


Рис. 3. Три инструмента достижения цели лидера:
открытый разум, открытое сердце и открытая воля

Еще одним препятствием является Голос страха (потерять экономическую независимость, остракизм от группы, страх смерти, боязнь выглядеть смешным и пр.).

Основное содержание деятельности главной МС – мобилизовать действия команды средних медицинских работников и достигать результатов. В настоящее время для этого происходит объединение воедино целей, стратегий, личностей и процессов, благодаря программно-целевому планированию профилактических стратегий [эл. рес.27].

В начале 80-90-е годы развития менеджмента сосредоточение внимания практиков было на конкретном результате (качестве медицинской помощи). Это остается немаловажным, но в управлении будущего внимание сестринского руководителя переходит на осмысление процессов, приводящих к результату. Сутью успешного управления главной МС является видение, учет и интеграция разнообразных точек зрения. Путь идет от развития ключевых компетенций каждого работника в организации здравоохранения (ОЗ) к источникам совершенствования в отрасли здравоохранения. Этот путь пролегает через три формы знания: явное, подразумевающееся и еще не воплощенное (рис.4).

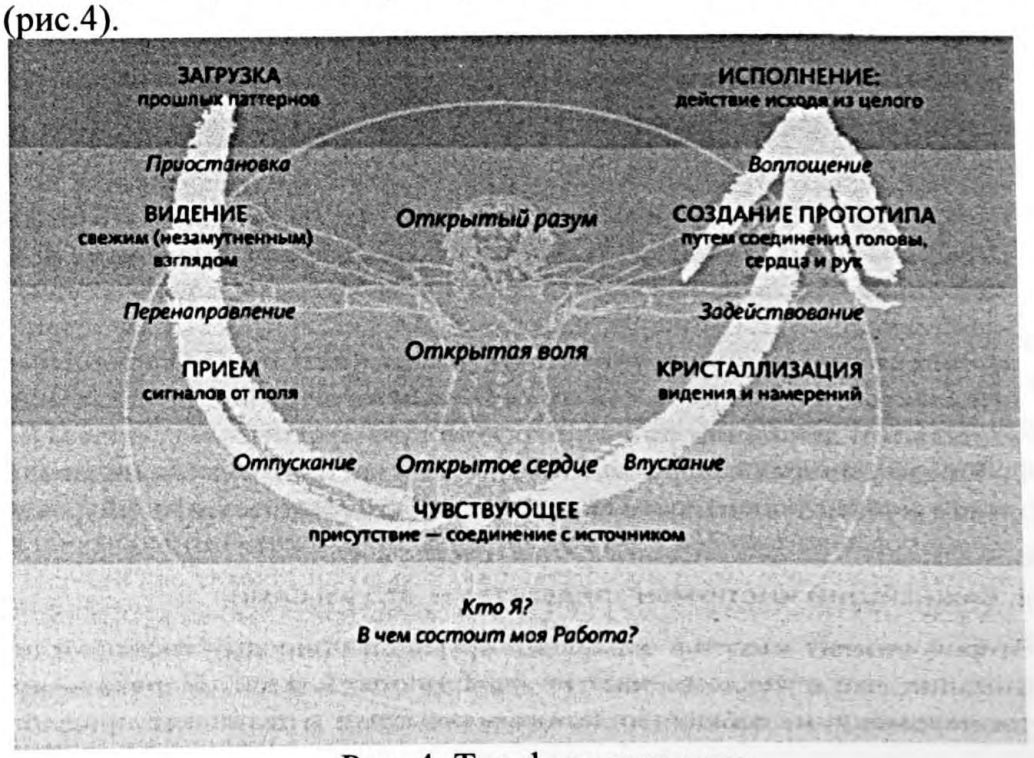


Рис. 4. Три формы знания

Явные знания – та информация, которую можно представить в таблице или письме.

Подразумевающие (воплощенные) знания – неявное знание, молчаливое, невыразимое словами, но оно известно и применяется в повседневных действиях сестринского руководителя. Третье знание – это выходящие за пределы личности (еще не воплощенные) сведения, которые позволяют научиться отвечать на подрывные перемены с устойчивостью и гибкостью, с учетом возникающих возможностей, предвидеть эмерджентный эффект*. От главных МС и акушерок требуется то, что Аристотель называл «благоразумием» или практической мудростью. Наиболее свежая стадия знаний получила развитие как выходящее за пределы личности (еще не воплощенное), которое позволяет отвечать на турбулентность и подрывные перемены с устойчивостью и гибкостью, чувствовать и использовать возникающие возможности, прислушиваться к началам «пока еще не воплощенного знания». Это стадия практической мудрости, «контекст в движении» в понятии Нонаки, японского философа. Согласно этому автору, необходимо создавать условия, позволяющие возникнуть всем трем аспектам: ИТ-системам, процессу создания знаний и местам лидерской культуры, способствующим лидерству. Этим процессам способствуют действия: совместная эволюция, совместное инициирование, совместное созидание, совместное чувствование, совместное чувствующее присутствие [127].

Совместная эволюция – движение U (к успеху), помогающее деятельному сообществу входить в более масштабную экосистему и подключаться к ней: в соразвитии мы начинаем видеть, выстраивать стратегии и действовать из чувственного присутствия возникающего целого. Этому способствуют общественные организации уровня Белорусского общественного объединения медицинских сестер (БелООМС) [44], Белорусского Общества Красного Креста (БОКК) [47].

Совместное инициирование – движение U (к успеху), помогающее прислушиваться к тому, что призывает делать жизнь, кристаллизовать первоначальный смысл стремления и направленности. Главные МС вступают в со-инициативу, когда внимательно прислушиваются к другим людям, к себе и смыслу, возникающему из кругов и сочетаний людей, которых они помогли соединить.

Совместное созидание – движение U, позволяющее исследовать будущее действием: создавать протокол грядущего, соединяя интуиции головы, сердца и рук, многократно повторяя процесс и внутри быстро сменяющихся циклов, слушая обратную связь, идущую в реальном времени от всех заинтересованных лиц.

Совместное чувствование – движение U, позволяющее соединиться с важными контекстами и настроиться на них, перемещаясь в состояние зрения, при котором граница между наблюдателем и наблюдаемым начинает исчезать, и система начинает видеть себя.

Совместное чувствующее присутствие – движение U, помогающее соединиться с глубочайшими источниками тишины и вдохновения и тем местом, откуда исходят возможности будущего. Это движение сплавляет три разных типа присутствия: будущего, прошлого и подлинного «я». Оно вмещает то место, откуда «Я» выходит к высочайшему потенциалу будущего – к себе.

Таким образом, теория U – теоретический формат для анализа принципов, практик и процессов, которые дифференцируются по четырем типам эмерджентного (внезапного появления у системы свойств, не присущих её элементам в отдельности; несводимости свойств системы к сумме свойств её компонентов) возникновения и анти возникновения. Эти 4 типа различаются по своим источникам или структурам внимания (по тому, где или откуда разворачивается их активность). Теория U проясняет уровень источников, задействованных индивидуальных или социальных систем [127].

Эмерджентная сложность – ситуация, характеризуемая возникающими глубокими и подрывными, нарушающими статус-кво переменами; амбивалентное ощущение нарастающих изменений, когда человек понятия не имеет, в чем они заключаются и как реагировать; решения неизвестны, проблема еще только разворачивается и основные заинтересованные лица тоже еще не определились. Это первое впечатление руководителя сестринского дела от знакомства с Концепцией развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы [84], дорожной картой по ее реализации [105]. В контексте осмысления пути к успеху – выполнению положений Концепции [84] цитата А. Зайонца актуальна для сестринского руководителя: «Думай обо всем, что ты пережил как о подготовительной работе для будущего пути и реализации твоей задачи».

В современном обществе лидерство представляет собой способ построения власти, основанной на объединении различных социальных групп посредством специфических механизмов во-

круг предлагаемой лидером программы решения проблем. Таким специалистом в современной системе организации сестринского дела становится главная МС. Согласно Л. Даунтону «Лидерство – это положение в обществе, которое характеризуется способностью занимающего его лица направлять и организовывать поведение некоторых или всех его членов». Лидерство – неотъемлемый компонент личности от руководителя всей ОЗ до ее подразделений, включающих врача общей практики (ВОП) в команде, поскольку успешность работы базируется на его уверенности в правоте проводимой политики, воле, опыте и целеустремленности [31,42,54].

В социальной психологии под лидерством понимают характеристику психологических отношений, возникающих от руководителя к подчиненному с точки зрения доминирования и подчинения. Интерес к этой теме возник в древности и продолжает волновать исследователей, о чем свидетельствуют многочисленные работы [4,42,95,98,120,127,128].

Понимание феноменов лидерства и руководства другими необходимо для отбора и формирования лидеров, выработки методов эффективного управления. По способам легитимации власти (классификация М. Вебера) лидеров подразделяют на:

1. Традиционных лидеров, авторитет которых основан на обычае, традиции, в основе этого типа лежит привычка.

2. Рациональных (рутинных), то есть, избранных демократическим путем, в основе данного типа находится разум.

3. Харизматических (харизма*), наделенных особым обаянием личности и качествами по необычной способности к объединению других, базирующимися на вере и эмоциях. Нередко лидерство способно переходить в руководство, а руководство часто становится лидерством. Так, А. Лоутон и Э. Роуз считают лидерами тех, кто превращает сослуживцев в людей, сотрудничающих по убеждению. К поддержанию командного настроения, влияющего на качество работы системы здравоохранения в целом, руководителю следует стремиться на всех уровнях управления.

Директор ВОЗ М. Чен (2016) отмечала: «Мы являемся гражданами мира, который резко изменился с начала нынешнего столетия, когда в качестве самой общей основы международного сотрудничества были приняты Цели тысячелетия в области развития. Эти изменения подчеркивают последствия существования в мире исключительно повысившейся взаимозависимости. Внутренние дела, как никогда ранее, переплетены с международными системами, определяющими экономику, финансовые рынки, деловые отношения и торговлю».

В ходе изучения личностных качеств именно способность развивать и улучшать свои навыки по управлению другими отличают лидеров от других. Успешные лидеры любят и умеют учиться. Независимо от того, обладает человек большими природными способностями и задатками или нет, его развитие как лидера должно пройти четыре стадии.

Стадия «Я знаю, чего именно я не знаю» (первая). Истинная ценность лидерства не в том, что оно предназначено для избранных, находящихся на вершине служебной лестницы. Большинство МС, Пвр или акушерок не знают, что лидерство – это влияние на других лиц. Пока человек не знает, чего именно он не знает, он не начнет расти.

Стадия «Я знаю, чего не знаю» (вторая). В какой-то момент жизни ВОП или Пвр, внимательно оглядевшись вокруг, может обнаружить, что его никто не поддерживает. Именно тогда человек начинает понимать, насколько важно учиться тому, как вести за собой других. Британский премьер-министр Б. Дизраэли заметил: «Осознать, что вы не осведомлены о многих фактах, – это уже большой шаг на пути к знанию».

Стадия «Я просто пользуюсь тем, что знаю» (третья). Главная МС может быть эффективным лидером, когда ее способность вести за собой других становится почти автоматической, но единственным способом добиться этого является постоянная учеба и развитие. Одним из законов лидерства становится молчание всех, когда говорит настоящий лидер и люди его слушают.

Стадия «Я расту, многое узнаю, и это начинает сказываться» (четвертая). Когда главная (старшая) МС, или ВОП, Пвр или МС, осознают недостаток умений и навыков в вопросах лидерства, они дисциплинированно приступают к ежедневным занятиям по личностному росту (гл. 9). Позже происходят удивительные вещи, позволяющие такому человеку влиять на других интеллектом, обаянием или ситуативным поведением в пользу успешности коллектива. Используются самые разнообразные формы повышения знаний от курсов обучения в аккредитованных учреждениях образования с получением сертификатов и свидетельств до самостоятельного поиска информации из разных источников (неформальное и информальное образование). Заслуживает

внимания проведение тренингов, мастер классов и деловых игр (скриптов, определенных сценариев) с использованием методики «стандартизированный пациент» коммуникативных навыков поведения Пвр и МС в предотвращении конфликта с пациентом, по взаимодействию работы в команде. Одной из развивающихся форм постоянной учебы и развития медицинских работников становится объединение в команде специалистов теоретической и практической направленности деятельности. В настоящее время осуществляется пилотный проект по комплексу мероприятий взаимодействия в УЗ «Гродненская университетская клиника» (гл.8).

Совместное инициированное движение к успеху, помогающее прислушиваться к тому, что призывает делать жизнь, имеет место в рядах средних медицинских работников. Этот тезис подтвержден научным исследованием 2017-2018 гг., позволяющим сделать достоверный статистический вывод. В возрасте 36-55 лет МС обладают в наиболее высокой степени желанием выполнения сложных обязанностей 92,31% - 93,91% (по критериям х2 и Фишера Р=0,2964) (табл.1.1), что свидетельствует о высокой социально-профессиональной компетентности [23,38,46]; [эл. рес. 21].

Желание делать больше, чем предписано должностными полномочиями, свойственно развивающимся лидерам из числа главных МС, способным совместным созиданием в рамках Бел-ООМС, объединяющим чувствованием и совместным чувствующим (иногда – интуитивным) присутствием обрести коллективное вдохновение и претворить мечты в реальные возможности будущего. Об этом свидетельствуют результаты научного исследования [23]: в возрасте 46-55 лет 34,8% главных (старших) МС, обучавшихся в БелМАПО, имеют достоверно высокую потребность в успехе (Р=0,0258) (табл.1.2). Внимание к инициативе снизу, возникающей из сестринских коллективов и сочетаний мнений многих МС, которых главные МС-лидеры помогли соединить, позволяют кристаллизовать первоначальный смысл стремлений и направленности к совершенствованию деятельности всех участников оказания медицинской помощи.

Таблица 1.1

Мнение о возможности выполнения сестрой сложных обязанностей в зависимости от возраста (критерии X^2 и Фишера*)

Необходимо учиться для выполнения моих обязанностей	да	нет	Статистическая значимость (Р)
до 25 лет	100,0%	0,0%	Р1,2=0,0001
26-35 лет	89,3%	10,7%	Р2,3=0,0032
36-45 лет	71,8%	28,2%	Р 3,4=0,8431
46-55 лет	54,5%	45,5%	Р* 4,5=0,2964
более 55 лет	71,4%	28,6%	

Таблица 1.2

Потребность в успехе среди медицинских сестер разного возраста
(по критерию достоверности $X^{2)}$

Потребность в успехе	Возраст, годы (26-45)	Возраст, годы (46-55)	Уровень значимости Р
Показатель высокой потребности в успехе	17	34,8	Р1,2=0,0258
Показатель средней потребности в успехе	53,9	52,2	Р2,3=0,0341
Показатель низкой потребности в успехе	29,1	13,1	

Подтверждением, способствующим сестринскому лидерству, служат повседневный труд педагогического коллектива на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (ОЗиЗ) ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (БелМАПО). Примерами новизны в педагогической деятельности, осуществляемой в рамках научной школы по общественному здоровью и здравоохранению под руководством профессора, д.м.н. Э.А. Вальчука, являются такие [25]:

- впервые в учебные программы ПК дополнительного образования введены темы по профилактике СЭВ, повышению устойчивости к стрессам и росту творческого потенциала для главных МС с применением тренинг – семинаров, а также определению организационных и коммуникативных навыков у главных (старших) МС;
- обеспечение учебно-методической базы для системы базового и дополнительного медицинского образования в области организации сестринского дела. В БелМАПО издано 10 монографий, 5 пособий с грифом Министерства образования Республики Беларусь, 5 инструкций по применению, более 20 учебных программ не только для дополнительного образования главных (старших) МС, но и для базового образования в медицинских колледжах и вузах [23,42]; [эл. рес.16,21,24];
- привлечение к соавторству магистров и практиков из числа наиболее успешных главных МС в издании учебно-методических пособий, руководств и практикумов (Русак С.М., Примшиц Д.И., Вискуб Ю.В., Кулагина Г.В., Прокопович Ж.Н., Мейшутович Р.В.) [34,43,96,98]; [эл. рес. 25,29];
- реализация личностно ориентированного образования главных МС в период обучения на курсах повышения квалификации (ПК) в БелМАПО;
- начало обучения основам сестринской педагогики, в т.ч. популяризация формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ) на современном научном знании профилактической медицины [эл. рес. 26,28];
- систематический обмен научными исследованиями в области организации сестринского дела на международном уровне (2012-2021 гг.), сотрудничество БелООМС с общественными организациями Европы, чему послужило лидерство, примеры которого отражены впервые [44];
- вовлечение в экспертизу и рецензирование учебно-методических изданий по сестринскому делу практикующих главных МС (Дятко И.В., Карницкая Т.С., Южик С.Ф.).

Вольтер считал» «Лидерство как любовь – все о нем говорят, но никто толком не знает, что это такое». Исследования современных ученых вполне ясно обозначают лидерство как способность системы здравоохранения формировать свое будущее с помощью сообщества медицинских практиков, в нашем случае – МС, которых вовлекают в процесс обучения, опирающийся на общий интерес к решению проблем. Такая команда типа БелООМС продолжительное время сотрудничает с системой здравоохранения [44,54], делится опытом и идеями, стремится найти решение с помощью совместного взаимовыгодного сотрудничества нескольких сторон. В результате достигаются общие цели по обмену информацией или заключению согласия. Благодаря подходу входить в другой мир, который начинает приобретать форму, лишь, когда лидеры и их последователи преодолевают страх вхождения в новое, неизвестное ранее, можно успешно претворить в жизнь смелые планы по развитию сестринского дела.

Резюме. Лидерство и непрерывное саморазвитие главных (старших) МС являются главными условиями позитивного развития микроклимата как системы здравоохранения в целом, так и команды единомышленников в ОЗ, объединенных общей целью. Лидерство является механизмом обеспечения конкурентоспособности через организацию команды единомышленников, инновации и взаимодействие в государственно-частном партнерстве, на котором базируется развитие качества медицинской помощи.

Вовлечение в соавторство магистров и практиков из числа наиболее успешных главных МС в создание учебно-методической базы с практической ориентированностью обучения МС, а также в процесс экспертиз и рецензирования изданий по сестринскому делу благоприятны для повышения самооценки сестринских лидеров и свидетельствует о высоком уровне социально-профессиональной компетентности.

Публикации во многих государствах мира результатов научных исследований в области организации сестринского дела в Республике Беларусь становятся важным источником позитивных изменений для понимания обществом ценности кадрового капитала МС.

Вопросы для самообразования

1. Каково ваше мнение об изменениях или стагнации в области сестринского дела в Республике Беларусь и в мире?
2. Известны ли вам новейшие исследования по лидерству как средству достигать больше, чем возможно?
3. Ясен ли вам смысл понятий о совместной эволюции, инициировании, созидании, чувствовании, движении к успеху?
4. К какому типу лидеров вы отнесли бы себя?
5. На какой стадии лидерства вы находитесь?

Глава 2. Современные аспекты деятельности главной (старшей) медицинской сестры

Начало 2021 года ознаменовалось принятием важных документов для развития сестринского дела как составной части общественного здравоохранения [56,57,84,105].

Большая часть задуманного может претвориться в практические действия благодаря грамотному менеджменту главных (старших) МС. Направлением их деятельности в ОЗ является организация и обеспечение совместной работы в команде посредством лидерства и непрерывного саморазвития, обеспечиваемого признанием мировым сообществом важности места, занимаемого МС и акушерками: «Без медсестер и акушерок на переднем крае всеобщий охват медико-санитарными услугами невозможен» (д-р Тедрос Гебрейесус, Генеральный директор ВОЗ).

Главным МС, являющимся руководителями, предстоит выполнять основной объем деятельности, влияющей на улучшение качества медицинской помощи. Это для них совет Теодора Рузвельта: «Лучший руководитель – тот, кто обладает достаточным чутьем, чтобы выбрать подходящих людей, способных выполнить нужную работу, и способный не вмешиваться в этот процесс». Для лучшего понимания сложности работы главной МС по управлению сестринской деятельностью [23,24,33-35,37,39,42,43,45,49,52,54] можно ориентироваться на признаки, свидетельствующие о ее успешности с учетом уровней управления (рис. 5).

Признаки успешности сестринского руководителя:

1. Четко указывать направление (целеполагание), о чем Тед Тернер писал: «Ставь цели вне пределов своей досягаемости, чтобы тебе всегда было ради чего жить».
2. Не только говорить, но и слушать (навык социального диалога).
3. Демонстрировать высокую честность (информированное согласие).
4. Подбирать способных людей (интуиция и прогнозирование по кадрам).
5. Учиться самому и поддерживать самообразование у подчиненных коллег.
6. Давать объективную оценку происходящему.
7. Осуществлять систематический контроль деятельности.
8. Понимать финансовые последствия принимаемых решений.
9. Поощрять новые идеи, особенно от новичков в профессии.
10. Отдавать четкие приказы, когда необходимо.

К особым качествам личности главной МС, благоприятным для успешности (прил.13), следует отнести стимул других посредством личной заинтересованности; разум начинающего, способность смотреть на знаковые вещи свежим взглядом; признание вклада каждого сотрудника; управление посредством обхода рабочих мест (обходов) используя приемы тимбилдинга*.

Содержание работы главной (старшей) медицинской сестры

Основная цель работы главной и старшей МС – организовать деятельность подчиненных по оказанию медицинской помощи населению возможно лучшего качества и доступности. Идеология государства, направленная на сохранение здоровья людей через изменение образа жизни актуальна, одна из ведущих ролей в этом виде деятельности принадлежит МС. В этой связи необходимы новые технологии организации работы МС, как главных исполнителей [эл. рес. 4,12,15,16,18,19].

Условия эффективной управленческой деятельности главной МС:

*использование современных технологий управления, включая информационные;

*рациональное, информационно насыщенное и детально структурированное делопроизводство [15,27];

*перечень основной документации (номенклатура дел) для осуществления контроля приоритетных целей и задач деятельности [24].

Основные функции управления главной (старшей) МС:

*планирование собственной и работы подчиненных;

*обеспечение получения, выдачи, учета, хранения и утилизации лекарственными препаратами и перевязочным материалом, изделиями медицинского назначения (ИМН);

*организация деятельности МС и младшего медицинского персонала;

*рациональная расстановка кадров (совместно с отделом кадров);

*перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом (совместно с заместителем по административно-хозяйственной деятельности);

*организация работы различных комиссий (Совета МС) (подробнее гл.7);

*наставничество в подготовке МС и Пвр к биоэтическим вызовам XXI века в учебных программах медицинских колледжей и вузов;

*контроль согласно уровням управления (рис.5), соблюдения санитарно-эпидемиологических требований и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);

*метрологический контроль (совместно с инженером или инспектором по технике безопасности);

*подготовка документов по техническому заданию для тендерных закупок (совместно с экономистом, главным бухгалтером, инженером и заведующим подразделением с заявкой на покупку);

*соблюдение требований по снижению непроизводственных затрат рабочего времени через систему организации труда и информационных технологий в делопроизводстве (совместно с профсоюзной организацией).



Рис. 5. Пирамида управления в соответствии с динамикой власти и ее влияния на принятие решений

Выделяют три уровня управления: стратегический, тактический и оперативный.

Основные функции управления главной (старшей) МС:

планирование, организация, работа с кадрами (мотивация), контроль согласно уровням управления (рис.5).

Место главной (старшей) МС ОЗ, в зависимости от уровней управления, лежит в области оперативного и тактического руководства, за исключением специалистов областных и республиканского уровней системы здравоохранения, осуществляющих стратегическое руководство.

Особенности управления на нижнем (функциональном) уровне

Функциональный уровень управления принадлежит старшей МС (в пределах компетенции), обеспечивающей решение многократно повторяющихся задач и операций, быстрое реагирование на изменения входной текущей информации. Этот уровень управления часто называют оперативным из-за необходимости быстрого реагирования на изменение ситуации, значительного объема выполняемых дел, динамики принятия управленческих решений, при этом большой объем занимают учетные задачи. Пример: учет затраченных материалов, продукции, времени.

Особенности управления на среднем (тактическом) уровне

Тактический уровень управления осуществляет главная МС ОЗ, обеспечивая решение задач, требующих предварительного анализа информации, подготовленной на 1 (нижнем) этапе системы управления, предназначенном для менеджеров среднего звена и специалистов (начальник

службы, заведующий отделом, научный сотрудник). Основной задачей является тактическое управление, большое значение приобретает функция управления – анализ. Объем решаемых задач уменьшается, но возрастает их сложность. Не всегда удается выработать нужное решение оперативно, требуется дополнительное время на анализ, осмысление, сбор недостающих сведений.

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

Ответственное должностное лицо согласно уровню управления

Уровень:

Стратегический – главный врач – функции: стратегическое прогнозирование и целеполагание для ОЗ;

Главная МС – стратегическое планирование, целеполагание для ОЗ.

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

Главная МС: оптимальное распределение ресурсов; контроль, координация.

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

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

Функция управления: планирование работы – сбор, хранение, обработка, анализ информации, разработка альтернативных решений, выбор и принятие оптимального решения. Определяется направление действий, предусматривается, что должно быть сделано, в какие сроки, в какой последовательности. Планирование включает: выбор целей и постановку задач; определение мероприятий, необходимых для достижения целей и задач. Четкое планирование позволяет оптимизировать работу, сделать ее более продуктивной и целенаправленной посредством документа – плана [42].

План – это перечень количественных и качественных показателей на определенный промежуток времени. Известно несколько видов планов и порядка их составления: комплексный план и дополнительные планы работы.

1. Комплексный (годовой) план работы составляют с определенной подготовкой: проанализировать выполнение плана работы ОЗ за предыдущий год; обратить внимание на причины невыполнения отдельных пунктов плана; определить, какие из невыполненных пунктов следует перенести на будущий год; выявить основные недостатки, ошибки, упущения в работе персонала и наметить пути их преодоления.

Структура плана должна состоять из следующих разделов:

*организация и пути совершенствования работы персонала по обеспечению качества оказания медицинской помощи;

*организация работы по повышению квалификации, аттестации, аккредитации ОЗ;

*контроль использования директивных документов;

повышение культуры и качества оказания медицинской помощи пациентам;

организационные мероприятия по улучшению санитарно-гигиенических условий ОЗ, профилактике ИСМП;

*работа Совета МС;

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

*охрана труда и техника безопасности в деятельности МС;

организация работы по ФЗОЖ.

2. Кроме комплексного (годового) плана работы, в номенклатуре дел главной МС могут быть дополнительные планы, как приложения к годовому плану, количество которых может меняться в зависимости от специфики миссии* ОЗ.

К дополнительным планам работы относят: план работы Совета МС; план заседаний Совета МС; план проведения сестринских конференций; план работы «Школы медицинской сестры» со старшими МС и их резервом; план подготовки сестринского персонала по вопросам профилактики ИСМП, ВИЧ/ СПИД и особо опасных инфекций; план-график административных обходов подразделений ОЗ.

Особое внимание главная МС уделяет учебе старших МС и их резерва, поскольку их деятельность характеризуется разнообразием действий, частыми переходами от одной производственной задачи к другой, высокой коммуникативной нагрузкой.

Для оптимизации деятельности и минимизации потерь времени главная МС должна иметь еженедельный регламент распределения рабочего времени.

Еженедельный регламент работы главной МС включает:

*перечень повседневных дел, участие в различных мероприятиях;

*участие в общих мероприятиях, проводимых в ОЗ: совещаниях у главного врача, административных обходах, заседаниях Совета МС, учебе старших МС;

*повседневную работу главной МС (обходы отделений, материально-техническое обеспечение деятельности подразделений ОЗ, прием посетителей, контроль выполнения функциональных обязанностей МС).

Примерная схема регламента работы главной МС:

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

2. Непосредственно производственная работа – 4-5 час.

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

4. Изучение оперативно поступившей нормативной правовой документации и самообразование – 30 мин.

5. Подведение итогов работы за день и планирование работы на предстоящий день – 30 мин.

Ежедневный план работы главной МС, содержание, анализ

В ежедневных планах по часам расписывают в письменном виде все планируемые на предстоящий день мероприятия главной МС:

*время выполнения мероприятий;

*фамилии, должности лиц, с которыми намечены встречи, место, контактные телефоны;

*наименование документов, их номера и даты утверждения, могущие потребоваться для встречи;

*наименования структурных подразделений для намеченных обходов; время и место проведения совещаний, заседаний с личным участием;

*другие вопросы для решения в предстоящий рабочий день.

Анализируя выполнение ежедневного плана, следует оценить его рациональность на день, а перед завершением рабочего дня – эффективность достигнутого. Особое внимание уделяют не выполненным пунктам плана, следует выяснить причину, перенести мероприятия на другое время.

Критерии эффективности работы главной МС: умение устанавливать приоритеты; навыки планирования наиболее важных производственных дел, их выполнение в первоочередном порядке в ежедневном плане на начало дня; оперативность изменения плана работы сообразно обстоятельствам, что позволяет эффективно распределять рабочее время и обеспечить качественное выполнение остальных функций управления.

Функция управления главной МС: организация работы персонала, означающая создание определенной официальной структуры и процедур, согласно которым задания определяются, координируются и контролируются с целью сделать сотрудничество эффективным [11,12,45,66].

Основными аспектами организационного процесса считают деление ОЗ на подразделения; определение полномочий, посредством которых осуществляется связь высшего руководства с нижними уровнями работников через делегирование как средство установления отношений между уровнями власти [95].

Организационная деятельность – это процесс упорядочения взаимодействий работников ОЗ для достижения общих целей, предусматривающий определение ресурсов и действий, необходимых для достижения целей; создание на этой основе дееспособных групп; назначение лиц, ответственных за выполнение задач, и передача им прав, необходимых для выполнения порученного. Задача главной МС – связать воедино работу среднего и младшего персонала всех подразделений ОЗ. Для этого она может использовать как знания и навыки общения с разными людьми, так и харизму*, способствующую выполнению жизненного предназначения и помогающую полнее реализовать возможности для общего дела. В определенной мере уместен совет С. Джобса: «Ты

отдаешь делу всю свою жизнь. Бывают такие трудные моменты, когда многие сдаются. Я не осуждаю их. Это действительно тяжело, и это поглощает тебя без остатка… Необходимо гореть идеей или задачей, или ошибкой, которую вы хотите исправить. Тем, кто не испытывал одержимости с самого начала не удастся добиться своего» [128].

Функция управления: делегирование – передача части задач и полномочий, уже закрепленных за руководителем, лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение [24]. Посредством делегирования главная МС распределяет задачи, которые должны быть выполнены МС. Это умение является одним из положительных качеств руководителя и оценивается, как способность максимально эффективно использовать потенциальные возможности сотрудников.

Требования к главной МС при делегировании полномочий:

- готовность отдать право принятия решений другим;
- учитывать мнение подчиненного, исходя из посыла, что его вариант действий не обязательно полностью совпадает с решением, которое бы принял по данному вопросу руководитель;
- готовность мириться с ошибками других (подчиненный должен иметь право на ошибку) и доверять подчиненным;
- возможность найти и использовать средства контроля действий МС, организуя, эффективную обратную связь и не прибегая к мелочной опеке.

При постановке главной МС задач и делегировании полномочий необходимо ответить на вопросы:

1. Определить, что необходимо сделать.
2. Предложить, каким образом это сделать.
3. Объяснить, почему это важно для ОЗ.
4. Пояснить, почему это важно для интересов исполнителя.
5. Кто несет ответственность.
6. Согласование ресурсов (информационных, временных, финансовых, материальных, человеческих и властных полномочий).
7. Когда (сроки) должно быть выполнено задание.

Передача части полномочий лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение, преследует определенные цели и полезно как для руководителя, так и для исполнителя, однако главная МС должна знать причины своего нежелания делегировать полномочия другим:

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

Главной МС следует ориентироваться в том, какие функции она может и должна передавать другому исполнителю, а какие нельзя ни в коем случае.

Зоны возможной передачи полномочий главной МС другому исполнителю

1. Задачи, которые руководителю *необходимо решить самому*.

Зона 1. Задачи, которые необходимо решать самой главной МС – те, которые она ни при каких обстоятельствах не должна делегировать: определение основных целей, политики и стратегии, утверждение планов, согласие на назначение на должность, увольнение, определение размера заработной платы, обсуждение планов индивидуального развития подчиненных, утверждение решений, объявление выговоров и т.д.

2. Задачи, которые руководителю *целесообразно решать самому*.

Зона 2. Задачи, которые целесообразно решать главной МС с двумя типами задач: теми, что могут быть делегированы в случае дефицита времени и сложными задачами, лучше всего решаемыми с помощью других.

3. Задачи, которые руководитель может делегировать.

Зона 3. Задачи, которые главная МС может делегировать, поскольку они могут быть решены сотрудниками, но для этого потребуется инструктаж, наблюдение и контроль с ее стороны. На

первых порах МС будут допускать ошибки, решать задачи медленнее и хуже, может иметь место недопонимание, но именно так может быть получен наибольший результат, следствием чего становится выигрыш времени для решения других задач.

4. Задачи, которые руководителю целесообразно делегировать.

Зона 4. Задачи, которые главной МС целесообразно делегировать: такие, которые могут быть квалифицированно решены без ее участия или в ее отсутствие; могут выполняться сотрудниками, получившими необходимую информацию и указания; те, что необходимо решать гибко и оперативно.

5. Задачи, которые руководителю необходимо делегировать.

Правила эффективного делегирования означают придерживаться определенных правил. «Формальные» правила описывают техническую сторону делегирования (11), а «неформальные» – психологическую (6).

«Формальные» правила делегирования полномочий

1. Четко формулируют цель (задачу) и результаты, которые должны быть получены специально подобранной МС.

2. Распределяют сферу ответственности и координируют поручение, указав, как распределяется долг за порученное задание, выделяя при этом три категории задач:

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

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

В – задача исполняется, но при условии тесных консультаций с главной МС (разделение ответственности).

3. Объясняют причину и важность задания.

4. Разъясняют технологию и последовательность выполнения задания, консультируют МС по вопросам результатов, пресекают попытки обратного или последующего делегирования.

5. Устанавливают реалистичные сроки выполнения задания.

6. Основные моменты делегированного задания оформляют письменно или просят МС записать поручение, проверяют понимание задания и мотивацию сотрудника.

7. Делегируют поручение лично, дают информацию, полезную для дела.

8. Предоставляют МС запасные ресурсы и каналы помощи.

9. Информируют всех, с кем будет взаимодействовать исполнитель, о его задаче, правах и полномочиях.

10. «Запланировав» возможные проблемы, не предъявляют чрезмерных требований к МС («Человеку свойственно ошибаться»).

11. Определяют критерии качества исполнения задания и результата работы сотрудника.

Помимо «формальных» правил делегирования дел другому, существуют «неформальные» правила с психологической составляющей делового общения:

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

2. Допускайте возможность ошибок, будьте готовы к ним.

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

4. Уважайте и цените сотрудника, выполняющего новую и «необязательную» для него работу, оказывайте психологическую поддержку.

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

6. Наберитесь терпения – первоначально делегирование требует от главной МС затрат сил и времени, но позже в значительной мере облегчит работу и повысит ее успешность.

При делегировании полномочий главной МС ОЗ нужно обратить внимание на начальный этап взаимодействия. Задачу нужно формулировать так, чтобы для МС она была:

- Реалистичной – цель должна находиться в пределах возможностей человека, она должна быть реально достижима.

- Напряженной – для достижения цели работа должна осуществляться с напряжением.
- Конкретной (измеримой) – должны быть установлены критерии, по которым цель считается достигнутой (цифровое выражение или четкое разделение на задачи).
- Контролируемой – цель должна проверять ход приближения к решению задачи.
- Согласованной – цель должна соответствовать ценностям и миссии ОЗ и не должна вступать в противоречие с другими целями.
- Иметь сроки реализации.
- Записанной исполнителем, что в несколько раз повышает вероятность достижения цели.

Постановка задач главной МС перед МС при делегировании

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

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

Следует знать, что не каждый специалист, подобранный главной МС для исполнения каких-то несвойственных рабочих заданий, готов браться за исполнение охотно и с интересом, поэтому необходимо преодолеть сопротивление МС делегированию (табл.2.1).

Таблица 2.1

Причины и тактика преодоления сопротивления МС делегированию

Причина	Тактика и способы преодоления
Пассивность, привычка во всем полагаться на руководителя	1. Демонстрируйте доверие и уверенность в том, что сотрудник сам может хорошо справиться с этим заданием («психологическое стимулирование») 2. Дополнительно стимулируйте. Возможно, на первых этапах использования делегирования требуется продумать дополнительную систему небольших вознаграждений (поощрений) за успешное выполнение делегированных задач 3. Обращайтесь за советом. Делегирование может осуществляться в консультативном стиле, когда руководитель обращается к подчиненному за советом и помощью 4. Вовлекайте сотрудников в принятие решений. Участие в принятии решений облегчает принятие делегируемой задачи как «своей» 5. Обеспечьте «технологичность», четкость механизма делегирования
Страх критики, наказаний	1. Допускайте риск ошибки. Спокойно принимайте ошибки, помогайте их исправить 2. Критикуйте этично. Даже в случае неудовлетворительного выполнения порученной задачи подходите к ситуации конструктивно, старайтесь вместе с сотрудником понять причины неудачи, а не «ударить» его по самооценке, тем более прилюдно 3. Оценивайте и обсуждайте обстоятельства, а не человека, дайте ему «сохранить лицо» 4. Ищите не виновных, а способ исправления ошибки, оказывая помощь 5. Планируйте подстраховку заранее 6. Вселяйте оптимизм, энтузиазм и вдохновение. «Позитивная» энергия, исходящая от руководителя, главный факир в преодолении страхов сотрудников, связанных с делегированием
Причина	Тактика и способы преодоления
Отсутствие знаний, навы-	1. Вместе с постановкой задачи не забывайте выделять ресурсы и давать необходимую информацию

ков, ресурсов	2. Выделяйте достаточные для выполнения задачи полномочия (делегирование задачи также означает передачу сотруднику «кусочка» управленческой ответственности и возможностей) 3. Соотнесите силы и возможности человека с порученной задачей. Идеальная задача для делегирования интересна для самого сотрудника, трудна, но связана с его прошлыми навыками и опытом, и поэтому, при приложении некоторых усилий, вполне решаема 4. Планируйте пути и способы получения информации, ресурсов, знаний (обратную связь, «каналы помощи»)
Перегруженность работой, избыток обязанностей и поручений	1. Совместно с сотрудником проведите обзор и анализ фактически выполняемой им работы 2. Перераспределите задачи сотрудника по важности и срочности, введите новые приоритеты, включающие новые делегируемые задачи 3. Приостановите выполнение некоторых годовых функций или даже отмените на время выполнение ряда обязанностей
Нет мотивации, желания брать на себя ответственность	1. Возможно, в ОЗ требуется ревизия мотивации труда и включение в нее стимулов, побуждающих специалистов брать ответственность и поощряющих качественное выполнение делегированных задач 2. Принцип признания минимального вклада. Выполнение даже незначительной порученной задачи должно поощряться, хотя бы устной благодарностью 3. Создание информационной среды и обмен информацией Делегирование предполагает выполнение нетипичных для сотрудника задач, играющих обучающую и развивающую роль. Для закрепления позитивного опыта, полученного в результате такого обучения, необходимо создать возможности для обмена им (например, периодически проводят что-то вроде круглых столов для сотрудников по результатам делегирования в последние 2-3 мес.) 4. Сбалансируйте обязанности сотрудника, связанные с выполнением делегированной задачи, с его правами и ресурсами. Часто отсутствие мотивации объясняется простой нехваткой средств и ресурсов для решения делегированных задач, из-за чего они воспринимаются сотрудниками как слишком трудные

Использование правил делегирования полномочий МС свидетельствует о профессиональной зрелости сестринского руководителя и степени его доверия коллегам.

Функция управления: контроль является непременным атрибутом руководителя, наделенного властью. Результаты деятельности сестринского персонала не будут эффективными, если отсутствует контроль и оценка деятельности коллектива средних медицинских работников главной (старшей) МС. Правильная система контроля позволяет главному врачу и его правой руке – главной МС – выявить проблемы в деятельности ОЗ и скорректировать их до перерастания их в кризис. Контроль – это процесс обеспечения достижения ОЗ своих целей. Функция контроля – это характеристика управления, позволяющая предупредить или разрешить появляющиеся проблемы своевременно.

В процедуре контроля выделяются три этапа: установку стандартов и критериев; измерение и сопоставление с ними достигнутых результатов и проведение необходимых корректирующих действий, если достигнутые результаты существенно отличаются от предварительно установленных нормативов.

Виды контроля в деятельности главной (старшей) МС: предварительный, текущий и заключительный. **Предварительный** контроль проводится до фактического начала работ, он включает реализацию определенных правил, процедур и линий поведения – анализ деловых и профессиональных качеств МС подразделения или всей ОЗ в ходе определения человеческих ресурсов, анализа качества будущих материальных ресурсов и др. **Текущий** контроль проводится непосредственно в ходе работы. Это регулярный анализ работы подчиненных, обсуждение воз-

никших проблем и предложений по усовершенствованию деятельности, позволяющие исключить отклонения от намеченных планов и инструкций. **Заключительный** контроль представляет собой форму обратной связи главной (старшей) МС, осуществляемую после выполнения поставленных задач, предполагающую получение руководителем информации, необходимой для осуществления дальнейшего планирования и мотивации среднего медицинского персонала.

Содержание функция контроля главной (старшей) МС состоит не в том, чтобы зафиксировать нарушения, а в том, что сотрудники, зная, что существует контроль, действовали эффективно, избегая ошибок. Профессионально грамотное осуществление контроля позволяет выявлять факты, необходимые для снижения затрат и повышения качества оказываемой медицинской помощи или услуг. При осуществлении контроля ведения медицинской документации при приеме пациента следует обратить внимание на заполнение «Медицинской карты стационарного пациента» (уч. ф.№003/у-07) с предъявлением паспорта, в соответствии с современными нормативными документами.

Основные методы контроля и оценки деятельности сестринского персонала: административный обход, комплексный обход и целенаправленный обход (проверка).

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

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

*дезинфекции отработанного мягкого инвентаря;

*соблюдение правил утилизации медицинских отходов;

*записей в журналах стерилизации и контроля качества предстерилизационной очистки (ПСО) инструментов, соблюдения гигиены мест хранения грязного белья, уборочного инвентаря и соответствие их маркировки факту соответствующего использования.

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

- санитарное состояние подразделения;
- выполнение врачебных назначений;
- состояние медицинской документации;
- хранение и учет лекарственных средств;
- состояние работы по повышению квалификации персонала, важное для аккредитации ОЗ.

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

Бесперебойное обеспечение медикаментами и лекарственными средствами в ОЗ является следующей функцией главной (старшей) МС [24]. Ее деятельность состоит в получении, выдаче, учете, хранении и утилизации лекарственных средств и перевязочных материалов, ИМН, регулируемых Законом Республики Беларусь от 20.07.2006 г.№161-З «О лекарственных средствах» и др. [34,37,53]; [эл. рес.2,6]. Этому вопросу, а также наиболее сложной в лекарственном обеспечении работе по обеспечению наркотическими средствами (НС) и психотропными веществами

(ПВ) уделяется пристальной внимание контролирующих органов надзора, в ряде нормативных документов [63,68,69,72,73,77,79,86,103].

Поскольку этой теме посвящено изданное ранее пособие [24], позволим остановиться на избранных вопросах темы обращения лекарственных средств. Высокий уровень ответственности главной (старшей) МС налагает особые требования к их личности.

Требования к лицам, имеющим доступ к НС и ПВ высоки. Должны отсутствовать непогашенная или неснятая судимость за менее тяжкое, тяжкое и особо тяжкое преступление, либо за преступления против здоровья населения, связанные с незаконными действиями по отношению к НС, ПВ их прекурсорам и аналогам, а также отсутствовать заболевания наркоманией, токсикоманией и психическими заболеваниями. Предварительный профилактический наркологический осмотр при поступлении на работу касается лиц, по служебным обязанностям имеющих доступ непосредственно к НС, ПВ, их прекурсорам. На них посылается запрос для получения информации об отсутствии судимости в территориальное районное управление внутренних дел согласно постановлению Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 08.08.2005 г. №23/243/ 104 «Об утверждении перечня категорий…».

Важно. Главная МС должна знать сроки хранения требований на НС (пять лет). ПВ (один год), по истечению сроков уничтожаются комиссией по приказу главного врача ОЗ, Акт об этом составляется не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным, хранится в аптеке в одном экземпляре один год, не считая текущего [86].

Подтверждается данная информация справкой от психиатра-нарколога согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Министерства внутренних дел Республики Беларусь, Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 08.08.2005 г. №23/243/ 104 «Об утверждении перечня категорий…».

Важно. Новая редакция [86] предусматривает, что отпуск лекарственных средств осуществляется на основании требований (заявок), которые подписываются двумя лицами: отпустившим лекарственные препараты и лицом, их получившим [86], чего не требовалось ранее [77].

Важно. Изменены и *ужесточены* случаи фиксации в ОЗ хищений НС и ПВ, о чем **незамедлительно** сообщают в территориальные органы внутренних дел (ранее – в течение суток) и направляют экстренное извещение Министерства здравоохранения Республики Беларусь за подписью руководителя. Экстренное извещение, которое заполняется в двух экземплярах (для Министерства здравоохранения Республики Беларусь и территориальных органов внутренних дел.), подписывается главным врачом. *Изменены элементы* экстренного извещения в части содержания. Указывается наименование, место нахождения ОЗ и ее категория, наличие специальных средств, обеспечивающих сохранность НС и ПВ с указанием системы сигнализации, вневедомственной охраны, сторожевой охраны или ее отсутствие. Дается характеристика здания (типовое, приспособленное, кирпичное, деревянное). Способы хранения НС и ПВ (в специально оборудованном помещении, в ассистентской комнате, на посту, в сейфе, в металлическом шкафу). Наличие решеток на окнах ОЗ (да, нет). Дата совершения хищения. Способ проникновения преступников в помещение. Наименование похищенных НС и ПВ, их количество. Дата сообщения о хищении в территориальные органы внутренних дел [86].

Предпосылкой для дополнения понятия надлежащей фармацевтической практики в сфере обращения лекарственных средств является внедрение норм законодательства Евразийского экономического союза и рекомендаций ВОЗ. Надлежащая фармацевтическая практика в сфере обращения лекарственных средств распространяется на все этапы.

Практика включает различные этапы по аптечному изготовлению, организации и хранению лекарственных средств, по осуществлению промышленного производства и контролю их качества.

Также в практику включены этические и научные требования по планированию, документированию и анализу исследований, по защите прав субъектов клинических исследований, требования к организации доклинических опытов, а также правила по организации и функционированию системы для обеспечения качества лекарственных средств по всей цепи их поставки, относящиеся к работе главной МС, способствующие предупреждению коррупционных проявлений [20].

Прежде рассмотрения порядка списания лекарственных средств, главной МС следует знать, какие из них *запрещены* к реализации, *как их хранить* и какие подлежат *списанию* и уничтожению.

Надлежащей аптечной практикой **запрещены** к реализации лекарственные средства:

- некачественные и фальсифицированные;
- с истекающим сроком годности;
- с приостановленной реализацией и медицинским применением;
- изъятые из обращения согласно законодательству.

Важно. Эти лекарственные средства хранятся отдельно с предупредительной надписью «Запрещены к реализации и использованию» в закрытом помещении, или на аптечном складе, в запирающемся шкафу, или закрытой емкости на отдельной полке.

Те лекарственные средства, которые не имеют необходимых разрешающих документов, хранят в помещении для карантинного хранения лекарств.

Согласно Постановлению Совета министров Республики Беларусь от 22.12.2009 г. №1677 «О порядке и условиях хранения, транспортировки, приостановления реализации и медицинского применения, изъятия из обращения, возврата производителю или поставщику, уничтожения лекарственных средств» [эл. рес. 2] к изъятию из обращения подлежат:

- при выявлении некачественного или фальсифицированного лекарственного средства;
- при установлении неблагоприятного соотношения «польза – риск» при медицинском использовании лекарства;
- при выявлении истекшего срока годности лекарственного средства;
- при получении письменного регистрационного удостоверения от ГУ «Госфармнадзор» о признании данного лекарственного средства некачественным или фальсифицированным [эл. рес. 2].

Важно. Лекарственные средства подлежат уничтожению в ОЗ в *двух* случаях. Первый случай, когда у главной МС нет возможности вернуть его поставщику по не зависящим от ОЗ причинам, второй – когда срок годности лекарства истек по вине ОЗ.

Списание и уничтожение лекарственных средств осуществляет комиссия: главная (старшая) МС, заведующий отделением, заведующий аптекой (или ответственный за прием и отпуск в подразделения ОЗ, главный бухгалтер. Состав утверждается приказом главного врача ОЗ, для уничтожения изъятых лекарственных средств комиссия утверждается отдельно, в нее включаются работники органов внутренних дел, если уничтожаются фальсифицированные лекарства.

Порядок уничтожения НС и ПВ регулируется приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.12.2020 г.№1409 «Об утверждении порядка уничтожения наркотических средств и психотропных веществ», состоящий в следующем:

- ✓ уничтожаются использованные ампулы, флаконы, трансдермальные терапевтические системы из-под НС и ПВ, флаконы для внутреннего применения НС и ПВ или из-под капель НС и ПВ;
- ✓ уничтожаются неиспользованные пациентами НС и ПВ, а также неиспользованные рецепты врача на НС и ПВ, изъятые у пациента в определенных случаях;
- ✓ неполного объема ампулы или флаконы НС и ПВ, остатки содержимого ампулы или флакона разбавляют водой в соотношении 1:100 и уничтожают путем слива образовавшегося раствора в канализацию;
- ✓ уничтожается дробная часть таблетки (оставшаяся часть таблетки раздавливается с последующим разведение полученного содержимого водой в соотношении1:100) и уничтожается путем слива образовавшейся суспензии или раствора в канализацию. В ОЗ создается комиссия, по уничтожению и разрабатывается Инструкция о порядке уничтожения НС и ПВ. Действие производят в присутствии представителей территориальных органов внутренних дел, составляется акт об уничтожении ампул, флаконов, трансдермальных терапевтических систем и неиспользованных НС и ПВ, рецептов на них, согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.12.2020 г.№1409.

Важно. Образовавшиеся отходы лекарственных средств (и индивидуальную тару для упаковки) уничтожают [69], классифицируют под кодом 7710103 «Фармацевтические отходы», третий класс опасности.

Ведение учета отходов (по формам ПОД-9, ПОД-10, утвержденным ТКП 17.02-12-2004) (02120) и проведение их инвентаризации является обязанностью главной МС. Она ежемесячно ведет журнал ПОД-9 на основании отчетов старших МС [69].

Организация деятельности МС и младшего медицинского персонала приобретает новое направление в связи с возрастанием уровня ответственности всех работников здравоохранения перед населением при получении медицинской помощи. Для улучшения обучения и последующей работы в Концепции планируется введение должности помощника МС (младшей МС по уходу за пациентами) [84]. Это усилит состав команды ВОП при осуществлении ухода за пациентами на дому.

Согласно Закону «О здравоохранении» [57] экспертиза качества медицинской помощи проводится в ОЗ в целях выявления нарушений при ее оказании, в случаях летальных исходов, наличия заявлений и жалоб на качество медицинской помощи, а также в иных случаях. Если вопросы качества предоставления медицинской помощи касаются деятельности МС, целесообразен разбор на Совете МС и участие в работе комиссии главной МС [98].

При экспертизе качества медицинской помощи пациенту оценивается ее соответствие критериям, которые разрабатываются на основании клинических протоколов, методов оказания медицинской помощи, порядка оказания медицинской помощи по профилям заболеваний и устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Оценка качества медицинской помощи и медицинских экспертиз [48,71,95,115,124] проводится при осуществлении контроля, в соответствии с законодательством о контрольной (надзорной) деятельности и управления деятельностью ОЗ.

Это касается учреждений, подчиненных (входящих в систему) Министерству здравоохранения Республики Беларусь, подчиненных (входящих в состав (систему)) иным государственным органам, подчиненным (подотчетным) Президенту Республики Беларусь; Правительству Республики Беларусь; управлениям деятельностью ОЗ, подчиненным главным управлениям по здравоохранению областных исполнительных комитетов, Комитету по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета; при рассмотрении обращений граждан и юридических лиц по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи, проведением медицинских экспертиз [115,124]; [эл. рес. 5].

Рациональная расстановка кадров осуществляется главной МС совместно с главным врачом и отделом кадров, целью становится создание работоспособного коллектива (команды единомышленников), способного мобилизовать свою деятельность на достижение наиболее высоких результатов в обеспечение качественной медицинской помощи пациентам. Для исполнения этого она осуществляет участие в подборе, приеме на работу и расстановке кадров среднего и младшего медицинского персонала. Главная МС следит за своевременностью повышения квалификации и аттестации всех средних медицинских работников, за получением ими очередной квалификационной категории посредством подачи заявок на повышение их квалификации в установленные сроки. На аттестованность специалистов ОЗ обращают внимание контролирующие органы, поскольку она влияет на аккредитацию ОЗ и качество медицинской помощи, что отмечается в решениях лечебно-контрольного Совета Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В подборе и расстановке кадров главная МС использует такую функцию управления как **мотивация*** – средство привлечения интереса других к труду [18,22,46]. Существует два типа неявных стимулов: внутренние и внешние, все они основаны на доверии. Профессиональные медики – врачи, МС получают специальную подготовку, предполагающую определенные обязательства в отношении пациентов, врачебный долг. Клятва Гиппократа – серьезный неявный внутренний стимул для врача, в XIX веке – клятва Ф. Найтингейл для МС милосердия, а доверие пациентов – неявный внешний (табл. 2.2). Специалисты отмечают, что механизмы доверия – возможно, наиболее эффективные с точки зрения затрат и выгод инструменты стимулирования медицинского труда, особенно в сравнении с детальными контрактами. Однако, в последние годы все чаще имеет место нарушение принципов доверия, поэтому необходима регулярная оценка деятельности медицинского персонала и четкие ее критерии. Явные внутренние стимулы могут быть заданы нормами и правилами, устанавливаемыми профессиональными организациями (саморегулирование), а также коллективными покупателями медицинской услуги, в роли которых выступают государственные органы и страховые медицинские компании. Это внутренние сти-

мулы, поскольку предполагается, что медицинские работники состоялись как специалисты, их деятельность оценивают и регулируют такие же профессионалы [18].

Результаты деятельности медицинских работников в подавляющем большинстве случаев оценивают «от противного»: фиксируют процент медицинских ошибок, включая долю пациентов, погибших по вине врача (МС), однако примеры другого рода – оценки позитивных результатов медицинского вмешательства используют очень редко. Их проводит, в частности, британская страховая компания BUPA, используя методику измерения качества жизни пациентов [130]. Для Республики Беларусь этот опыт пока не применяется.

Таблица 2.2

Типология стимулов в медицинской практике (по Колосницыной М.Г.)

	Неявные (имплицитные)	Явные (эксплицитные)
Внутренние	Врачебный долг (Клятва Гиппократа, Клятва Ф. Найтингейл), профессиональный интерес	Регулирование (БАВ, БелОМС, страховые медицинские организации)
Внешние	Доверие потребителей	Оплата труда и др. формы компенсации и поощрения

Возрастание уровня мотивация среднего и младшего медицинского персонала отражено в известной пирамиде А. Маслоу (рис.6).

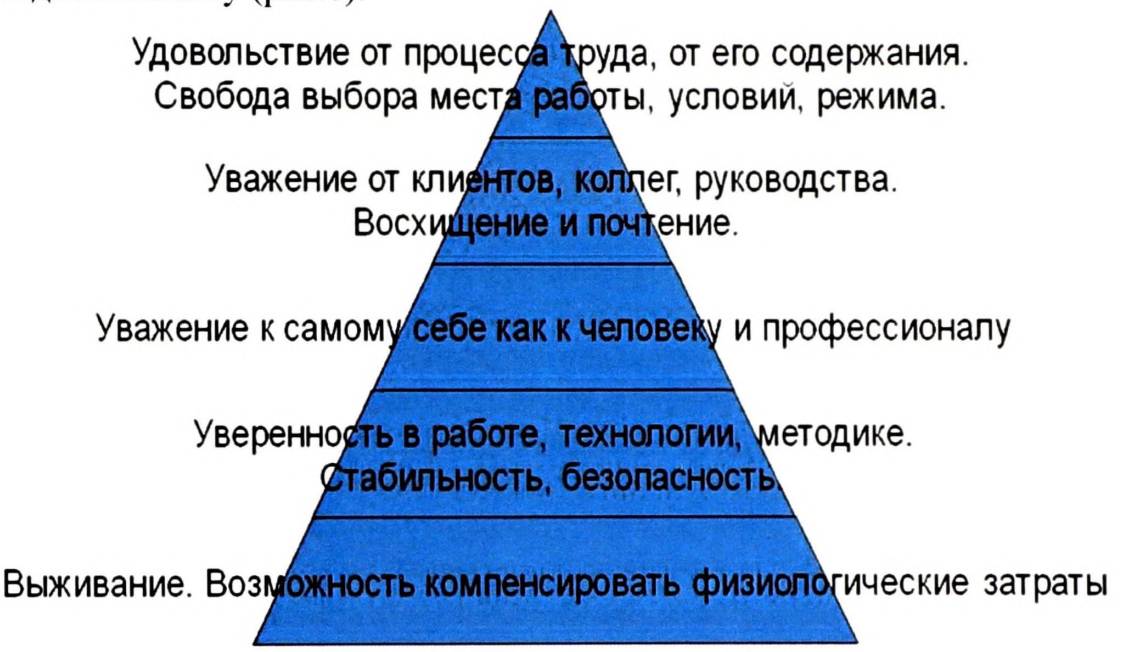


Рис. 6. Пирамида мотивации человека к труду по А. Маслоу

Пирамида мотивации медицинского работника к труду дает специалисту ответ на основной вопрос: «Что дает мне работа?».

Базовые потребности человека, реализуемые наличием работы и преференций от труда на благо людей и семьи, являются основным стимулом для профессионального роста и развития. Желание безопасности и наличие жилья являются сильным стимулирующим фактором для продолжения деятельности именно на необходимом обществу рабочем месте (рис.6).

Благодаря политике белорусского государства по защите интересов своих граждан и для поддержания мотивации приверженности именно медицине только за 2020 г. около 16% средних медицинских работников от числа всех МС получили квартиры (792), арендное жилье (156), место в общежитии (1462). Такая политика значительно влияет на закрепление специалиста на новом рабочем месте и его удовольствие от условий труда [эл. рес. 21].

Одним из методов деятельности главной МС по созданию привлекательности работы для других МС является мотивация, внешняя (материальное и нематериальное поощрения труда) и внутренняя (личные цели и собственный интерес к работе).

Существуют правила оценки заслуг МС: отмечать отличившихся в работе МС необходимо регулярно и в торжественной обстановке, в присутствии всего коллектива, что подчеркивает

ценность работника; в повседневной деятельности тоже важно отмечать заслуги МС и благодарить за хорошо сделанную работу.

Особенно востребована форма внутренней мотивации МС к успеху и интерес к профессии. Для определения образа желаемого результата соотносят ее с шестью критериями. Эти критерии:

- *реальность* (цель учитывает личные и профессиональные возможности МС);
- *конкретность* и *измеряемость* («Я хочу, чтобы за месяц на меня не поступило ни одной жалобы пациентов»);
- *сбалансированность* (пропорции между целями «для других» и «для себя»);
- *независимость* (лично важна МС, либо поставлена сестринским руководителем, но принята как «своя»);
- *самостоятельность* (важность достижения личными усилиями).

В настоящее время принятые к исполнению Концепция [84] и План мероприятий (дорожная карта) [105] содержат значительные механизмы для инновационного мотивирования через создание новой системы трудовой мотивации [18,22,46].

Традиционно карьерный рост МС подразумевал повышение ее статуса в должности старшей МС, но, поскольку вакансии менеджеров сестринского дела ограничены, подобные притязания могут иметь немногие.

Новым подходом является профессиональное развитие МС по горизонтали, при котором МС расширяет свои компетенции, переходя работать в другое отделение, которое может касаться и старшей МС при ее способности организовать труд в непрофильном для нее отделении. Это базируется на научно доказанной целесообразности смены сотрудником профессиональных обязанностей с периодичностью 1 раз в 5 лет [7,23,124]. Этот подход стимулирует постоянное профессиональное и личностное развитие, а руководителю решать проблемы за счет взаимозаменяемости МС (в период СССР поощрялось овладение смежными специальностями).

Привлечение к научно-исследовательской, учебно-методической деятельности и возрастанию публикационной активности формирует внутреннюю мотивацию главных (старших) МС, осуществляемую на кафедре ОЗиЗ БелМАПО в течение двадцати лет [42,44].

Индивидуально-личностный подход к мотивации коллектива МС в целом требует от главной МС особых знаний и навыков коммуникативной компетенции. Для грамотного общения главной (старшей) МС и понимания состава коллектива выделяют четыре подгруппы МС (поддерживающие и созерцающие составляют до 30-50%; оппонирующие – 5-10%, избегающие – 10-15%). К каждой из них применяют разные стратегии повышения мотивации к труду.

Поддерживающие – инициативные МС, активны, коммуникабельны, быстры в выполнении своих обязанностей, позитивно относятся к сестринскому руководителю, являются опорой в текущих и экстренных делах. Минус – возможность неявной конкуренции с руководителем. Средства морального поощрения: внимание к инициативам, интерес к мнению, обоснованная регулярная благодарность за труд. Может успешно работать в составе временного научного коллектива благодаря высокой производительности.

Созерцающие МС предпочитаю наблюдать со стороны, отсутствует собственная инициатива, активность только при непосредственном обращении к ним. Позитивно воспринимают руководителя, МС способны оказать помощь, но без энтузиазма. Средства морального поощрения: более частое обсуждение производственных вопросов в группе.

Оппонирующие МС имеют на все собственную точку зрения, активно до агрессии демонстрируют ее, критичны к руководителю. Плюс состоит в возможности нового взгляда на ситуацию, но к поручению такие МС относятся скептически. Средства морального поощрения: смягчить дефицит внимания к индивидуальности, проявляемый критикой решений и активной демонстрацией своего мнения, посредством предложения реализовать личную идею с делегированием ответственности за результат, обсуждение предложенного МС варианта.

Избегающие – малозаметные МС, выполняющие работу медленно и (или) небрежно, любят уходить на больничный лист, получить освобождение от части своих обязанностей. Средства морального поощрения: выжидательная позиция главной МС, предложение посильной активности такой МС.

Организация обучения на рабочем месте сотрудников с целью повышения профессиональных знаний, совершенствования умений и навыков выполнения стала необходимой составляющей в

адаптации специалиста на новом рабочем месте к условиям труда и функциональным обязанностям [эл. рес. 24]. В этом главной МС помогают наиболее уважаемые и профессиональные МС, входящие в состав Совета МС, помогающие и разделяющие ответственность главной МС путем:

- проведения систематической учебы (конференции, тренинги, семинары, отработка практических навыков на симуляционном оборудовании, в недалекой перспективе с симуляционными приборами, с технологией «идеального пациента») с синергетическим эффектом, если в ней будут принимать участие врачи и преподаватели образовательных учреждений [4,15,21,23,74];
- обеспечения работы «Школы молодой медицинской сестры» с использованием разнообразных форм повышения знаний и умений МС в форме натаскивания, наставничества [15,98], тестирования и зачетов;
- формирования резерва старших МС;
- планирования и составления заявок на циклы переподготовки, курсы повышения квалификации (ПК) для средних медицинских работников;
- участие вместе с главной МС в административных обходах подразделений;
- контроль поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия в ОЗ, охраны труда на рабочем месте, пожарной безопасности.

Перераспределение функций между средним и младшим медицинским персоналом (совместно с заместителем по административно-хозяйственной деятельности) является частью деятельности главной МС по оптимизации использования личностных характеристик специалистов с максимальной пользой для качества труда.

Организация работы Совета МС является одной из форм выражения демократии в ОЗ, организуемой, и, чаще всего возглавляемой, главной МС [98]. Необходима для адаптации молодых специалистов на рабочих местах, их дополнительного обучения, отработки практических навыков, систематизации и тиражирования позитивного опыта работы МС в коллективе благодаря наставничеству.

Задачами Совета МС являются: обучение молодых специалистов или пришедших на новое рабочее место МС планированию и организации работы; контроль их обучения и адаптации; направляемое наставником закрепление профессиональных навыков и умений и обеспечение качества труда молодой МС. Наставничество как педагогическая функция главной (старшей) МС подробно освещена ниже (гл.6).

План работы Совета МС позволяет распределить обязанности между специалистами в соответствии с занимаемыми должностями по реализации конкретного нормативно-правового акта или поставленной задаче. При этом необходимо выбрать оптимальный вариант достижения цели, наиболее эффективные пути, способы, формы и методы работы именно в данной ОЗ, а также способствовать повышению дисциплины, ответственности.

Принципы планирования работы Совета МС учитывают *полноту,* согласно которой должны учитываться события и ситуации, которые могут иметь значение для развития МС и ОЗ. Также это принцип *точности*, позволяющий использовать современные методы, средства, тактики и процедуры, обеспечивающие точность прогнозов для развития. *Ясность* как принцип планирования дает понятие о необходимости иметь простые при воспроизводстве формулировки и методики, доступные всем членам организации. К принципам относят *непрерывность* не как одноразовый акт, а постоянно существующий процесс и *экономичность* планирования.

Перспективный план работы Совета МС разрабатываемый на год, содержит основные значимые мероприятия с Пвр, МС, акушерками разных подразделений, с сестрами-хозяйками и младшим медицинским персоналом:

- участие в мероприятиях, проводимых администрацией ОЗ, по соблюдению и контролю санитарно-эпидемиологического благополучия в подразделениях; работе комиссий по образованию, по профессиональной практике, по связям с общественностью Совета МС;
- проведение внутриорганизационных семинаров по обмену опытом работы старших МС подразделений ОЗ по различным направлениям их деятельности;
- отчеты председателей комиссий Совета МС;
- обсуждение вопросов и поиск справедливого разрешения нарушений этики и конфликтных ситуаций, могущих возникать в коллективе среднего и младшего медицинского персонала;
- анализ качества медицинской помощи или медицинской услуги* пациентам в подразде-

лениях (прил. 12);

➢ распределение материального вознаграждения МС и младшим медицинским работникам, подготовка предложений о поощрениях.

План утверждается главным врачом, тиражируется и передается старшими МС подразделений ОЗ.

Функции Совета МС

1. Связующая (объединение всех МС ОЗ).
2. Обучающая и адаптационная для молодых специалистов.
3. Информационная (распространение информации и обмен опытом).
4. Руководящая (формулирование единого мнения МС).
5. Принятие решений, устранение нарушений.
6. Координирующая распределение ресурсов, ведение переговоров, преодоление этических барьеров МС.

При лидирующей роли в коллективе главной МС и в зависимости от задач ОЗ Совет МС оптимизирует различные направления деятельности сестринского и младшего медицинского персонала:

- в области профессиональной деятельности МС, Пвр и акушерок – комиссия (отдел, сектор) по *медсестринской практике* при взаимодействии с заведующими подразделениями;
- в области поддержания санитарно-гигиенического и эпидемиологического благополучия – комиссия (сектор) по *инфекционному контролю* при взаимодействии с ЦГЭиОЗ;
- в области охраны труда и техники безопасности – комиссия (отдел, сектор) по *безопасности труда* МС совместно с инспектором по охране труда и профсоюзным комитетом;
- в области профессионального образования – комиссия (отдел, сектор) *по образованию* при взаимодействии с местными учреждениями образования;
- в области информации, работы с населением, связям с общественными организациями – комиссия (отдел, сектор) по *информации и связям с общественностью* и др.

На заседания Совета МС приглашаются представители администрации (главный врач, главный бухгалтер, заместитель главного врача по кадрам), что позволяет оперативно решать важные вопросы деятельности МС.

Контроль исполнения решений Совета МС

1. Заседания оформляются протоколами.
2. При проведении проверок работы сектора оформляется справка.
3. Вопросы, требующие рассмотрения администрации, председатель докладывает главному врачу или его заместителю.
4. Контроль исполнения решений осуществляет председатель, ежегодно отчитывающийся о работе Совета МС на производственных совещаниях в присутствии главного врача ОЗ.

Контроль главной (старшей) МС соблюдения всем медицинским персоналом ОЗ санитарно-эпидемиологических требований для профилактики ИСМП* – основа ее деятельности по обеспечению качества медицинской помощи пациентам. Систематизация знаний вновь поступивших на работу специалистов и ежегодный контроль знаний всех работающих в ОЗ сотрудников является непременной составляющей, совместной с ЦГЭиОЗ деятельности главной (старшей) МС. Простейшее необходимое требование к обработке рук МС требует не только навыков, но и постоянного закрепления на практике и контроля со стороны главной (старшей) МС, что особенно актуально в период борьбы с коронавирусной пандемией [37].

Понятие о правилах 5 этапов гигиены рук, разработанное для Европейского региона ВОЗ, определяет ситуации, когда персоналу необходимо обрабатывать руки. В Республике Беларусь основными нормативными правовыми действующими документами являются [67,89] Особое внимание МС при выполнении, а старшие МС – при контроле – обращают на поверхности, традиционно обрабатываемые не должным образом (рис.7).

Подробно обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в ОЗ представлено ниже (гл.7) и в нормативных документах [68,70,80,90-92,109,113].

Введенная в функции главной МС организация безопасности оказания медицинской помощи во время осуществления преаналитического этапа лабораторных исследований [65] базируется

на новых разделениях функций между средним медицинским персоналом и врачами-лаборантами (прил.1).

Метрологический контроль (совместно с инженером или инспектором по технике безопасности) имеет значения для обеспечения охраны труда и создания условий на рабочем месте МС [61,62,97].



Рис.7. Поверхности рук, обрабатываемые персоналом не должным образом

Этот вид обязанностей главной МС основывается на рекомендациях ВОЗ с конкретными программами по охране труда медицинских работников в нескольких областях:

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

После информационной кампании ВОЗ о предотвращении медицинских травм были проведены переговоры и подписано Рамочное соглашение совместно с Европейской федерацией профсоюзов, которому в 5-летний срок придан юридический статус (De Raeve, 2010) [эл. рес. 21].

Суть предложений ВОЗ состоит в применении комплексного подхода (оценка и профилактика рисков травм, обучение, повышение уровня информированности персонала и мониторинг). Оценка и предупреждение рисков охватывают условия труда, уровень квалификации, психосоциальные производственные факторы и вакцинацию. Меры воздействия по охране труда медицинских работников включают три группы психосоциальных причин: улучшение организационной структуры; взаимоотношения с коллегами или повышение квалификации отдельных работников для более мягкой адаптации и индивидуальное обучение способности справляться с профессиональным стрессом.

Исправность оборудования (медицинских приборов и аппаратов) поддерживается благодаря материалам переписи средств измерения (СИ), правильных записей в журнале СИ (прил. 2) и допуска к эксплуатации СИ только специально прошедших подготовку и инструктаж работников.

Подготовка документов по техническому заданию для тендерных закупок является новой функцией главной (старшей) МС. Она осуществляемой как взаимозависимая функция для материально-технического и лекарственного обеспечения слаженного функционирования всех подразделений ОЗ, требующего комплексных знаний не только по медицине, но по экономике, техническим вопросам эксплуатации оборудования совместно с экономистом, главным бухгалтером, инженером и заведующим отделением, которое выставляет запрос на закупку [113].

Соблюдение требований по снижению непроизводственных затрат рабочего времени через систему организации труда и информационных технологий в делопроизводстве (совместно с профсоюзной организацией) обеспечивается приемами тайм - менеджмента [эл. рес. 29].

С целью управления рабочим временем главная (старшая) МС может пользоваться способом Д. Эйзенхауэра, позволяющим систематизировать действия.

Матрица классификации дел (Д. Эйзенхауэра)

Дела разделяют как срочные и не срочные, важные и не важные.

Важные срочные дела: неотложные проблемы, критические ситуации, дела с малым сроком сдачи.

Важные несрочные дела: планирование, оценка результатов, превентивные мероприятия, создание связей, поиск возможностей, саморазвитие.

Неважные срочные дела: текущие неотложные дела, телефон, корреспонденция, совещания, общественная работа, перерывы.

Неважные несрочные дела: рутинная работа, отдельные телефонные звонки или корреспонденция, отлынивание от работы, развлечения.

Задачи главной МС по обучению резерва кадров: организация на занятиях рассмотрения актуальных тем, включающих вопросы этики, нормативных правовых документов, современных технологий по оказанию МП пациентам; оперативно представлять старшим МС информацию, необходимую для эффективной работы подразделений ОЗ.

Цицерон писал: «Недостаточно обладать мудростью, надо уметь пользоваться ею», что подтверждает необходимость закрепления знаний по организации работы персонала в команде.

Характеристиками ОЗ с показательным для других уровнем организации труда, явились следующие критерии оценки работы МС:

- наличие нормативной правовой документации по сестринскому делу, отвечающей современным требованиям, как основы обеспечения качества медицинской помощи. Количество баллов по оценке условий работы при аттестации рабочего места МС, акушерок, Пвр, лаборантов, других специалистов;
- реализация комплексного обучения навыкам и компетенциям сотрудников ОЗ по эффективной организации своего рабочего места;
- показатель заболеваемости сотрудников, производственного травматизма и средний балл по шкале синдрома эмоционального выгорания [эл. рес. 28].

Резюме. Функции главной (старшей) МС разнообразны и многочисленны. Новым стало дополнение традиционных функций управления (организации, мотивации, управления, контроля) иными аспектами расширенного объема деятельности, обусловленного принесением современных технологий, этики в повседневное взаимодействие МС, электронного взаимодействия, обеспечения безопасности рабочего места МС новыми средствами технического оснащения, условий учета, хранения, реализации, отпуска в медицинских целях НС и ПВ, правил утилизации [68,69,77,78].

Новыми формами мотивации МС внешними стимулами является активное применение нематериальных выгод (non pecuniary benefits): гибкий график работы, медицинское или пенсионное страхование за счет работодателя, благодарность, повышение в должности, перевод на более престижную работу, наполнение «социального пакета» (стажировки, оздоровление, детские сады) как дополнение неявных и явных внутренних стимулов.

В практике ОЗ стараются не допускать необходимость уничтожения лекарственных средств (включая НС и ПВ), своевременно осуществляют их перераспределение с участием вышестоящих органов и организаций на основании действующих нормативных актов.

В целях совершенствования механизмов по закреплению кадров на новом рабочем месте стала широко использоваться система обеспечения жильем, базирующаяся на политике социально-ориентированного государства по защите интересов своих граждан.

Новым подходом является профессиональное развитие МС по горизонтали, которое помогает главной МС в мотивации к успешной деятельности. Нормативная правовая база по усилению мотивации к профессии МС и развитию сестринского дела содержит значительные механизмы для привлечения интереса других к труду через творческое развитие.

Мотивация к повышению у главных МС уровня квалификационных категорий, соответствующих стратегическим преобразованиям в медицине, в части получения более высокой квалификационной категории и поддержания имеющихся, находится в прямой зависимости от повышения компьютерной грамотности. Изучена и доказана достоверная динамика квалификационных характеристик лиц МС с высшей и I квалификационной категорией (по критерию достоверности $\chi 2$ с вероятностью 95%) свидетельствующие о верно избранном направлении [эл. рес. 20-24].

Новые формы демократии в ОЗ посредством Совета МС способствуют гармоничной адаптации молодых специалистов, перераспределению функций мотивации и контроля в пользу старших МС (членов Совета МС) и качеству обучения в форме наставничества (гл.6), благоприятных для роста качества медицинской помощи.

Профессиональные характеристики сестринского руководителя нового типа позволяют с уверенностью прогнозировать их соответствие предъявляемым практикой здравоохранения требованиям.

Вопросы для самообразования

1. Перечислите основные функции главной МС, выполняемые ею самостоятельно.
2. Назовите взаимозависимые функции, выполняемые главной МС во взаимодействии с другими лицами, структурами и учреждениями.
3. Что включает понятие инновационной системы трудовой мотивации в деятельности главной МС, в каких документах это отражено?
4. Каково значение функции делегирования полномочий в работе главной МС?
5. В чем состоит смысл функции контроля, и каковы виды его осуществления главной МС?
6. Назовите известные вам направления деятельности главной МС в ОЗ.

Глава 3. Приоритет сегодняшнего дня – кадровые ресурсы здравоохранения будущего

К изучению динамики кадровых ресурсов по материалам медицинской статистики авторов привело ознакомление с мнением ВОЗ и международных организаций о месте и роли в системе здравоохранения МС, являющихся основным стержнем кадровых ресурсов здравоохранения в Республике Беларусь, составляя от 62% до 67% всех кадров в период 2009-2019 гг. [4,10,30,116]; [эл. рес. 1-3,5,6,15].

Осуществление анализа кадрового потенциала средних медицинских работников в Республике Беларусь и определение причин и факторов дефицита МС поможет сделать научно обоснованные выводы о путях трансформации образования МС на основании имеющихся тенденций [23,44].

Завершившийся Международный год средних медицинских и акушерских работников свидетельствует об актуальном направлении по продвижению систем здравоохранения стран к пониманию новой роли, места и вклада МС в меняющуюся систему оказания медицинской помощи [100,104,108].

С помощью методов исследования: аналитического, математической статистики, методологии системного анализа и социально-гигиенического изучено мнение ВОЗ и состояние кадровых ресурсов средних медицинских работников с целью поднятия престижа их деятельности, значительная роль при этом отводится систематическому программно-целевому планированию кадров в деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь [30]; [эл. рес. 27].

ВОЗ и международные организации о месте МС в системе здравоохранения

Мир озабочен состоянием кадрового обеспечения медицинской помощи из-за прогнозируемого дефицита МС. По данным Европейской Комиссии по здравоохранению о состоянии здравоохранения в мире «Кадровые ресурсы – важнейший вклад и сдерживающий фактор для систем здравоохранения» (2000) к 2020 г. предсказывался дефицит профессиональных кадров в здравоохранении порядка 1 миллиона: 590000 медицинских сестер, 230000 врачей и 150000 других категорий профессиональных работников. Следствием этого станет 15% ожидаемый дефицит медицинских услуг населению, в сравнении с 2010 г. [эл. рес. 4,5].

Прогноз сектора здравоохранения ЕС до 2020 г. [120]; [эл. рес. 2] состоит в возрастании потребности в долговременной помощи и кадрах. Рост потребности в высококвалифицированных кадрах предстоит заполнить в период с 2010 по 2020 гг., в т. ч. 1 млн. новых и 7 млн. освободившихся МС. Среди 8 млн. необходимых в будущем медицинских специалистов свыше 5 млн. будут составлять высококвалифицированные кадры врачей, около 3 млн. – специалисты средней квалификации и около 200000 человек потребуется кадров с низкой квалификацией.

Следствием этого стала Европейская стратегия по реализации политики Здоровье-2020 [эл. рес. 4] с целью по улучшению здоровья и благополучия населения стран Европы и снижением неравенства в отношении здоровья. Приоритетами объявлены такие направления, как расширение и трансформация образования, кадровое планирование и оптимизация профессиональной структуры, обеспечение привлекательной рабочей среды и содействие научно обоснованным практикам и инновациям через набор стимулирующих механизмов: регулирование, исследования, партнерство и управление.

На 25-й Конгрессе МСМС «Справедливость и доступность медицинской помощи» (18-23.05.2013 г. Мельбурн, Австралия) также были рассмотрены вопросы по развитию сестринского дела и образованию.

Третий Всемирный Форум по кадрам здравоохранения «Кадровые ресурсы здравоохранения: основа для достижения всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью и программы развития после 2015 года» (10-13 ноября 2015 г. Ресифе, Бразилия) рассмотрел задачи для государств в области обеспечения кадрами врачей и МС.

На заседании Флагманского курса ВОЗ «Фокус на неинфекционные заболевания» (Барселона, Испания, 2016 г.) выдвинуты акценты в деятельности первичной медицинской помощи (ПМП).

ВОЗ и международные институты осуществляют значительную работу со странами и структурами [эл. рес.1,2,5], включая организации гражданского общества и местного населения, которая была подчеркнута в докладе М. Чен, директора ЕРБ ВОЗ (2016): «Мы являемся гражданами

мира, который резко изменился с начала нынешнего столетия, когда в качестве самой общей основы международного сотрудничества были приняты Цели тысячелетия в области развития», особо важной является Цель 3 – Хорошее здоровье и благополучие. Эти изменения подчеркивают последствия существования в мире исключительно повысившейся взаимозависимости, о чем свидетельствуют резолюции ВОЗ.

Резолюции ВОЗ за период 2004-2020 гг. свидетельствуют о постоянном внимании к развитию трудовых ресурсов здравоохранения

- 2020 – Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров (доклад).
- 2019 – Стимулировать развитие первичной медико-санитарной помощи (EUR/RC69/R8).
- 2015, 2013 – Трансформирование образования кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами (WHA66.23). Рамки компетенций для признания квалификации МС, ЕФМС (2015).
- 2013, 2005 – Директивы Европейского Союза и Парламента по признанию квалификаций (2005/36/EC; 2013/55/EU).
- 2011 – Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения (WHA64.6).
- 2010 – Глобальный кодекс практики ВОЗ по международному найму персонала здравоохранения (WHA63.16).
- 2009, 2007 – Стратегии кадровых ресурсов здравоохранения в Европейском Регионе (EUR/RC57/R1), (EUR/RC59/R4).
- 2006 – Быстрое увеличение масштабов подготовки работников здравоохранения (WHA59.23).
- 2004 – Международная миграция персонала здравоохранения: проблема для систем здравоохранения в развивающихся странах (WHA57.19).

В Республике Беларусь, как и во всех европейских странах, центральную роль в секторе здравоохранения, ее стратегический капитал составляет около 10% всех трудовых ресурсов [10]. На долю медицинских кадров ЕС приходится большая часть бюджета сектора здравоохранения (65-80%). Доступность услуг здравоохранения зависит от эффективности ее кадровых ресурсов, дефицит средних медицинских работников становится ограничением для развития системы оказания медицинской помощи населению, особенно в сфере ПМП, охране здоровья женщин и детей.

Внимание Европейского региона ВОЗ к сестринскому делу и формированию политики велико, вопросы о его совершенствовании систематически включены в повестку дня (Варшава, 2011; Санкт-Петербург, 2012; Вильнюс, 2013; Рига, 2015; Минск, 2015; Барселона, 2016; Лиссабон, 2019). Благодаря признанию европейским сообществом успехов Республики Беларусь в достижении Глобальных Целей Развития Тысячелетия, озвученных на I Европейской министерской конференции ВОЗ (21-22.10.2015) [эл. рес. 3], наша страна приступила к выполнению Целей Устойчивого Развития (ЦУР 3 – Хорошее здоровье и благополучие и ЦУР 4 – Качественное образование).

Мнение ВОЗ о роли и месте медицинских сестер в здравоохранении

- Политика ВОЗ Здоровье-2020: МС с пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) и престарелыми должны «изучить новые способы самопомощи для того, чтобы справляться с симптомами болезни и соблюдать нередко сложные медицинские режимы, предусматривающие принятие лекарств, лечение, диеты и упражнения. Для того, чтобы обеспечить им и их семьям оптимальное качество жизни, необходимы обучение и медико-санитарная помощь» [эл. рес. 1,3].
- Лиссабон, 2019 – грамотность в вопросах здоровья как инструмент профилактики НИЗ о роли МС в ПМСП и профилактике.
- Барселона, 2016 – флагманский курс ВОЗ по укреплению систем здравоохранения: Фокус на ХНИЗ. Менее жесткое разделение в автономии между врачами и сестрами; совместная работа в команде через разделение задач и простые алгоритмы; возможности проведения профилактики, консультаций населения по изменению поведения, привитию культуры здоровья; принятие направляемого подхода к междисциплинарному опыту.
- I Европейская министерская конференция ВОЗ (Минск, 2015) [эл. рес. 3] поставила цель о реализации политики «Здоровье-2020» и выполнении ЦУР на принципах охвата всех этапов

жизни человека.

- Варшава, 2011: «…медсестры и акушерки составляют большую часть трудовых ресурсов в системах здравоохранения многих стран». Признано, что «…оказание основанных на знаниях квалифицированных услуг по охране здоровья позволяет довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и общества». Рекомендации следующие:

1) Разработать единое стратегическое видение, направленное на достижение целей политики Здоровье-2020.

2) Собрать примеры показательной практики в странах, содействовать обмену информацией, и поощрять внедрение инноваций.

3) Обеспечить политическую приверженность и техническое сотрудничество [эл. рес. 8].

- Вена, 1988: в поддержку европейских задач достижения здоровья для всех «…потенциал медицинских сестер по отношению к ПМСП может быть наилучшим образом реализован…Необходимо адаптировать политику и определить характер мероприятий, которые позволили бы медсестрам выполнять свою новую роль в рамках системы ПМСП с достаточной самостоятельностью».
- Мюнхен, 2000: «…в таких областях, как общественное здравоохранение, укрепление здоровья и развитие потенциала населения» необходимо усилить роль МС. «…МС и акушерки играют важную, все возрастающую роль в решении нынешних проблем ОЗ, а также в оказании высококачественной, эффективной, доступной для всех и непрерывной медицинской помощи, направленной на удовлетворение меняющихся потребностей населения и обеспечение прав человека…».
- Цели в области устойчивого развития на период до 2030 года, сформулированные в Декларации тысячелетия ООН (2010), представляют собой совокупность разработанных ООН целей по формированию глобального партнерства, отражены в резолюции Генеральной Ассамблеи ООН от 21.10.2015 г.№70/1 Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.

Отражение проблемы глобальных вызовов ХНИЗ в XXI в. в международных документах (направления действий для достижения целей Здоровья-2020, предложенные Европейским Региональным комитетом ВОЗ и ЦУР до 2030 г.).

- **Политическая декларация Генеральной Ассамблеи ООН** (2011) Резолюция 66/2 от 19.09.2011г. п.1: «глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний – это один из основных вызовов развитию в XXI веке, который подрывает социально-экономическое развитие во всем мире и ставит под угрозу достижение согласованных на международном уровне целей в области развития».
- **Страновой офис ВОЗ** (2017). Распространенность факторов риска ХНИЗ в Республике Беларусь STEPS 2016 [8,107]; [эл. рес. 3].
- **О здравоохранении**: Закон Республики Беларусь от 18.06.1993 №2435-XII (в ред. 21.12.2020) [эл. рес. 10].
- **Государственная программа** «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021-2025 годы [56].
- **План** мероприятий по развитию системы социально-гигиенического мониторинга и совершенствования работы в области первичной профилактики неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь (2017) [8,56,64,71,94,100,107].
- **План** мероприятий (дорожная карта) [105] по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы [84].

Генеральный директор ВОЗ М. Чен на конференции МСМС в Сеуле (2015) отметила: «Человек, спасший жизнь – это герой. А человек, спасающий сотни жизней – это, безусловно, медсестра. Такой человек, вероятно, перегружен работой, получает низкую зарплату и в значительной степени недооценен, особенно на уровне разработки политики. А то, что этот человек спасает жизни, не учитывается». В настоящий период пандемии COVID-19 такое отношение общества к МС изменилось.

Следствием исправления подобного отношения к МС стали документы, одобренные Европейским Региональным комитетом ВОЗ только за 2015 г.: «Стратегические направления укреп-

ления сестринского и акушерского дела в Европе для достижения целей Здоровье-2020» и «Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики».

Кадровый потенциал средних медицинских работников в Республике Беларусь

В разных европейских странах кадровый состав является потенциалом и гарантией качества, безопасности и эффективности медицинской помощи населению. В Республике Беларусь это регулируется системой государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения [3]. Средний возраст МС в Европейском регионе 41-46 лет, практически такой же в Республике Беларусь [10].

ВОЗ: «Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам, требующим больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов…в отличие от большинства ресурсов, ценность которых со временем снижается, ценность кадровых ресурсов здравоохранения с накоплением профессионализма увеличивается…».

Из существующей армии медицинских кадров в более чем 114085 человек 52,8% средних медицинских работников работают в больничных организациях (БО), 43,9% в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО), а 1,96% работают на основной должности в научных организациях, в учреждениях образования, в аппарате органов управления здравоохранением – 0,3% [116].

Обеспеченность МС и акушерками в Республике Беларусь и в странах Европейского региона была в 2011г. (на 100 тыс. нас.).

- В Республике Беларусь она составляла 1010,7 МС и 50, 76 акушерками (в 2019 г. МС – 1240, в 2020 г. она составила 1206).
- В странах Европейского региона она составляла 802,8 МС и 41,2 акушерками.
- В странах Европейского союза – 801,4 и 33,7 соответственно, что указывает на лидирующие позиции Республики Беларусь в этом вопросе. Самая высокая обеспеченность МС отмечена в Финляндии, где она составляет 2113,1 на 100 тыс. населения, в Швейцарии – 1707,4 на 100 тыс. населения, самая низкая в Турции – 167,3 на 100 тыс. населения [23].

Значительная разница в приведенных данных объяснима с точки зрения правил расчета показателей, которые в странах Европы учитывают только лиц, непосредственно работающих в практическом здравоохранении.

Помимо обеспеченности кадрами средних медицинских и фармацевтических работников, на качество медицинской помощи влияет показатель соотношения врач: МС.

Так, соотношение в мире врач: МС в динамике (по данным 2010 г.) составляет:

1:1 Турция, Мексика, Израиль, Испания

1:2 Корея, Болгария, Эстония, Чехия, Польша, Беларусь. В 2019 г. для нашей страны соотношение врач: Пвр: МСОП – 1: 1,03: 0,9, в 2020 г. оно составило 1: 1,2:1

1:3 Словения, Швеция, Нидерланды

1:4 Япония, США, Канада, Люксембург

1:5 Финляндия, Ирландия, Исландия, Швейцария.

Согласно прогнозу [84] соотношение врач: МС будет составлять 1: 4. Коэффициент совместительства врачей и МС в Республике Беларусь на протяжении ряда лет (2008-2020 гг.) составляет в среднем 1,23 [эл. рес. 2,5]. Аттестованность МС несколько снизилась с 80,5% до 79,5% в 2019-2020 гг. в связи с притоком молодых кадров, среди Пвр их количество составляет 43,5%, среди МС – 70,3%.

Возросшую мотивацию молодых людей к получению среднего специального медицинского образования подтверждает выпуск учащихся 2020 г., согласно статистике, на бюджетной основе обучено 64,3%, целевое распределение имело 27,4%, на платной основе – 28,6%.

Эти показатели свидетельствуют о целенаправленной политике Министерства здравоохранения Республики Беларусь по формированию кадров и становлению института ВОП [71,87,94,100,108]; [эл. рес.1-6].

Причины и факторы кадрового дефицита в системе здравоохранения

Причины: демографическая ситуация (постарение населения); нерациональное использование кадровых ресурсов; убыль кадров из системы здравоохранения; ограниченные возможности оперативной подготовки медицинских кадров (табл.3.1).

В настоящее время Министерством здравоохранения Республики Беларусь совершены значи-

тельные шаги по устранению организационно-экономических факторов, влияющих на кадровый дефицит средних медицинских работников, чему способствуют нормативные документы [55-59,70,80,81,85,87,92,100,108]; [эл. рес. 3], а также совершенствование управления здоровьем населения на основе системного подхода государства [эл. рес. 27].

Таблица 3.1

Организационно-экономические факторы кадрового дефицита в системе здравоохранения

Причины кадрового дефицита в здравоохранении	Факторы, влияющие на кадровый дефицит
Демографическая ситуация (постарение населения или высокая рождаемость)	Увеличение возраста МС: 2012 г. – 12,6%, 2018 г. – 14,7%, 2020 г. – 13,4% Изменение структуры патологии в зависимости от возраста населения [10]
Нерациональное использование кадров	Концентрация специалистов в городе Дефицит кадров в системе ПМП Избыток «узких» специалистов (исчезла с введением ВОП [8])
Выбытие из системы здравоохранения (1272 человека)	Внешняя миграция Внутренняя миграция в другие отрасли народного хозяйства Естественная убыль медицинских работников (пенсия, инвалидность, смерть)
Ограничение по оперативной подготовке кадров	Отставание нормативной базы и финансирования отрасли здравоохранения и образования

Что предстоит совершенствовать и развивать в АПО по реализации Концепции развития сестринского дела

- завершить анализ итогов работы проекта «Заботливая поликлиника» с выработкой маршрутизации пациентов и перераспределением потоков пациентов на приеме с ориентацией на вызов на дом детям и для совершенствования работы в команде [32]; [эл. рес. 14,18];
- внедрить в практику пациент контролируемое лечение туберкулеза по Республике Беларусь;
- форсировать применение наставничества для МС в ОЗ на уровне АПО и БО [15];
- осуществлять обмен опытом работы Совета МС по непрерывному образованию МС и наставничеству на конференциях, семинарах, заседаниях круглых столов on-line;
- обсудить с внештатными специалистами комитетов УЗО и комитета по здравоохранению Мингорисполкома объемы возможного сокращения отчетно-оперативной документации [27] в деятельности сестринского руководителя тактического уровня управления (главной МС);
- ускорить внедрение элементов электронного здравоохранения [36,51,58,85] в документооборот деятельности МСОП и Пвр, для чего утвердить перечень необходимых нормативных документов и разработать на этой основе программное обеспечение;
- развивать понятие «МС университетской клиники» через изучение норм нагрузки и функциональных обязанностей с помощью создания временного научного коллектива;
- поддержать наставничество в проекте «Гродненская университетской клиника» над студентами 1-3 курсов медицинских университетов;
- разработать методологию проведения мастер-класса по практической отработке применения навыков коммуникативной компетентности в профилактике конфликтов для главных МС;
- продолжить популяризацию работы БелООМС, постепенно внедрить в учебный процесс медицинских колледжей материалы [29,39,42,44].

Резюме. За период 1988 – 2020 гг. ВОЗ и международные организации последовательно продвигали системы здравоохранения разных стран к пониманию нового места и возрастанию функций МС в меняющейся системе оказания медицинской помощи через вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров. Этому направлению политики ВОЗ следует Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Вкладу в ускоренное развитие сестринского образования [23,44,124] способствуют научный анализ исторического опыта трансформации сестринской профессии и появление отряда лидеров как провайдеров исполнения перспективных планов развития сестринского дела [84,105].

Следствием программно-целевого планирования Министерства здравоохранения Республики Беларусь и реагированием на мнение международных организаций о роли и месте МС становится [116] реализация современных моделей комплексного медицинского и социального обслуживания населения [8,28,35,41,43,45,47-49,93,94] с учетом материально-технического обеспечения [88]. Это потребуют новых методов обучения взаимодействия в команде в колледжах и вузах не только МС, но и социальных работников [31,34,35,39,43,40].

Кадровая политика, направленная на повышение мотивации МС к труду путем предоставления жилья, осуществляемая в Республике Беларусь в отношении медицинских работников, является приоритетом сегодняшнего дня, который позволит выполнить намеченное и обеспечит кадрами здравоохранение будущего [84].

Вопросы для самообразования

1. В чем значение доклада ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров»?
2. Знакомо ли вам основное содержание доклада ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров»?
3. Каков может быть вклад вашей ОЗ в осуществление Концепции развития сестринского дала в Республике Беларусь на 2021-2025 годы и План мероприятий (дорожной карте) по реализации Концепции в Республике Беларусь на 2021-2025 годы?
4. Внесены ли в дополнительный план работы главной МС ОЗ разделы и пункты труда согласно Концепции и Плану (дорожной карте), которые могут быть реализованы в вашей ОЗ?

Глава 4. Избранные вопросы организации рабочего места медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Взаимозависимой функцией главной (старшей) МС является обеспечение безопасности труда МС совместно с инспектором по технике безопасности и профсоюзным комитетом ОЗ. Социально-ориентированное государство обеспечивает безопасность рабочих мест работникам здравоохранения, что стало особенно заметным в период противостояния пандемии COVID-19. Так, в 2020 г. Белорусский профсоюз работников здравоохранения переориентировал все ресурсы организации на защиту здоровья, оказание социально-экономической помощи и поддержки работников отрасли для минимизации неблагоприятных последствий пандемии, в т.ч. профессиональных рисков медиков. На цели поддержки по противостоянию коронавирусной инфекции Белорусским профсоюзом работников здравоохранения направлено 4 млн. 610 тыс. руб., из которых осуществлена финансовая помощь 270 ОЗ на сумму 1128 тыс. руб. для приобретения средств коллективной и индивидуальной защиты, создания здоровых и безопасных условий труда, социальную помощь и поддержку медицинских работников. Была осуществлена безвозмездная передача ОЗ приобретенных Белорусским профсоюзом работников здравоохранения средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих и обеззараживающих средств, ИМН, также организовано питание и страхование медиков на общую сумму 995 тыс. руб.

Имело место участие в разработке системы доплат медицинским работникам за особые условия труда в период пандемии COVID-19. После вступления в силу Указа Президента Республики Беларусь от 16.04.2020 г. № 131 «О материальном стимулировании работников здравоохранения» [59] проводились консультации и юридическая помощь в установлении надбавок за работу с пациентами с коронавирусной инфекцией по телефонам горячей линии и интернет ресурсам Белорусского профсоюза работников здравоохранения.

Был оказан значительный объем материальной помощи 8646 работникам, оказавшимся в наиболее сложном материальном положении из-за пандемии в связи с болезнью, оплатой медицинских расходов, тяжелым материальным положением, простоем и др. на общую сумму 2 млн. 320 тыс. руб.

Из созданного Белорусским профсоюзом работников здравоохранения страхового фонда 6099 работникам ОЗ, заболевших COVID-19, оказана материальная помощь на общую сумму 3 млн. 906 тыс., что свидетельствует о выполнении государством своих социальных функций по защите населения.

Создание благоприятной рабочей среды в ОЗ сопряжено с рядом трудностей, которые разрешимы только в сотрудничестве Министерства здравоохранения Республики Беларусь с такими ведомствами как Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь, Министерство финансов Республики Беларусь, Белорусским профсоюзом работников здравоохранения и рядом иных ведомств. С этой целью необходимым становится вовлечение ключевых партнеров на основе концепции социального диалога как средства достижения лучшей рабочей среды. Взаимный интерес нанимателей и работников по вопросам экономической и социальной политики, по улучшению условий найма и качества помощи имеет давние традиции в Республике Беларусь и странах ЕС с 2006 г. [эл. рес. 16,21,24].

Существуют исследования, свидетельствующие о нескольких факторах *успешности* социального диалога и государственно-частного партнерства:

*вовлечение в процесс принятия решений на принципе сотрудничества широкого круга специалистов с помощью организационной культуры;

*доверие между заинтересованными сторонами;

*законный статус переговоров и обязательный характер его результатов [19];

*наличие стратегических целей развития отрасли и организации [56,57];

*компетентность и вовлечение работников в диалог, наличие посредничества в конфликтных ситуациях [11], поддержание инициативы по предоставлению социальной поддержки (рис. 8).

Действия, направленные на улучшение профессиональной среды для медицинских работников, можно разделить на 4 уровня: региональный уровень, национальный, ведомственный и организационный (рис. 9). Известно, что нормативные документы международного и национального уровня носят общий характер, определяют ориентиры и обеспечивают поддержку политики.

Конкретное содержание придается на уровне ведомства и ОЗ, позволяющее адаптировать их к специфике труда в здравоохранении.



Рис. 8. Рекомендуемые компоненты «социального пакета» для мотивации сестринского персонала к успешной деятельности

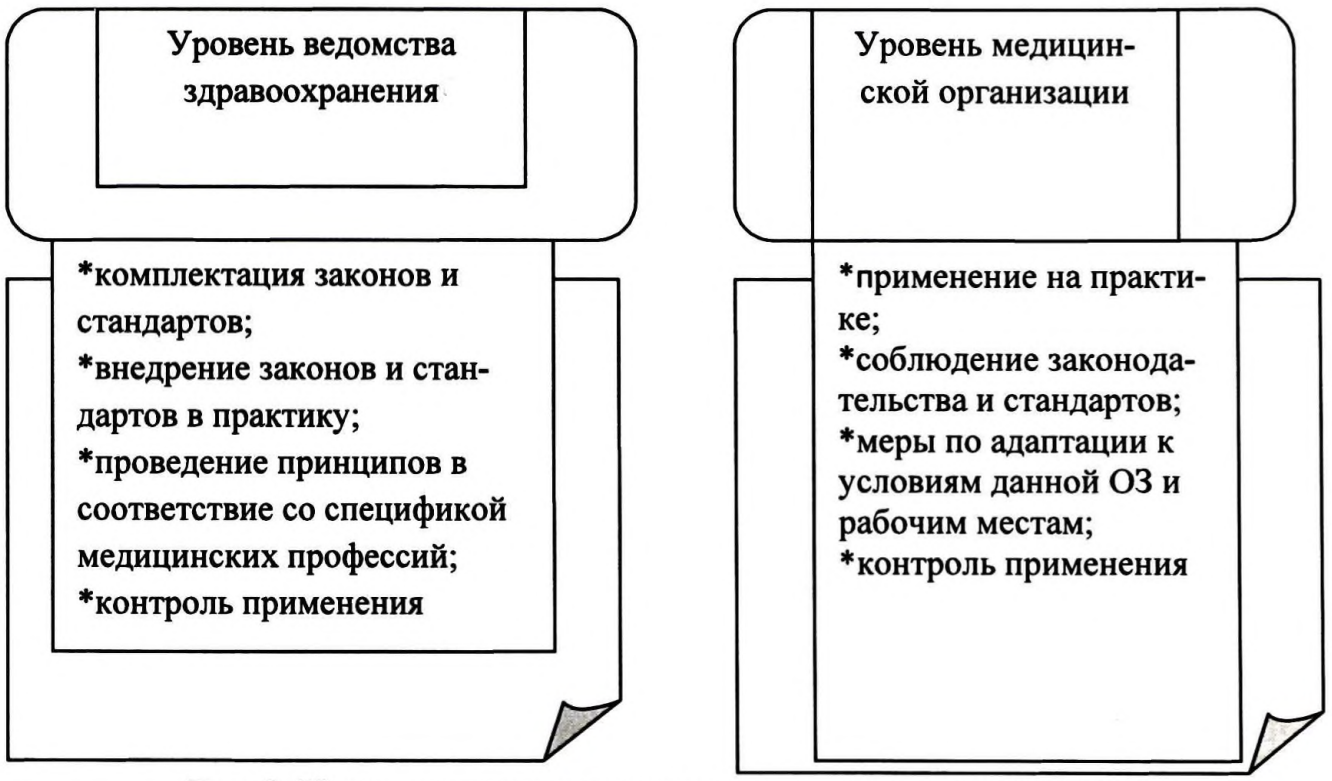


Рис. 9. Уровень применения мер по стратегиям реагирования на создание благоприятной профессиональной среды

Европейское региональное бюро ВОЗ поставило задачи по внедрению стандартов и показателей по укреплению здоровья в отдельных БО и на региональном уровне [эл. рес. 4,21].

Условия работы медицинского персонала являются важным фактором в принятии решения о работе в том или ином месте, удобное рабочее место является важным в мотивации сохранения верности профессии МС независимо от стажа и предоставлять при этом высокое качество помощи. В Республике Беларусь существует и действует эффективная система аттестации медицинского рабочего места, учитываемая при аккредитации ОЗ.

Влияние профессиональной обстановки на качество оказываемой медицинской помощи можно проследить (рис.10). Условия труда Пвр и МС одинаковы, различие может быть в масштабах оснащения в соответствии с должностными обязанностями и информатизации рабочего мест.

Благоприятная рабочая среда содержит качественные аспекты труда МС, с целью создания стимулов для вхождения в профессию и продолжения работы в ОЗ.

В успешной ОЗ создаются условия для максимально возможного раскрытия способностей средних медицинских работников качественно и с полной отдачей выполнять свои должностные

функции. В ЕС лозунг «больше рабочих мест лучшего качества» стал стратегическим направлением работы.

Для раскрытия содержания качества труда следует использовать элементы возможности самостоятельной работы; индивидуальную возможность регулирования рабочей нагрузки; укомплектованность кадрами; темп работы; социальный микроклимат в коллективе; безопасность работы и ее социальные гарантии (Munoz de Bustillo et al., 2009) [эл. рес. 21].



Рис.10. Зависимость между профессиональной средой и качеством медицинской помощи

Представлены элементы, составляющие зависимость влияния рабочей обстановки МС на качество медицинской помощи (рис.10):

*способность давать и получать необходимую информацию нужным специалистам в оговоренное время (функционирование ОЗ);

*личная удовлетворенность своей работой (поддержка пациента общества, руководства);

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

*непрерывное образование (учебные курсы на рабочем месте, повышение квалификации, обучающие совместные с врачами семинары, конференции, участие в жизни своего коллектива);

*организационная культура, степень доверия (знаю сам – могу помочь другому человеку, компетентное руководство, социальные льготы).

Первые три параметра влияют на качество медицинской помощи напрямую, остальные два – опосредованно. На текучесть кадров и истощение физических и эмоциональных ресурсов работника здравоохранения влияют несовершенство медицины, синдром эмоционального выгорания (СЭВ)*, невозможность иногда спасти чью-то жизнь [41,118].

Также важно качество оценки медицинской помощи не только пациентом, но и медицинским работником; удовлетворенность пациента, продолжительность пребывания в БО, повторная госпитализация, опасность профессионального заражения ВИЧ, туберкулезом, заболеваниями, передаваемыми половым путем [16,35,37,40,43,53,103,115]; [эл. рес. 3,28].

Существует ряд факторов рабочего процесса, выполняемого медицинским работником, препятствующих сохранению здоровья МС:

1. Воздействие биологических факторов вследствие контакта с инфекциями, биологическими жидкостями пациента. Потенциальный риск представляют туберкулез и лекарственная устойчивость этого возбудителя. Известны случаи заболевания 50% персонала, когда неизвестны пути передачи, или когда защитные средства не обеспечивали адекватной защиты, как при вспышке тяжелого острого респираторного синдрома в 2010 г.

Шотландская национальная служба здравоохранения подсчитала, что издержки, связанные с травмами, причиняемыми острыми медицинским инструментами, в расчете на один случай, составляют от нескольких тысяч (на постэкспозиционную профилактику) до 1 млн. евро при травме, приведшей к передаче гемотрансмиссионного вируса.

2. Нарушение естественных биоритмов человека и работа в условиях психологического стресса и неопределенностей, по выходным и в праздничные дни. Исследованиями (Di Martino V., 2002) установлено, что психологическое насилие в форме буллинга и моббинга (словесным оскорблениям прилюдно и наедине) подвергалось 51% врачебного и 27% медицинского персонала, коллективной психологической травле – 23%, в то же время физическое насилие ограничилось в этих организациях 3% [эл. рес. 21];

3. Система безопасности в работе с приборами и аппаратурой старого и нового поколения, гигиена труда с чередованием напряженного труда и отдыха. Травмы вследствие неосторожности обращения с зараженными отходами, иглами и другими режущими колющими предметами [74,80,81,89,91]. В результате этого в Европе ежегодно происходит один миллион травм, каждая из которых может стать путем передачи гепатитов В и С, ВИЧ.

4. Контакты с лицами с психическими заболеваниями, усилившимися у части пациентов после перенесения тяжелой формы коронавирусной инфекции, до момента установления диагноза несут угрозы насилия и незаслуженных оскорблений МС (психосоциальные риски). Так, в 27 государствах-членах ЕС отмечен уровень подобных инцидентов у 15,2% медицинского персонала, а риск подвергнуться угрозе физического насилия в 8 раз выше, чем у работников обрабатывающей промышленности. Исходя из статистики роста численности людей с психическими расстройствами и зависимостями в последнее десятилетие [эл. рес.2,5,17], это в определенной мере может явиться провокацией увеличения необоснованных жалоб. Кроме этого, для служб скорой помощи, работающих на вызовах в одиночку, это становится общепринятым фактором риска агрессии от больного в патологическом состоянии. У работников здравоохранения в 2005 г. отмечена наиболее высокая распространенность стресса на работе (до 28,5% против 22% среди всех работающих в ЕС). Особенно высоки эти показатели в Словении (60%), Греции (54%), Латвии (52%) [эл. рес. 21];

5. Ответственность МС за возможность фатальной для жизни или здоровья пациента ошибки [эл. рес. 20,29]. Известно, что 10% ошибок зависят от человеческого фактора, в связи с этим у 28,5% работников здравоохранения высока приверженность к психосоциальным рискам. В Словении, например, в 2005 г. о наличии стресса, обусловленного работой, сообщило 60% персонала, а в Латвии – 52%. Симптомы последействия стресса в форме склонности к сверх бдительности и тревожных воспоминаний приводят к снижению производительности труда, ошибкам и уходу из профессии.

6. Химическая среда и контакты с дезинфицирующими средствами и некоторыми лекарственными средствами, физические факторы ионизирующего излучения.

7. Эргономические риски, обусловленные элементами ухода, связанными с физическим переносом пациента в пространстве (рис.11,12), продолжительного стояния в неудобной позе, чрезмерной ходьбы в рабочем процессе МС [эл. рес. 21].

Основными методами работы по сохранению кадров МС в условиях их острого дефицита явилось вложение финансовых средств в повышение квалификации работников, система управления качеством [115,117], наделение уровнем властных полномочий и ответственности старших МС и Пвр, а также улучшение микроклимата во взаимоотношениях врачей и МС [4,12,32,38,41].

К функциям главной МС совместной с работой инспектора (инженера) по технике безопасности относится обеспечение и контроль характеристик безопасности труда.

К **факторам тяжести физического труда МС** относят:

*неравномерное распределение физической нагрузки на опорно-двигательный аппарат;

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

*необходимость частых и глубоких наклонов корпуса;

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

*многократно повторяющиеся движения рук разной амплитуды у инструктора ЛФК, МС по массажу, МС по физиотерапии.

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

Профилактикой заболеваний опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы являются приемы эргономики, технология кинестетикс*, максимальная применяемая малая механизация при переносе пациентов, а также рабочая поза «сидя – стоя» с использованием подъемно-поворотного табурета и плавной системы регулирования высоты сидения, ежедневная гимнастика для укрепления мышц спины (прил.3).

В традиционном понимании эргономика – это наука о приспособлении должностных обязанностей, рабочих мест, предметов и объектов труда, а также компьютерных программ для наиболее безопасного и эффективного труда работника, исходя из физических и психических особенностей человеческого организма. В прикладном смысле это наука, позволяющая адаптировать работу к личным особенностям специалиста. Общеизвестно, что определенным гарантом эффективной профессиональной деятельности является наличие безопасной рабочей среды. Труд медицинских работников относится ко II категории напряженности. Благодаря исследованиям ученых, можно выполнять служебные обязанности наиболее успешно и безопасно для здоровья исполнителя. Для создания требований к рабочему месту рассматриваются способности работника по отношению к физическим условиям работы (например, напряжение, выносливость, ловкость, гибкость, способность выдерживать положения и позы, зрительная и слуховая острота), а также как специалист контролирует собственное умственное и эмоциональное состояние в отношении рабочего регламента. Это может касаться графиков работы, рабочей нагрузки, связанного с работой стресса, падений.

Методы ручных манипуляций с пациентами, предназначенные для предупреждения травм спины персонала, были предложены во многих странах (прил.1). Применение в ЕС европейского стандарта EN 90/269 от 29 мая 1990 г. по проблемам появления болезней спины у МС является примером начала подхода к профилактике производственного травматизма. Достигается это посредством требований работодателя к усовершенствованию соответствующих структур организационной работы МС или использование механического оборудования, предотвращающего ручную работу с грузами.

Запатентованная БОКК методика кинестетикс* помогает в уходе за пациентами с ограниченными возможностями и полезны для здоровья не только пациента, но и МС (прил.1) (рис.11,12).

Важным остается значение политики обращения, не приносящего риски для здоровья, как пациента, так и МС, которая включена в обучение. Принятие соответствующих положений на практике и ручная работа зависят от размера функционального пространства, наличия соответствующей мебели и оборудования, сотрудничества в рабочей команде и качества медицинской помощи, наличия физических способностей МС и удобства рабочей одежды.

В идеале, адаптация к обстановке, оборудованию, инструментам, которые использует специалист, и к окружающим условиям делает работника способным адекватно выполнять свои обязанности без риска для самого себя, коллег, окружающих людей, семьи. Иногда необходимо повышение адаптации специалиста к работе путем специальной подготовки и использования средств индивидуальной защиты (СИЗ).

В связи с условиями труда выделяют 3 группы профессий:

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

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

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

О функциях главной (старшей) МС по осуществлению контроля исправности используемой медицинской техники совместно с инспектором (инженером) по охране труда несколько подробнее. Технические устройства, используемые в медицине, называют обобщенным термином «медицинская техника» или медицинская аппаратура, которая подразделяется на медицинские приборы и медицинские аппараты. Медицинским прибором считают техническое устройство, предназначенное для диагностических или лечебных измерений (медицинский термометр, сфигмоманометр, электрокардиограф и др.). Медицинский аппарат – техническое устройство, позволяющее создавать энергетическое воздействие терапевтического, хирургического или бактерицидного свойства, а также обеспечивать в медицинских целях определенный состав различных субстанций (для аппарата УВЧ-терапии, электролазера, искусственной почки, ушного протеза и др.).

Метрологические требования к медицинским приборам очевидны, они призваны оказывать дозирующее энергетическое воздействие на организм в безопасных дозах, поэтому заслуживают внимания метрологической службы. Измерения в медицине специфичны, поэтому в метрологии выделено направление – медицинская метрология, базирующаяся на определенных требованиях. Основными нормативными документами по метрологии в настоящее время являются [61,62,97].

Контроль исправности медицинской техники, как вид деятельности главной МС, осуществляется совместно с инспектором (инженером) по охране труда. В целях выявления всех имеющихся в ОЗ средств измерений (СИ), их учет начинается с технической переписи, осуществляемой ежегодно по мере поступления нового оборудования, завершается к началу составления графиков поверки (прил.2).

Материалы переписи СИ должны содержать следующие данные: наименование, тип, единицу измерения, класс точности, нижний и верхний предел измерения, индивидуальный номер, год выпуска, страну-изготовитель. Кроме этого должна быть дата ввода в эксплуатацию, за кем закреплено СИ, данные о поверке. Сведения о СИ заносятся в журнал учета, который должен содержать разделы по каждому виду. Журнал ведется в каждом структурном подразделении ОЗ [24,27,97]. В журнал учета в отдельный раздел включаются СИ, не обеспеченные поверкой, и импортируемые средства измерений. По мере приобретения, списания и передачи СИ другим лицам, или в другое подразделение ОЗ своевременно должна осуществляться корректировка учетных данных. После осуществления переписи СИ производится анализ их состояния, принимаются необходимые решения. Труд МС стал более технологически оснащенным, поэтому к эксплуатации приборов допускаются только специально обученные работники.

Указания по эксплуатации и хранению средств измерений в ОЗ

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

Для составления в ОЗ графиков поверки исходными данными являются журналы учета средств измерений, графики поверок СИ составляются ответственным за метрологическое обеспечение средств измерений, утверждаются руководителем ОЗ, согласовываются с базовой метрологической службой, Белстандартом, или его территориальными органами. Главная МС обеспечивает контроль сервисного обслуживания и метрологической поверки лабораторно-диагностического оборудования, с согласия главного врача назначает ответственных лиц подразделений за этот вид деятельности.

Значение безопасности рабочего места МС состоит в том, что она должна вызывать желание успешно выполнять свои профессиональные обязанности без опасений за свое здоровье.

Препятствуют сохранению здоровья МС эргономические риски, обусловленные элементами ухода за пациентом (прил.1).

Организация рабочего места МС

Существует несколько зон работы МС, в которых можно использовать элементы эргономики (ФТЛ, массаж, переносная портативная аппаратура) (рис.11,12). При организации рабочих мест МС с целью обеспечения безопасности и удобства ее труда необходимо учитывать то, что конструкция рабочего места, размеры и взаимное расположение его элементов должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психофизиологическим данным МС. Важен выбор:

- размеры рабочей зоны и необходимость передвижения в ней персонала в процессе выполнения своих функций;
- положения работающей МС, при этом необходимо учитывать и физическую тяжесть работы;
- технологические особенности процесса выполнения работы;
- статические нагрузки рабочей позы;
- время пребывания в особом положении и перерывы на обед.

Размерные характеристики рабочего места МС

Конструкция и обустройство рабочего места должны обеспечивать оптимальную рабочую позу МС, учитывающую и не препятствующую естественным физиологическим процессам организма и обеспечивающую оптимальную возможность выполнения работы, для которой предназначено рабочее место. Значительная часть работы в современном мире делается в положении сидя, поэтому главной МС ОЗ при создании сидячего рабочего места врачам и МС необходимо обращать внимание на следующие факторы:

- высоту рабочей поверхности и размеры рабочей зоны, возможности регулировать эти параметры под индивидуальные особенности организма МС;
- высоту и строение опорной поверхности (плоская, седловидная или наклонная опорная поверхность);
- физическую тяжесть работы, значимость которой обусловила изучение этого вопроса ВОЗ [99,120]; [эл. рес. 21];
- пространство для ног.

Передовые тенденции в организации труда МС должны учитывать индивидуальные особенности работника, размеры и взаимное расположение элементов рабочего места должны соответствовать антропометрическим, физиологическим и психофизиологическим данным МС, если этого не осуществлять, можно нанести вред здоровью сотрудника, снизить количественные и качественные производственные показатели.

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

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

Одним из факторов, определяющих здоровье средних медицинских работников и качество медицинской помощи, является значительное физическое напряжение, о чем свидетельствуют частые перерывы в процессе выполнения процедуры, мешающие специалисту. Негативное воздействие на МС оказывают психологические факторы, ассоциированные со случаями фатальных заболеваний или травм, работой с престарелыми или психически больными пациентами и смертью [34,35,37,49,94,96,97,100]; [эл. рес. 29]. Учет всех факторов – трудная задача для главной МС, но он выявляет возможности работников, не удовлетворенных или получающих удовольствие от своей работы.

В качестве примеров мотивации на высококачественный труд МС в отдельных европейских государствах можно привести:

➢ «Стабилизационную программу» в Чешской Республике (2008) для преодоления дефицита МС, которые могут быть применены к специалистам с высшим сестринским образованием, работающим в качестве Пвр:

*перевод специалистов в разряд категории работников с более высокими ставками заработной платы, и увеличение системы льгот в ОЗ;

*современные программы непрерывного повышения квалификации и самостоятельного обучения с помощью наставников;

*возрастание сферы компетентности и возможность самостоятельности в работе, закрепленное законодательно, как это осуществлено для Пвр;

*оптимизация пропорций между семейной жизнью и работой посредством гибкого графика работы, оформления на работу на полставки, места в детский сад; возможность лечения в дневных стационарах;

*ведение реестра численности медицинских работников с учетом их потребности в ведомственном жилье). Результатом «Стабилизационной программы» в Чехии стало уменьшение дефицита кадров наполовину уже через год (Safrankova A., Di Cara).

➢ Национальный план по повышению привлекательности профессии МС в Бельгии (2008), рассчитанный на четыре года с наполнением солидными государственными инвестициями, расходуемыми на четыре главных направления (Lardennois M.):

*принятие мер по уменьшению норм нагрузки на одну МС и снижению уровня стресса, увеличение численности медицинского персонала, стимулирование лиц, овладевших смежными умениями и навыками и готовых к взаимной замене, использование систем информационных технологий для облегчения канцелярской рутинной работы, стандартизованные листы наблюдений согласно сестринскому процессу;

*создание условий для повышения квалификации за счет обучения МС на рабочем месте и введения магистерских степеней;

*изменение системы оплаты труда премиями за работу в выходные и праздничные дни, в позднее и ночное время, за исполнение административных обязанностей;

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

➢ Исландия (2000) становится примером воздействия на разумное сочетание медицинской работы и семейной жизни, в которой уровень участия женщин в трудовой деятельности составляет 90% и одновременно высок уровень рождаемости. Изменение законодательства касалось системы предоставления отпусков по беременности и родам равно для матерей и отцов, имеющих право самостоятельного его решения внутри семьи:

*при рождении или усыновлении ребенка оба родителя имеют право на трехмесячный оплачиваемый отпуск без права передачи отпуска другому родителю. Если один из родителей решит не пользоваться этим отпуском, отпуск пропадает. Оба родителя имеют совместное право на дополнительный трехмесячный отпуск, оплачиваемый в размере 80% заработной платы, который можно разделить между собой и использовать гибко. Итогом 3-х летнего применения подобной системы число мужчин, участвующих в уходе за ребенком, возросло до 92%.

Помимо этого, в Исландии использовали:

*переход к облегченному труду без прерывания трудовых отношений;

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

*гибкий график работы МС;

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

*помощь в оплате услуг детского сада или предоставление таких услуг.

➢ Германия предлагает свои стратегии, благоприятствующие семейной жизни в практике БО:

*частичная занятость молодых матерей (на 15-93% полной ставки);

*разделение объемов работы, особенно на управленческих должностях;

*координация графиков дежурств медиков из семейных пар из разных отделений одной БО;

*создание счетов рабочего времени (прибавление и вычитание часов работы).

В университетской клинике «Шарите» (Берлин) введена должность консультанта для мужчин по вопросам разумного соотношения труда и семьи, а в медицинском университете (Ганновер) предусмотрено материальное поощрение учебных кафедр, которые стимулируют возвращение на работу матери в течение года после начала отпуска по уходу за ребенком.

➢ Беларусь предлагает стратегии, благоприятствующие обеспечению жильем как средством закрепления на новом рабочем месте в практике ОЗ. Только за 2020 г. разнообразными формами жилья обеспечено до 16,1% средних медицинских работников.

Правовые инструменты, использованные на международном и национальном уровне в Европейском союзе, аналогичны мерам, закрепленным отечественным законодательством о стимулах материнства.

В отношении работников БО применение эргономики расширилось, и в настоящее время она направлена на тех, кто вовлечен в оказание непосредственной помощи пациенту. Она изучает деятельность врачей, МС, работников вспомогательных служб (техников, лабораторного персо-

нала, фармацевтов и социальных работников), а также лиц, кто занят в службах обеспечения (администрация, повара, хозяйственные работники, рабочие эксплуатационных служб и др.). Исследованиями по эргономике госпитализации пытаются определить степень свободы персонала БО, которую могут допустить администраторы в разработке стратегий приемлемой рабочей нагрузки при удовлетворительном качестве помощи. Результаты анализа используют для адаптации оборудования при оказании медицинской помощи, с учетом расстояния между палатами, количеством и расположением оборудования при типовом планировании ОЗ.

Учеными за рубежом исследуется совокупность и взаимодействие личных факторов (усталость, соответствие, возраст и подготовку) и факторов обстоятельства (организация работы, график, покрытие пола, мебель, оборудование, средства связи и психологическая поддержка в коллективе), которые взаимодействуют и влияют на оказание медицинской помощи. Точная характеристика актуальной работы, выполняемой медицинскими специалистами, зависит от эргономических наблюдений в течение полных рабочих дней, сбора значимой и объективной информации о движениях, позах, элементах творческого подхода и эмоционального контроля, необходимых для удовлетворения рабочих требований. Они помогают определить факторы, которые могут взаимодействовать с эффективной, безопасной, комфортабельной медицинской работой. Этот подход также выявляет возможности работников, не удовлетворенных, или получающих удовольствие от своей работы. ВОЗ планирует научное изучение этих вопросов в 2021 г. [120].

В основу будущих, специальных исследований европейские ученые закладывают изучение взаимозависимости различного персонала профессионалов и вспомогательных работников, оказывающих помощь одному и тому же пациенту. Изучения требует анализ напряжений, связанных с использованием основного оборудования (койки, тележки для пищи, переносное рентгеновское или иное портативное оборудование), впоследствии это может помочь в выяснении приемлемых условий для работы МС. Например, измерение уровней освещения рабочего места МС может быть дополнено информацией о размере и четкости медицинских этикеток. В палате интенсивной терапии, где сигналы тревоги, издаваемые оборудованием, могут приводить в замешательство окружающих, следовательно, может быть полезным определение или изменение их акустического спектра.

Влияние рабочих поз на здоровье медицинского персонала

Важности рабочих поз для здоровья медицинского персонала посвящены эпидемиологические *исследования* (Siegel et al., 1993) [эл. рес. 21]. Автор изучал нарушения суставов и скелетных мышц, свидетельствовавших о том, что неудобные положения тела, несоответствующие приемы при работе с тяжестями связаны с удвоением числа травм спины, суставов и проблем с мышцами, требуют лечения, освобождения МС от работы, могут привести к производственному травматизму.

Известно, что рабочие условия медицинского персонала в БО разных стран различаются. При их сравнении в Германии и Норвегии обнаружили, что 51% немецких МС и только 24% норвежских страдали болями поясницы на день проведения обследования. Рабочие условия для МС в Германии и Норвегии были разными, однако в БО Германии соотношение пациентов на одну МС было в два раза выше, число коек с регулируемой высотой – наполовину меньше, чем в БО Норвегии. Немногие МС Германии располагают оборудованием для подъема и переноса больных (78% против 87% в норвежских больницах) (рис.11,12).

Преобладающим контингентом работников БО являются женщины, влияние их работы на беременность может становиться важной проблемой (Saurel-Cubizolles et al.,1985). Во Франции были проведены эпидемиологические исследования беременности и ее исхода, в ходе которого обследовали 621 женщину, вернувшуюся к работе в стационаре после родов. Было установлено, что более высокое число преждевременных родов было связано с выполнением тяжелой хозяйственной работой (мойка окон и пола), переносом тяжелых грузов и продолжительной работой в стоячем положении. При объединении результатов по этим рабочим заданиям установлено, что доля преждевременных родов увеличилась.

В случае действия одного из этих факторов число преждевременных родов составляло 6%, а при совмещении двух или трех рабочих заданий было равно 21%.

Эти различия оставались значимыми после учета стажа, социальных и демографических характеристик, профессионального уровня, также влияли на более высокую частоту мышечных су-

дорог, достоверно большее число госпитализаций в период беременности, в целом, на более продолжительное освобождение от работы по болезни [эл. рес. 21].

Эргономические наблюдения рабочего дня

Влияние физического напряжения на здоровье МС было изучено при непрерывном наблюдении их рабочего дня. Исследования, проведенные в Бельгии (Malchaire 1992), Франции (Estryn-Behar and Fouillot 1990) и Чехословакии (Hubacova, Borsky and Strelka, 1992) показали, что медработники проводят от 60 до 80% своего рабочего времени стоя. Наблюдаемые бельгийские МС проводили 10% рабочего времени в согнутом положении. В Чехословакии МС 11% времени тратили на переворачивание пациентов, а во Франции они проводили от 16 до 24% времени в неудобных положениях (стояние, сидение на корточках или с поднятыми или вытянутыми руками).

Во Франции во время ночных дежурств МС проводят иногда большую часть времени сидя, в конце дежурства они заняты уборкой коек и раздачей лекарств. Оба вида деятельности связаны с работой в неудобных положениях, при этом им помогают санитарки. Это существенно отличается от ситуации во время утреннего дежурства, когда эти задачи выполняют две младшие МС. Обыкновенно МС, работающие в дневную смену, проводят меньше времени в неудобных положениях. Санитарки были постоянно на ногах и в неудобных позах, что во многом обусловлено несоответствием оборудования. Это составляло для них от 31% (дневная смена) до 46% (утренняя смена) рабочего времени. Средства обслуживания пациентов во французских и бельгийских стационарах при учебных заведениях (университетских клиниках) были распространены более широко и имели палаты с одной или тремя койками. МС в таких палатах проходили в среднем от 4 до 7 км в день [эл. рес. 21].

Анализ затрат рабочего времени в 2010-2011 гг. в Республике Беларусь явился основой для установления пропорций в видах деятельности и норматива нагрузки Пвр при визите на дом и на приеме по методике В.Н. Шиповой [эл. рес. 14,18].

Перечень видов деятельности и трудовых операций Пвр, измеряемых в процессе хронометража, включал подготовку рабочего места, прием в АПО, выписку рецептов, направление на анализы, оценку результатов, анализ необходимости направления к врачу-специалисту. Также проводился хронометраж оказания неотложной помощи по итогам осмотра, обучения профилактическим и реабилитационным навыкам, мероприятий по соблюдению инфекционной безопасности, ведению делопроизводства, профессионального общения с коллегами, в соответствии с должностной инструкцией и разработанным перечнем видов деятельности и трудовых операций [43]; [эл. рес. 18].

Виды работ Пвр были сгруппированы по разделам деятельности: основная, вспомогательная деятельность, работа с документацией, служебные разговоры. Совместная работа с главными МС двух АПО позволила выделить независимые и зависимые манипуляции, осуществлявшиеся Пвр. К *условно зависимым* отнесены процедуры, выполняемые Пвр по назначению врача, это собственно сестринские манипуляции. Они включали инъекции, сбор системы, венепункция, инфузионная терапия, промывание желудка, вакцинация, забор крови на сахар, измерение уровня внутриглазного давления, контрольные взвешивания детей и взрослых, ассистирование врачу при малых оперативных вмешательствах, обучение пациента подготовке к забору крови, мочи на исследование, оксигенотерапия, постановка клизмы, определение суточного диуреза.

К манипуляциям *условно независимым* отнесены процедуры и манипуляции, выполняемые Пвр без назначения врача: наблюдение за общим течением заболевания, оценка состояния после процедуры и манипуляции, измерение температуры тела, частоты пульса, артериального давления, пульсоксиметрия. Еще это беседы, советы, организация и обеспечение безопасной инфекционной среды в семье и для контактных лиц, психологическая подготовка к исследованиям, сопровождение пациента на процедуры и исследования, контроль некоторых предписаний врача, обучение навыкам ухода, кормления, ухода за молочными железами молодых первородящих.

К *вспомогательным* процедурам отнесены подготовка к работе, взаимодействие с коллегами и с пациентами, получение медикаментов, их раскладка, мытье рук и инструментария, подготовка к сдаче в централизованное стерилизационное отделение (ЦСО), подготовка биксов для стерилизации, одевание рабочей одежды, вызов пациента на консультации, в кабинет.

В работу с *документацией* были включены заполнение соответствующих граф в истории болезни, температурного листа, онкологического осмотра, заполнение документов по передаче смены, выписку рецептов и направлений на анализы, регистрацию выполненных врачебных

назначений, работа по изучению нормативной документации (приказы, распоряжения по АПО, инструкции, СанПиН), работу на компьютере [эл. рес. 14,18].

К организационным мероприятиям были отнесены передача и прием смены, отчет у врача (зав. отделением), обсуждение проблем пациента с врачом, утренние совещания, контакты с представителями других служб, ответы на телефонные звонки, вызовы врача-специалиста. К прочей деятельности отнесены контроль сохранности инструментария и оборудования, обеспечение стерильным инструментарием и перевязочным материалом, уборка рабочего места, перемещения внутри АПО, время на личную гигиену и прием пищи.

Порядок хронометража, регламентированного приказом главного врача ОЗ, выявил пропорции показателей рабочего времени, взятые за основу в дальнейших расчетах (табл.4.1).

Таблица 4.1

Результаты хронометража рабочего времени Пвр в амбулаторно-поликлинической организации Республики Беларусь

Наименование деятельности	Показатели времени (в %)
Основная деятельность	50
Вспомогательная работа	15
Работа с документацией	10
Служебные разговоры	10
Хозяйственная и др. деятельность	5
Личное время	10
Итого:	100

Норматив нагрузки Пвр на амбулаторном приеме в АПО составил 3,35 чел./час., а на посещения на дом – 1,79 чел./час. Это стало благоприятным для качества труда специалиста, обусловив ряд медико-социальных эффектов деятельности [108]; [эл. рес. 18]. Учтенные факторы производственной деятельности Пвр полезны для выполнения функциональных обязанностей и обеспечения безопасной производственной деятельности, при которых учитываются пропорции: работа - семья.

Оценка оборудования, уменьшающего физическое напряжение МС

В БО (стационарах дневного пребывания) это управляемые подъемники (рис. 11).

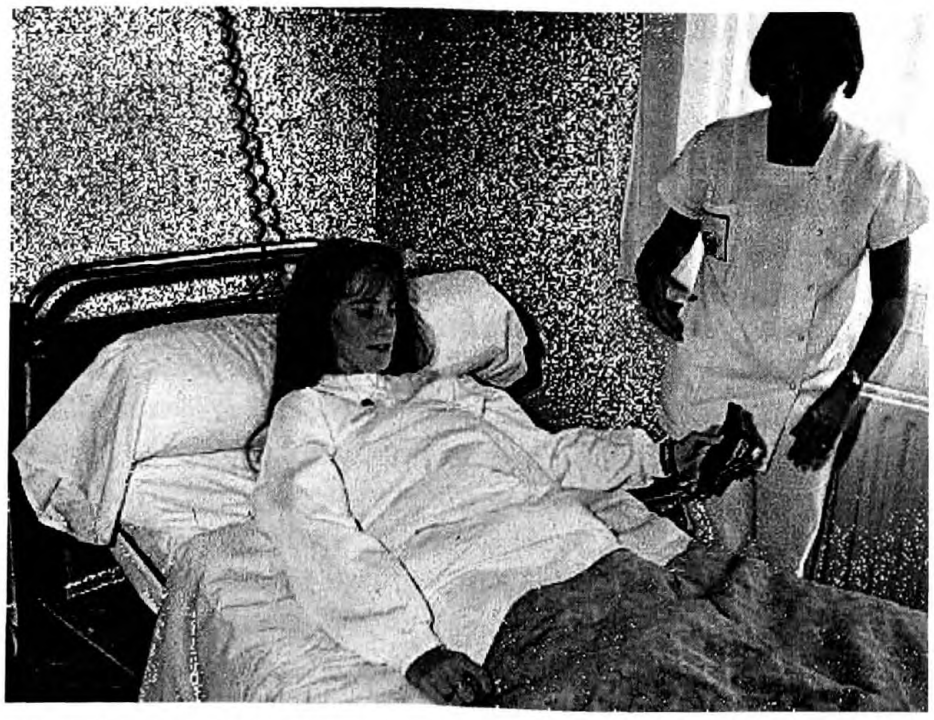


Рис. 11. Электронно-управляемый подъемник на койках эффективно сокращает число несчастных случаев

В Квебеке (Канада) ASSTAS разработала общий подход к анализу рабочих условий, вызывающих проблемы спины у медицинского персонала стационаров (Villeneuve, 1922). В 1988-1991 гг. этот подход привел к изменениям рабочей обстановки и оборудования в 120 палатах, что повлекло сокращение на 30% частоты и тяжести профессиональных травм у МС. В 1994 г. анализ рентабельности, проведенный Ассоциацией ASSTA, показал, что систематическое усовершенствование подъемников, смонтированных на потолке, сокращает число производственных несчастных случаев и увеличивает продуктивность, по сравнению с использованием передвижных, подъемников, расположенных на полу (рис. 12).

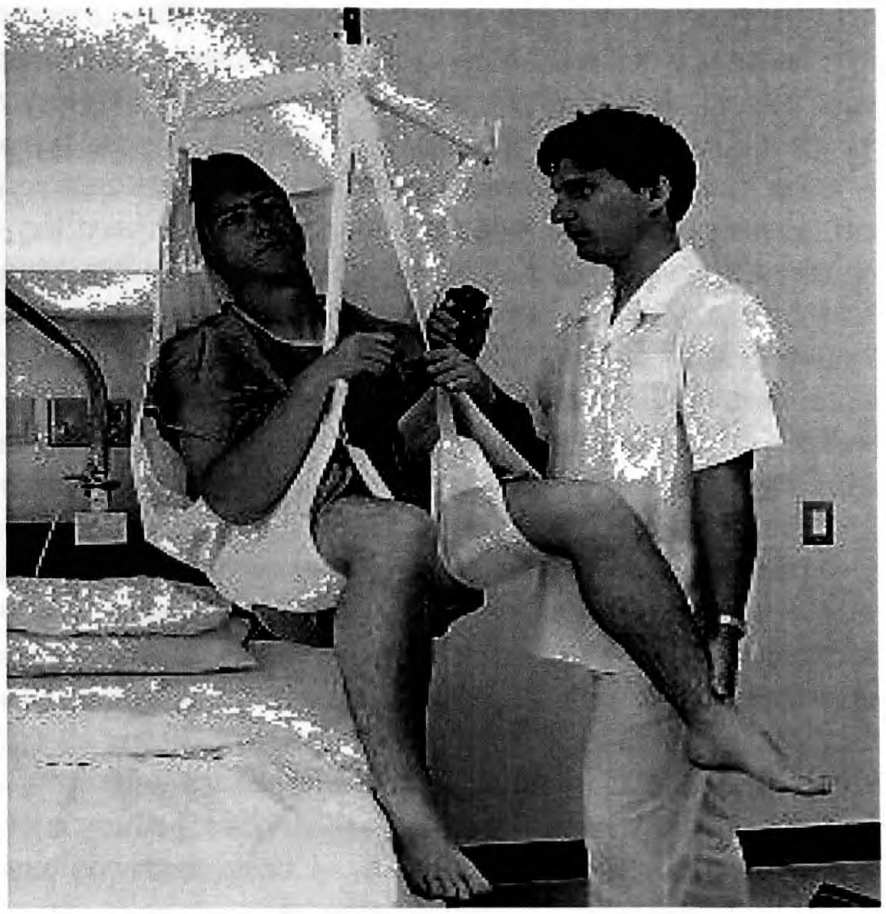


Рис.12. Использование подъемников, укрепленных на потолке,
снижает количество несчастных случаев при подъеме пациентов

Учет индивидуальной вариабельности и облегчение деятельности МС

Женское население Франции, в целом, физически не очень активно. Из 1505 МС, изученных Estryn-Behar et al. (1992) большинство не принимали участия в физкультурной деятельности. Отсутствие активности было более выраженным среди матерей и неквалифицированного персонала. Принятие более удобных рабочих поз обусловлено также соответствующей удобной одеждой (Lempereur, 1992), и важным качеством обуви, избегая обуви с твердыми подошвами. Не скользящие подошвы предупреждают производственные травмы, вызванные скольжением и падением, которые во многих странах занимают второе место среди причин несчастных случаев МС, приводя к нетрудоспособности. Плохо подобранные галоши (ботики) или ботинки, одеваемые персоналом операционной для уменьшения статического электричества, могут быть опасны и, привести к падениям [28,43]. Скольжение по поверхности пола может быть предупреждено использованием противоскользящих покрытий пола, которые не требуют их натирания. Опасность скольжения, особенно в пролетах входных дверей, также может быть снижена с помощью использования приспособлений, не оставляющих пол на долгое время мокрым. Использование швабры в комнате, рекомендуемое отделом гигиены ЦГЭи ОЗ, является одним из таких способов и как дополнительное преимущество, уменьшающее опасность ношения ведер с водой [24].

Требования к размещению технологической и организационной оснастки рабочего места МС

- на рабочем месте МС не должно быть ничего лишнего, все необходимое должно находиться в непосредственной близости от работающего, размещение оснастки должно исключать неудобные позы работника;

• предметы, которыми пользуются чаще, располагаются ближе тех предметов, которыми пользуются редко;

• инструменты или предметы, которые берутся левой рукой, должны находиться слева, а те предметы, что берутся правой рукой – справа;

• более опасная, с точки зрения травмы, оснастка должна располагаться выше менее опасной оснастки; однако при этом следует учитывать, что тяжелые предметы при работе удобнее и легче опускать, чем поднимать;

• рабочее место не должно загромождаться посторонними предметами.

Целесообразной является рациональная организация труда и отдыха, включающая микро паузы через каждые 50-55 мин. работы, с перерывом на 5-10 мин. Также проводят производственную гимнастику; теплые ванночки для кистей рук, самостоятельный массаж зон плеча и плечевого пояса 1-12 мин., серию упражнений на 10 мин. (прил.11). Специалисты рекомендуют сезонную витаминотерапию, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, а также предварительные (перед приемом на работу) и периодические медицинские осмотры, рекомендуемые в соответствии с эпидемиологической ситуацией.

Воздействие биологических факторов на МС вследствие контактов с инфекцией COVID-19 стало особенно опасным для здоровья в период противостояния пандемии коронавирусной инфекции. Работа в красной зоне согласно Указу Президента Республики Беларусь №131 от 16.04.2020 г. дополнительно оплачивалась, подробно об этом в гл.2.

Администрации ОЗ, главным МС, Совету МС и профсоюзным организациям предстоит уделить внимание пост эпидемическим осложнениям у медицинских работников с целью предупреждения вторичной заболеваемости и своевременности реабилитационных мероприятий*:

✓ рост психических расстройств на 20,4%. В ежемесячном плане учебы средних медицинских работников целесообразно повторить признаки неблагополучия, особенности работы с такими пациентами и обеспечить МС консультацию психолога при необходимости в соответствии со ст.2 Закона «О здравоохранении» в новой редакции;

✓ увеличение заболеваемости онкологическими болезнями на 19,1% потребует уделить внимание возобновлению скрининга и диспансеризации переболевших лиц;

✓ возрастание болезней органов пищеварения на 17,9% потребует диспансеризации и организации диетического питания на рабочих местах, если позволяют условия и дополнительные формы стимулирования в Коллективном трудовом договоре.

В должностных обязанностях главной (старшей) МС присутствуют особые вредные и опасные производственные факторы:

– хранение химических реактивов и лекарственных средств, образующих вредные испарения;

– обрушение штабелей складируемых товаров;

– понижение температуры поверхностей холодильного оборудования;

– понижение температуры воздуха рабочей зоны;

– повышенная подвижность воздушных масс кабинета;

– отсутствие или недостаток естественного освещения рабочей зоны;

– острые кромки, заусеницы и неровности поверхности складируемых товаров, инвентаря или тары.

Для предупреждения неблагоприятного воздействия факторов оснащения рабочего места на здоровье главных (старших) МС необходимо соблюдение следующих требований:

*подготовка служебной зоны для безопасной работы;

*проверка исправности вентиляции;

*обеспечение свободных проходов в местах складирования товаров и тары;

*проверка внешним осмотром:

*отсутствие свисающих электрических проводов;

*наличие и надежности заземления.

*осуществление работы производить в перчатках, халате и фартуке, при необходимости – в очках.

*по окончании взвешивания товаров, реагентов и пр. осмотреть весы, очистить платформу весов от загрязнения.

Реорганизация рабочих графиков и технических служб

Профессиональная деятельность в технических отделах (радиологии, лабораторные, функциональной диагностики) представляет собой нечто большее, чем сумма задач, связанных с проведением каждого исследования или теста. Исследования, проведенные в некоторых отделениях медицинской радиологии (Favrot-Laurens, 1992) показали, что лаборанты затрачивают мало времени на выполнение технических задач. Значительная часть лаборантского времени затрачивается на координацию действий и рабочую загрузку различных рабочих установок, передачу информации и проведение необходимого технического ухода за оборудованием. Основой обязанностей лаборантов является осведомленность о каждом тесте и обладание всей технической и административной информацией, в дополнение к специальной информации о тестах такой, как время и место проведения. Для оптимизации их деятельности с учетом новых технологий предлагается осуществлять преаналитический этап исследований (прил.3).

Резюме. В рекомендациях ЕРБ ВОЗ в области развития сестринского дела перспективным направлением изучения станет правовое регулирование сестринской практики (перенос тяжестей и продолжительность рабочего дня), что дает надежду на облегчение труда этих специалистов.

Вопросы организации рабочего места МС и Пвр, а также младшего медицинского персонала остаются важной функцией главной (старшей) МС совместно с администрацией и профсоюзным комитетом ОЗ. Главной МС необходимо предоставлять возможность инициативы и право участия МС в принятии коллективных решений, обеспечиваемое работой Совета МС.

Совокупное действие факторов профилактики производственного травматизма, обеспечивается инженером (инспектором) по технике безопасности, метрологическим контролем медицинского оборудования и приборов, совместно с главной МС, обеспечивает предупреждение травм спины среди ухаживающего персонала. Предстоит включение в учебные программы медицинских колледжей обучение, внедрение в практику Пвр и МСОП приемов кинестетики при уходе на дому за тяжелобольными нетранспортабельными пациентам и инвалидами с целью предупреждения травм спины ухаживающих. Внедрение иных методов обеспечения безопасности труда МС представляет собой не только трудную, но и ответственную задачу, контролируемую по всей строгости законодательства Республики Беларусь [эл. рес. 2,5].

Вопросы для самообразования

1. Какие меры защиты здоровья работающего персонала со стороны Белорусского профсоюза работников здравоохранения вам известны за 2020 г. и чем они обусловлены?
2. Каковы факторы тяжести труда МС, вредные и опасные условия для деятельности главных (старших) МС вам известны?
3. Назовите элементы организации рабочего места МС.
4. Назовите нормы нагрузки Пвр на приеме в АПО и при визите на дом.
5. Каковы критерии эффективности работы главной (старшей) МС.

Глава 5. Карьера медицинской сестры современности

Тему карьеры среди МС с высшим образованием актуализировало принятие ряда нормативных актов [эл. рес. 84,105]. Другие законодательные акты по совершенствованию системы непрерывного профессионального образования специалистов сестринского дела способствуют появлению стимулов для успешной карьеры*МС [10,17,19,56,59,85,101,105,106,108]. То, что раньше считалось отклонением, отождествлялось с карьеризмом, в настоящее время возводится в ранг показателя развития человека в социальной структуре, фактора и условия улучшения социально-психологического климата для ОЗ, конкурентоспособности специалиста.

Существует взгляд на карьерный рост как на достижение человеческой или профессиональной некомпетентности, называемый принципом Питера. Согласно мнению Л.Д. Питера компетентные работники повышаются, а некомпетентные не понижаются. Отказ от повышения маловероятен. Успешно работают те, кто не поднялся до уровня некомпетентности. При продвижении вопреки компетентности возможен перевод на формально высокую, но менее ответственную должность.

С целью установления типичных особенностей личности сестринского руководителя на курсе «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ методом анкетирования были изучены показатели личности по 35 параметрам [96]. На основании этих сведений портрет сестринского руководителя с учетом его личных особенностей выглядит так.

Это умеющие настоять на своем мнении, доминантные в 90% случаев специалисты, обладающие особыми чертами характера. По отношению к профессии и пациенту положительными свойствами личности являются качества: обладание чувством собственного достоинства (40%); готовность к сотрудничеству (70%); забота о других (50%); дружелюбие, уживчивость (40%); откровенность (30%); отзывчивость на призывы о помощи 70% ($P< 0,001$); до 50% достоверное бескорыстие ($P < 0,05$) [96]. 60% анкетированных главных (старших) МС любят давать и охотно принимают советы других; строгие люди, но справедливые, по собственным оценкам, 80% анкетированных респондентов.

Из установленных личностных особенностей имеются качества, мешающие полноценной организаторской деятельности и медицинской помощи:

- низкая потребность в успехе у 20% респондентов свидетельствует о заниженном уровне оценки самого себя, что подтверждается тем, что 30% анкетированных дорожат мнением о них окружающих;
- 50% сестринских руководителей способны проявлять недоверие, а искренность исповедуют 30% респондентов, что является достоверным свойством их личности;
- уверены в себе 50% респондентов, не уверены в себе от 20 до 50% анкетированных, уступчивы 10% обследованных, что свидетельствует об их излишнем уровне конформности;
- раздражительны, по их собственным оценкам, 20% анкетированных МС;
- обидчивы 30% респондентов, считая это следствием профессионального стресса;
- злопамятны (по собственным оценкам) 10% анкетированных МС, в то время как 30% – терпеливые и кроткие люди.

Из исследования сделаны выводы о том, что в личностных качествах респондентов имеют место особенности, обусловленные проявлениями защитных реакций на стресс и негативного жизненного опыта. Раздражительность, недоверие к окружающим, эмоциональная нестабильность, обидчивость МС неблагоприятны для работы с пациентами, следовательно, необходимо обучение умению противостоять стрессу, которое может повлиять на характер ее взаимоотношений с пациентом [118]. Подтверждением связи науки и практико-ориентированного обучения является введение в 5 учебных программ ПК курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ БелМАПО практического занятия по определению организаторских и коммуникативных навыков обучающихся с 2015 г.

Наличие таких качеств личности главной МС, как готовность к сотрудничеству, забота о других, дружелюбие, уживчивость, достоинство, отзывчивость на призывы о помощи, достоверное бескорыстие свидетельствуют о грамотном выборе профессии. Умеренно присутствуют в их личности почитание традиций, патриотизм, стремление к постепенным общественным изменениям. Имеет место осторожное отношение к инновациям, разрушающим привычную жизнь.

Проявление коммуникабельности сестринского руководителя пронизано гуманным отношением к пациентам. Предприимчивость является необходимым элементом руководителя нового типа, которая выявляет не только нравственные аспекты поведения с персоналом, интеллект, базирующийся на уровне образованности, но и дар последователя, создателя и двигателя новых технологий, знаний.

Как считают, понятие «успешного сестринского руководителя» содержит здравый смысл, благоразумие, практичную мудрость, знание дела, уверенность в силах, высокий уровень профессионального развития и способность доводить начатое дело до результата.

К компетентности сестринского руководителя следует отнести также желание личного саморазвития на протяжении всей жизни, умение мотивировать окружение на стратегически важные и полезные для отрасли здравоохранения действия.

Полезным для общей характеристики МС стало изучение влияния связи компьютерной грамотности и квалификационных характеристик главной (старшей) МС [23,42]. С целью выявления закономерностей между квалификационными характеристиками и компьютерной грамотностью этих специалистов был проведен выборочный анализ «Анкет слушателя курса» методом случайной выборки. Установлена динамика квалификационных категорий главных МС и связь с компьютерной грамотностью. В 2002 г. пользователей персональным компьютером было 1,8%,±0,94, а в 2009 г. – 17,9%±2,71, что дает основание предположить наличие зависимости между ростом компьютерной грамотности МС-руководителей с их квалификационными категориями. Сравнивая количество человек без квалификационной категории за 2002 г. и 2010 г. по критерию $\chi 2$, получено значение критерия 18,3 с уровнем значимости $p<0,01$. Таким образом, с вероятностью 99% можно утверждать, что количество человек без квалификационной категории существенно снизилось к 2010 г., в сравнении с 2002 г.

При сравнении количества специалистов с высшей и первой квалификационной категорией за 2002 г. и 2009 г. по критерию $\chi 2$ получено значение критерия 4,69 с уровнем значимости $p=0,03$. Таким образом, с вероятностью 95% можно утверждать, что количество МС с высшей и первой квалификационной категорией существенно выше в 2010 г., что позволяет сделать *выводы*:

1. В дополнительном обучении главных (старших) МС использованы элементы повышения компьютерной грамотности, что соответствовало стратегическим преобразованиям в системе здравоохранения и продолжает сохранять свою актуальность при развитии электронного здравоохранения [85].

2. Компьютерная грамотность современного сестринского руководителя является одной из слагаемых качества деятельности по управлению персоналом и для собственного профессионального развития. В связи с этим, рекомендации ВОЗ дают направление идеям о перспективах карьерных устремлений отдельных МС.

Рекомендации ЕРБ ВОЗ в области развития сестринского образования в 2020 г.:

- ✓ перенос системы обучения МС и акушерок на уровень вузов. Для Республики Беларусь актуальны результаты проекта УЗ «Гродненская университетская клиника» с 2019 г.;
- ✓ расширение профессиональных обязанностей Пвр в системе ВОП [108]; [эл. рес. 14];
- ✓ подготовка главных МС к исполнению руководящих функций в системе здравоохранения [31,36,54,71];
- ✓ создание возможностей карьерного роста;
- ✓ улучшение условий труда и оплаты труда МС на основе более высокого уровня образования согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 №1439 «Об утверждении Концепции развития дополнительного образования взрослых в системе здравоохранения на 2021-2025 годы», другим действующим правовым документам [84].
- ✓ повышение осведомленности государства и общества о важности работы МС и АК.

Значительным мотивом для саморазвития средним медицинским работникам стал План мероприятий (дорожная карта) [105], согласно которому в течение текущего года будут внесены изменения в Номенклатуру должностей медицинских, фармацевтических работников в части расширения перечня должностей МС с высшим образованием, отнесение должности главной МС к должности руководителя.

Под карьерой понимают целенаправленный должностной и профессиональный рост МС, «поступательное продвижение по служебной лестнице, изменение навыков, способностей, квалифи-

кационных возможностей и размеров вознаграждения, связанных с деятельностью работника», имеющих отношение к организационному аспекту карьеры.

Карьера – это субъективно осознанные собственные суждения работника о своем трудовом будущем, ожидаемые пути самовыражения и удовлетворения трудом, это индивидуально осознанные позиция и поведение, связанные с трудовым опытом и деятельностью на протяжении профессиональной жизни.

Факторы *негативного воздействия реалий карьеры* в медицинской профессии:

- ✓ недостаточно высокие стартовые требования для лиц, поступающих в медицинские колледжи;
- ✓ слабое знание новой профессии МС, разочарование простыми требованиями иной работы;
- ✓ неоправданные ожидания, ведущие к сопротивлению нововведениям внутри должностных изменений, нет навыков самопрезентации («подать себя»);
- ✓ невысокий уровень заработной платы МС, делегирование несвойственных полномочий другими;
- ✓ опасения руководителей ОЗ, страх перед развивающимся с чрезмерными амбициями по карьере новичком.

Ожидания организации здравоохранения от молодого специалиста:

- ✓ способность молодого специалиста реально оценить собственные слабые и сильные стороны;
- ✓ умение МС понять и принять то, что в коллективе имеются реалии в виде устойчивости, внутренней лояльности групп, существующей силе неформальных связей, политике администрации;
- ✓ способность генерировать идеи и воплощать в жизнь с помощью коллег, руководителя, пациентов;
- ✓ умение начинающей МС проявить лояльность, преданность целям ОЗ;
- ✓ умение МС отстаивать точку зрения, но и способность на компромисс;
- ✓ демонстрация профессионального развития, творчества, способности учиться на ошибках и помощь в достижениях коллегам.

Взаимозависимой функцией главной МС совместно с главным врачом является создание условий профессионального развития для МС посредством стимулирования ее инициативы, помощь при выявлении желаний и способностей.

Выбор карьеры начинается с оценки самого себя. Самооценка – это знание специалистом – МС своих преимуществ и недостатков, оценка, комплексное осознание правильности своего жизненного развития. Личностные ресурсы включают навыки (способность после обучения выполнять работу ответственно), деловые качества, профессиональную подготовку (умения), опыт, здоровье, психику. Приобретению знаний способствует учеба в колледже, появлению умений и навыков помогает многократная отработка технологий манипуляций не только во время учебы, но и по завершению получения базового образования на новом рабочем месте с помощью наставника [15,21,98].

Смысл карьеры* отражен в определении, о чем свидетельствуют используемые термины «движение», «продвижение», «рост». Ученые трактуют ее как движение человека в пространстве организации, предполагающее последовательную смену функций, статуса, социально-экономического положения. Таким образом, карьера МС – процесс ее профессионального роста, движения по пути овладения некими ценностями, благами, признанными в обществе или организации, состояние возрастания влияния, власти, авторитета, статуса в профессиональной среде, вознаграждения, престижа, выраженного в продвижении по ступеням квалификационной лестницы.

Выделяют множество различных признаков, отражающих многообразие ее видов и типов (табл.5.1).

В зависимости от среды, в которой рассматривают карьеру, в ней традиционно выделяют профессиональную и внутриорганизационную составляющие. Профессиональная карьера МС характеризуется прохождением разных стадий развития в процессе приобретения опыта: поступление на работу, поддержка индивидуальных способностей, профессиональный рост, уход на пенсию. Эти стадии работник может пройти последовательно в разных ОЗ.

Наряду с профессиональной выделяют внутриорганизационную карьеру, которая характеризуется последовательной сменой стадий развития работника в рамках одной ОЗ.

Табл. 5.1

Виды карьеры в зависимости от критериев	
Критерии классификации	**Виды карьеры**
1. Среда рассмотрения	Профессиональная внутриорганизационная
2. Направление движения работника в структуре ОЗ	Вертикальная Горизонтальная Центростремительная
3. Принадлежность к определенной сфере профессиональной деятельности	Карьера руководителя Карьера МС Карьера юриста
4. Характер происходящих изменений	Властная Квалификационная Статусная Монетарная

Внутриорганизационная карьера реализуется в трех основных направлениях:

✓ вертикальном, с которым связывают понятие карьеры, ибо продвижение в ОЗ наиболее зримо, подъем на более высокую ступень структурной иерархии понимается буквально;

✓ горизонтальном – перемещение в другую функциональную область деятельности, либо выполнение определенной служебной роли на ступени, не имеющей жесткого формального закрепления в организационной структуре (выполнение роли руководителя временного научного коллектива, программы) или усложнение задач в рамках занимаемой ступени, как правило, с адекватным изменением вознаграждения;

✓ центростремительном – наименее очевидном, но привлекательном для сотрудников направлении. Это продвижение к ядру, к руководству ОЗ (приглашение работника на недоступные ранее встречи, совещания формального и не формального характера; получение доступа к неформальным источникам информации, доверительные обращения, отдельные важные поручения руководства).

Реализации карьеры состоит из двух этапов: выбора профессии как сферы применения труда и выбора конкретного вида деятельности и типа ОЗ, где будет проходить трудовая жизнь.

В ходе первого этапа процедуры выбора профессии МС можно рекомендовать следующие шаги:

✓ Анализ положения социально-профессиональных групп на рынке труда. Используют три этапа анализа: в настоящее время, на момент окончания учебного заведения (через 3-5 лет), на момент достижения пика профессиональной квалификации (через 10-15 лет). В ходе этого прогноза человек должен оценить потребность общества в представителях той или иной профессии, насыщенность рынка труда специалистами, экстенсивные и интенсивные возможности должностного и профессионального роста.

✓ Оценка роли и места профессии МС в обществе. Определяют, популярен ли и пользуется уважением людей труд работников будущей профессии, как он оценивается материально, каков уровень заработка, других материальных и нематериальных благ, предоставляемых обществом работникам этой профессиональной группы.

✓ Узнать, каковы специфические права и обязанности МС, налагаемые и предоставляемые, анализ личного отношения претендента на карьерные перемены к сути пословицы «лучше быть первым на деревне, чем последним в городе» применительно к профессии.

✓ Анализ «моды» на профессию, ее соответствие состоянию рынка труда сейчас и на перспективу, ее обоснованность, продолжительность, устойчивость. Необходим учет личностных интересов человека, вытекающих из влияния семейных традиций, династии.

✓ Влияние новых подходов к профессии МС в области обучения, карьерного роста, оплаты труда.

Изучение претендентом на карьеру МС профессиональных требований к должности и соответствия им самого человека:

➢ образовательные, общие и специальные (знание иностранного языка, компьютера);

➢ психофизиологические (склад характера, состояния здоровья, физического развития, быстрота реакции, острота зрения и слуха);

➢ потенциальные способности к работе в коллективе (индивидуализм, коллективизм, лидерство);

➢ склонности к той или иной сфере деятельности (отсев студентов-медиков после посещения прозекторской), способности к изучению предметов (математики, экономики, философии);

➢ наличие специфических трудовых навыков и профессионального опыта;

➢ оценка возможности получения профессии в различных учебных заведениях, различными путями (сравнение учебных планов вузов, колледжей, рейтинга учебных заведений, специальностей и специализаций, оценка преподавательского состава, методики преподавания, материально-технического оснащения учебного процесса, напряженности учебных планов, социальных возможностей, предоставляемых разными заведениями, возможностей трудоустройства после обучения, перспектив профессионального развития).

Второй этап процедуры выбора профессии МС состоит из следующих шагов:

✓ определение конечной желаемой цели служебного продвижения МС и последовательность рабочих мест на пути к ней;

✓ изучение текущих источников информации о рабочих возможностях;

✓ анализ предлагаемых рабочих мест, сравнение отрасли и сферы приложения труда, исполнительских функций; типов компаний;

✓ обдумывание, что можно предложить, оценить свои способности, возможности, запросы, желаемую зарплату;

✓ определение, запрос, от какой отрасли, какой вид работ более соответствуют именно вам;

✓ составление желаемого карьерного графика, учитывающего сроки продвижения. Осуществляя саморазвитие в течение профессиональной деятельности, МС сопоставляет желаемое с реальным, наблюдает за передвижением и продвижением, варьирует конечную цель, принимает во внимание новые предложения рабочих мест и изменение личных запросов.

Оценка персонала в ОЗ позволила ученым сделать обобщения и предложить типологию людей, строящих свою карьеру в зависимости от личностных особенностей. В основе лежат три характеристики, как правило, входящие в список критериев оценки персонала.

Самооценка. Она важна, поскольку отражает уверенность человека в профессиональной состоятельности и личных силах, самоуважение и адекватность происходящему. Оптимально реальная и высокая самооценка, уважение к себе при трезвой оценке возможностей и способностей. Заниженная самооценка приводит к «выученной беспомощности» – человек опускает руки перед трудностями и проблемами, поскольку «все равно ни на что неспособен». Завышенная самооценка чревата чрезмерными претензиями на внимание к своей персоне, опрометчивыми решениями и конфликтами.

Уровень притязаний. Высокий – указывает на то, что специалист хочет многого достичь, подняться по социальной или профессиональной лестнице, готов рисковать, браться за трудные задачи. Реальных результатов он достигнет только в случае, если есть на что опереться, иначе можно потерять все. Низкий уровень притязаний у людей, предпочитающих синицу в руках, для которых важнее не потерять ранее достигнутого и избежать неудачи.

Локус контроля – показатель ответственности. Люди с *внешним* локусом контроля ищут объяснения происходящего в стечении обстоятельств и поступках других. В крайних вариантах они безответственны, всегда себя оправдывают, не стесняются сваливать вину за свои ошибки на окружающих. *Внутренний* локус контроля говорит об ответственности за свои поступки и способности делать выводы из собственных ошибок, иногда приводит к склонности к самообвинениям.

В реальной жизни наиболее часто встречаются 6 типов подхода к построению карьеры.

Альпинист (высокие самооценка и уровень притязаний, *внутренний* локус контроля). Нормальный человек, делающий карьеру сознательно, с полной внутренней отдачей. Как правило,

проходит все ступени снизу доверху, отрабатывает свое продвижение. Хороший профессионал и менеджер, делает следующий шаг, только закрепившись и подстраховавшись. Технически оснащен, полон решимости подниматься к вершине карьеры, до победы. Ему нет необходимости специально помогать, достаточно не мешать. Не склонен к необдуманным решениям, если не вставлять палки в колеса, он не бросит свою организацию в трудную минуту. О том, что необходимо, скажет сам и добьется получения желаемого.

Иллюзионист (высокая самооценка и уровень притязаний, *внешний* локус контроля). Стремится к высотам, верит в свои силы, имеет склонность к использованию благоприятных обстоятельств, чем отрабатывать ситуацию. Мастер «видимости», предпочитает казаться большим, чем есть. Легко усваивает внешние признаки имиджа успешного человека и умеет его эксплуатировать. Ждет самую высокую волну, которая подняла бы наверх. Может манипулировать окружающими, нет склонности принимать на себя большую ответственность. Без угрызений совести уйдет к конкуренту при более выгодном предложении. Удержать может высокая успешность компании и внешние знаки собственного высокого статуса в компании, поскольку он ориентирован на имидж. Может успешно выполнять представительские функции, если это не требует глубокого анализа и ответственных решений. В качестве «лица» ОЗ может быть полезен, эта деятельность одновременно будет удовлетворять самолюбие и ощущение принадлежности к высокому социальному кругу.

Мастер (высокая самооценка, низкий уровень притязаний, *внутренний* локус контроля). Ему интересно осваивать новые области в своей или смежной профессии. Почувствовав себя уверенно и получив результат, может потерять интерес. Продвижение по социальной лестнице интересует мало, главное – насыщенная жизнь, ощущение движения вперед, а не вверх. Может принимать неожиданные для окружающих решения об уходе или смене деятельности, но если дать ему развиваться, повышать квалификацию, он останется здесь. Если руководитель почувствовал, что работник охладел, можно предложить развивать новое направление, поставить перед ним интересную проблему. Даже если нагрузка такого работника удвоится, он справится, почувствовав вновь интерес к жизни.

Муравей (низкая самооценка, низкий уровень притязаний, *внешний* локус контроля). Может быть хорошим профессионалом в своем деле. Работает по конкретным задачам, но не оттого, что человек глуп, а из боязни совершить ошибку. Как исполнитель очень ценен. Если руководитель хочет его удержать, не следует давать полномочий и нагружать ответственностью принятия решений, не предлагать резких повышений в карьере – может уйти, испугавшись. Четкие инструкции, отсутствие свободы выбора и похвала руководства будут такому специалисту лучшей наградой. Если руководитель хочет его продвигать, то делать это нужно постепенно и давать «опору» в качестве компетентных заместителей.

Коллекционер (низкая самооценка, высокий уровень притязаний, *внешний* локус контроля). Хочет достичь вершин, но долго готовится начать профессиональную деятельность. Получает несколько образований, заканчивает массу курсов. На собеседование приходит с горой дипломов и удостоверений, при этом реального опыта работы почти не имеет. Считает, что знает все, но не решается приступить к работе, поскольку это может подорвать неустойчивое внутреннее равновесие и слабую веру в свои силы. Туманно представляет свой карьерный путь, но четко знает, что «хотел бы стать начальником». Денежные притязания, как правило, намного выше его реальной стоимости. Если он смирит амбиции и начнет работать с невысокой должностной ступеньки, постепенно может стать хорошим сотрудником, особенно при грамотном наставнике. Перед продвижением по службе нуждается в адаптационном тренинге или курсе повышения квалификации.

Узурпатор (*редок для* средних медицинских работников) – низкая самооценка, высокий уровень притязаний, *внутренний* локус контроля. Надеется в жизни на себя, человек движется по карьерной лестнице, подгоняемый самолюбием. Недоверие к окружающим и склонность к угрызениям совести ему мешают. Чувствует ответственность за происходящее в организации, поэтому старается контролировать не только свою, но и работу соседних подразделений, произвольно расширяя свои полномочия. Успешно работает в стабильной ситуации, но когда она становится неопределенной, решения принимаются хаотично. Неуверенность заставляет его примыкать к сильным группам, но недоверие не дает использовать открывающиеся возможности. Ориентирован на вертикальную карьеру, применяет авторитарный стиль управления. Такому важно видеть

перспективы, которых можно достигнуть в ОЗ, а также возможность профессионального обучения. Умеет принимать ответственные решения, но доведение дела до результата поручает подчиненным. Для подобных лиц эффективным может быть тренинг личностного роста.

Типология карьеры

Классификация управленческих карьер осуществляется по четырем показателям.

Скорость продвижения по уровням иерархии системы управления. Если два человека включались в управленческую деятельность одновременно, в 40 лет одна занимает пост главной МС, другая – постовой МС в БО, из чего понятно, что скорость продвижения первого выше.

Последовательность занимаемых должностей (позиций). Скорость продвижения может быть обеспечена быстрым и успешным освоением управленческой деятельности на каждом из уровней или пропуском нескольких ступеней, но для сестринских руководителей этот показатель эвристический.

Перспективная ориентация, подразумевающая три варианта: на вышестоящие должности (расширение влияния), на сохранение занимаемой позиции и на борьбу за ее удержание.

Личностный показатель. Целями могут быть самореализация, личное обогащение, самоутверждение, власть, решение сложных проблем в значительных масштабах.

Зарубежные исследования свидетельствуют о том, что классификации, построенные на основе перечисленных показателей, ограничены несколькими ведущими типами карьеры, они не слишком актуальны для сестринских руководителей [4,7].

Супер авантюрная карьера предполагает очень высокую скорость должностного продвижения с пропуском ряда промежуточных ступеней, а иногда резкую смену сферы деятельности. Исторический опыт свидетельствует, что подобные виды карьеры заканчиваются крахом.

Авантюрная карьера определяется пропуском двух должностных этапов при достаточно высокой скорости продвижения или существенным изменением сферы деятельности.

Традиционная (линейная) карьера – это постепенное продвижение вверх, иногда с пропуском одной ступени, иногда с непродолжительным понижением в должности. Такая карьера позволяет руководителю овладеть необходимыми знаниями, накопить достаточный опыт. Успешность карьеры определяется особенностями планирования управленческого развития внутри организации.

Последовательно-кризисный тип карьеры встречается в периоды революционных преобразований, которые предполагают адаптацию руководителей к переменам. Невозможность адаптации снижает должностной уровень («по ступенькам вниз»), ориентирует на борьбу за сохранение занимаемой позиции и личные интересы.

Прагматичный (структурный) тип карьеры. Ее представители предпочитают наиболее простые способы решения карьерных задач. Для них характерно изменение сферы деятельности, организации в зависимости от социально-экономических, технологических, технических и маркетинговых изменений. Перемещения осуществляются в рамках одного и того же класса управления, преимущество отдается личным интересам.

Отбывающий тип карьеры. Для этой группы руководителей карьера завершена. Перемещение вниз – маловероятно, а движение вверх невозможно. Основная задача руководителя – удержать занимаемую позицию. Преобладает ориентация на личные интересы.

Преобразующий тип карьеры связывают с «завоеванием мира», сходен с авантюрным. Характерна высокая скорость должностного роста (расширение влияния), которое может быть постепенным и скачкообразным. В этом случае карьера строится в новой области или сфере деятельности, либо в ее основе лежит выдающаяся идея.

Эволюционный тип карьеры. Должностное продвижение (рост влияния) осуществляется вместе с ростом ОЗ. Руководители ориентированы на дальнейшее продвижение, совмещение общественных и личных интересов в форме творческого саморазвития (гл. 9).

Знание специалистом типологии карьеры позволяет им предвидеть поведение руководителей. Преобладание того или иного типа карьеры зависит от социально-экономической ситуации, формы собственности, отрасли деятельности, особенностей конкретной организации, наличия правового законодательства, структуры ОЗ, целей и задач ее деятельности.

Наставник – человек, способный к передаче накопленного опыта, умений и навыков с целью помочь новичку развить профессиональные навыки и достичь необходимого уровня компетент-

ности, не применяющий угрожающие или осуждающие методики воспитания, очень востребованный тип в современной работе МС (гл. 6).

Этапы карьеры

На разных этапах карьеры человек удовлетворяет различные потребности (табл.5.2).

Таблица 5.2

Этапы деловой карьеры (по Закаеву В.С.)

Стадия	Потребности и достижения цели	Эмоциональные потребности
Испытательная – «проб»	Испытание себя на разных работах	Познание себя. Процесс самоутверждения. Профессиональное становление
Становление	Освоение работы. Развитие новых навыков. Рост ответственности за выполнение ставящихся задач	Пик соревнований и стремление победить конкурентов. Решение проблемы «семья – работа». Независимость профессиональная и личная
Середина карьеры – «зрелость»	Пик профессионального совершенствования. Приобретение новых навыков в работе. Обучение и наставничество молодежи	Появление мыслей о смерти. Пересмотр отношения к работе, семье, коллективу в пользу семьи и личностных интересов
Завершение карьеры – «поздняя карьера»	Планы ухода на пенсию. Отбор и подготовка себе смены. Изменение политики «силы» на политику «помощи». Активность за пределами фирмы	Отказ от прежних оценок. Чувство сопричастности к мероприятиям вне организации

Этап *«проб»* включает учебу в школе, среднее и высшее образование, длится до 25 лет. За это время человек может сменить несколько работ в поисках вида деятельности, удовлетворяющего потребности и отвечающего возможностям. Если сразу находит свой вид деятельности, начинается процесс самоутверждения личности, забота о безопасности существования.

Этап *становления* длится около пяти лет (от 25 до 30 лет). Работник осваивает избранную профессию, приобретает необходимые навыки, формируется его квалификация, происходит самоутверждение, появляется потребность к независимости. Специалиста может беспокоить безопасность работы, иногда появляется забота о здоровье. В этом возрасте создают и формируют семью, поэтому появляется желание получить заработную плату выше прожиточного минимума.

Этап *продвижения* обычно длится от 30 до 45 лет. Идет рост квалификации, продвижения по служебной лестнице. Накапливается практический опыт, навыки, растет потребность в самоутверждении, достижении более высокого статуса и независимости, начинается самовыражение работника как личности. В это время меньше уделяется внимания безопасности работы, усилия специалиста сосредоточены на вопросах увеличения размеров оплаты его труда, заботы о здоровье.

Этап *сохранения* характеризуется действиями по закреплению достигнутых результатов и длится от 45 до 60 лет. Это пик совершенствования квалификации в результате активной деятельности и специального обучения. Работник заинтересован передать свои знания молодежи. Это время творческого самовыражения, возможен подъем на новые служебные ступени. Человек достигает вершин независимости и самовыражения, появляется заслуженное самоуважение и со стороны окружающих, достигших своего положения упорным трудом. Многие потребности удовлетворены, но продолжает интересовать уровень оплаты труда, другие источники дохода (участие в прибыли от предоставления услуг за дополнительную плату).

Этап *завершения* длится от 60 до 65 лет. Это подготовка к уходу на пенсию, ведутся поиски достойной замены, обучение кандидата на освобождающуюся должность. Это время характеризуется кризисом карьеры. Специалист получает меньше удовлетворения от профессии, испытывает состояние психологического и физиологического дискомфорта. Самовыражение и уважение к себе и другим из его окружения достигают наивысшей точки за весь период карьеры. Профес-

сионал заинтересован в сохранении уровня оплаты труда, но стремится увеличить другие источники дохода, которые бы заменили заработную плату и были дополнением к пенсионному пособию.

На *пенсионном* этапе карьера в данной ОЗ (виде деятельности) завершена. Появляется шанс для самовыражения в других видах деятельности (хобби), невозможных в период работы (живопись, садоводство, работа в общественных организациях). Стабилизируется уважение к себе и собратьям по пенсии, но финансовое положение и состояние здоровья могут стать причиной заботы о других источниках дохода.

На каждом этапе построения карьеры, учитывая ее стадии и запросы работников, руководителям необходимо включать психологическую реабилитацию для подобных лиц, используя понятия психогигиены и профилактики [14,46,118]. Это позволит бороться против деструктивных факторов, сопряженных с выполнением профессиональных обязанностей, предупреждать развитие СЭВ, психические и психосоматические расстройства, сохранять и поддерживать здоровье медицинских работников, их преждевременный уход из профессии [эл. рес.21]. Формой психологической защиты МС при подобном риске стало открытие в БелМАПО Центра мониторинга профессиональных рисков и включение в обучающий цикл профессиональных тренингов психологов [42]; [эл. рес.26,28].

Развитие этапов карьеры МС в настоящее время

✓ введение I-II ступеней высшего образования по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело»;

✓ интегрированные образовательные программы среднего специального образования по специальностям 1-79-01-06 «Сестринское дело» и 2-79-01-01 «Лечебное дело» для получения высшего образования и обеспечивающего получение квалификации специалиста «Бакалавр сестринского дела» (I ступень);

✓ инициирование перед Министерством образования Республики Беларусь о внесении дополнения в Общегосударственный классификатор Республики Беларусь ОКРБ 011-2009 «Специальности и квалификация» о введении новой специальности высшего образования – магистратуры (II ступень) «Сестринское дело»;

✓ предполагается подготовка МС с высшим образованием в магистратуре по специальности «Сестринское дело» с профилями «Научно-исследовательская, педагогическая деятельность», «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Медицинская реабилитация», «Валеология», «Диетология».

Эти этапы близки к градации профессий в дополнительном образовании МС (по Д. Уайту, 2017):

- МС клинический специалист, включая роли в общественном здравоохранении (16,9% от выпуска ГрГМУ 2013г.) [эл. рес. 21];
- МС расширенной практики с дипломом магистратуры (4 чел. в 2017 г., БелМАПО);
- Немедицинские консультанты с дипломом магистратуры или аспирантуры (25,8% от выпуска ГрГМУ 2013г.);
- МС преподаватели с дипломом магистратуры или аспирантуры (45,8%% от выпуска ГрГМУ 2013г.).

Любой человек планирует свое будущее, основываясь на потребностях и учитывая сложившиеся социально-экономические условия. Нет ничего удивительного в том, что хочется иметь подробную информацию о перспективах своего служебного роста, возможностях повышения квалификации в данной ОЗ, условиях, которые нужно для этого выполнить. В противном случае мотивация поведения становится слабой, человек работает не в полную силу, не стремится повышать квалификацию и рассматривает организацию как место, где можно переждать время перед переходом на более перспективную работу.

При поступлении на работу профессионал ставит перед собой определенные цели, как и организация, принимающая его, следовательно, человеку необходимо уметь реально оценивать свои возможности. Он должен уметь соотнести свои деловые качества с требованиями, которые ставит перед ним ОЗ, от этого зависит успех его карьеры.

Карьера как следствие командного развития и эффективного менеджмента

Командное развитие – результат синтеза непрерывной учебы и коллективного труда. Итогом является рост творческого потенциала у членов команды. Коллективное развитие помогает преодолеть комплекс несовершенства управления персоналом в ОЗ со стороны главной МС. Совместная учеба и корпоративный дух содействуют принятию коллективного решения. Как считают менеджеры, «горечь плохого решения долго остается во рту, в то время как сладость быстрого выполнения задания скоро исчезает». Ценным деловым качеством современного руководителя Ч. Шваб считает умение вызывать у людей энтузиазм и развивать лучшее в человеке, с помощью признания его достоинств и поощрения, его мнение поддерживает Б. Гейтс: «Чем я всегда рад поделиться – так это своим энтузиазмом».

Профессионализм руководителя опирается не только на образование и знания, но и на опыт и систему компетентности, которая включает стратегическую, функциональную, социальную, управленческую, коммуникативную, эмоциональную, экологическую компетентность. Система компетентности формируется в результате синтеза интеллекта, предприимчивости и опыта принятия нетрадиционных решений с участием коллектива ОЗ. Утверждение, что хороший руководитель должен обладать талантом, подобно музыканту или поэту, мы считаем неверным, эти навыки развиваются.

Эффективный менеджер формируется в процессе организационного и группового развития, выступая в качестве лидера. Движущая сила его развития – *беспощадный самоанализ,* непрерывное самообучение, уверенность в себе, энтузиазм. Существует много правил для преуспевающего менеджера, имеются десятки моделей успешных руководителей, выявлены приоритетные качества. Тем не менее, наука отстает от потребностей практики управления персоналом. Видение проблемы начинается с понимания каждого человека в коллективе, а поиск решения проблемы обеспечивается всеми работниками. В процессе менеджмента* осуществляется:

- групповое развитие, группа становится самообучающейся;
- организационное развитие по самообучающейся системе;
- индивидуальное развитие. Сотрудник становится причастным к коллективной работе и учебе, активно реализует свою «энергетику желания».

Стратегия командного самообучения и профессионального труда объединяет случайно-хаотичные стили деятельности каждого сотрудника в творческий менеджмент команды с общей целью, выдвигает новые требования и ставит иные задачи [31,32].

Сестринским руководителем уделяется внимание творческим способностям и умению полно и успешно использовать творческий потенциал каждого сотрудника, вместо административного руководства приходят деловые взаимоотношения на основе диалогов, бесед, иных форм обмена информацией (натаскивание, наставничество, симуляционное обучение [21], скрипты, стандартизированный пациент) [114].

Выявленные в личности сестринского руководителя качества в виде и трудолюбия, коллективизма, миролюбия позволяют делать вывод о том, что данные качества характера благоприятны для успеха в работе с другими людьми. Особенно точно об этом было написано Матерью Терезой: «Мы не можем делать великих дел, только малые дела, но с великой любовью. Я верю в малые дела, именно в них наша сила».

Известно 10 качеств руководителя, являющихся, согласно исследованиям, признаками эффективного управляющего:

1. Четко указывать направление (целеполагание).
2. Не только говорить, но и слушать (диалог).
3. Подбирать способных людей (психологический прогноз).
4. Учить и поддерживать подчиненных (наставничество).
5. Давать объективную оценку, демонстрировать высокую честность.
6. Понимать финансовые последствия принимаемых решений.
7. Поощрять новые идеи.
8. Отдавать четкие приказы, когда необходимо по ситуации.

Менеджера нового типа отличает качественная организация труда подчиненных: он ориентирован на совместную работу, реально оценивает сильные и слабые стороны каждого сотрудника,

рационально использует их в командной работе. Сочетание компетентности, поведения и опыта является основой развития эффективности руководителя, строящего «мосты в будущее».

Основные элементы перспективного менеджмента:

- управление организационными знаниями сотрудников ОЗ согласно миссии данной ОЗ;
- управление временем – концепция самообучающегося предприятия;
- управление рисками и обстоятельствами – технологии успеха хозяйственной деятельности;
- антикризисное управление – концепция деловой активности и выживания;
- инструменты классического менеджмента – опережающий контроль, планирование, стратегия;
- наука о будущем (футурология), менеджмент жизни;
- развитие персонала – индивидуальное, групповое, организационное.

Таким образом, развитие каждого члена команды и его карьерная лестница стимулируют эффективным руководством.

В первую очередь, это касается сестринского руководителя. На эту тему рассуждал Леви В.Л.: «Что такое личностный рост? Если у человека становится больше интересов, а с тем и стимулов жить – смыслового наполнения жизни; возможности анализировать – отличать одно от другого; возможности синтезировать – видеть связи событий и явлений; понимания людей (себя в том числе), а с тем и возможности прощать; внутренней свободы и независимости; ответственности, взятой на себя добровольно; любви к миру и людям (к себе в том числе), то это и значит, что человек растет личностно».

Планирование карьеры

Задачей планирования и реализации карьеры в ОЗ становится обеспечение взаимодействия профессиональной и внутриорганизационной карьер, что предполагает выполнение определенных задач:

- достижение взаимосвязи целей организации и отдельного сотрудника;
- направленность планирования карьеры на конкретного сотрудника с учетом его специфических потребностей;
- обеспечение открытости управления карьерой;
- устранение «карьерных тупиков», влияющих на возможности для развития;
- повышение качества планирования карьеры;
- формирование критериев служебного роста в конкретной карьере;
- изучение и оценка карьерного потенциала работников для сокращения нереалистичных ожиданий;
- определение путей служебного роста, удовлетворяющих количественную и качественную потребность в персонале в нужный момент времени в нужном месте.

Практика показывает, что средние медицинские работники не знают своих перспектив в данном коллективе, что свидетельствует о недостаточно полной информации о возможностях планирования карьеры.

Планирование и контроль деловой карьеры МС начинается с принятия работника в ОЗ и заканчивается предполагаемым увольнением, обеспечивая планомерное горизонтальное и вертикальное продвижение по системе должностей. Специалист должен знать не только перспективы на кратко- и долгосрочный период, но и показатели, которых нужно добиться для продвижения по службе. Главной МС следует понимать значение экспертизы качества медицинской помощи как целостной системы управления ее качеством. Исходя из подхода A. Donabedian: компонентами качества *структуры* занимается руководитель ОЗ, качеством *процесса* (технологиями, соблюдением стандартов в деятельности МС) занимается сестринский руководитель тактического уровня оценки качества медицинской помощи, качество *результата* – достижение принятых клинических показателей, соотнесение с экономической эффективностью – главный врач.

Ряд правил сестринским руководителям помогает при выборе и планировании **карьеры:**

➢ В основе карьеры сестринского руководителя лежит не только компетентность, соответствие должности, но и коммуникабельность, умение включиться в коллективную работу.

- Необходимо умение представить свою работу в наиболее выгодном свете перед потенциальным работодателем, известность и само менеджмент содействуют карьере и воспринимаются как технология внедрения интеллектуального потенциала личности.
- Искать работу следует всегда. Поиск работы – это выбор карьеры, нельзя демонстрировать пренебрежение к этому процессу. За хорошую работу нужно бороться, достигая максимально высоких показателей в труде.
- Определить, что мешает найти лучшую работу и как устранить помехи. Осмыслив сегодня, чем выделяетесь среди других потенциальных работников, можно повысить шансы завтра.
- Принимая решение, исходить не только из того, что есть и доступно, а стремится к работе, которая нравится. Решения в области карьеры всегда являются компромиссом между желаниями и реальностью, между личными и интересами ОЗ.
- Не следует отдавать предпочтение крупным ОЗ, обращаться целесообразно непосредственно к работодателю, а не в отдел кадров. Работодателя интересуют ваше умение использовать то, что умеете.
- Постарайтесь узнать традиции медицинской организации, где хотели бы работать.
- Не следует выглядеть просителем – организации стремятся нанимать победителей, поэтому надо преподносите себя как подарок судьбы этой фирме.
- Помнить о хороших манерах и имидже делового человека, это содействует карьере. Мягкая настойчивость должна сочетаться с выигрышным впечатлением.
- Не теряйте времени на сотрудничество с безынициативным, неперспективным начальником, станьте нужным инициативному, оперативному руководителю.
- Расширяйте свои знания, приобретайте новые навыки. Будьте готовы занять более ответственное должностное место, которое становится (или вскоре станет) вакантным. Узнайте и оцените людей, которые могут способствовать вашей карьере.
- Составляя план на сутки, неделю, резервируйте место для любимых занятий.
- Помните, что все в жизни меняется: вы сами, знания, навыки, рынок.
- Не стоит жить одним прошлым. Полезно думать об организации как о рынке труда, но, не забывая о внешнем рынке труда. Увольняться стоит тогда, когда придет убеждение, что это необходимо.
- Не пренебрегайте помощью руководителя ОЗ в трудоустройстве, но при поиске новой работы надеяться надо, прежде всего, на себя.
- Планируя собственную деловую карьеру и организуя процесс достижений поставленных целей, помните и берите пример с тех, кто осуществляет поступательное восхождение по профессиональной лестнице.

Резюме. Профессиональная карьера МС выполняет важные функции в ее трудовой деятельности, стимулирует активность, ускоряет кадровые перемещения, позволяющие занять более высокое социальное положение, способствует росту удовлетворенности трудом. Для продвижения по лестнице успеха предлагается стать лидером. Имеется в виду выполнение лидерских функций, от которых зависит коэффициент полезности работы ваших коллег, а также их развитие. Прогноз мировых экспертов, полученный на основе опроса руководителей, свидетельствует, что функции лидерства и управления (развитие деловой активности последователей, вдохновение и воодушевление сотрудников) в XXI веке будут применяться чаще, чем в XX веке.

Оптимизация управления сестринской деятельностью может быть достигнута с учетом переосмысления роли и места главной МС в деятельности коллектива ОЗ. Вместе с непрерывным саморазвитием всех МС это приумножит кадровый потенциал, изменит представление работников о своей профессиональной деятельности, будет влиять на дальнейшее личностное развитие сестринского руководителя.

Вопросы по самообразованию

1. Какими документами регламентируется профессиональный рост (карьера) МС?
2. Каковы рекомендации ЕРБ ВОЗ в области развития сестринского образования?
3. Что такое карьера в профессиональной деятельности МС и в чем ее значение?
4. Назовите виды и этапы карьеры МС в настоящее время?
5. На каком этапе карьеры вы находитесь?

Глава 6. Педагогические функции главной (старшей) медицинской сестры. Школа пациента

Педагогические навыки в деятельности МС являются новым требованием времени, согласно которому к сестринскому руководителю предъявляют требования к способности генерировать новое знание, поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять наставничество для совершенствования практических навыков начинающих МС [15,42]; [эл. рес. 26,29]. Вильям Артур Уорд дал такое определение качества педагогической деятельности: «Заурядный учитель говорит. Хороший учитель объясняет. Отличный учитель показывает. Великий учитель вдохновляет».

На международной конференции по социальному развитию (Копенгаген,1995г.) мировому сообществу было предложено переместить акцент с темпов экономического роста на устойчивое развитие человека, продолженное в обсуждении (Барселона,2016). Концепция устойчивого развития и методы расчета основных показателей, принятые Организацией Объединенных Наций, опираются на индекс человеческого развития, одним из компонентов которого является образованность общества [эл. рес. 1,5].

Организация медицинского обучения и просвещения пациентов становится одной из составляющих деятельности не только ВОП, но в большей степени МС общей практики (МСОП) и Пвр. Анализ специальной литературы свидетельствует о том, что пациенты хотели бы иметь больше информации именно от медицинских работников о том, как снизить риск вреда здоровью, какой образ жизни следует вести с учетом индивидуальности человека, в чем состоят факторы риска именно его здоровью. Опрос, проведенный среди МС, показал, что они также считают целесообразным больше заниматься профилактикой и просвещением пациентов, но не имеют для этого достаточно знаний. Наиболее важными для МС являются знания о том, как обучать пациентов, как проводить профилактические информационные кампании среди населения. Обучение пациента с ХНИЗ предусматривает особые, не свойственные функциям МС, знания и умения из области педагогики и психологии. Необходимость их приобретения МС и Пвр, как и привлечение пациентов к участию в лечебном процессе, стали очевидны в последнее десятилетие [эл. рес. 15,20,26,29].

На рабочем месте возможно применение двух форм подготовки МС по знанию валеологии: «Школа наставничества» и «Школа пациента».

Согласно ВОЗ воздействие на ментальность населения в отношении личной ответственности за здоровье, базируется на утверждениях:

- должно предоставлять пациенту возможность овладеть навыками и умениями, позволяющими оптимально управлять своей жизнью с заболеванием;
- представляет собой непрерывный процесс, который должен быть интегрирован в систему медицинской помощи;
- центрировано на пациенте;
- включает информацию, обучение «самопомощи» и психологическую поддержку, относящиеся к заболеванию и предписанному лечению;
- предусматривает помощь пациентам и их семьям для лучшего сотрудничества с медицинскими работниками и улучшения качества жизни.

В опубликованном Отчете рабочей группы ВОЗ (1998) приводился список заболеваний и состояний, при которых обучение составляет существенную часть лечебного процесса. Напоминаем, что список включает аллергические и онкологические заболевания, артериальную гипертонию, ишемическую болезнь сердца, сердечную недостаточность, последствия инсульта, перемежающуюся хромоту, цирроз печени, болезнь Аддисона, сахарный диабет, ожирение, нарушения функции щитовидной железы. Также в список входят ВИЧ-инфекция, алкогольная и лекарственная зависимости, курение табака, болезнь Альцгеймера, депрессия, артрит, состояния после ампутации конечностей, остеопороз, эпилепсия, глухота, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона. Список болезней, при которых необходимо обучение как составляющая лечения, продолжают снижение зрения, слепота, бронхиальная астма, почечная недостаточность, необходимость проведения регулярных сеансов диализа, пересадка органов.

Предупредить заболевание не всегда в силах пациента, но каждый человек должен знать, как жить с болезнью. Психология каждого заболевшего человека заключается в надежде на излечение (или ремиссию) и стремлении к тому качеству жизни, которое он имел до болезни. Для того, чтобы контролировать течение заболевания, избегать обострений, научиться пользоваться специальными приспособлениями и предупреждать побочные действия лекарственных препаратов, пациенту необходимо знать симптомы ухудшения, показатели состояния, за которыми должен следить пациент, как и за режимом, рационом питания и т.д. Цель обучения МС – помощь пациенту в формировании адекватного заболеванию медицинского поведения (регулярный прием медикаментов, модификация питания и физической нагрузки, проведение контрольных мероприятий и т.д.), улучшение его качества жизни. Главная МС организует подготовку к выполнению этого вида функций МС, основываясь на известной форме «Школа пациента» [эл. рес.13].

Исследованиями специалиста в области фундаментальной и прикладной эндокринологии и диабетологии д.м.н., профессора Аметова А.С. о значении образования для больных сахарным диабетом доказана необходимость обучения в период постановки диагноза впервые. Курсы обучения в «Школе пациента» рекомендовано повторять каждые 3-5 лет позднее для закрепления мотивации на особый образ жизни, что подтверждено другими авторами [104,124]; [эл. рес. 8,9];

Принципы и методы обучения в «Школе пациента» представляю собой активный процесс, предполагающий участие пациента, впервые заболевшего ХНИЗ. Пациент должен понять взаимосвязь между своим поведением и здоровьем, для выяснения МС степени его понимания, нужно расспросить человека, что он знает о взаимосвязи между факторами риска (ФР) и здоровьем. Проблема для МС состоит в мотивации желания у пациента узнать, принять и начать действовать, поскольку пациент, несмотря на формально полученное «обучение» в «Школе пациента», может остаться пассивным участником лечения.

Появление психологии здоровья как новой отрасли психологического знания определило проблемное поле и методологию развития «Школы пациента». Общеизвестно, что состояние здоровья человека на 50% зависит от его образа жизни, а образ жизни определен знаниями и мерой ответственности каждого за свое здоровье. Это значит, что знание людьми профилактических действий, не допускающих развития заболеваний, причин болезни и методов лечения, а не сам процесс лечения должны стать ведущими. Во взаимодействии МС с пациентами с ХНИЗ она опирается на его компетентность, успешность освоения нового с учетом модальности восприятия информации. Гуманистический подход в медицинской психологии определяет особое внимание к индивидуальности больного человека, к развитию активной позиции каждого по отношению к укреплению здоровья, используя профилактическую и коррекционную модели лечения и ФЗОЖ.

Компетентность пациента – это одна из основных категорий современных инновационных технологий лечения и определяющий фактор при формировании индивидуальной или групповой работы МС с пациентами в «Школе пациента».

Стадии наращивания компетентности у пациента:

- неосознанная некомпетентность (Я не знаю, чего я не знаю);
- осознанная некомпетентность (Я знаю, чего я не знаю);
- неосознанная компетентность (Я не применяю то, что я знаю);
- осознанная компетентность (Я использую накопленный опыт);
- зрелая компетентность (Я несу ответственность за лечение и восстановление здоровья).

Представления о здоровье и болезни существенно влияют на успех обучения и эффективность лечебного процесса для пациента. Они формируются в течение жизни под влиянием культурной среды, образования, профессионального и социального статуса, личного опыта, а также информации, поступающей из различных источников. Освоение новых знаний в «Школе пациента» может вступать в противоречие с существующими у человека представлениями. Например, упорное отвержение инсулинотерапии у больного сахарным диабетом, несмотря на предоставленную медицинскую информацию о ее преимуществах, может быть вызвано пониманием этого вида лечения как патологической лекарственной зависимости («сел на инсулиновую иглу») или неправильной трактовкой опыта применения инсулина родственниками, знакомыми и т.д.

Методологической основой обучения в «Школе пациента» являются специально разрабатываемые программы, адаптированные и адресованные определенному контингенту пациентов [эл. рес. 13].

Направленность программы обучения пациента с впервые выявленным заболеванием должна быть строго практической, отвечающей принципу «разумной достаточности». Не рекомендуется углубляться в детали биохимии, развития заболевания, медицинскую терминологию; их затрагивают лишь в той мере, в какой они непосредственно связаны с лечением. Занятия МСОП с пациентами имеют форму не лекции, а беседы, что предполагает обратную связь, активное участие пациента в диалоге.

Медицинские работники в «Школе пациента» должны научить людей:

- правильно принимать лекарства;
- понимать разницу между препаратами «для оказания экстренной помощи» и профилактическими лекарственными средствами «длительного применения»;
- избегать воздействия ФР, ухудшающих состояние здоровья;
- контролировать свое состояние по симптомам и показателям вспомогательных приборов (пикфлоуметра, глюкометра, пульсоксиметра, тонометра и др.);
- распознавать признаки декомпенсации заболевания и принимать соответствующие меры;
- вовремя обращаться к врачу за надлежащей медицинской помощью.

Совместно с пациентом ВОП составляет индивидуальный план лечения, служащий практическим руководством пациенту [эл. рес. 14,15,18].

План лечения ХНИЗ должен охватывать:

✓ предупредительные меры для длительного контроля;

✓ информацию о том, какие лекарственные средства и какой продолжительности необходимо принимать ежедневно;

✓ сведения о том, каких ФР следует избегать;

✓ практические шаги по борьбе с ухудшением течения болезни;

✓ как распознать, что болезнь ухудшается. Симптомы или показатели приборов;

✓ как и когда обратиться за медицинской помощью;

✓ название, месторасположение и номер телефона Пвр, МСОП, справочного бюро БО (АПО).

В настоящее время разработаны инновационные обучающие технологии, значительно повышающие эффективность реабилитационного процесса пациентов и активизацию ответственности за собственное здоровье. Процесс обучения пациентов с ХНИЗ во многом зависит от учета их приоритетного канала восприятия информации и способа передачи информации, предполагает совместную учебную деятельность МС и пациента, характеризует процесс передачи знаний, навыков, умений от МС к больному человеку. *Учение* относится к передаче информации о предпринимаемых больным действиях, направленных на приобретение необходимых знаний, навыков и умений. *Научение* – характеризует факт приобретения пациентом новых психологических качеств и свойств, включающих в себя то, чему действительно может научиться индивид в результате учебы в «Школе пациента». В обучении МС используют ряд средств и методов: лекции, чтение, аудиовизуальные средства, наглядные изображения, обсуждение в группах, обучение практикой действия [эл. рес. 26].

Лекция – наиболее быстрый способ передачи информации, делает ее популярной формой обучения. Ее недостатки: пациенты – пассивные слушатели, информация может быть малопонятной, отсутствует учет индивидуального запроса больного, большой объем информации не способствует пониманию, появляется усталость сенсорных каналов при слушании.

Чтение – распространенный метод обучения пациентов. Издание «памяток» и информационных листков помогает закрепить информацию, является элементом реабилитации, но не позволяет достигнуть глубокого усвоения материала.

Аудиовизуальные средства в сочетании с последующим обсуждением могут значительно повысить степень усвоения информации пациентом.

Наглядные изображения – таблицы, плакаты, диафильмы и т.п. оказывают существенную помощь в обучении пациентов, активизируют внимание, востребованы в форме учебных фильмов.

Обсуждение в группах представляет собой субъект-субъектное взаимодействие МС и пациента, позволяет каждому высказывать собственную точку зрения, услышать проблемы других людей, что обеспечивает обратную связь.

Обучение практикой действия опирается на основные принципы психологической теории деятельности (формирование мотивации, определение цели, внешние и внутренние опоры и др.), больной человек при этом занимает активную позицию, принятие ответственности за здоровье на себя повышает объем усвоения информации в «Школы пациента» до 90%.

Если учитывать процент эффективного усвоения информации в зависимости от используемых в обучении методов, то он составляет: при чтении лекции – 5%; при чтении – 10%; при использовании аудиовизуальных средств – 30%; при обсуждении в группах – 50%; при обучении практической деятельности – 70%.

При обучении пациентов МС целесообразно сочетать разные подходы: снабжение его необходимой, но не обширной информацией, индивидуальное обучение, групповые занятия, аудиовизуальные средства, привлечение семьи и общественности. При этом обучение пациента с ХНИЗ должно быть гибким, адаптированным к индивидуальным потребностям. Если человек не любит групповое обучение, ему, по возможности, необходимо создать условия для индивидуальных консультаций, другие – наоборот, нуждаются в коллективе единомышленников. В этом случае большую роль будут играть соревновательные стимулы и положительные примеры других обучающихся.

Существует опыт применения различных моделей обучения: группового и индивидуального; проводимого в АПО и на базе БО (табл. 6.1). МС, формирующие иной образ жизни пациенту, должны, прежде всего, следить за своим здоровьем, подавая пример своим подопечным.

Таблица 6.1

Преимущества и недостатки группового и индивидуального обучения в «Школе пациента»

Индивидуальное обучение		**Групповое обучение**	
Преимущества	**Недостатки**	**Преимущества**	**Недостатки**
Персонализация	Отсутствие возможности сравнения с другими пациентами	Обмен опытом между пациентами	Риск авторитарного стиля общения
Возможность определить специфические потребности пациента	Отсутствие поддержки группы	Соревнование, взаимодействие, сопоставление мнений	Представлены разные пациенты
Лучший контакт	Большие временные затраты	Положительный эмоциональный настрой	Трудности в привлечении каждого пациента к активному участию
Более высокий уровень знаний	Риск чрезмерного влияния на пациента («давления»)	Экономия времени	Затруднения пациентов в самовыражении
Возможность полноценного обсуждения персонального опыта пациента	Риск несовместимости с «трудным пациентом»	Возможность использования «проблемных ситуаций»	Фиксированное время занятий – сложность уделить каждому равное внимание. Трудности в управлении группой

Содержание основных положений обучения пациентов с ХНИЗ в «Школе пациента предполагает расширение рамок деятельности МС и охват психологических и социальных аспектов лечения ХНИЗ. Пациент обсуждает с МС не только симптомы заболевания или результаты анализов, но и аспекты образа жизни: питание, двигательную активность, вредные привычки. Он ждет советов не только по деталям лечения (режим приема медикаментов и т.п.), но и по поводу различных проблем, возникающих в связи с заболеванием в отношениях с членами семьи, а иногда и в профессиональном окружении, т.е. в психологической поддержке. Этому способствует организация в АПО «Школы медицинской сестры по психологическому сопровождению пациентов с хро-

ническими неинфекционными заболеваниями» (Русак С.М.,2018), апробированная в АПО г. Минска.

МС основывались на специальной программе, с учетом особенностей течения отдельных ХНИЗ. Так, при болезнях системы кровообращения у пациентов отмечается инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, сужение круга интересов, эгоцентричность, а также обидчивость и несдержанность эмоциональных проявлений [эл. рес.8,9]. Для пациентов с сахарным диабетом чаще характерен эгоцентризм, раздражительность, капризность, эмоциональная лабильность. Из синдромов у этих пациентов выделяют астенический, астено-ипохондрический, астено-депрессивный, обсессивный и истероформный синдромы [9].

Пациентам, страдающим остеохондрозом позвоночника, присуща нетерпеливость, суетливость, несобранность, нарушение координации движений. В структуре личности такого пациента преобладают застенчивость, робость, зависимость от авторитетов, внешне проявляемые в формировании осанки.

Пациенты с ХНИЗ начинают понимать, что никогда не станут полностью здоровыми, их состояние болезни не ограничено временными рамками. МС необходимо тактично готовить пациента к дальнейшему ухудшению самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, к поиску рационального поведения и действий в разный период времени, что поможет приспособиться к жизни с болезнью и смириться с определенными, налагаемыми ХНИЗ, ограничениями.

Знания – важный, но недостаточный стимул для пациента, необходим индивидуальный подход и мотивация к изменениям, но для этого пациент должен быть искренен с МС, которой полезно быть достаточно осведомленной о личной жизни человека. Дополнительная функция педагога непривычна для МС, поэтому одним из наиболее очевидных недостатков является перегруженность речи медицинской терминологией при обращении к пациенту. Исследования показали, что около четверти пациентов не понимают значения часто употребляемых врачами и МС слов из предлагаемого списка, а около трети полагают, что понимают, но фактически приписывают им неверные значения.

Каждый раз, встречаясь с пациентом, МС необходимо помогать ему решать возникающие проблемы, отвечать на вопросы, давать своевременные и профессиональные советы. Пациенты часто сомневаются в правильности своих действий, легко теряют уверенность в себе. МС необходимо умение ободрять и проявлять теплоту, возвращая пациентам утраченную уверенность, обучать, не осуждая.

При разговоре с пациентами МС важно уметь выслушать и дать почувствовать, что они вас интересуют.

Используйте невербальное общение. МС показывает заинтересованность в общении, отношение к пациенту своей позой, выражением лица, жестами, что поможет человеку больше рассказать о себе и своих проблемах. Не стоит спешить и начинать разговор «на бегу». Предложите собеседнику присесть и сядьте сами, чтобы не занимать доминирующей позиции, можно развернуться к пациенту так, чтобы носки ног смотрели на него, поза МС предпочтительна открытая, ноги и руки лучше не скрещивать. Используйте позу тела для проявления интереса к тому, что говорит пациент: например, наклоняйтесь вперед, чтобы не упустить ничего из сказанного им. Поддерживайте контакт глазами, но, не глядя пристально в лицо. Чтобы поощрить к разговору своего собеседника, используйте такие жесты, как кивание, улыбка и поощряющие междометия типа «м-мм» или «да», которые продемонстрируют вашу заинтересованность.

Задавайте «открытые вопросы», они обычно самые полезные, отвечая на них, пациент сообщает вам некоторую информацию. Этот диалог обычно начинают вопросительными словами: как, когда, где, почему и так далее. Закрытые вопросы менее полезны, они подсказывают ожидаемые ответы, на них можно ответить словами: да или нет.

Например: «Вы принимаете лекарство?». Если пациент ответит утвердительно, вы все же не узнаете, правильно ли он это делает.

Иногда полезно в начале разговора задавать закрытый вопрос, чтобы убедиться в чем-то. «Вы соблюдаете рекомендованную диету?». Если услышите ответ «Да», то сможете задать открытый вопрос для уточнения: «Что именно вы ели сегодня на завтрак?».

Отражайте слова пациента. В разговоре повторяйте то, что услышали – в нескольких словах, сочетая собственные слова с теми, что произнес пациент. Этим вы покажете пациенту, что

услышали его. Кроме того, повторение важного ключевого слова, сказанного собеседником, позволяет последнему услышать то, что он произнес. Впервые услышав собственные слова от собеседника, человек может их более ясно осознать. Например: пациент: «Я очень боюсь предстоящей операции». МС: «Боитесь?» (повторяет ключевое слово). Пациент: «Да, понимаете, не знаю, как я смогу перенести боль и...». Пациент продолжает беседу, осознавая причины своих страхов и сообщая МС дополнительную информацию.

Избегайте частого употребления оценивающих слов. Оценивающие слова: правильно, неправильно, плохо, плохой, хорошо, хороший, достаточно и т.д. Если МС часто использует эти слова в вопросах, пациент может подумать, что его действия неправильны, станет менее уверен в себе. Вместо вопроса «Вы хорошо подготовились к исследованию?» можно задать вопрос «Как вы подготовились к исследованию?»

Принимать все то, что думает и чувствует пациент, это значит реагировать спокойно, не выражая согласия или несогласия. Иногда точка зрения пациента бывает ошибочной, МС не согласна с ней, тогда пациенты расстраиваются по пустякам. Если МС сразу дает понять, что повода для тревоги нет, пациент будет думать, что его не понимают, это снизит его уверенность в себе. Уверенность пациента также уменьшится, если МС выскажет свое несогласие без пояснения, начнет критиковать. В этих ситуациях полезнее сначала с пониманием отнестись к чувствам пациента, выразить уважение к его мнению, то есть принять чувства и мысли пациента. Например, пациент жалуется: «Не думаю, что смогу сам себе делать инъекции инсулина!». Примите чувства пациента, ответив: «Многие люди вначале испытывают такой страх». Новую информацию вы сможете сообщить ему после.

Одобряйте все то, что пациент и его родственники делают правильно. Медицинских работников учат обычно во всем искать проблемы, видеть только то, что отклоняется от нормы, и исправлять это. МС необходимо научиться находить положительные стороны в том, что делают пациент и его родственники, и одобрять это. Если хвалить то, что сделано хорошо, можно получить следующие результаты: МС сформирует у пациента уверенность в силах и стремление продолжать делать то, что у него получается. Он станет доверять советам МС.

Оказывайте практическую помощь. Иногда оказать действенную поддержку бывает лучше, чем сказать что-нибудь. Например, если у пациента имеется определенная проблема, требующая практического действия. Если пациенту неудобно лежать, будет лучше, если МС поможет ему занять другое положение в постели, чем будет рассказывать о профилактике пролежней.

Давайте немного необходимой информации, т.е. той, что нужна для пациента, в данную минуту, а не через несколько недель. Сообщайте не более двух новых фактов за один раз, особенно если пациент уже получил множество советов. Новые сведения сообщайте так, чтобы они не казались критикой поступков. Это очень важно при исправлении ошибочных мнений и действий.

Пользуйтесь простым языком, объясняйте доступно. Помните, что большинство людей не понимают медицинских терминов.

Предлагайте, а не приказывайте. Будьте внимательны, не приказывайте что-нибудь сделать. Лучше предложите что-то изменить. После этого пациент вправе решать, он сам будет это делать или нет. Самостоятельное принятие решения позволит ему обрести уверенность в себе. При умелом поведении МС беседа помогает пациенту ощутить и осознать свои проблемы более четко, выбрать наиболее разумный путь их решения.

Результаты обучения в «Школе пациента» принято оценивать по ряду параметров:

1. Клинические параметры, например индекс массы тела, уровень гликемии.

Снижение массы тела при ее избытке является важной целью для больных сахарным диабетом с ее Достижение этой цели и сохранение результата в течение длительного времени доказывает эффективность обучения.

2. Показатели деятельности органов и систем (лабораторные, инструментальные, функциональные).

3. Медико-социальные параметры: число дней временной нетрудоспособности и число временно нетрудоспособных больных на участке ВОП.

4. Структура методов лечения. Например, переход на более щадящие медикаменты и схемы лечения.

Помимо организации учебы в «Школе пациента», определенную поддержку в реализации педагогической организационной деятельности главной МС имеет создание Совета МС [68].

Не менее важным является сохранение взаимоотношений в команде ВОП, особо необходимое в период пандемии COVID-19, когда психологическое состояние участников нестабильное [37].

Рекомендациями для сохранения и улучшения командного настроения всех участников могут служить следующие (Русак С.М., 2020):

1. Сократите свои высокие надежды. Не стоит ожидать высокой работоспособности МС в период, когда люди тревожатся, ожидая результаты анализа, о риске заболеть.
2. Предлагайте помощь в правильной организации рабочего места, наличии СИЗ, обучении правилам обработки рук, телефонов, социальному дистанцированию.
3. Поддерживайте связь с коллегами на регулярных чатах в мессенджерах, можно выделить отдельный чат для шуток, мемов, обмена эмоциями и личными новостями (онлайн-кулер), позволять короткие «посиделки за кофе».
4. Разграничьте работу и личную жизнь для того, чтобы предупредить уход из профессии МС вследствие избыточных нагрузок. Уместны тренинги по управлению временем, обсуждение единых правил для всех, когда допустимо или недопустимо отключение уведомлений в рабочих чатах, обсуждение гигиены профессионального общения при выезде в бригаде и времени, в течение которого коллегам нельзя писать и звонить по телефону.
5. Признавайте достижения, которые необходимы сотрудникам для ощущения своей ценности и временности ситуации пандемии. Признание должно быть публичным. Можно создать виртуальную доску Почета, на которой в «благодарственном» чате отмечайте успехи каждого. Английская пословица гласит: «Когда вам льстят – не перебивайте».
6. Транслируйте свою уверенность в завтрашнем дне. Руководителю просто необходимо делиться живыми, искренними позитивными эмоциями и делиться актуальными новостями с акцентом на хорошие.
7. Оценивайте результаты, а не процессы. Гибкость ситуативного руководства смягчает жесткую регламентацию оказываемой населению помощи и повторяющихся задач, позволяет быстро и максимальной эффективностью привести к результатам, для чего выбирают «лучших из лучших» и не забывают о поощрениях.
8. Стройте систему наставничества [15], которая смягчит социальную изоляцию, наставники помогут команде расти профессионально. Методы работы в колл-центре, анкетирование и опрос при звонке пациента осуществляли даже МС, находящиеся в отпуске без сохранения заработной платы, так велико было желание поддержки коллег.
9. Будьте терпимыми к ошибкам [40], никто от них не застрахован, основное – быстро извлечь опыт и избегать повторов-ловушек. Чувство вины непродуктивно.
10. Находите индивидуальный подход к каждому коллеге. Главной (старшей) МС ежедневно оценивать (но не озвучивать!) эмоциональной состояние и мотивацию каждого сотрудника. Полезно поддержать слабого, помогать развитию того, кто хочет расти, хвалить того, кто становиться блестящим специалистом.
11. Транслируйте модель убеждений в отношении здоровья.

В качестве примера – цитаты Энтони Роббинса, который успешно реализовал все лучшие качества и преодолел многие трудности жизни. Он стал влиятельной знаменитостью, писателем, предпринимателем и бизнес тренером по теме саморазвития и мотивационного развития человека:

*Мы не можем контролировать события, но мы можем на них влиять.

*Самое важное решение, которое вы можете принять – это жить в прекрасном состоянии.

*Смените свои ожидания на благодарность – и ваш мир мгновенно изменится.

*Личность не развивается, когда все идет хорошо. Она формируется во время трудностей.

*Желания – это энергия.

*Любая боль может стать источником силы, если вы найдете способ вырасти через нее.

Организация наставничества и работы Совета МС

Наставничество – общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или адаптацию к новой работе. Это доверие руководства опытному работнику, наиболее эффективная форма обучения на рабочем месте, передачи накопленного опыта и знаний, применяемая для развития профессиональных навыков и до-

стижения необходимого уровня компетентности. Ответственность за организацию наставничества возлагается на главную МС или лицо, ответственное за развитие наставничества в Совете МС.

Утверждаются основные документы: «Положение о наставничестве» (прил.4), «Положение о Совете наставников», «План работы ОЗ по наставничеству» (прил.5-7). Мероприятия по развитию наставничества вносятся в коллективный договор (прил.8). Наставничество осуществляется на основании соглашений, заключаемых между наставником и наставляемым. В этих документах устанавливаются права и обязанности обеих сторон.

Функции наставника. Оговоренные в коллективном договоре или в [15] полномочия наставников позволяют выполнять функции по профессиональному формированию умений и навыков у молодых специалистов. Как правило, наставник:

а) контролирует обеспеченность молодого специалиста предметами медицинского назначения и инфекционной безопасности, СИЗ;

б) совместно с администрацией создает благоприятные условия для работы;

в) вносит предложения о поощрении молодого специалиста за достижение высоких показателей в овладении новыми навыками.

Основные функции МС-наставника: образцовая – осуществляется собственным примером; посредническая помощь в адаптации и установлении социальных связей; педагогическая – реализуется в процессе обучения.

Наставник **имеет право**:

- индивидуально обучать практическим навыкам наставляемого;
- осуществлять обучение наставляемого (адаптируемого) работника в оговоренные сроки;
- личным примером способствовать мотивации обучаемого работника на саморазвитие;
- осуществлять контроль организации труда, выполнения должностных обязанностей наставляемых;
- вносить предложения по применению мер общественного воздействия или по психологической поддержке наставляемого (в случае совершения им профессиональных ошибок) или по наказанию (при нарушении трудовой и общественной дисциплины, этических норм);
- рекомендовать повышение квалификации в учреждениях образования.

Наставник несет ответственность за деятельность наставляемого, а также за качественное выполнение собственной работы.

Характеристика наставника (Муни, 1988): опытная МС с клиническим опытом, высокой квалификацией, навыками межличностного и педагогического общения. Личностные качества наставника – терпение, энтузиазм, не осуждающая, не угрожающая установка, непредубежденность, высокое самосознание, способность к авансированной похвале. Наставник способен прогнозировать поведение людей, обладает тактом, владеет приемами вербального и невербального общения.

Формы обучения наставников: учеба в группах; обучающий тренинг; заключительное собеседование с наставляемым специалистом; отчет перед Советом МС; активные формы обучения в виде деловых игр, тестирования. Подготовка наставников из числа успешных МС строится в определенной логической последовательности:

✓ вводная самодиагностика и тестирование дают возможность наставникам оценить имеющуюся подготовку;

✓ вводные занятия создают условия для осмысления и выбора вариантов программы (полностью или частные разделы);

✓ знакомство с передовым опытом и предложение своих практических или творческих находок, что служит основой будущей деятельности МС в качестве наставника; организация и проведение итогового семинара.

В процессе совместной работы наставника и МС достигается уточнение понятий, отработка практических навыков, анализ и осмысление собственного делового общения. Итогом является выработка знаний, умений и навыков, использование системы представлений, учитывающей оснащенность рабочего места, специфику и особенности личности наставляемого. Наставник должен владеть приемами делового общения для наилучшего контакта с наставляемым специалистом.

Программа обучения наставников является средством педагогического и психологического воздействия, повышающим у наставников и обучающихся ответственность за результат (прил.7).

Критерии для роли наставника (Пьемме, 1986)

- Умение оценить качества специалиста, нуждающиеся в развитии.
- Помощь в развитии каких-либо конкретных методик, алгоритмов, навыков.
- Помощь в адаптации к новой организации (коллективу).
- Эффективность учебных методов.
- Способность выступать в качестве положительной ролевой модели.

Критерии **оценки эффективности наставников** включают:

- степень сложности манипуляций;
- экономичность;
- правильность ведения медицинской документации.

Оценка деловых и личных качеств наставника учитывает:

- уровень специальных знаний;
- психолого-педагогическую установку;
- общую подготовку, эрудицию;
- личностные качества;
- соблюдение требований этики;
- наличие мотивации на саморазвитие.

Взаимодействие наставника с обучаемым оценивают по результатам работы коллектива «здесь и сейчас», по влиянию на структурное подразделение ОЗ в целом.

Функция наставника – помочь молодому специалисту в адаптации на новом рабочем месте, освоении знаний и навыков, соединении теории с практикой. Основным методом обучения является сравнительный анализ трудовой деятельности наставника и воспитанника, совместный поиск лучших вариантов работы, использование опыта наставника (прил.5,6,8). Получение информации «из первых рук» и обучение с помощью партнерской модели взаимодействия превращают начинающего специалиста в практика в соответствии с планом работы по наставничеству (прил.5) [15].

Ближайшая задача для наставляемого специалиста – овладение специальностью, формирование связки от знаний к навыкам и умениям, от нетвердых навыков – к прочным умениям, от прочных умений – к высококвалифицированным действиям. Отдаленная цель – сдача экзамена на вторую квалификационную категорию, участие в конкурсе «Белорусский мастер». Наставник (МС-эксперт) «Школы наставничества» владеет технологией воспитательного процесса, включающей положительное восприятие ученика (верим в него, но ничего за него не делаем); закрепление навыков без принуждения и насилия; педагогическую поддержку, позволяющую принимать человека таким, каков он есть. Используемые наставниками приемы включают многократные отработки техники манипуляций под контролем, натаскивание, индивидуальные разборы ситуаций из практики, ролевые игры, демонстрацию видеосюжетов, групповые тренинги с психологом, участие в Дне вступления в профессию, в конкурсах. Пример подобной работы наставника – главная МС РНПЦ неврологии и нейрохирургии Дятко И.В., подготовившая МС своей ОЗ Кучкину М.А. до уровня победителя конкурса «Белорусский мастер-2019».

Управление адаптацией специалиста включает:

- определение профессионального уровня новичка;
- выяснение мотивов и планов нового работника;
- определение личностных качеств человека, нуждающихся в развитии;
- составление мнения о личностно-психологических особенностях и обучение молодого специалиста умению разрешать конфликтные ситуации;
- личный пример (терпение, энтузиазм, желание работать).

Необходимым условием достижения желаемых результатов является единство требований со стороны наставника и трудового коллектива (прил.4).

Проблемы, возникающие в процессе наставничества и адаптации, возможности их решения

Наставники, как правило, не обладают возможностями по ликвидации разрыва в уровнях желаемого и имеющегося материального стимулирования, но, в зависимости от проявляемой инициативы, с учетом заслуг подопечного, им удается улучшить систему стимулирования, внося конкретные предложения.

В ходе адаптации сотрудника в ОЗ наставникам важно:

- ознакомить наставляемого с той схемой стимулирования, которая используется в подразделении ОЗ;
- выяснить у подопечного предпочитаемую им систему стимулирования и определить «разрыв» между предпочтительной и реальной системами стимулирования.

Наставник должен разбираться в сложностях, испытываемых наставляемым специалистом, понимая, что в профессиональной среде в качестве ключевых выделяются три группы трудностей общения, связанных с вхождением личности в группу. Они могут характеризоваться особенностями коллектива (неприятие нового человека, отсутствие интереса к нему), либо самого новичка (замкнутость, внутренняя скованность, несдержанность); развитием отношений, связанных с командой и сохранением единства.

Наставничество – это значительная дополнительная нагрузка, поскольку необходимо выполнение основных задач наравне со всеми. Дополнительные обязанности по проведению занятий, контролю деятельности нового сотрудника, по своевременному разъяснению действий и психологической поддержке должны морально и материально поощряться.

При обучении персонала необходимо учитывать, что средние временные затраты на подготовку составляют 6-10 час. подготовки наставника на 1 час. занятий, это время в полном объеме не восполняется.

Преимущества наставничества:

- адаптация к новому коллективу (организации) осуществляется мягче, быстрее, эффективнее;
- способствует личностному развитию и наставника и наставляемого;
- мотивирует на непрерывное обучение и саморазвитие;
- улучшает качество медицинской помощи (услуги) новичка.

Недостатки наставничества:

- быстрое «выгорание» наставника из-за ответственности и стресса в силу ограниченности времени для наставничества для поддержки другого в ущерб личному времени.

Как создать программу наставничества

1.Необходимы убежденность и согласие между администрацией и наставником в том, что это наилучший способ адаптации и подготовки специалиста (прил.5-6).

2.Коллектив ОЗ должен быть в курсе происходящего, поддерживать идею наставничества.

3.Рабочая программа включает план, оценку воздействия, роль и ответственность наставника и обучаемого (прил.7).

4.Отбор наставников осуществляется согласно критериям и характеристике.

5.Наставнику необходимо адекватное вознаграждение и признание.

Ожидаемые результаты реализации предложенной стратегии обучения и наставничества для руководителей сестринского дела

Каждый выпускник системы дополнительного образования взрослых – обучающийся на курса «Организация сестринского дела» кафедры ОЗиЗ БелМАПО должен уметь:

- доказать миссию своей организации (миссия сестринского дела* – это удовлетворение потребности пациентов в высококвалифицированной, безопасной и компетентной медицинской помощи, а также ее максимальная доступность);
- планировать собственную деятельность и работу подчиненных МС, команды, общественных организаций;
- осуществлять контроль исполнения должностных обязанностей средним и младшим медицинским персоналом в соответствии с действующими требованиями;
- внедрять в работу своей ОЗ технологии наставничества для молодых специалистов;

➢ написать статью, информационное письмо по актуальным вопросам сестринской практики, уметь участвовать и вести дискуссию [эл. рес. 26,28];

➢ использовать возможности для международного сотрудничества с ассоциациями МС других стран, расширять распространение положительного опыта своей ОЗ до сведения потребителей медицинских услуг и лиц, формирующих политику здравоохранения публикациями в медицинских журналах «Медицинские знания», «Мир медицины», «Главная медицинская сестра».

Итог помощи наставника новому сотруднику (прил.7): быстрее достигается социально-психологическая адаптация новичка, его вхождение в коллектив, установление необходимых взаимоотношений с коллегами, руководством; обучаемый ощущает психологический комфорт, безопасность, уверенность в своих силах; чувство справедливости совершаемых обменов (труд, отношение к работе, получаемое вознаграждение); приобретение практических умений и навыков.

Воспитательный процесс в «Школе наставничества» предусматривает положительное восприятие подопечного без претензий на абсолютную истину; педагогическую поддержку с восприятием человека таким, каков он есть; учет особенностей личности и гибкий стиль обучения; стимулирование саморазвития наставляемого, а также использование нештатных ситуаций в обучении. Соблюдение технологии индивидуального обучения способствует повышению качества и эффективности сестринской помощи, творческий и индивидуальный подход к совершенствованию практических навыков и адаптации молодого специалиста является желательным атрибутом деятельности успешной главной МС в лучшей форме повышения качества сестринских навыков – наставничестве.

Результаты адаптации новых сотрудников:

- приобретение практических знаний, умений и навыков, их совершенствование на новом рабочем месте;
- достижение социально-психологической адаптации: вхождение в коллектив, установление хороших взаимоотношений с коллегами;
- ощущение психологического комфорта и безопасности, уверенность в своих силах, в завтрашнем дне;
- взаимопонимание с руководством.

Решение целей и задач позволяет наставникам представить схему стимулирования, используемую в их ОЗ, выявить у подопечного предпочитаемую им систему стимулирования и определить «разрыв» между реальным и предпочтительным вариантом поощрения.

Наставники, как правило, не обладают возможностями по ликвидации разрыва в уровнях имеющегося и желаемого материального стимулирования, но в зависимости от проявляемой инициативы с учетом заслуг подопечного, им удается оптимизировать систему стимулирования, внося конкретные предложения.

Как известно, диплом об образовании – это документ, удостоверяющий факт получения человеком теоретических знаний, навыков и умений. Приступив к работе в должности, молодой специалист ощущает недостаточность собственных практических умений и навыков на новом рабочем месте. Временной диапазон адаптации от одного года до трех лет (при прочих равных условиях) зависит от специфики должности. Самым эффективным методом наставники считают оказание помощи делом и словом, получение информации «из первых рук» и обучение действием превращает начинающего специалиста в практика (прил.4).

Использование современных технологий обучения в «Школе наставничества» способствует повышению эффективности сестринской помощи. Учитывая стиль общения и приоритетный канал восприятия информации подопечного, наставник может применять оптимальные методики обучения.

Творческий и индивидуальный подход при адаптации молодого специалиста является желательным атрибутом деятельности успешного коллектива, а лучшей формой для индивидуального совершенствования качества сестринских навыков молодых специалистов является наставничество.

Советы главной МС по организации Совета МС

1. Организация Совета МС в ОЗ является способом наиболее демократичного самоуправления коллективом медицинских работников.
2. Совет МС функционирует при желании коллектива МС иметь собственный орган самоуправления и готовности администрации к деловому сотрудничеству с этим органом.
3. Организация работы Совета МС обеспечивается, с одной стороны, избранным председателем из числа наиболее авторитетных лидеров, а с другой – главным врачом, поддерживающим мотивацию деятельности и административный контроль.
4. Наиболее рациональной структурой деятельности Совет МС является наличие секторов по профессиональной практике, инфекционному контролю, безопасности сестринского персонала, образованию, связям с общественностью. «Школа наставничества» обеспечивает адаптацию молодого специалиста в новом коллективе или на новом рабочем месте.

Резюме. Наставничество – наиболее современная форма обучения молодых специалистов, способствующая адаптации к новому рабочему месту. Востребовано в период преодоления пандемии коронавирусной инфекции для поддержания профессионализма на рабочем месте неопытных молодых МС. Мотивация, наличие и развитие педагогических способностей у опытных МС обеспечивают повышение качества работы молодого специалиста.

Организация Совета МС в ОЗ является способом наиболее демократичного самоуправления в коллективе МС, одним из элементов тимбилдинга.

Адаптации специалистов на новом рабочем месте способствует деятельность главной МС, базирующаяся на плане работы по наставничеству (прил. 5), примерном плане работы наставника (прил.6) [15.]

В основе наставничества должны лежать особенности личности наставника (не осуждающая педагогическая установка и профессионализм), различные педагогические приемы по обучению профессиональным действиям, мероприятия по адаптации на рабочем месте с учетом отношения работников к нововведениям, предупреждение СЭВ [43]; [эл. рес. 28].

Вопросы для саморазвития

1. Какие формы совершенствования качества обучения молодых специалистов или адаптации к новой работе вам известны?
2. Какие специалисты могут выполнять функции наставника по обучению навыкам профессиональной деятельности молодых работников?
3. В чем значение деятельности Совета МС для отдельного медицинского работника?
4. В чем состоит содержание работы «Школы наставничества».

Глава 7. Инфекционный контроль – средство профилактики ИСМП

Обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в ОЗ в деятельности главной (старшей) МС уделено значительное место, поскольку напрямую влияет на безопасность больничной среды и качество медицинской помощи. Систематизация знаний по этому разделу деятельности главной (старшей) МС свидетельствует, что не все МС полно ориентируются в выполнении требований приказов и иных нормативных документов. Для сокращения времени поиска необходимых нормативных правовых документов предложен перечень приказов Министерства здравоохранения Республики Беларусь по избранному разделу работы [24], что соответствует идее программы обучения на протяжении всей жизни (life-long learning), за этой доктриной – многолетний опыт преподавания в разных странах мира [4,7,23].

Главные МС должны следить за обновлением правовой информации по вопросу безопасности оказания медицинской помощи в ОЗ. Новые информационные технологии в здравоохранении позволяют использование сайтов Министерства здравоохранения Республики Беларусь и др., сокращая время поиска информации [эл. рес.2,5-7].

Так, действующим является приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2017 г.№73 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения». Он принят взамен отмененного Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.10.2013 г. №107 «Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям здравоохранения, оказанию медицинских услуг, в том числе по косметологии, а также к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения».

Важным для правильной организации работы главной (старшей) МС по учету, хранению, использованию [63,73,79] и утилизации наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ), находящейся под контролем органов надзора, является [77], дополненное [68].

Это постановление конкретизирует работу главной (старшей) МС в целях рационального использования НС и ПВ, их учету, отпуску, утилизации и ведению документации, в том числе, в электронной форме. Уточняется учет трансдермальных терапевтических систем (ТТС), их изъятие у родственников после смерти пациентов, которое сопровождается приходом (на предметно-количественный учет), но разъяснения по этому виду учета пока нет, следовательно, ТТС на приход не ставятся (!). Подробно об этом можно прочесть ранее [24].

При сдаче экзаменов на квалификационную категорию некоторые экзаменуемые МС оперируют положениями старых приказов. Отменено также Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 26.12.2002 г. № 143 «Об утверждении Санитарных правил по осуществлению дезинфекционной деятельности». Знание и понимание содержания деятельности, регламентируемой представленными документами, во многом обеспечивает инфекционную безопасность предоставления медицинской помощи согласно программе инфекционного контроля ОЗ (прил.9). Знание нормативных документов по соблюдению санитарно-эпидемиологических требований является необходимым при сдаче МС экзамена на квалификационную категорию и ежегодного контроля ЦГЭиОЗ всего персонала БО, АПО, РНПЦ.

Маркером неудовлетворительной работы ОЗ является установление факта инфекционного заболевания, связанного с оказанием медицинской помощи* (ИСМП). Для обеспечения инфекционной безопасности в ОЗ главная МС ежегодно совместно с ЦГЭиОЗ осуществляет контроль знаний по соблюдению санитарных норм и правил, гигиенических нормативов в ходе инструктажа с принятием зачета у всех сотрудников. При этом учитывают базовые и профессиональные компетенции МС (прил.10).

Возбудители ИСМП и пути передачи

В зависимости от степени патогенности для пациента и условий возникновения возбудителей ИСМП делят на облигатно-патогенные и условно-патогенные. К облигатно-патогенным микроорганизмам относятся вирусы гепатитов В, С, Д, ВИЧ, гриппа и других острых респираторных и

острых кишечных инфекций, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, анаэробных клостридий, хламидий.

Условно-патогенные микробы – основные возбудители ИСМП. К ним относится стафилококк (золотистый и эпидермальный), стрептококк, энтерококки, эшерихия, клебсиелла, энтеробактер, протей, серратиа. Они вызывают такие заболевания как абсцессы, флегмоны, скарлатину, нагноение ран, пневмонии, сепсис, дизентерия и т.д.

Выделяют следующие **пути распространения** ИСМП:

✓ *Экзогенный* (попадание инфекции в организм пациента из внешней среды), к нему относится:

1. Воздушно-капельный путь (попадание инфекции в организм посредствам зараженного воздуха),

2. Контактно-бытовой (предметы ухода, белье, медицинский инструментарий, личные вещи больного человека),

3. Алиментарный (заражение путем употребления недоброкачественной пищи и жидкости),

4. Парентеральный (введение инфицированных лекарственных препаратов, несоблюдение санитарно-эпидемических норм при выполнении внутривенных манипуляций).

✓ *Эндогенный* (распространение инфекции внутри организма). Например, перитонит как осложнение при остром аппендиците.

Регистрация ИСМП производится в день постановки диагноза «ИСМП» в журнале учета инфекционных заболеваний (форма №60/У).

Перечень форм ИСМП, подлежащих учету во всех ОЗ (контроль главной МС и заместителя главного врача)

1.1. Все острозаразные инфекционные заболевания, подлежащие обязательному учету и оповещению (прил.9).

1.2. Все случаи и формы сепсиса, а также бактериального шока, развивающегося после медицинских вмешательств.

1.3. Все случаи и формы ИСМП, связанные с:

1.3.1.Родами и абортами (мастит, нагноения промежности, эндометрит, прочие);

1.3.2. Оперативными вмешательствами;

- инфицирование ран кожи и слизистых оболочек (инфильтрат, абсцесс, некроз, расхождение швов, рожа раны, прочие септические нарушения заживления раны);

- инфекционные осложнения на оперированном органе (перитонит, абсцесс и флегмона брюшной полости, плеврит, остеомиелит, тромбофлебит, другие).

1.3.3. Инъекциями лечебных и профилактических препаратов (инфильтрат, абсцесс, флегмона, др.);

1.3.4. Переливанием крови и ее заменителей, гемодиализом, гемосорбцией, парентеральным питанием, катетеризацией сосудов (флебит, др.).

1.3.5. Трансплантацией органов и тканей;

1.3.6. Использованием аппаратов искусственного дыхания, трахеотомии, интубации, промывания бронхов, отсасывания слизи из дыхательных путей (пневмония, ларингит, бронхит, сепсис, гангрена легкого, плеврит, др.);

1.3.7. Катетеризацией мочевого пузыря, бужированием уретры, цистоскопией, другими эндоскопическими исследованиями мочевой системы (цистит, пиелонефрит, уретрит).

1.3.8.Пункциями, биопсией, биопробой, забором крови для анализа (инфильтрат, абсцесс, флебит).

1.3.9. Химиотерапией;

1.3.10. Иммуносупрессивной терапией;

1.3.11. Лучевой терапией;

1.3.12. Эндоскопическими и мануальными исследованиями женской половой сферы (эндометрит, сальпингоофорит, др.);

1.3.13. Стоматологическими манипуляциями (стоматит, синусит, абсцесс и флегмона мягких тканей);

1.3.14. Закапывание глазных капель, закладывание мази, измерение глазного давления и другими инструментальными и мануальными исследованиями глаз (конъюнктивит, кератит и др.);

1.3.15. Лабораторным заражением.

1.4. Пищевые токсикоинфекции у пациентов БО.

1.5. Все остальные инфекционные осложнения или заболевания у пациентов и медработников, которые могут быть расценены как ИСМП.

Факторы риска ИСМП могут быть:

1. Обусловленные самим возбудителем (микроорганизмы):

– быстрое размножение микроорганизмов;

– мутации микроорганизмов, приводящие к их устойчивости к дезинфектантам;

– вследствие естественного отбора остаются наиболее вирулентные штаммы.

2. Обусловленные организмом самого пациента:

– воздействие радиации и химических веществ;

– широкое применение препаратов, подавляющих иммунитет (гормоны, цитостатики);

– увеличение среди населения лиц пожилого возраста;

– увеличение количества социально-неблагополучного населения (обеднение);

– бесконтрольное применение антибиотиков;

– повышенная восприимчивость пациентов к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам.

3. Социальные и природные факторы:

– природные катаклизмы (наводнения);

– миграция населения;

– привоз инфекций из других стран.

Основные направления профилактики ИСМП в ОЗ:

1. Специфическая:

– иммунизация.

2. Неспецифическая:

– санитарно-эпидемиологические мероприятия (контроль за санитарно-эпидемиологическим благополучием, санация носителей и др.);

– дезинфекционно-стерилизационные мероприятия;

– архитектурно-планировочные мероприятия (изоляция, обеспечение разделения потоков пациентов, рациональное устройство вентиляции и др.) [13,16].

3. Нормативные документы, регламентирующие вопросы дезинфекции, предстерилизационной очистки (ПСО), стерилизации медицинского инструментария и работа с медицинскими отходами [24,89-91, 130]; [эл. рес. 2,5,6].

Критерии эффективности соблюдения дезинфекционного и стерилизационного режимов

Об эффективности соблюдения дезинфекционного и стерилизационного режимов свидетельствуют следующие критерии:

– отсутствие высева в смывах санитарно-показательной и патогенной микрофлоры;

– отсутствие высева микроорганизмов со стерилизованных изделий;

– отсутствие роста микроорганизмов в дезинфекционных растворах и антисептиках;

– отсутствие роста биотестов, закладываемых в паровые и воздушные стерилизаторы, в сочетании с удовлетворительными результатами физического и химического контроля;

– отсутствие положительных проб на скрытую кровь и синтетические моющие средства при контроле эффективности ПСО;

– 100% камерное обеззараживание постельных принадлежностей из отделений хирургического, акушерского, инфекционного профиля, а из других – по эпидемиологическим показаниям.

Контроль эффективности работы дезинфекционной и стерилизационной аппаратуры текущий осуществляет старшая МС ЦСО, систематический контроль – главная МС. Контроль работы дезинфекционного оборудования включает направление контроля и виды контроля.

Направления контроля:

- техническая исправность дезинфекционного оборудования, приборов, систем подачи воды и пара;
- правильность загрузки и выгрузки вещей из дезинфекционной камеры;
- соблюдение режима дезинфекции.

Отсюда вытекают три вида контроля:

- самоконтроль, осуществляемый персоналом ОЗ визуально по показаниям техническим, химическим и бактериологических тестов (ежемесячно);
- метрологический и технический контроль, проводится в соответствии с договорами и сроками поверки технического состояния оборудования, а так же после ремонта и монтажа;
- государственный санитарный надзор – осуществляется санитарно-эпидемиологическим учреждением при каждом плановом обследовании визуально, также с использованием бактериологических тестов, химических индикаторов, средств измерения температуры. Выборочно проверяется не менее 25% всего стерилизуемого оборудования ОЗ за одно плановое обследование, а в течение года все 100% стерилизационного оборудования.

Дезинфекция. Методы, режимы (температура, время, выдержка).
ПСО. Цель проведения. Состав растворов, температурный режим, экспозиция, кратность использования. Ополаскивание, режим сушки

Предстерилизационную очистку (ПСО) ИМН проводят после их дезинфекции и последующего удаления остатков дезинфицирующих средств под проточной водой. Новые инструменты, не применявшиеся для работы с пациентами, должны также пройти ПСО с целью удаления промышленной смазки и механических загрязнений. Все разъемные изделия должны подвергаться ПСО в разобранном виде.

Для ПСО используются физические и химические средства, разрешенные к использованию, согласно инструкциям Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

ПСО проводят ручным и механизированным способом. Методика ПСО механизированным способом должна осуществляться по инструкции, прилагаемой к конкретному оборудованию. Для методики ПСО ручным способом используют емкости из пластмассы, стекла или покрытых эмалью (без повреждений), а так же растворы, содержащие перекись водорода медицинскую или техническую (марки А и В) и моющие средства («Лотос», «Лотос автомат», «Астра», Виксанмед, «Прогресс»). При использовании моющего средства «Лотос» и «Лотос-автомат» необходимо использовать ингибитор коррозии – 0,14% раствор олеата натрия.

Для проведения ПСО ручным способом необходимо приготовить моющий раствор: раствор пергидроля 27,5% – 20 г. Моющее средство («Прогресс», «Айва», «Астра», «Лотос») – 5 г. Вода питьевая 975 г. – количество компонентов для приготовления одного литра моющего раствора;

*погружение ИМН в моющий раствор при температуре 50°С на 15 мин.;

*мойка каждого ИМН в моющем растворе при помощи ерша или ватно-марлевого тампона от 0,5-1 мин.;

*ополаскивание под проточной водой при применении моющего средства: «Биолот» 3 минуты, «Прогресс» 5 мин., «Астра», «Лотос», «Айна» 10 мин.;

*ополаскивание в дистиллированной воде от 0,5-1 мин.;

*сушка горячим воздухом при температуре 85°С в сушильном шкафу до полного исчезновения влаги;

*моющий раствор перекиси водорода с синтетическим моющим средством можно использовать в течение суток до загрязнения (появление розового цвета), а подогревать неизмененный раствор можно до 6 раз.

Совмещение дезинфекции и ПСО в одном этапе позволяет упростить обработку инструментов, уменьшить количество емкостей, сократить время обработки. При использовании растворов совмещающих дезинфекцию и ПСО необходимо строго следовать методическому документу по применению конкретного средства.

Контроль качества ПСО изделий медицинского назначения.
Цель. Кратность проведения контроля

Контроль качества ПСО проводят специалисты территориальных ЦГЭиОЗ в зависимости от эпидемической значимости ОЗ и конкретной эпидемиологической ситуации.

1-й уровень контроля – самоконтроль, проводится МС в ЦСО (стерилизационной), непосредственно после проведённых пред стерилизационных мероприятий (после их дезинфекции, последующего отмывания остатков дезинфицирующих средств под проточной водой, сушки горячим воздухом при температуре 85°С в сушильном шкафу и обязательном остывании медицинского

инструментария) в количестве не менее 1% от объёма каждой обработанной партии, но не менее 3 наименований однородных инструментов.

Качество ПСО оценивают путем постановки азопирамовой пробы (на наличие остаточного количества крови). ПСО должны подвергаться все изделия медицинского назначения с целью удаления белковых, жировых, механических загрязнений, а также лекарственных средств.

2-ой уровень контроля – организуется и осуществляется старшей МС ЦСО, либо ответственным лицом, не реже 1-го раза в неделю методом «случайной выборки» в объёме не менее 2-3 наименований однородных инструментов.

3-й уровень контроля – организуется и осуществляется главной МС ОЗ, либо ответственным лицом, не реже 1-го раза в месяц методом «случайной выборки» в объёме не менее 2-3 наименований однородных инструментов.

4-й уровень контроля – осуществляется специалистами территориальных ЦГЭиОЗ в период проведения надзорных мероприятий, а также в зависимости от конкретной ситуации.

Все уровни контроля обязательны для исполнения всеми ОЗ, их результаты отражаются в журнале «Учёта качества предстерилизационной обработки» (уч. форма №328/у).

Азопирамовая проба. Методика постановки. Количество тестируемого материала. Время тестирования. Действия при положительной пробе. Учет результатов постановки пробы

Азопирамовая проба. Для приготовления исходного раствора берут 100 г амидопирина и 1,0-1,5 г. солянокислого анилина, смешивают их в сухой мерной посуде и доводят до 1л 95°этиловым спиртом. Смесь тщательно перемешивают до полного растворения ингредиентов.

Исходный раствор азопирама следует хранить в плотно закрытом флаконе в темноте. Допустимый срок хранения исходного раствора азопирама составляет: при температуре 4°С (в холодильнике) – 2 мес.; при комнатной температуре (20±2°С) – не более 1 мес. Умеренное пожелтение исходного раствора без выпадения осадка в процессе хранения не снижает рабочих свойств раствора.

Перед постановкой пробы готовят реактив азопирама, смешивая равные объемные количества исходного раствора азопирама и 3% раствора перекиси водорода. Реактив азопирама можно хранить не более 2 час. При более длительном стоянии может появиться спонтанное розовое окрашивание реактива. При температуре выше +25°С раствор розовеет быстрее, поэтому его необходимо использовать в течение 30-40 мин. Не следует подвергать проверке горячие инструменты, а также хранить реактив азопирама на ярком свету и вблизи нагревательных приборов.

Методика постановки азопирамовой пробы

1. *Протирание* изделия марлевой салфеткой, смоченной реактивом.
2. *Нанесение* 2-3 капель реактива на изделие с помощью пипетки.
3. *Введение в полые изделия* реактива внутрь с помощью чистого шприца или пипетки, количество зависит от величины полости. Реактив оставляют внутри изделия 1 мин., после чего сливают на марлевую салфетку. Контролю подлежат: в ЦСО – 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену, в отделениях – 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3-х единиц.

Результат постановки азопирамовой пробы оценивается через 1 мин. При контакте реактива с загрязненным участком появляется фиолетовое окрашивание, быстро, в течение нескольких секунд, переходящее в розово-сиреневое или буроватое. Азопирам выявляет наличие гемоглобина, пероксидаз, окислителей (хлорамин, хлорная известь, стиральные порошки с отбеливателем), а также ржавчины. Буроватое окрашивание наблюдается при наличии ржавчины и хлорсодержащих окислителей, в остальных случаях окрашивание розово-сиреневое. При постановке азопирамовой пробы окрашивание реактива, наступившее позже, чем через 1 мин. после постановки пробы, не учитывается. Исследуемые ИМН должны иметь комнатную температуру (не выше 25°С).

При положительных пробах вся партия инструментария подлежит повторной обработке до получения отрицательных проб.

Стерилизация. Определение. Методы, режимы

Стерилизация ИМН – важнейшая составляющая неспецифической профилактики ИСМП.

Стерилизация – это уничтожение всех патогенных и непатогенных микроорганизмов, в том числе их споровых форм. Стерилизации подлежат все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью в организме пациента или вводимой в него, инъекцион-

ными препаратами, а так же изделия, которые в процессе эксплуатации контактируют со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Стерилизация проводится после дезинфекции и ПСО и является завершающим этапом обработки ИМН, для успешной реализации которого необходимы следующие требования:

*эффективная очистка;

*соответствующие упаковочные материалы;

*соблюдение правил упаковки ИМН;

*соблюдение правил по загрузке стерилизатора упаковками с ИМН;

*адекватное качество и количество стерилизуемого материала;

*соответствующая работа оборудования;

*соблюдение правил хранения, обращения и транспортировки стерильного материала;

*наиболее эффективный метод с точки зрения финансовых и временных затрат и технологической совместимости.

Стерилизацию осуществляют разнообразными методами

1.Физическими:

- паровым – водяной насыщенный пар, под избыточным давлением;
- воздушным – сухой горячий воздух;
- инфракрасным – инфракрасное излучение;
- радиационным – ионизирующие £ и β излучения.

2.Химическими:

- жидкостным – применение растворов химических средств;
- газовым – окись этилена или её смесь с другими компонентами, паро-формалиновый, озоновый;
- плазменным – пары перекиси водорода в сочетании с их низкотемпературной плазмой.

Различают 2 основных *вида* стерилизации:

**высокотемпературный* – пар, горячий воздух, инфракрасный;

**низкотемпературный* – газовый, плазменный, жидкостный, радиационный.

Выбор метода зависит от особенности стерилизуемых изделий.

При стерилизации паровым, воздушным и газовым методами изделия, как правило, стерилизуют упакованными в стерилизационные упаковочные материалы. При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки без фильтра и с фильтрами.

На упаковках стерилизованных изделий должны быть сведения о дате стерилизации, на стерилизационных коробках – о датах стерилизации и вскрытия, а также подпись медработника.

При паровом методе стерилизации стерилизующим средством является водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2 атм.±(0,2) температура 132°С (±2°) 20 мин. (±2 мин.), при таком режиме стерилизуют общие хирургические инструменты, специальные детали приборов и аппаратов из коррозийно стойких металлов, стекла, хирургическое белье, перевязочные материал в стерилизационных коробках.

Хирургическое белье и перевязочный материал укладывают в стерилизационные коробки параллельно движению пара.

Резиновые изделия (перчатки, трубки, катетеры, зонды и т.д.), шовный материал стерилизуют при 1,1 атм. ±(0,2) температура 120°С (± 2°) 45 мин. (±3 мин.).

Запрещается хранение стерилизованного шовного материала в емкостях со спиртом этиловым.

Воздушным методом стерилизуют изделия из металлов, в т.ч. и коррозионно нестойких, стекла (шприц с пометкой 200°С), инъекционные и манипуляционные иглы, изделия из силиконовой резины.

Стерилизуемые ИМН равномерно укладывают горизонтально поперек полок, не допуская перекрытия продувочных окон и решетки вентиляции. Объемные изделия следует класть на верхнюю металлическую решетку, чтобы они не препятствовали потоку горячего воздуха. Изделия стерилизуют, завернув их в стерилизационные упаковочные материалы, или в открытом виде, загружая стерилизационную камеру на 70% объема.

В стерилизаторах стерилизующим средством в которых является среда нагретых стеклянных шариков (гласперленовые шариковые стерилизаторы), стерилизуют изделия, применяемые в

стоматологии (боры, зонды и т.д.). ИМН стерилизуют по режимам, указанным в инструкции по эксплуатации конкретного стерилизатора, разрешенного для применения. После стерилизации инструменты используют сразу по назначению.

Стерилизацию раствором химических реактивов следует применять для стерилизации изделий из термолабильных материалов, когда невозможно применить другой метод стерилизации. Для стерилизации изделий растворами химических средств, используют вещества, разрешенные к применению для данной цели по режимам согласно инструктивно-методическим документам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

При стерилизации растворами химических веществ используются стерильные емкости из стекла, металла, термостойких пластмасс, выдерживающих стерилизацию паровым методом, или покрытых эмалью (без повреждения).

Температура растворов, за исключением специальных режимов применения перекиси водорода и для альдегидсодержащих средств, должна составлять не менее 20°С, а для остальных средств не менее 18°С. Стерилизацию проводят при полном погружении изделий в раствор, свободно их раскладывая. При большой длине изделия его укладывают по спирали. Разъемные изделия стерилизуют в разобранном виде. Каналы и полости заполняют раствором. Во избежание разбавления рабочих растворов, используемых для стерилизации, погружаемые в них изделия должны быть сухими. После стерилизации все манипуляции проводят со строгим соблюдением правил асептики. Изделия извлекают из раствора с помощью стерильных пинцетов (корнцангов), удаляют раствор из каналов и полостей, а затем промывают в стерильной воде, налитой в стерильные емкости, согласно рекомендациям методического документа по применению конкретного средства. При каждом переносе из одной емкости в другую освобождение каналов и полостей и их заполнение свежей жидкостью осуществляют с помощью стерильного шприца, пипетки или иного приспособления.

Промытые стерильные ИМН после удаления остатков жидкости из каналов и полостей используют сразу по назначению или помещают (с помощью стерильных пинцетов, корнцангов) на хранение в стерильную стерилизационную коробку, выложенную стерильной простыней на срок не более 3-х суток.

Наиболее часто используемые химические растворы для стерилизации изделий медицинского назначения:

*р-р сайдекса: для металла – 4 часа, для пластмассы – 10 час.;

*р-р перекиси водорода 6%: при комнатной температуре – 6 час. (360 мин.), при температуре 50°С – 3 час. (180 мин.);

Для газового метода стерилизации используют смесь ОБ (смесь окиси этилена и бромистого метила в весовом соотношении 1:2,5 соответственно), окись этилена, пары раствора формальдегида в этиловом спирте.

Стерилизацию смесью ОБ проводят при комнатной температуре (не менее 18°С), при температуре 35°С и 55°С, парами раствора формальдегида в этиловом спирте при температуре 80°С. Стерилизацию газовым методом осуществляют в стационарных газовых стерилизаторах, разрешенных к применению в установленном порядке, а также в портативных аппаратах (микроанаэростатах) объемом 2,0 дм3 и 2,7 дм3).

Перед газовой стерилизацией ИМН после ПСО вытирают чистой салфеткой, или подсушивают при комнатной температуре, либо при температуре 35°С до исчезновения видимой влаги. Удаление влаги из каналов полимерных (резиновые, пластмассовые) катетеров, трубок проводят с использованием централизованного вакуума, при его отсутствии – с помощью ручного насоса или резиновой груши.

ИМН после подсушивания в разобранном виде упаковывают в пакеты из рекомендованных упаковочных материалов, затем помещают их в стационарный или в портативный аппарат, закрывают крышкой и прижимают зажимом. Стерилизация газовым методом используется в основном в промышленности при упаковке одноразового медицинского инструментария.

Пандемия коронавирусной инфекции вызвала необходимость проведения дезинфекции СИЗ для однократного и многоразового использования МС по определенному алгоритму (рис. 13).

Сроки сохранения стерильности материала в зависимости от упаковки

Паровой метод.

Срок сохранения стерильности ИМН, стерилизованных в герметичной упаковке в пергаменте, бумаге мешочной пропитанной, бумаге мешочной влагопрочной, бумаге упаковочной высокопрочной, бумаге крепированной, стерилизационной коробке с фильтром – **20 сут.,** а в любой негерметичной упаковке и стерилизационной коробке без фильтра – **3 сут**.

Кратность использования пергамента, бумаги мешочной непропитанной, бумаги мешочной влагопрочной и бумаги крепированной – до 2-х раз, крафт-бумаги – до 3-х раз (с учетом целостности).



Рис. 13. Дезинфекция СИЗ в период пандемии COVID-19 (Антонович С.Ф.)

Воздушный метод.

*ИМН, стерилизованные без упаковки, помещают на «стерильный стол» и используют в течение одной смены.

– Срок сохранения ИМН, стерилизованных и герметично упакованных в бумагу упаковочную высокопрочную, бумагу крепированную – 20 сут. Кратность использования бумаги мешочной влагопрочной – до 2-х раз, бумаги упаковочной высокопрочной – до 3-х раз.

– Срок сохранения стерильности ИМН, стерилизованных в крафт-бумаге – 3 сут., кратность использования ее до 3-х раз.

Стерилизация растворами химических веществ

Промытые стерильные ИМН после удаления остатков жидкости из каналов и полостей используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную коробку, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3-х суток.

Газовый метод

ИМН, стерилизованные смесью ОБ или окисью этилена, применяют после их выдержки в вентилируемом помещении в течение:

1 сут. – для изделий из стекла, металла;

5-13 сут. – для изделий из полимерных металлов, имеющих кратковременный контакт (до 30 минут).

14 сут. – для всех изделий, имеющих длительный контакт (свыше 30 минут) со слизистыми оболочками, тканями, кровью.

21 сут. – для изделий из полимерных материалов, имеющих длительный контакт (свыше 30 мин.), используемых для детей.

Контроль стерилизации. Физические, химические, биологические методы. Химические индикаторы различных типов (наружные, внутренние, мультипараметрические интеграторы). Наименование, количество, расположение

Комментарии к Методическим указаниям Главного санитарного врача Республики Беларусь от 30.11.1999 г. № 90-9908 «Контроль качества стерилизации изделий медицинского назначения».

Контроль качества стерилизации проводится с целью оценки эффективности процесса стерилизации и предусматривает:

*совместное использование различных видов контроля;

*анализ полученных данных;

*протоколирование результатов (на месте проведения процесса стерилизации);

*принятие решения в отношении стерилизованных ИМН (принимается непосредственно на рабочих местах).

Для контроля стерилизации используют физический, биологический, химический методы:

**физический* метод предусматривает контроль параметров работы стерилизационного оборудования (таймеры, датчики температуры, давления, относительной влажности и др.). Контроль производится ежедневно при каждом цикле стерилизации МС, которая обслуживает стерилизационное оборудование. Данный вид контроля позволяет оперативно выявить и устранить недостатки в работе стерилизационного оборудования. Однако данный метод позволяет оценить действие параметров внутри камеры стерилизационного оборудования, но не внутри стерилизуемых упаковок.

**химический* метод контроля позволяет оперативно оценить одно или несколько действующих параметров стерилизационного цикла, производится ежедневно при каждом цикле стерилизации. Химический метод контроля использует химические индикаторы, принцип действия которых основан на изменении агрегатного состояния индикаторного вещества или цвета индикаторной краски при действии определенных параметров стерилизации. Каждый тип индикатора зависит от метода и режима стерилизации.

**биологический* метод контроля основан на гибели споровых форм тест-культур, специфичных для каждого метода стерилизации, предназначен для оценки состояния стерильности ИМН и материалов. Биологический метод подтверждает эффективность выбранного режима стерилизации. При химическом методе контроля используемые химические индикаторы имеют свою классификацию: по принципу размещения – наружные и внутренние.

Наружные индикаторы (ленты, наклейки) крепятся липким слоем на поверхность используемых упаковок (бумага, стекло, металл и др.) и потом удаляются. Наружным индикатором могут быть упаковочные пакеты, которые на своей поверхности содержат химический индикатор.

Внутренние индикаторы размещаются внутри упаковок со стерилизуемым материалом вне зависимости от ее вида (пакеты бумажные или пластиковые, металлические контейнеры и др.). К ним относятся различные виды бумажных индикаторных полосок, содержащие на своей поверхности индикаторную краску.

В зависимости от количества контролируемых параметров стерилизационного цикла различают несколько **классов химических индикаторов**. Чем выше класс индикатора, тем больше параметров стерилизационного цикла он контролирует, и тем выше вероятность получения стерильных материалов при их использовании.

1 класс – наружные индикаторы, выполняющие роль «свидетелей» процессов. Индикатор процесса, расположенный на них, позволяет быстро отличить простерилизованные упаковки от не простерилизованных.

2 класс – индикаторы для проведения тестовых циклов (например, для оценки освобождения паровой стерилизационной камеры от воздуха).

3 класс – индикаторы одной переменной, позволяющие оценивать только один параметр (например – проводить оценку температуры без получения данных о длительности ее воздействия).

4 класс – многопеременные (мультипараметрические) индикаторы, предназначены для контроля соблюдения двух и более параметров стерилизационного цикла (температура стерилизации, время стерилизационной выдержки, наличие насыщенного водяного пара).

5 класс – интегрирующие индикаторы, являющиеся аналогами биологических. Разработаны для использования в любых режимах парового или газового методов стерилизации. Они контролируют одновременно действие всех параметров выбранного метода стерилизации. Характеристика этого класса индикаторов сравнивается с инактивацией высокорезистентных микроорганизмов.

При паровом методе стерилизации:

*наружный индикатор – одна полоска или лента длиной 6-7 см. крепится на каждую упаковку стерилизуемого материала.

*внутренний индикатор вкладывается в каждую стерилизуемую упаковку внутрь, а при использовании металлических контейнеров (биксов) – в центре или на дне каждого.

При воздушном методе стерилизации*:* открытом – наружный индикатор не используется, а при закрытом – наружный индикатор – полоска или отрезок ленты крепится на каждую упаковку.

При *открытом* воздушном методе стерилизации одна индикаторная полоска внутреннего индикатора ложится в центре: при закрытом методе воздушной стерилизации одна индикаторная полоска внутреннего индикатора вкладывается внутри каждой упаковки.

При газовом методе стерилизации с использованием этилен-оксида наружный индикатор в виде этикетки или отрезка индикаторной ленты крепится на каждую упаковку или используется упаковочный материал с нанесенным индикатором: внутренний индикатор в виде одной индикаторной полоски вкладывается внутрь каждой упаковки.

При газовом методе с использованием пароформалина, необходимо использовать упаковочный материал с нанесенным индикатором; внутренний индикатор в виде одной полоски вкладывается внутрь каждой упаковки. Все виды химических индикаторов должны применяться в соответствии с инструкцией по их применению, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Для организации контроля состояния материально-технической базы, эффективности использования имеющегося оборудования для дезинфекции и стерилизации ИМН в ОЗ ежегодно необходима разработка Паспорта ЦСО, с указанием всех централизованных и децентрализованных мероприятий, а также всего перечня оборудования для дезинфекции и стерилизации.

В настоящее время действуют два основных нормативных документа [92] и [90], позволяющие учитывать специфические санитарно-эпидемиологические требования, приведен сравнительный анализ некоторых норм из обоих постановлений Совета министров Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь [113]. Оба документа являются действующими нормативными правовыми актами, в них подробно освещены современные требования к содержанию и эксплуатации ОЗ, индивидуальных предпринимателей при осуществлении медицинской или фармацевтической деятельности.

Гигиена рук медицинских сестер

Гигиена рук, являясь весьма простой процедурой, остаётся первоочередной мерой, доказавшей высокую эффективность в предотвращении ИСМП и распространении антимикробной резистентности патогенных микроорганизмов [60,72,76,86]. Особого внимания заслуживает очистка поверхностей рук, которые МС традиционно не обрабатываются должным образом (рис. 7).

Для достижения эффективности уровня по обеззараживанию кожи рук МС, работники ОЗ должны соблюдать следующие **требования** по гигиене рук:

*должны коротко подстригать ногти на руках;

*не должны в рабочее время носить на руках искусственные ногти, ювелирные украшения;

*должны мыть руки;

*должны проводить гигиеническую антисептику рук;

*должны проводить уход за кожей рук с использованием кремов, лосьонов, бальзамов для снижения риска возникновения контактных дерматитов у МС.

Правила «5 этапов гигиены рук», разработанные ВОЗ, определяют ситуации, при которых персоналу необходимо обрабатывать руки. В зависимости от характера выполняемой медицинской манипуляции различают три степени деконтаминации* рук (табл.7.1).

Мытьё рук МС является одним из эффективных способов профилактики ИСМП в ОЗ, при котором должны соблюдаться следующие требования:

- использовать для мытья рук жидкое мыло;

- мыть руки в следующих случаях:
- в начале рабочей смены;
- на протяжении рабочей смены в следующих случаях:

*перед гигиенической антисептикой кистей рук, если руки загрязнены, в т. ч. биоматериалом;

*перед выполнением хирургической антисептики рук;

*после снятия защитных перчаток;

*перед приготовлением, раздачей и приёмом пищи;

*перед кормлением пациента;

*после посещения туалета;

*должны вытирать вымытые руки одноразовым или многоразовым полотенцем, при условии его индивидуального использования, с кратностью замены не реже одного раза в рабочую смену.

Таблица 7.1

Степени деконтаминации рук МС

Уровни (способы) обработки	Цель обработки (степень деконтаминации)
Обычное (гигиеническое) мытьё рук	Удаление грязи и транзиторной флоры, загрязняющей кожу рук МС, в результате контакта с инфицированным или колонизированным пациентом и /или контаминированными объектами окружающей среды
Гигиеническая антисептика	Удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры
Хирургическая антисептика	Удаление или уничтожение транзиторной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры

Понятие о гигиенической и хирургической антисептике рук медперсонала (требования Евростандарта EN 1500)

Гигиеническая антисептика рук предусматривает удаление или уничтожение транзиторной популяции микроорганизмов.

Показания к гигиенической антисептике рук:

– до и после контакта с инфекционным больным известной или предполагаемой этиологии;

– контакт с выделениями больных людей (гной, кровь, мокрота и др.);

– до и после мануальных и инструментальных исследований и вмешательств, не связанных с проникновением в стерильные полости;

– после посещения бокса в инфекционных БО и отделениях;

– после посещения туалета;

– перед уходом домой.

Этапы гигиенической антисептики кожи рук (Евростандарт EN 1500)

1. Антисептик наносят на руки в количестве 3 мл и тщательно втирают в ладонные, тыльные и межпальцевые поверхности кожи рук в течение 30-60 сек. в соответствии с применяемой схемой до полного высыхания.

2. При сильном загрязнении (кровь, слизь, гной и т.д.) сначала удаляют загрязнения стерильным ватно-марлевым тампоном или марлевой салфеткой, смоченным кожным антисептиком. Затем на кисти рук наносят 3 мл. антисептика и втирают в кожу межпальцевых областей, ладонную и тыльную поверхности до полного высыхания, но не менее 30 секунд, после чего моют проточной водой с мылом.

Хирургическая антисептика кожи рук предусматривает удаление или уничтожение транзиторной и снижение численности постоянной популяции микрофлоры до субинфицирующих доз.

Показания *к хирургической антисептике кожи рук:* манипуляции, связанные с контактом с внутренними стерильными средами организма (пункции составов, полостей, хирургические вмешательства и др.).

Этапы хирургической антисептики кожи рук (Евростандарт EN 1500)

1. В течение 2-х мин. кисти рук и предплечья моют без щеток под теплой проточной водой с нейтральным жидким мылом, что способствует удалению загрязнений, снижает количество транзиторной микрофлоры на руках медперсонала;

2. Кисти рук и предплечья высушивают стерильной салфеткой;

3. В течение 5 мин. тщательно втирают антисептик порциями по 2,5-3,0 мл в кожу кистей рук и предплечья по стандартной методике, не допуская высыхания кожи. Общий расход антисептика – в соответствии с инструкцией к препарату;

4. Руки высушивают на воздухе;

5. На сухие руки надевают стерильные перчатки;

6. После проведения хирургических манипуляций и снятия перчаток, руки тщательно моют теплой водой с жидким мылом в течение 2-х мин. Для предупреждения сушащего действия спиртов в течение 1-3 мин. наносят крем. Следует помнить о поверхностях кистей, не обрабатываемых МС должным образом (рис.7).

Требования к проведению гигиенической и хирургической антисептики рук

– втирать антисептик только в сухую кожу;

–использовать адекватные уровню обработки количества антисептика (избегать излишков), для чего необходимо использовать локтевые дозаторы;

– не применять салфетки, губки, тампоны, иные инородные предметы для нанесения препарата;

– чередовать использование антисептиков, содержащих активно действующие вещества с разными механизмами антимикробного действия;

– тщательность выполнения техники проведения обработки;

– соблюдать последовательность действий, дозировку препарата и экспозиции обработки на каждом этапе.

Требования к антисептикам для гигиенической и хирургической обработки кожи рук

Антисептики для гигиенической и хирургической обработки кожи рук должны обеспечивать:

- широкий спектр и высокий уровень антимикробного действия (бактерицидный, туберкулоцидный, вирулицидный и фунгицидный);
- быстроту достижения обеззараживающего эффекта (при гигиенической антисептике – 30 сек. – 1 мин., при хирургической – 5 мин.);
- отсутствие кожно-раздражающего, аллергенного, общетоксического эффектов);
- перманентное (остаточное) действие (для хирургической антисептики);
- медленное развитие резистентности микроорганизмов к препаратам;
- экономическую доступность.

В настоящее время более всего указанным требованиям отвечает группа спиртовых антисептиков на основе этанола, композиций этанола с другими спиртами (изопранол, пропанол, бутандиол) и другими активно действующими веществами – бигуаниды, четвертичные аммониевые соединения и др.

Использование перчаток

Стерильные медицинские перчатки в ОЗ используются:

– при медицинских вмешательствах, в ходе выполнения которых возможен контакт со стерильными полостями и зонами организма пациента;

– при проведении хирургических медицинских вмешательств и операций;

– при родоразрешении;

– при проведении инвазивных рентгенологических медицинских вмешательств;

– при доступе к магистральным сосудам и проведении медицинских вмешательств на сосудах;

– при проведении эндоскопических медицинских вмешательств, связанных с контактом ИМН с интактными слизистыми оболочками (цистоскопия, бронхоскопия, артроскопия и другие), не исключающих их вероятное повреждение.

Нестерильные медицинские перчатки работники ОЗ должны использовать в случаях:

– контакта с кровью пациента;

– контакта с неповреждёнными слизистыми оболочками пациента;

– при подозрении на наличие у пациента заболеваний кожных покровов;
– при постановке или удалении периферических венозных катетеров;
– при внутривенном введении лекарственных средств;
– при заборе крови;
– при разъединении систем для внутривенного вливания;
– при обследовании органов полости таза и влагалища;
– при санации трахеобронхиального дерева у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции лёгких с открытым дыхательным контуром;
– при проведении диагностических эндоскопических медицинских вмешательств (фиброгастродуоденоскопии, колоноскопии и др.);
– по эпидемическим показаниям.

Защитные перчатки работники ОЗ должны использовать в случаях:
– проведения уборок;
– контакта с моющими и дезинфицирующими средствами и растворами;
– опорожнения емкостей с биоматериалом;
– проведения работ по дезинфекции;
– проведения работ с медицинскими отходами и других.

Важно. Работники ОЗ **не должны использовать одну и ту же пару** (одноразовых, однократных) медицинских **перчаток:**
– при оказании медицинской помощи разным пациентам;
– при контакте и (или) осуществлении ухода за разными пациентами;
– при переходе от контаминированного микроорганизмами участка тела пациента к чистому участку.

Допускается использование многоразовых медицинских перчаток, разрешённых к применению в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Антисептика. Определение. Виды. Группы химических антисептиков

Антисептика – это комплекс мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, максимальное их уменьшение или подавление роста микроорганизмов [24].

Дезинфицирующие средства, используемые для проведения текущей уборки. Наименование. Концентрация растворов. Экспозиция. Кратность использования, сроки реализации приготовленных растворов, используемая ветошь

Дезинфицирующие средства для ежедневной уборки в ОЗ применяются согласно инструкции производителя, согласованной с Министерством здравоохранения Республики Беларусь по следующим режимам:

– **бактерицидный** – обеспечивает уничтожение вегетативных форм бактерий, кроме возбудителей туберкулеза, применяется для дезинфекции поверхностей, не имеющих загрязнений биологическими материалами.

– **вирулицидный** – производит уничтожение вирусов, применяется для дезинфекции поверхностей, имеющих загрязнения биологическим материалом (кроме мочи, кала); при регистрации случаев заболевания вирусной этиологии (энтеровирусная инфекция, вирусные гепатиты и др.).

– **фунгицидный** – способствует уничтожению грибов; применяется для дезинфекции поверхностей при подозрении или подтверждении диагноза заболеваний грибковой этиологии, обработке «влажных» объектов в душевых, ванных комнатах, санитарных пропускниках.

– **туберкулоцидный** – уничтожает возбудителя туберкулеза; применяется для дезинфекции поверхностей и противотуберкулезных учреждений, при подозрении или подтверждении диагноза активного туберкулеза в БО соматического профиля или АПО.

– **спорицидный** – убивает вегетативные и споровые формы бактерий, вирусов, грибов, применяется для дезинфекции по показаниям (операционные, родильные залы, при регистрации случаев инфекции, вызванной анаэробной микрофлорой и т.д.).

Для ежедневной дезинфекции могут применяться дезинфицирующие растворы различных наименований. Концентрация раствора зависит от режима дезинфекции. Экспозиция рабочего раствора применяется согласно инструкции по данному дезинфицирующему раствору. Рабочие растворы, которые применяются для проведения уборки, используются однократно, а вот срок реализации рабочего раствора следует строго применять по инструкции, прилагаемой к исполь-

зуемому дезинфектанту. Для проведения уборки используются ИМН из текстильного материала однократного и многократного применения (салфетки, мопы и др.).

ИМН из текстильного материала однократного применения после использования подлежат утилизации; ИМН из текстильного материала многократного применения после использования – дезинфицируются по режиму, который использовался для текущей уборки; затем прополаскиваются под проточной водой, сушатся, хранятся в емкости «чистые изделия из текстильного материала».

При генеральной уборке дезинфекция поверхностей и оборудования проводится по вирулицидному режиму. Наименование и концентрация рабочего раствора, его экспозиция будет зависеть от режима дезинфекции. Кратность использования рабочего раствора для генеральной уборки – однократное применение. Сроки реализации приготовленного раствора должны быть согласно инструкции по применению данного раствора.

Дезинфицирующие растворы. Средства, используемые для обработки использованного медицинского инструментария. Наименование, концентрация раствора, экспозиция. Кратность использования, сроки реализации приготовленных растворов

Дезинфицирующие растворы, применяемые для обеззараживания ИМН, зависят от их типа, конкретной специализации оказания медицинской помощи.

При дезинфекции должны уничтожаться патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, вирусы, включая возбудителей парентеральных гепатитов, ВИЧ-инфекции, бактерии, в т. ч. туберкулеза. Наименования дезинфицирующих средств обработки медицинского инструментария различны, зависят от типа инструмента. Концентрация растворов применяется по вирулицидному режиму. Дезинфектанты для обработки медицинского инструментария могут иметь только дезинфицирующий эффект, также возможна дезинфекция, совмещенная с ПСО. Экспозиция раствора согласно инструкции по применению, но есть некоторая *особенность*: чем меньше концентрация рабочего раствора, тем больше нужно времени для проведения дезинфекции.

В каждой инструкции по применению дезинфектанта имеются таблицы по дезинфекции инструментов, а также по совмещенному применению дезинфекции и ПСО.

Кратность использования рабочего раствора в емкости №1 для инструментов – однократного применения; в емкости №2 дезинфицирующий раствор может применяться многократно (согласно инструкции по применению), до появления хлопьев и видимых визуальных загрязнений.

Рабочие растворы имеют различные сроки реализации, зависящие от индивидуальных рекомендаций в инструкции по применению дезинфицирующего средства, согласно инструкции по применению соблюдается и температурный режим, применять дезинфектанты можно при комнатной температуре или подогреве до определенной температуры.

Ежедневная уборка помещений. Цель. Кратность. Используемые дезинфицирующие растворы, инвентарь, изделия из текстильного материала. Последовательность проведения. Обработка инвентаря и его хранение

ВАЖНО: при проведении уборок технические работники должны использовать средства индивидуальной защиты (СИЗ), в том числе, специальную одежду (СО).

Ежедневная уборка помещений в ОЗ должны проводиться:

– в помещениях для мойки, дезинфекции и стерилизации ИМН, лаборатории – не реже 2-х раз в сутки с использованием моющих и (или) дезинфицирующих средств;

– в помещениях родильного зала должна проводиться после каждого приёма родов. При отсутствии родов уборка помещений родильного зала должна проводиться один раз в сутки с применением дезинфицирующих средств.

Ежедневная уборка других лечебных помещений роддома должна проводиться не реже трёх раз в сутки, в т. ч. один раз с применением дезинфицирующих средств, остальных помещений – не реже двух раз в сутки с использованием моющих и (или) дезинфицирующих средств.

Ежедневная уборка помещений операционного блока (малой операционной) должна проводиться в следующей последовательности:

- в начале рабочего дня способом протирания должны обрабатываться от пыли поверхности операционного стола, медицинской техники и при необходимости другие поверхности;

- после каждой операции должны проводиться дезинфекция поверхностей операционного стола и использованной в ходе операции медицинской техники, при загрязнении – мытьё пола и других поверхностей;
- в конце рабочего дня должно проводиться мытьё пола и поверхностей с дезинфицирующим средством, дезинфекция воздушной среды операционной.

Последовательность выполнения ежедневной уборки (контроль старшей МС)*:*

1. Надеть специально выделенную санитарно-гигиеническую одежду для уборки, СИЗ, чистые резиновые перчатки;
2. Подготовить уборочный инвентарь, приготовить рабочие растворы дезинфицирующих средств, моющие средства;
3. Для удаления пыли провести влажную уборку поверхностей (мебель, оборудование, подоконники, умывальники, батареи) методом протирания или орошения ИМН из текстильного материала, смоченным раствором дезинфицирующего средства;
4. Вымыть пол моющим раствором (раствором дезинфицирующего средства), соблюдая последовательность: от стенки к центру помещения, а затем к выходу;
5. Провести обеззараживание воздуха помещения – кварцевание в течение 30 мин. (при наличии бактерицидного облучателя) (при наличии – включить рециркулятор);
6. Проветрить помещение в течение 15-30 мин;
7. Продезинфицировать уборочный инвентарь:

7.1. Щетки, ерши, тряпку для пола, ИМН из текстильного материала для протирания поверхностей погрузить в емкости для мытья полов и стен с раствором дезинфектанта, выдержать экспозицию по вирулицидному режиму согласно инструкции к дезинфектанту и промыть под струей проточной воды;

7.2. Швабру (другие объемные предметы) протереть ветошью, смоченной раствором дезинфектанта, согласно инструкции по его применению. Уборочный инвентарь хранится в сухом и чистом виде в специально выделенном помещении.

Генеральная уборка помещений. Цель. Кратность, используемые растворы, инвентарь, ветошь. Последовательность проведения. Обработка инвентаря и его хранение

Генеральная уборка проводится с целью высокоэффективной дезинфекции помещения по вирулицидному режиму для предупреждения ИСМП или по эпидемиологическим показаниям.

Периодичность проведения:

– не реже одного раза в семь дней – в помещениях операционного блока, малых операционных, палатах отделений анестезиологии и реанимации, ЦСО, стерилизационных, в родильном зале, перевязочных, манипуляционных, смотровых, прививочных и процедурных, стоматологических хирургических кабинетах, в помещениях молочной кухни;

– после одномоментной выписки пациентов, а также при перепрофилировании в палатах для пациентов с ожогами, в палатах для пациентов с инфекционными заболеваниями, гнойно-септической инфекцией, туберкулёзом, в асептических палатах, палатах для родильниц, рожениц;

– не реже одного раза в месяц – в других помещениях ОЗ.

Генеральная уборка проводится согласно графику, утвержденному главным врачом ОЗ.

При проведении генеральной уборки помещений ОЗ должны соблюдаться следующие **требования**:

– использоваться одноразовые или продезинфицированные многоразовые ИМН из текстильного материала (салфетки, мопы и др.);

– влажная уборка поверхностей проводится растворами моющих средств с определенной последовательностью: потолок, окна и подоконники, стены и двери – сверху вниз, оборудование, пол – от дальней стены к выходу;

– смывание нанесённых моющих средств должно осуществляться водопроводной водой, с использованием ИМН из текстильного материала;

– дезинфекция поверхностей стен, подоконников, пола, оборудования, мебели проводится дезинфицирующими средствами, в соответствии с инструкциями по их применению;

– смена СО и защитных перчаток на чистые перчатки проводится работниками перед этапом смывания нанесённых дезинфицирующих средств;

– смывание дезинфицирующих средств, при необходимости, проводится водопроводной водой с использованием ИМН из текстильного материала;

– после расстановки оборудования и мебели проводится дезинфекция воздуха помещений в соответствии с рекомендациями производителя устройства для дезинфекции.

Уборочный инвентарь (тележки, ёмкости, изделия из текстильного материала, швабры и др.) для уборки помещений ОЗ должен соответствовать следующим *требованиям*:

– иметь чёткую маркировку «пол», «выше пола» и (или) обозначение (цветовое кодирование) с учётом функционального назначения помещений ОЗ. Допускается размещение схемы цветового кодирования в зоне хранения уборочного инвентаря;

– использовать строго по назначению;

– подвергаться дезинфекции, очистке и сушке после использования. Для этих целей допускается использование автоматических стиральных и сушильных машин;

– храниться упорядочено в специально выделенных помещениях ОЗ с раздельным размещением в шкафу (шкафах), на стеллаже (стеллажах) или тележках.

В АПО, оказывающих медицинскую помощь мощностью до 50 посещений в смену и в БО мощностью не более 25 коек допускается хранение уборочного инвентаря в специально выделенном шкафу. **Не допускается** хранение в туалете в открытом виде уборочного инвентаря, предназначенного для его уборки.

Отдельный уборочный инвентарь должен выделяться для:

– помещений операционного блока, малых операционных;

– помещений ЦСО, стерилизационной комнаты, автоклавной;

– родильного зала;

– перевязочных, манипуляционных, смотровых, прививочных, процедурных и стоматологических хирургических кабинетов;

– молочной комнаты, пищеблока, буфетных;

– асептических палат, палат для пациентов с ожогами (термическими поражениями), палат анестезиологии и реанимации, палат для пациентов с инфекционными заболеваниями и ГСИ. Для проведения уборки в асептических палатах, находящихся на стерильном режиме ведения пациентов, должны применяться стерильные изделия из текстильного материала;

– туалетов.

Бельевой режим в ОЗ

ОЗ должны обеспечиваться спецодеждой для работников, одеждой для пациентов и госпитализируемых лиц, постельным бельём, пелёнками, многоразовыми полотенцами в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

1. Бельё из инфекционных, туберкулёзных, дерматовенерологических, обсервационных отделений, отделений гнойной хирургии, а также бельё, загрязнённое кровью, биологическими жидкостями, секретами и экскретами организма (биоматериалом) пациента, должно перед стиркой или в процессе стирки подвергаться дезинфекции.

2. Доставка грязного и чистого белья должны осуществляться в упакованном виде в отдельных мешках или в специальных закрытых контейнерах.

3. Тара для белья должна соответствовать следующим требованиям:

– быть выполнена из материалов, устойчивых к моющим средствам и дезинфицирующим средствам, должна содержаться в чистоте;

– не должна иметь дефектов. Мешки для белья должны быть выполнены из прочных и непромокаемых материалов;

– тара должна быть выделена для каждого отделения ОЗ отдельно для чистого и грязного белья. Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре для белья не допускается;

– иметь маркировку с указанием вида транспортируемого белья (чистое или грязное), его принадлежности к отделению ОЗ.

4. Хранение чистого белья в ОЗ должно осуществляться в специально выделенных бельевых помещениях для чистого белья.

5. Бельевые помещения для чистого белья должны быть оборудованы полками (стеллажами) с покрытием, выполненным из материалов, устойчивых к моющим средствам и средствам дезинфекции, и столами для сортировки белья.

6. Суточный запас чистого белья в приемных отделениях БО, отделениях анестезиологии и реанимации, палатных отделениях ОЗ должен храниться на постах МС в условиях, исключающих загрязнение и доступ посторонних лиц.

7. Смена нательного и постельного белья и одежды пациентам в БО должна проводиться регулярно по мере загрязнения, но не реже одного раза в семь суток, если иное не установлено настоящими Санитарными нормами и правилами [69,78,89-92].

8. При загрязнении белья биоматериалом замена на чистое белье должна проводиться незамедлительно.

9. При сборе и хранении грязного белья в ОЗ должны соблюдаться следующие требования:

– грязное белье должно собираться в тару для грязного белья, транспортироваться в бельевые помещения для грязного белья ОЗ. Хранить грязное бельё в палатах не допускается;

– работу с грязным бельем санитары должны выполнять в специально выделенных СИЗ, в т. ч. в СО, с соблюдением правил гигиены рук.

10. Бельевые помещения для грязного белья должны быть оборудованы:

– принудительной вытяжной вентиляцией;

– устройствами обеззараживания воздуха;

– умывальником с дозирующими устройствами для жидкого мыла и антисептика.

11. Постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) в ОЗ должны подвергаться камерной дезинфекции:

– после выписки или перевода пациента из хирургических отделений, в которых проводятся оперативные вмешательства, ожогового отделения, отделений для беременных и рожениц, отделений для детей, инфекционных, туберкулезных, дерматовенерологических отделений БО;

– по эпидемическим показаниям;

– при загрязнении постельных принадлежностей биоматериалом пациента;

– после смерти пациента.

Матрацы и подушки, находящиеся в герметичных гигиенических чехлах, должны дезинфицироваться способом протирания или орошения чехлов дезинфицирующими средствами.

12. После осмотра пациента на кушетке (гинекологическом кресле) гигиеническое покрытие кушетки (гинекологического кресла) должно быть обработано дезинфицирующим средством. При использовании для пациента индивидуальной одноразовой салфетки, простыни или полотенца обработка гигиенического покрытия кушетки (гинекологического кресла) после осмотра пациента не проводится.

Основные требования личной гигиены МС и Пвр при оказании медицинской помощи

➢ Работники ОЗ должны проходить медицинские осмотры и своевременно получать профилактические прививки в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

➢ При поступлении на работу и в дальнейшем не реже одного раза в год каждый работник ОЗ должен проходить инструктаж (обучение) по соблюдению санитарных норм и правил, гигиенических нормативов со сдачей зачёта. Порядок инструктажа (обучения) и принятия зачёта определяется руководителем ОЗ.

➢ При работе с ИМН все медицинские работники должны соблюдать следующие *меры предосторожности:*

– в случае отделения игл от шприцев должно быть предусмотрено их безопасное отсечение или снятие, в т. ч. с использованием медицинских изделий, разрешённых к применению для этих целей в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

– должны быть созданы условия для раздельного хранения в шкафах личной (домашней) одежды и обуви и СО, сменной обуви работников. Хранение СО должно проводиться раздельно с учётом видов деятельности работников в изолированных секциях шкафов (гардеробных);

– на рабочих местах должен создаваться резерв СИЗ, в т.ч. СО, в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

– при выполнении работ в операционных для трансплантации органов и тканей, проведения высокотехнологичных и сложных хирургических операций, в родильных залах перинатальных центров, асептических палатах и в других помещениях при необходимости, работники должны обеспечиваться и пользоваться стерильными (нестерильными) одноразовыми комплектами медицинской одежды.

➢ Время использования одного комплекта медицинской одежды, в т. ч. стерильной, должно быть в:

- операционных – в течение времени выполнения хирургического медицинского вмешательства;
- родовых палатах и родильных залах – в течение времени приёма родов у одной роженицы;
- асептических палатах, в отделениях анестезиологии и реанимации, в других помещениях организаций, требующих высокого уровня асептики – в течение рабочего дня.

➢ В ОЗ работниками должна использоваться сменная обувь, изготовленная из материалов, допускающих её дезинфекцию. Работники должны находиться на рабочих местах:

- в чистой СО;
- чистой сменной обуви;
- использовать СИЗ органов дыхания, глаз в соответствии с требованиями действующих Санитарных норм и правил.

➢ Работники ОЗ должны закрывать головным убором волосы:

- при проведении медицинских вмешательств на повреждённых (сопровождающихся повреждением) коже и слизистых оболочках пациентов;
- при оказании стоматологической медицинской помощи;
- в ЦСО;
- при раздаче лекарственных средств;
- при приготовлении, получении и раздаче пищи, кормлении пациентов;
- в бельевом помещении для грязного белья.

Работники ОЗ должны соблюдать следующие требования:

- использовать СИЗ в соответствии с рекомендациями производителя;
- должны проводить замену СИЗ сразу при их повреждении или загрязнении;
- должны использовать *СИЗ органов дыхания*:

*при выполнении работ, связанных с риском образования аэрозолей, контаминированных микроорганизмами;

*при выполнении работ, связанных с риском неблагоприятного воздействия химических факторов на органы дыхания;

*при работе с пациентами с инфекционными заболеваниями с аэрозольным механизмом передачи;

*по эпидемическим показаниям;

– *должны использовать СИЗ глаз*:

*при выполнении работ, связанных с риском попадания биоматериала на слизистую оболочку глаз;

*при выполнении работ, связанных с риском неблагоприятного воздействия химических и физических факторов на орган зрения.

ВИЧ-инфекция, СПИД. Источники заражения, пути передачи, контингенты риска

ВИЧ-инфекция - инфекционный процесс в организме человека, вызываемый вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующийся медленным течением, поражением иммунной и нервной систем, последующим развитием на этом фоне оппортунистических инфекций, новообразований, приводящих инфицированных ВИЧ к летальному исходу.

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека, терминальная фаза ВИЧ-инфекции, наступающая в большинстве случаев через весьма длительный период от момента заражения. Вирус иммунодефицита человека относится к семейству ретровирусов, содержащих фермент ревертазу (обратная транскриптазе). Имеет шаровидную форму с диаметром от 100 до 140 нанометров (0,1-0,14 микрона).

Характеризуется развитием оппортунистических инфекций и опухолей как результат глубокого клеточного иммунодефицита. Заразившиеся вирусом СПИД лица в течение нескольких лет являются практически здоровыми, ведут обычный образ жизни и могут служить источником заражения других лиц. В настоящее время описаны два этиологических агента синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

ВИЧ высокочувствителен к нагреванию. При воздействии температуры +56°С в течение 10 мин. инфекционность ВИЧ снижается, а в течение 30 мин. достигается его полная инактивация. При температуре +100°С вирус погибает в течение 1 мин. В то же время вирус устойчив к действию ультрафиолетового и гамма-излучения в дозах, обычно применяемых при стерилизации. Хлорсодержащие дезинфектанты в обычно применяемых концентрациях (1-3% раствор хлорамина, 3% раствор хлорной извести) инактивируют вирус в течение 10-20 мин., 0,5% лизол инактивирует его в течение 10 мин., 3% фенол – 20 мин. Ацетон, эфир, этиловый или изопропиловый спирты также быстро инактивируют вирус.

ВИЧ обладает относительно невысокой устойчивостью во внешней среде. В активном состоянии в крови на предметах внешней среды сохраняет заразную способность до 14 дней, в высушенных субстратах – до 7 сут. Стандартные процедуры и дезинфектанты, широко используемые в ОЗ, вполне приемлемы для инактивации вируса. По степени эпидемиологической опасности ВИЧ отнесен к 11-й группе патогенности (наряду с возбудителями холеры, бешенства, сибирской язвы и др.).

Источником инфекции является инфицированный человек в любой стадии ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция относится к категории антропонозов. Наибольшие концентрации вируса содержатся в крови, сперме, секретах женских половых органов, спинномозговой жидкости. По убывающей степени концентрации, ВИЧ содержится в околоплодных водах, женском молоке, в слюне, поте, слезах, экскрементах, моче. Как и при любых инфекциях, для заражения необходима определенная доза возбудителя. Чем ниже концентрация возбудителя в биологической жидкости, тем меньше риск заражения.

В настоящее время установлено три пути заражения ВИЧ:

- половой;
- парентеральный;
- вертикальный (трансплацентарный, от матери к ребенку). В Республике Беларусь этот вид передачи практически отсутствует, составляя менее 1%, в пределах ошибки статистической погрешности. Это обусловлено программно-целевым планированием профилактических стратегий [эл. рес. 27] и значительными комплексными усилиями ведомств (МВД, ДИН МВД), Министерств (здравоохранения, труда и социальной защиты, образования), а также широкой информационной кампании для населения страны о путях заражения и предупреждении ВИЧ/ СПИД, а также профилактическим лечением анти-ретровирусными препаратами беременных из группы риска [16,33].

Контингенты, наиболее подверженные риску заражения – лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией, часто меняющие половых партнеров, наркоманы, больные гемофилией, граждане, выезжающие в неблагоприятные по СПИД страны. К группе риска относят медицинских работников, которые по роду деятельности постоянно контактируют с кровью, другими биологическими жидкостями пациентов, а также работников МВД.

Восприимчивость мужчин и женщин к ВИЧ практически одинакова. Превалирование того или иного пола зависит от пути заражения. При гетеросексуальных связях заражение женщин наступает чаще.

Резюме. Поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия в ОЗ в деятельности главной (старшей) МС является центральной задачей, выполнение которой напрямую влияет на безопасность оказания медицинской помощи. Добросовестное осуществление всеми медицинскими работниками принципов предупредительной медицины в части безопасности пациента, равноценной качеству сестринского ухода, как провозглашенному ВОЗ приоритету в 2020 г. [120], является гарантией качества медицинской помощи.

Знание главной (старшей) МС всех нюансов дезинфекции позволяет обеспечивать объективный инфекционный контроль и профилактику ИСМП.

Успехи отечественной медицины позволили исключить вертикальный путь заражения ВИЧ плода от больной матери, о чем было сообщено ВОЗ (2015) [эл. рес. 3], на ведомственных конференциях и в научных публикациях.

Формирование культуры ответственного поведения населения в отношении собственного здоровья является стратегической задачей, ориентированной на долгие десятилетия, достичь которую возможно под направлением государственной политики комплексными усилиями ведомств, структур, учреждений и ОЗ.

Вопросы для самообразования

1. Назовите пути передачи и факторы передачи ИСПМ.
2. Кто осуществляет текущий и периодический контроль эффективности работы дезинфекционной и стерилизационной аппаратуры?
3. Перечислите основные приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия, по профилактике ИСМП и ВИЧ.
4. В чем состоят успехи общественного здравоохранения Республики Беларусь по предупреждению передачи ВИЧ инфекции?

Раздел II. Трансформирующее образование для главных медицинских сестер в XXI веке

Глава 8. Тенденции в области практико-ориентированного обучения медицинских сестер

Стратегическое программно-целевое планирование Министерства здравоохранения Республики Беларусь является эффективным инструментом управления сестринским делом, являющимся составной частью общественного здравоохранения [95]; [эл. рес. 27].

Происходит расширение масштабов и трансформирование обучения для МС, состоящее в установлении стандартов базового профессионального образования, развитии нормативного регулирования системы дополнительного образования взрослых и укреплении системы непрерывного профессионального развития и карьерного роста [23,42].

Позиция ВОЗ о роли МС и акушерки в современном здравоохранении [30,101,116,120] указывает направления развития образования средних медицинских работников [23]. Помощь в этом обеспечивают международные документы и наличие нормативной правовой базы в Республике Беларусь [17,57,67,84] и ряд других. Образование МС, Пвр и акушерок в перспективе до 2030 г. может быть представлено схемой 1, которая опирается на мега тренды, новые технологии и смену дискурса* посредством политики в области всеобщего образования, форматов и финансово-экономических возможностей.

Резолюция ВОЗ в 2013г. (WHA 66.23): «Трансформирование образования кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами» сохраняет свою актуальность для системы образования МС.



Схема 1. Структура образования Пвр, МС и акушерки в перспективе до 2030 г.

Трансформирование образования кадров здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами (WHA66.23) и рамки компетенций для признания квалификации МС (ЕФМС, 2015), отраженные в резолюциях ВОЗ в 2013-2020 гг., благоприятствовали качеству медицинского образования в Республике Беларусь.

Значительным стимулом для развития здравоохранения в Республике Беларусь стала I Европейская министерская конференция ВОЗ [эл. рес. 3], поставившая цель о реализации политики «Здоровье-2020» и доложившая о выполнении ЦУР на принципах охвата всех этапов жизни человека.

Признание европейскими сообществами успехов Республики Беларусь в достижении Глобальных Целей Развития Тысячелетия способствовало тому, что страна приступила к выполне-

нию ЦУР (ЦУР 3 – Хорошее здоровье и благополучие и ЦУР 4 – Качественное образование). Их достижению способствует дальнейшее совершенствование медицинского образования средних медицинских работников как важной составляющей кадров [4,7,19,44,116].

Базовое образование учащиеся в Республике Беларусь получают по 8 специальностям в 16 медицинских колледжах при продолжительности обучения от 1 года 10 мес. до 2 лет 10 мес. Конкурс при поступлении в медицинские колледжи (2019) составил от 1 до 3,9 человек на место. Итогом усиления мотивации к профессии МС стал рост числа молодых специалистов, составивший в отрасли 48,3% за 2017-2020 гг.

Повышение квалификации средних медицинских работников носит обязательный регулярный характер и осуществляется с целью совершенствования профессионального мастерства медицинских и фармацевтических кадров. Образовательные программы дополнительного образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение» и «Сестринское дело» реализуются в ГУО БелМАПО, ГУО «Барановичский центр повышения квалификации руководящих работников и специалистов», на 14 отделениях повышения квалификации и переподготовки медицинских колледжей. Повышение квалификации главных (старших) МС осуществляется по 164 образовательным программам по очной (дневной) форме получения образования и составляет 40 и 80 часов соответственно. На 1 сентября 2020 г. основной контингент учащихся – граждане Республики Беларусь, из них 70% обучается за счет средств бюджета, в том числе 38% на условиях целевой подготовки, 30% обучается на платной основе. Численность иностранных граждан, обучающихся в медицинских колледжах, составляет 1,4% от общей численности студентов из 12 стран мира, 80% из них обучаются по специальности «Лечебное дело». Квалификационные категории имеют 77,5% средних медицинских работников, их них у Пвр – 45,5%, МСОП – 70,3%.

Продолжением политики ВОЗ в области сестринского образования является применение целей Стратегии 2030 в Республике Беларусь (схема 2).

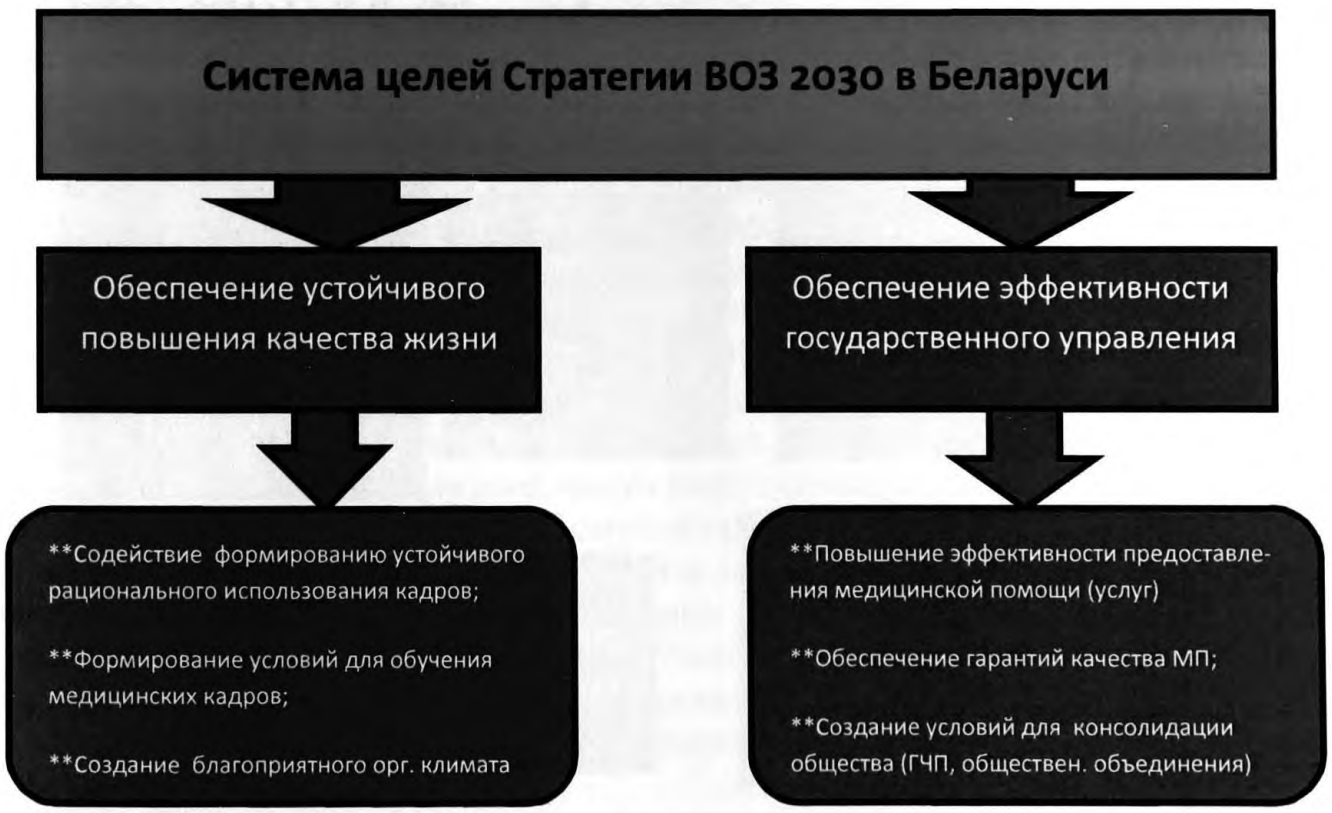


Схема 2. Цели стратегии ВОЗ 2030 в Республике Беларусь

Политика ВОЗ Здоровье-2020 осуществлена в ходе становления института ВОП: МС с пациентами с ХНИЗ и престарелыми должны и продолжают «изучать новые способы самопомощи для того, чтобы справляться с симптомами болезни и соблюдать нередко сложные медицинские режимы, предусматривающие принятие лекарств, лечение, диеты и упражнения. Для того, чтобы обеспечить им и их семьям оптимальное качество жизни, необходимы обучение и медико-санитарная помощь». В целях совершенствования института ВОП согласно [105] (разд. I, п.1.1) в течение текущего года будет введена должность помощника МС (младшей МС по уходу). Открывающейся возможностью становится получение профессионального технического образова-

ния в виртуальной реальности, в т.ч. для гуманитарного образования медицинских работников, поскольку симуляционные технологии в их обучении стали реальность для большинства колледжей и вузов, ускорив переход в связи с эпидемиологической обстановкой в 2020 г. [21,37,114].

Политика ВОЗ Здоровье -2030 базируется на достижение Целей ООН в области устойчивого развития на период до 2030 года и стратегии политики SEE-2020 (прил.11). Цели в области устойчивого развития на период до 2030 года, сформулированные в Декларации тысячелетия ООН (2010), представляют собой совокупность разработанных ООН целей по формированию глобального партнерства, отражены в резолюции Генеральной Ассамблеи ООН от 21.10.2015 г.№70/1 Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года.

Возможности, которые будут иметь место при реализации Концепции [84] и Плана мероприятий [105], касаются разных аспектов развития сестринского дела. Это совершенствование кадровой политики, системы непрерывного профессионального образования специалистов сестринского дела, ресурсного обеспечения и внедрения современных технологий в профессиональную деятельность специалистов сестринского дела и обеспечение условий для проведения научных исследований и деятельности в области сестринского дела. Сохраняет свою актуальность для медицинского дополнительного образования специалистов сестринского дела продолжение развития сестринской педагогики в вопросах здоровья как инструменте профилактики ХНИЗ и роли МС Пвр в ПМП [эл. рес. 26,28]. Этому был посвящен флагманский курс ВОЗ 2016 г. в Барселоне по укреплению систем здравоохранения: Фокус на НИЗ. Предложено менее жесткое разделение в автономии между врачами и МС; совместная работа в команде через разделение задач и простые алгоритмы; возможность проведения профилактики, консультаций населения по изменению поведения, привитию культуры здоровья Пвр и МС наравне с ВОП. Принятие направляемого подхода к междисциплинарному опыту [4,33-35,39,43,47,49,52,79,94,96]; [эл. рес. 3] базируется на требованиях и контроле качества сестринской помощи* (прил.12). В БелМАПО с 2001 г. и на протяжении двадцати лет осуществляются системные постепенные изменения в системе дополнительного образования главных (старших) МС как кадров оперативного и тактического уровней управления (схема 3) [116].



Схема 3. Последовательность наполнения содержания 5 разделов деятельности в дополнительном образовании главных (старших) МС

В системе дополнительного образования главных (старших) МС сделан акцент на этические аспекты взаимодействия МС с пациентами через понятия недопустимости дискриминации (ВИЧ/СПИД) [2,16,66,96], стигматизации старости (эйджизм) [43], ЗППП [эл. рес. 15,25,28-30], психиатрических болезней согласно классическим постулатам «Не навреди» и «Делай добро» среди всего медицинского персонала. Об этом врач и писатель А.П. Чехов писал: «Боже, не позволяй мне осуждать или говорить о том, чего я не знаю и не понимаю».

Сохраняют актуальность для применения Рекомендации заседания ЕРБ ВОЗ для главных государственных МС в Варшаве (2011): «…медсестры и акушерки составляют большую часть тру-

довых ресурсов в системах здравоохранения многих стран». Признано, что: «…оказание основанных на знаниях квалифицированных услуг по охране здоровья позволяет довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и общества» [101]. Рекомендации состояли в следующем:

1) Разработать единое стратегическое видение, направленное на достижение целей политики ВОЗ Здоровье-2020. В настоящее время уже разработаны основы политики ВОЗ Здоровье-2030.

2) Собрать примеры показательной практики в странах, содействовать обмену информацией, и поощрять внедрение инноваций. В Республике Беларусь этим примерам посвящены монографии [23,54,108].

3) Обеспечить политическую приверженность и техническое сотрудничество. Примеры деятельности Белорусского общественного объединения МС (БелООМС) за период 1999-2020 гг. [44].

Призыв в поддержку решения европейских задач программы «Достижение здоровья для всех», отраженный в докладе ВОЗ, реализуется на примерах расширения полномочий Пвр и МСОП посредством пилотных проектов.

Пилотные международные проекты по совершенствованию медицинской помощи, изменяющие роль Пвр и МС, благоприятны для улучшения ее качества. Сотрудничество Министерства здравоохранения Республики Беларусь в области сестринского дела с ВОЗ, ЮНИСЭФ, Глобальным фондом ПРООН осуществляется благодаря ряду пилотных проектов БЕЛМЕД, в числе которых были:

- «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни, поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь на 2016-2019 годы» [4,5,8,96]; [эл. рес. 28].
- «Апробация механизмов контролируемого лечения туберкулеза на амбулаторном этапе в организациях здравоохранения Могилевской области» на 2014-2018 гг., охватившего 19 районов Могилевской области и 318 пациентов, из которых 122 пациента получали противотуберкулезные препараты на ФАП [эл. рес. 2,5,6]. Проект признан успешным для применения [8].
- «Заботливая поликлиника» и «Заботливая поликлиника для детей» на 2018-2020 гг., помогла в определении индикаторов качества медицинской помощи взрослым и детям, прослежены динамика и перераспределение прежних функций МС и Пвр в новых условиях работы [32].
- «Продвижение службы сестер милосердия» долгосрочный международный проект Белорусского общества Красного Креста (БОКК) с 2010 г. для оптимизации обучения кадров в системе оказания медико-социальной (интегрированной) помощи, совершенствуя обучение и качество ухода за людьми разного возраста [47-49,96] и использования государственно-частного партнерства через систему государственного заказа (гл. II ст. 13 1, 13 2, 13 -3, 13 5 Закона [57].
- Опытной платформой для расширения сотрудничества разных структур в области образования и практической медицины стал пилотный проект «Гродненская университетская клиника». Он базируется на стратегии совершенствования научной сферы, принципах преемственности и сопряженности основополагающих программных документах, принятых в Республике Беларусь. В ее основу заложены идеи из директив и Указов Президента Республики Беларусь, решения консенсусных государственных и научных органов, положения государственных программ, решения II съезда ученых, обобщенные в долгосрочной стратегии развития науки и технологий НАН Беларуси на период до 2040 г.

Проект «Гродненская университетская клиника» является новым для Республики Беларусь симбиозом практико-ориентированного обучения учащихся колледжей, студентов, бакалавров, магистров, резидентов на основе объединения на принципах единоначалия работы практических врачей специализированного отделения или целой клиники вместе с работой ученых-педагогов в одну юридическую структуру. Нормативной базой стало Постановление Совета министров Республики Беларусь от 11.12.2018 №886 «О реализации пилотного проекта по созданию университетской клиники» и решение Гродненского областного исполнительного комитета от 14.06.2019 № 352 «Об организации деятельности университетской клиники».

Согласно проекту «Гродненская университетская клиника» было принято решение об изучении необходимых требований к кадрам. В рамках задач данного пособия предлагаем промежуточный этап осмысления организации труда средних медицинских работников, базирующегося на концепции пациент – ориентированного подхода в данной клинике как ключевом элементе

качества медицинской помощи: «Предоставляемая помощь должна соответствовать индивидуальным предпочтениям, потребностям и ценностям пациентов и учитывать пожелания пациента при принятии клинических решений» (ВОЗ).

Пациент-ориентированный подход в деятельности МС включает:

- ✓ деликатное отношение к пациенту;
- ✓ осознание пациентом ответственности за свое здоровье и привлечение его к сотрудничеству (из позиции «жертвы обстоятельств» пациент переводится в позицию активного участника лечебного процесса);
- ✓ улучшение взаимодействия пациент: специалист.

Пилотный проект «Гродненская университетская клиника» способствует достижению более весомого влияния МС на участие средних медицинских работников (тактического и операционного уровней управления) в принятии решений, что согласуется с Целью№3 глобальной кампании «Сестринское дело сейчас».

Достоинствами привлечения к совершенствованию проекта «Гродненская университетская клиника» главной (старших) МС являются:

- ➢ возрастание социально-профессиональной компетентности и мотивации признанием ценности и роли главной (старших) МС, как руководителей тактического и операционного уровня управления деятельностью средних медицинских работников;
- ➢ оптимизация функций с учетом технологий оказания медицинской помощи, сестринской педагогики, коммуникативной компетентности в части ФЗОЖ и предупреждения конфликтов;
- ➢ благоприятность развитию организационно-правовой деятельности всей структуры в рамках рассматриваемого проекта;
- ➢ расширение границ самостоятельной деятельности главной (старших) МС повлияет на доступность и повышение качества сестринской помощи, внутреннее удовлетворение МС, работающих в подобной клинике;
- ➢ комплексное применение всех видов мотивации МС для развития приверженности своей БО, включающего признание ценности и результатов деятельности каждого работника. Это программы ротации кадров МС с использованием желания и права на освоение ею смежных специальностей с соответствующим морально-материальным стимулированием, скользящего (при необходимости) графика работы, возможностью неполного рабочего дня или недели для молодых мам, обеспечение кредитами, скидками на оздоровление внутри университетской клиники, применение коллективных тренингов личностного роста и др.

Состояние организации деятельности всего медицинского и научного коллектива в рамках проекта «Гродненская университетская клиника» свидетельствует об определенных **достоинствах** подобного симбиоза практики и науки.

- **Амбулаторно-поликлиническая помощь** осуществляется в ходе приема по 49 специальностям, терапевтическая служба представлена 8 специальностями. Ведется 3 скрининговые программы: маммологический, скрининг рака предстательной железы и колоректального рака. По результатам проведения скрининга выявление онкологических заболеваний в 1-2 стадиях составляет более 85%.
- **Хирургическое** направление обеспечивает 25% высокотехнологичных оперативных вмешательств по 6 специальностям. Созданы и функционируют хирургические центры (герниологический, диабетической стопы, панкреопатологии и трансплантологии). Активно развиваются рентгенэндоваскулярная хирургия, эндорэнтгенурология, эндоскопическая и видеолапароскопическая хирургия.
- **Учебное** направление. Создан и успешно функционирует учебно-методический центр, в котором осуществляют проведение учебно практических, учебно-тренировочных занятий по программам ВИЧ-СПИД, ИСМП, ООИ. Главной целью работы учебно-методического центра является внедрение современной концепции сестринского дела в практику, повышение уровня теоретических и практических навыков сестринского персонала и младшего медицинского персонала, применение этих знаний на рабочем месте. Обучение проходит в современном формате, представляются презентации, видеофильмы, обучающие онлайн трансляции для специалистов всей области.

• В **практическую** работу УЗ «Гродненская университетская клиника» внедрены: электронная амбулаторная карта; электронная карта стационарного пациента, технологии «Электронного рецепта»; технологии «Электронного документооборота». Развернута система визуального медицинского изображения, в распоряжении врачей имеется многолетний архив данных о пациентах. В базе данных медицинской информационной системы клиники «e-Doctor» имеется электронная медицинская информация на население региона. УЗ «Гродненская университетская клиника» готово к интеграции в центральную платформу в рамках проекта «Электронного здравоохранения Республики Беларусь» [85].

Для реализации Концепции [84] предстоит разработка и принятие решений по организации труда, перераспределению полномочий средних медицинских работников в рамках предложений к проекту «Гродненская университетская клиника».

Выполнение разд. I п.1.3 Плана [105] по осуществлению Концепции [84] и для подготовки предложений по правовому регулированию деятельности ОЗ, являющихся клиническими базами учреждений медицинского образования, способствуют также реализации приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 №1439 «Об утверждении Концепции развития дополнительного образования взрослых в системе здравоохранения на 2021-2025 годы» [17,85]. В их основе лежат навыки и компетенции главных МС (прил.13). Имеют место не решенные проблемы становления деятельности университетской клиники.

I. Организация лечебно-диагностического процесса

– нерешенность морально-нравственных и этических вопросов о распределении обязанностей МС по обеспечению лечения пациентов, которых одновременно наблюдают несколько специалистов (ассистент, аспирант, доцент, заведующий кафедрой, резидент, зав. отделением, субординатор) и отсутствие для МС принципа единоначалия;

– приоритетность выполнения назначений, обеспечение лекарственными препаратами, СИЗ;

– правомочность для МС контроля профилактики ИСМП от множества сотрудников (кафедры и ОЗ).

II. Организация педагогического и научного процесса

– необходимость изучения эффективности функционирования всех подразделений УК;

– выбор оптимального размещения пациентов с учетом двойственной функции пребывания в университетской клинике: как пациента с потребностью в лечении-диагностике-реабилитации и как модели больного человека для обучения студентов и апробации научных методик.

III. Организация кадровой деятельности в отношении средних медицинских работников

– организация натаскивания и наставничества со стороны МС в обучении студентов 1-3 курса и учащихся колледжа практическим навыкам;

– разработка временно созданным научным коллективом нормативов нагрузки МС УК;

– решение вопросов оплаты труда за расширенные функции МС УК в части практико-ориентированной отработке навыков МС у студентов 1-3 курсов и сестринской педагогике, включая симуляционное обучение;

– активизация работы Совета МС «Гродненской университетской клиники» по специальным разделам программы (наставничество, натаскивание, психология, профессиональная компетентность МС).

IV. Организация хозяйственной деятельности с позиции главной МС во взаимодействии с другими службами

– недостаток площадей для обеспечения I-III разделов работы;

– обеспечение тренажерами, симуляторами и фантомами до 6 уровня реалистичности.

Для качественного выполнения дополнительных функций МС университетской клиники целесообразен специальный отбор на должность через открытый конкурс, апробация в течение испытательного срока в одном из подразделений УК.

Требования к личности главной МС в проекте «Гродненская университетская клиника»:

- практика работы старшей МС не менее 3-х лет;
- наличие квалификационной категории (I или высшей);
- наличие ученой степени магистра;

- высшее образование II ступени «магистратура» по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» с возможными профилями «Научно-исследовательская, педагогическая деятельность»; «Организация общественного здоровья и здравоохранения»; «Медицинская реабилитация»; «Валеология», «Диетология»;
- навыки принятия управленческого решения;
- навыки научного анализа;
- организаторские способности;
- лидерство среди коллектива средних медицинских работников;
- навыки оперативной реализации профессионального поведения в нештатных ситуациях;
- знание иностранного языка и компьютерных программ.

Важнейшей общей задачей для всего коллектива университетской клиники становится **обеспечение безопасной больничной среды**, для чего целесообразно:

✓ организовать синергетическое обучение врачебного, научно-педагогического коллектива совместно со средним медицинским персоналом со сдачей зачета по профилактике ИСМП, как это принято для всех МС;

✓ проводить контроль прохождения сотрудниками УК медицинских осмотров и вакцинации в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологического законодательства;

✓ обеспечить медицинский (по возможности и педагогический) персонал современными СИЗ, СО;

✓ создать безопасные условия обращения с отработанными ИМН;

✓ гарантировать оптимальные параметры микроклимата, физических факторов на рабочих местах медицинского персонала и учебных подразделений УК.

Не менее сложные требования предъявляют к средним медицинским работникам в проекте УК.

Требования к МС университетской клиники

1. Личностные качества МС для формирования имиджа:

- высокий профессионализм;
- организаторские способности;
- уметь выбирать методы воздействия на пациента;
- умение мотивировать обучение пациента;
- способность понять проблемы пациента;
- отзывчивость и сердечность;
- способность к самоконтролю;
- грамотная речь.

2. Навыки и умения МС близки к подобным для Пвр (прил.11), нуждаются в доработке в соответствии со специализацией МС университетской клиники, также необходима профилактика СЭВ [43]; [эл. рес. 16,26,28].

3. Профессионализм и специализация подтверждены наличием квалификационных категорий у 82,5% МС, при этом высшая категория у 44,3%, первая – у 21,3%, вторая категория имеется 16,9%.

Обоснование эффективности работы главной (старшей) МС в проекте «Гродненская университетская клиника»

Обоснованием повышенного уровня заработной платы может служить сочетание несвойственных ранее функций по практико-ориентированному натаскиванию или наставничеству студентов 1-3 курсов, сочетающемуся с педагогическими функциями одновременно с выполнением должностных обязанностей работников операционного (старшей, постовой) и тактического уровня управления (главной МС). Мотивацией эффективности труда сестринских руководителей послужат эффекты:

- возрастание роли главной и старших МС как руководителей тактического и операционного уровня управления деятельностью средних медицинских работников;
- оптимизация функций МС с учетом применения технологий сестринской педагогики и коммуникативной компетентности в части предупреждения конфликтов;

• расширение границ самостоятельности в деятельности главной (старшей) МС повлияет на качество сестринской помощи;

• благоприятное развитие организационно-правовой деятельности с помощью работы Совета МС, базирующееся на итоговой аттестации /аккредитации ОЗ (прил.14).

Предложенное структурирование ответственного должностного лица по сестринскому делу согласно уровню управления [116] целесообразно учесть для понимания средними медицинскими работниками места в иерархии управления главных МС. В системе управления сестринским персоналом занято 7,74% специалистов, при этом в аппаратах органов управления здравоохранением работает 0,23%, в научной сфере задействовано 0,3% главных МС, что свидетельствует о том, что наибольшему числу МС (7,21%) приходится действовать на операционно-тактическом уровне управления.

Подготовка главных МС к исполнению руководящих функций в системе здравоохранения Республики Беларусь активно поддерживается сотрудничеством БелМАПО с разными ведомствами, находится в русле улучшения качества медицинской помощи согласно ЦУР и рекомендациям ВОЗ по сестринскому делу, будет способствовать участию МС и акушерок в процессе принятия решений (табл. 8.1).

Таблица 8.1

Направления оптимизации управления и обучения медицинских сестер и акушерок

Тенденции	Причины	Предложения
Сокращение продолжительности базового обучения МС с 2 лет 6 мес. до 1 года 10 мес.	Кадровый дефицит МС в 2009-2012 гг.	Восстановление сроков базового обучения МС до 2 лет 6 мес.
Сокращение сроков дополнительного обучения на курсах ПК главных МС со 160 ак. час. до 80 ак. час.	Экономические	Возобновление сроков дополнительного обучения на курсах ПК главных МС до 160 ак. час.
Неэффективная система управления качеством организации труда МС, низкий уровень представительства в системе управления [116]	Недооценка законов менеджмента в сестринском деле	Расширение кадрового представительства штатных специалистов по сестринскому делу в системе областных управлений здравоохранением, комитета здравоохранения Мингорисполкома и Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Сравнительный анализ системы базового медицинского и дополнительного образования МС в Республике Беларусь выявил основные **тенденции**, сходные для современного состояния обучения в мире:

• сестринское дело в Республике Беларусь прошло определенные этапы развития [44], совершенствующиеся обучение [23] и технологии закрепляют более самостоятельную роль МС и лидерство [54,108];

• совершенствование дополнительного образования главных МС посредством информационных образовательных технологий (модулей) и частично дистанционного обучения в режиме on - line; мастер-классов [эл. рес. 24]; вебинаров (интернет – конференций); лекций ведущих специалистов образовательных учреждений Республики Беларусь;

• развитие и внедрение в практику медицинского обучения современных образовательных технологий: кейс – технологии – методики ситуационного обучения «case – study» [36,97]; технологии проблемного обучения (лекция-дискуссия, лекция-консультация); игровые технологии (деловые игры, экспертные оценки и пр.); технологии симуляционного обучения [21,114], технологии модульного обучения [99,109];

• оптимизация системы управления деятельностью среднего медицинского персонала в Министерстве здравоохранения Республики Беларусь и областных управлениях здравоохранения (комитете здравоохранения Мингорисполкома) за счет создания вертикали управления из числа

штатных специалистов сестринского дела с высшим образованием;

- становление института ВОП и перераспределение функциональных обязанностей внутри команды [8,23-25,31,39,44,71,74,80,87,88,93,94,100,104,107], с помощью специалиста нового типа – Пвр для осуществления первичной и вторичной профилактики населения [108]; [эл. рес. 14,18], что приведет к изменению содержания помощи МС как пассивного помощника врача на модель МС – помощника пациента;
- использование элементов педагогики, информатизации, психологии и инноваций в основных компетенциях главных МС в Республике Беларусь, обеспеченных гарантиями соблюдения принципов политики Здоровье-2020. На примере пилотного проекта «Гродненская университетская клиника» это дает опыт пошагового решения стоящих задач [56,84,105];
- компетентностный подход по развитию ключевых компетенций сестринского руководителя, определяющий ее успешную адаптацию в обществе, отличается от термина «квалификация». Помимо профессиональных знаний и умений, характеризующих квалификацию главной МС, он включает такие качества как инициатива, сотрудничество, способность к работе в группе, коммуникативные способности, умение учиться, оценивать, логически мыслить, отбирать и использовать информацию, что расширяет границы охвата профессиональной информации. Система расширения полномочий МС апробирована в начале 60-х США и Европе. Израиль в исследовании издержек на подготовку специалистов в области здравоохранения показал, что за средства, затрачиваемые на 1 врача, можно подготовить несколько МС. Великобритания: вместо 1 врача (ст. специалиста) можно подготовить 8 МС. При этом осуществляют непрерывное образование и взаимозаменяемость согласно программам модульного дополнительного обучения МС с учетом специфики инновационной специальности;
- развитие навыков медицинской помощи МС путем от низшего уровня ее оказания, когда пациент получает в подарок то, на что имеет право, приходя к взаимодействию с пациентом, через средний уровень предоставления помощи. Высший уровень качества медицинской помощи МС обеспечивает пациенту получение больше ожидаемого благодаря способам формирования у МС культуры высокого уровня, благоприятного психологического климата, разнообразных способов выбора пациенту от сайтов открытости в проекте «Заботливая поликлиника» [32], анкетирования пациентов, до их обучения в «Школе пациента» [23,43]; [эл. рес. 13]. МС.

Предложения для совершенствования подготовки медицинских сестер в Республике Беларусь:

- изменение численности должностных лиц в управлении сестринским делом в Республике Беларусь на стратегическом, а также на тактическом уровне;
- поиск возможностей для удлинения продолжительности курсов ПК до 160 час. в системе дополнительного образования главных МС для поддержания уровня профессионализма и реализации карьерного развития через систему магистратуры в аккредитованных образовательных учреждениях;
- дополнение соответствия между практическими компетенциями МС и потребностями пациента, восполнение и обновление базы для симуляционного обучения в колледжах и вузах;
- обучение МС и Пвр навыкам работы в команде медицинского персонала, использованию приемов медиации при разрешении конфликтных ситуаций [4,8,11];
- возрастание количества часов для подготовки средних медицинских работников к деятельности в условиях электронного здравоохранения и преодоления барьера машина-человек [23,24,51,85]; [эл. рес. 7,21].

По этому поводу ведущий специалист по информационной безопасности Е. Касперский считает: «Не бойтесь совершать ошибки, не бойтесь экспериментировать, не бойтесь много работать. Возможно, у вас ничего не получится, возможно, обстоятельства будут сильнее вас, и потом, если вы не станете пробовать, вам будет горько и обидно за то, что вы не попробовали. Потому что, если вы попробуете, у вас есть два варианта: либо получится, либо нет. А если вы ничего не будете делать, то вариант только один. Так что не бойтесь. Делайте! Пробуйте! Работайте! Учитесь! Ищите правильных людей, которые будут вам помогать. И еще раз работайте».

Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ВОЗ и международные организации на протяжении значительного периода времени последовательно продвигают систему здравоохранения к пониманию нового места и возрастанию функций МС в меняющейся системе оказания

медицинской помощи через вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров.

Система целей Стратегии ВОЗ-2030 обеспечивает для здравоохранения устойчивое повышение качества медицинской помощи населению и эффективное государственное управление.

Резюме. Действующая система целей Стратегии ВОЗ-2030 в Республике Беларусь и [44] Государственной программы [57] предполагают обеспечение устойчивого повышения качества жизни и эффективности государственного управления в области здравоохранения.

Роль МС как источника дальнейшего развития в медицине трансформируется благодаря кадровой и образовательной политике и поступательным изменениям в здравоохранении Республики Беларусь.

Недостаточный уровень представительства должностных лиц МС в областных комитетах здравоохранения может тормозить стратегию современного управления, а также практического и научного развития сестринского дела. Для улучшения качества организации труда МС необходимо создание вертикали управления сестринским персоналом посредством учреждения должности штатного главного специалиста в области сестринского дела на уровне не только Министерства здравоохранения Республики Беларусь, но и главных областных управлений здравоохранения (комитета здравоохранения Мингорисполкома). Это на уровне районов позволит реализовывать программы организации сестринского дела и контроля деятельности МС.

Тенденции в развитии сестринского образования в Республике Беларусь свидетельствуют о том, что развитие института ВОП изменило подходы к распределению функций Пвр и МС при оказании ПМП. Профилактическая функция Пвр нормируется рядом приказов, обеспечивая иное качество диспансеризации и большую доступность посещений ВОП с профилактической целью.

Новые пилотные проекты в области здравоохранения Республики Беларусь за 2016-2020 гг. изменяют роль Пвр и МС в обеспечении доступности и качества медицинской помощи на участке ВОП и в области специализированной помощи. Тройное воздействие от поднятия престижа профессии МС состоит в последствиях в виде улучшения общественного здоровья населения в мире за счет всеобщего охвата, достижения гендерного равенства благодаря большим возможностям этой профессии для женщин и укрепления экономики стран (Н. Крисп, 2018).

Достоинствами привлечения к совершенствованию проекта «Гродненская университетская клиника» главной (старших) МС являются достижение более весомого влияния МС на политику укрепления участия средних медицинских работников в принятие решений, что согласуется с Целью №3 глобальной кампании МСМС «Сестринское дело сейчас», в которой в 2019-2021 гг. участвует более 90 государств мира.

Важными компонентами для достижения ЦУР 3 по обеспечению здоровья населения и благополучия для всех является расширение функций Пвр и МС в команде ВОП, появление новых ступеней образования для МС в форме бакалавриата и магистратуры, поддержка права МС на большее влияние на принятие управленческих решений, касающихся сестринского дела. Комплексный подход к совершенствованию системы здравоохранения будущего в Республике Беларусь приведет к появлению кадров МС - лидеров, способных и обученных к выполнению самых сложных задач. Главное использовать изменения в чем-то как дар, как советует Опра Уинфри: «Перемены – это подарки, которые заставляют нас искать новый центр тяжести. Не сражайтесь с ними. Просто найдите другое устойчивое положение…».

Вопросы для самообразования

1. В чем состоит система целей Стратегии ВОЗ-2030 для Республики Беларусь?
2. Приведите примеры устойчивого повышения качества медицинской помощи населению и эффективного государственного управления здравоохранением на примерах пилотных проектов настоящего времени.
3. В чем состоят проблемы организации деятельности МС в рамках пилотного проекта «Гродненская университетская клиника»?
4. Каково значение пилотного проекта «Гродненская университетская клиника» для выполнения Цели №3 кампании МСМС «Сестринское дело сейчас»?

Глава 9. Школа творческого саморазвития главной (старшей) медицинской сестры

Личностное саморазвитие является необходимым условием для современного руководителя, основанным на убыстрении темпов развития науки и техники и обусловленным приходом в медицинскую сферу новых технологий оказания медицинской помощи. Симбиоз материального и духовного, результатом которого является что-то новое, прежде не виданное, уникальное – не по направлению, но по сути – это и есть творчество. Творческое саморазвитие – это умение человека заниматься самовыражением, воплощая свои стремления, мечты и желания в действиях, в профессии, в искусстве. Быстрота появления новой информации и технологий в медицине обуславливает более частное повышение квалификации МС в аккредитованных учреждениях образования, по примеру Российской Федерации [124]. Занимаясь творчеством, человек приобретает такие навыки как уверенность в себе, своих силах, амбициозность, устойчивость, а также умение смотреть на жизнь совершенно под другим углом. Все это современному сестринскому руководителю необходимо развивать, для чего существуют разнообразные формы, школы, тренинги.

Приводим краткий пример саморазвития главной (старшей) МС в форме учебного тренинга Школы творческого саморазвития.

Школа творческого саморазвития

1. **Цель:** коррекция мышления обучающихся в системе дополнительного образования взрослых для наиболее эффективного достижения личных и профессиональных целей.

2. **Задачи:**

2.1. Творческое развитие собственной личности;

2.2. Приобретение навыков и качеств адекватного восприятия стрессовых профессиональных ситуаций;

2.3. Приобретение алгоритма выработки и исполнения профессионального решения;

2.4. Ознакомление с методиками и приемами (техниками) деловой психологии, способами построения эффективного общения с коллегами, пациентами и третьими лицами;

2.5. Выработка навыков планирования собственной деятельности и ориентации на достижение позитивного результата.

Ментальный потенциал личности колоссален, однако без знания специальных методик и приемов его развитие и, что не менее важно, эффективного целенаправленного практического использования затруднительно. Речь идет не только о навыках адекватного восприятия ситуации, постановки целей и планирования их достижения, но и принятия факта, что достижение собственных целей требует развития навыков сотрудничества с другими людьми, следовательно, понимания и принятия их и их устремлений, целей, личностных особенностей.

Понимание людьми друг друга начинается с понимания самих себя. Коммуникации медицинских работников в системе «врач – МС – пациент» могут быть затруднены и даже иметь негативные последствия из-за незнания основ психологии общения и неумения применять их на практике.

Познав собственную личность, главная (старшая) МС будет развивать, совершенствовать свою внутреннюю устойчивость, которая позволяет успешно решать не только профессиональные, но и личные проблемы с позитивным результатом. Карьерное продвижение требует настойчивой деятельности, опирающейся на заранее разработанный план, ориентированный на ясные цели и подлежащий корректировке по мере движения к ее достижению (гл. 5).

Наверное, лучшими советами в современном мире трудовых возможностей будут: «Nosce te ipsum!» – «Познай себя!», и «Достижение собственной цели – через содействие достижению целей другими людьми». Знание себя позволит определить свои способности и склонности, сильные черты и слабости и сделать на основании этого правильный выбор, понимание потребностей других людей и содействие в их удовлетворении поможет быстрее достичь реализации собственных целей и задач.

Планирование карьеры предполагает самооценку, анализ текущего положения («стартовая точка»), изучение благоприятных возможностей, определение совокупности целей и планирование путей их достижения («траектория действия»). Важно, чтобы проектирование путей достижения было ориентировано на цели, результат, а не сводилось к концентрации на препятствиях.

Выделяют **5 этапов планирования карьеры** (гл.5):

- Самооценка – сбор данных о себе, своих сильных сторонах и слабостях, способностях и предпочтениях.
- Изучение возможностей – сбор данных об окружающей среде (в т. ч. о социальном окружении, положении дел по месту работы) и благоприятных для альтернатив выбора.
- Принятие решения и постановка совокупности целей (в различных областях профессионального и карьерного роста или материальных), построения личных отношений с другими людьми, цели о собственном здоровье, личностном росте, а также краткосрочных и долгосрочных целей. При формулировании целей не забывайте задаваться вопросами: «Зачем?» («зачем я хочу достичь этой цели? что именно это принесёт мне и ближнему окружению?») и «а что потом?» («какие действия мне нужно будет предпринять после достижения цели? какова будет новая цель? какие задачи нужно будет решать?»). Также анализируйте эти цели, используя пару «хочу – мне придется»: например, «я хочу повышения заработной платы на ... рублей. Для достижения этого результата мне придется ... (изучить..., выработать практический навык..., наладить отношения с ..., отказаться от..., прекратить ... и т.д.)».
- Планирование действий (сроки исполнения задач и действия, к которым следует приступить немедленно по разрешению той или иной задачи; ресурсы, в том числе, наличествующие и перспективные; планы преодоления препятствий).
- Движение к цели – каждые 6 мес. пересматривайте план, основные вопросы для самоконтроля: Туда ли я иду? Расту ли я? Делаю ли я то, что желаю? Действительно ли это – мои желания, а не то, что я просто принимаю за собственные желания? Каких именно позитивных результатов мне удалось достичь? Что именно я приобрел(а) вследствие этих результатов? Как именно эти результаты скажутся на моих взаимоотношениях с другими людьми (близкими, коллегами, начальством, пациентами и др.), и понравится ли мне это?

Как подготовиться к тому, чтобы сделать карьеру и продолжать свое саморазвитие в современном мире?

- Даже если вы наемный работник, думайте о себе как о предпринимателе-одиночке. Готовьтесь действовать самостоятельно и независимо.
- Выбирайте организацию, в которой вы сможете приобрести различные навыки и получите наилучшие возможности для самореализации.
- Вы должны быть хорошим специалистом в чем-то одном. Что вы можете предложить фирме/предприятию/учреждению, чтобы наняли именно вас?
- Добивайтесь высочайшего качества вашего личного труда, сверх удовлетворения базовых требований потребителей (пациентов), коллег, шефа.
- Определите основные проблемы в работе вашего работодателя и сделайте себя частью их решения, и этим поднимите вашу «цену» в глазах шефа.
- Научитесь работать в команде.
- Занимайте передовые рубежи. Выстраивайте сеть контактов внутри и вне своей организации.
- Не жалейте средств на свой рост и развитие. Принимайте активное участие в программах по расширению кругозора и личному росту.
- Будьте готовы к изменениям. Невозможно оставаться на одном рабочем месте или заниматься одним и тем же всю жизнь. Не упускайте благоприятные возможности, которые могут крыться где-то в другом месте.

Ориентироваться в своем продвижении к успеху главной (старшей) МС помогут советы успешного менеджера.

Принципы успеха руководителя от Стива Джобса:

- Относитесь с энтузиазмом к каждому проекту.
- Используйте каждую возможность для создания продукта.
- Всегда оставайтесь открытыми для талантливых людей.
- Приложите максимум усилий и сделайте использование продукта интуитивным, чтобы пользователю не понадобилось руководство.
- Будьте честны сами с собой в том, что касается продуктов.
- Убедитесь, что в продукте воплощаются ваши человеческие качества.
- Работайте в тесном сотрудничестве с подчиненными, празднуйте с ними каждое успешно

завершенное дело.

➢ Продолжайте применять новые технические решения, чтобы приблизиться к идеалу, к своему пониманию совершенства, которое выходит за рамки возможного в данные момент.

➢ Не слушайте людей, которые говорят, что это нельзя сделать [128].

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ВНУТРЕННЕЙ ТВОРЧЕСКОЙ СРЕДЫ

Для того, чтобы сделать карьеру в мире перемен, необходимо осознать свою внутреннюю творческую среду. Она состоит из множества компонентов.

Самооценка – это составная часть нашего восприятия реальности. Она состоит из 3-х частей:

✓ *идеальный образ самого себя*. Это комбинация качеств и свойств, которыми вы более всего восхищаетесь в других, ваше понимание того, каким должен быть совершенный человек. Необходимо очень ясно представлять идеальный образ самого себя и непрерывно стремиться к нему. Необходимо ясно определить собственные фундаментальные ценности: работая над их воплощением в жизнь, вы совершенствуете свою личность;

✓ *образ самого себя*. Это внутреннее зеркало, то, что вы о себе думаете. Всегда можно производить усовершенствования, начав смотреть на себя как на более компетентного, эффективно думающего и действующего, уверенного в себе человека, умеющего создавать позитивные отношения с другими людьми;

✓ *чувство достоинства* – самоуважение, то, что вы чувствуете по отношению к самому себе. Это основное свойство, влияющее на характер достижений, ключ к счастью и личному успеху. Уровень вашего самоуважения определяется двумя факторами. Один демонстрирует, насколько стоящим и значимым вы себя представляете, насколько любите себя и принимаете ли себя таким, какой вы есть. Это ваш внутренний рейтинг. Второй фактор – чувство собственной эффективности, компетентности.

Наилучшая мера самоуважения – то, насколько вы сами себе нравитесь. Чем больше вы себе симпатизируете, тем лучше получается все, на что направлена ваша мысль.

Два правила самоуважения свидетельствуют о том, что невозможно любить кого-то больше, чем себя самого; не следует ожидать, что кто-то будет любить вас больше, чем вы любите и уважаете себя.

Вторым компонентом внутренней творческой среды является **мотивация*** [18,22,38,41,46,54,59,123].

Это процесс формирования внутренних побудительных сил работника для достижения личных целей или целей организации (рис.14).



Рис.14. Взаимосвязь мотивации и стимулирования труда (Р.С. Седегов)

Предлагается известный перечень основных мотивов, побуждающих человека к действиям:

- стремление к богатству, или к власти,
- голод, жажда, секс,
- желание самоутвердиться, честолюбивые замыслы,
- престиж, страх, успех, провал,
- всеобщее признание, ответственность, любовь или ненависть, отношение окружающих.

Мотивация должна быть в нашем сознании, и никакое влияние извне не сможет побудить вас к улучшению своей внутренней творческой среды.

Ваша сегодняшняя жизнь – результат всего предшествующего хода ваших мыслей. Взяв под сознательный контроль собственное мышление, можно изменить свое будущее в любой момент. Программирование мозга на успех состоит в доминантных мыслях и устремлениях к здоровью, благосостоянию, счастью. Определить, насколько сильно вам чего-то хочется, можно по тому, насколько вы готовы дисциплинировать мышление, сконцентрировав его исключительно на це-

ли.

Три **условия** использования своих **возможностей:**

1. Вы искренне **должны хотеть** перемен.
2. **Искренне желать** этих перемен.
3. **Начать** делать то, что запланировали.

Отличительной чертой развитой творческой, эффективной личности является способность **критически оценивать свои замыслы.** Важно стремиться к наработке большого числа идей, перед тем как приступить к их анализу. После анализа всех возможностей можно идею отбросить. Избегайте самообольщения.

Целеустремленность – следующий компонент творческой среды личности. Умение собрать в кулак все свои силы и не прекращать попыток, пока остается хоть какая-либо надежда на успех. Эти люди идут к цели, постепенно преодолевая на пути все препятствия: «Fiele Straiche fehlen die Aiche» – «И капля долбит камень».

Нацеленность на действия (упражнение):

1. Запишите все, о чем мечтаете.
2. Следующие 24 часа думайте и говорите только о тех вещах, которые внесли в список.

Это упражнение поможет составить представление о том, какой путь еще предстоит преодолеть.

Умение наметить цель и составить план для ее осуществления – гениальный навык достижения успеха. «Успех равен цели, все же остальное – домыслы», – Б. Трейси. Цели – это топливо в печке достижений. В вашем распоряжении есть два механизма для действий: «механизм успеха» и «механизм провала» – естественная тенденция идти по пути наименьшего сопротивления, импульсивное желание достичь немедленного вознаграждения.

Механизм успеха может подавить механизм провала. Чем значительнее цель и чем интенсивнее желание, тем скорее вы воспользуетесь мощью силы воли и самодисциплины, и тем большая вероятность того, что вы сможете заставить себя двигаться куда нужно, т.е. к собственному успеху.

Уверенность в своих силах – следующий компонент среды творчества.

Активной личности свойственно ставить цели и, следуя разработанному плану по их реализации, добиваться успеха. Такие люди осознают, чего хотят и как этого добиться, они не боятся быть не похожими на других и думать по-другому. Такие готовы идти на риск и преодолевать на своем пути все препятствия («Цель вижу, препятствий не замечаю»). Успешные люди верят в себя, и сами творят свою судьбу, подкрепляя уверенность даже самым незначительным результатом. Они ориентированы на достижение результата и, в отличие от пассивного большинства, не склонны концентрироваться на препятствиях. Уверенность в своих силах – фундамент такого отношения к себе и жизни вокруг себя.

Если вы хотите подкрепить уверенность в себе, вспомните, каких результатов вам удалось достичь. Не пытайтесь вспомнить только хорошее. Критически оцените каждую неудачу, извлеките пользу для себя даже из этого. Важен не собственно факт неудачи, а то, как вы ее воспринимаете: неудачи и ошибки неизбежная часть жизни, и следует расценивать неудачу позитивно, как полезный урок.

Любознательность – стремление узнавать новое в сочетании со свойством никогда не принимать ничего на слепую веру. Эффективные люди пытаются проникнуть в суть вещей, пользуясь вопросами: «Почему?», «А что, если?..» Детям присуще любопытство, а взрослые зачастую теряют способность удивляться, и использование стимулирующих вопросов способствует восстановлению любознательности, значит, способности более адекватно воспринимать жизнь во всем ее многообразии и неоднозначности. Любознательность – не просто процесс получения новых знаний, а умение использовать полученные знания для поиска новых путей решения жизненных проблем. Самое главное не останавливаться в творчестве, двигаться только вперед.

Способность правильно сформулировать проблему заключается в умении проверять все предположения и гипотезы, генерировать альтернативы, вовлекая в этот процесс анализ опыта своей предыдущей деятельности. Лучшее правило при формулировке задачи – отказ от принятия чего-либо в качестве безусловного факта, равно как и безусловный отказ от принятия к рассмотрению тех или иных обстоятельств, которые представляются слишком неожиданными, противоречащими прошлому опыту. Подготовка к формулированию проблемы или задачи должна вклю-

чать выполнение действия «Рассмотрим все факторы», при котором следует составить как можно более полный перечень всех фактов, обстоятельств, мнений других людей, – всего, что может иметь отношение к проблеме.

Оптимизм – способность находить положительные стороны вещей является важным компонентом внутренней творческой среды. Чем глубже наша вера в изменения к лучшему, тем в большей мере мы владеем ситуацией. Оптимистичный взгляд на жизнь неоценим для повышения творческого потенциала личности. Всегда легче критиковать, тяжелее творить. Если хотите бороться со своим пессимизмом, научитесь целенаправленно находить во всем положительные стороны. Как писал Генри Форд: «Если вы считаете, что можете или не можете сделать что-либо, вы правы в обоих случаях».

Гибкость ума и **здравомыслие** у большинства творческих людей позволяет находить новые перспективы решения, подходить к задаче с разных сторон и точек зрения.

Потренируйтесь и ответьте на вопрос: «Как можно использовать обычный карандаш?» (непременно не менее 3-5 вариантов). Особенно благоразумие следует проявлять МС в начальной стадии карьеры.

Способностью к восприятию новых идей и перемен обладают не все. Для повышения творческого потенциала необходимо использовать все пять органов чувств: слуха, зрения, обоняния, вкуса и осязания.

Необходимо развивать в себе терпимость к идеям других людей. Нетерпимость вредит, в конечном счете, самим себе. Без правильного восприятия чужих мыслей очень трудно полностью использовать свой творческий потенциал.

Следующим компонентом является **готовность к риску.**

В ситуации, чреватой риском, необходимо спросить себя: «Каков может оказаться самый большой выигрыш? Что может произойти в самом худшем случае?», – и непременно дать обстоятельный ответ на оба вопроса. Часто оказывается, что возможные негативные последствия не так уж и страшны (а то и просто надуманны), а выигрыш чрезвычайно привлекателен.

Нередко люди боятся рисковать потому, что боятся самого риска. Творческие люди, взвесив все «за» и «против», принимают решение, которое противостоит мнению других людей. Не бойтесь быть непохожим. Риск, так же как и неопределенность, – всего лишь непременная составляющая жизни.

Внутренняя творческая среда, «климат» обладает **независимостью** от любых факторов. Это может играть положительную и отрицательную роль. Творческих людей трудно сбить с выбранной ими дороги, они считаются с мнением других, но полагаются на свои суждения. Негативный аспект состоит в нежелании прибегать к чьей-либо помощи. Необходимо различать независимость и упрямство. Правильно разграничить эти понятия в своей деятельности помогут опыт и практика. Кроме этого, давайте волю своей фантазии. Она раскрепощает ум, помогает отвлечься от стереотипов, шаблонов при решении проблемы.

Настойчивость – стремление и умение добиться цели, невзирая на препятствия. Важно развивать в себе настойчивость по двум причинам: она позволяет совершенствовать навык поиска любой информации, касающейся задачи, но не всегда лежащей на поверхности; можно найти больше вариантов решений, из которых потом легче выбрать оптимальный.

В мире огромного потока информации, нам необходимо развивать в себе умение **концентрации внимания.** Это умение необходимо по двум причинам:

- ✓ только так мы получаем доступ к информации, хранящейся в подсознании;
- ✓ оно не дает сойти с правильной дороги, поскольку при поиске решений важны не последовательность действий, а качество движения вперед.

Развивая творческую среду в себе самом необходимо использовать возможности **юмора.** Он помогает пережить трудные времена, сберечь нервы, помогает легче встать над обстоятельствами и увидеть перспективы, помогает расслабиться. «Если позволить себе шутить, люди не воспринимают тебя всерьез. И эти самые люди не понимают, что есть многое, чего нельзя выдержать, если не шутить» (Э. Хемингуэй).

Компоненты программы повышения творческого саморазвития личности

Предыдущие понятия дали возможность осознать качества эффективной творческой личности. Теперь рассмотрим разделы программы личного развития. Она состоит из шести разделов:

- ✓ **исследование,** которое состоит в сборе информации для формирования вашей личной

программы. Эта информация включает:

- состояние вашей внутренней творческой среды;
- ваши ожидания о самих себе;
- уровень вашей мотивации;
- время на осуществление программы;
- предварительное определение типа подходящей программы личного роста (редко, «наскоком» или планомерно, но долго; одному или в группе и т.п.).

✓ **планирование.** Построение плана действий. Продумайте, почему вы включаете в программу именно эти цели;

✓ разделение на этапы;

✓ выбор пути;

✓ апробация;

✓ поэтапный анализ результатов – необходимо почувствовать то, чего вы добились, «зафиксировать» положительный результат, внести необходимые корректуры в свой план.

План действий не является догмой; содержание и сроки исполнения тех или иных этапов могут меняться. Главное, чтобы вы все время были ориентированы на конечную цель.

Повышение творческого потенциала никогда не бывает достаточным. Это эволюционный процесс в течение жизни, поэтому завершение реализации программы надо рассматривать как начало следующего этапа развития (табл.9.1). Завершающим этапом становится модель программы **11 шагов к успеху** согласно принципам (прил.15) и основным правам личности (прил.16).

Таблица 9.1

шаг 1	Попытайтесь улучшить ваш внутренний «климат». Проанализируйте свои самоограничивающие убеждения, разъясните себе, откуда они взялись, и постарайтесь отказаться от как можно большего числа таковых. Возможности любого человека колоссальны. Любое позитивное качество можно развить, любую слабую черту можно преобразовать или компенсировать
шаг 2	Проанализируйте ваши ожидания и запишите на бумаге реалистичную программу достижения поставленных целей
шаг 3	Определите уровень своей мотивации путем перечисления на бумаге причин, по которым вы желаете предпринять все меры по повышению собственного потенциала и эффективности, и благодаря этому достичь реализации той или иной важной для вас цели. Выпишите преимущества и выигрыши, которые повлечет за собой достижение этой цели, разработайте программу достижения цели
шаг 4	Определите время, необходимое для реализации программы в целом
шаг 5	Сформулируйте ожидаемые результаты
шаг 6	Запишите все, что касается деталей осуществления вашей программы: благоприятствующие и препятствующие обстоятельства, варианты использования первых и преодоления вторых, а также перечень людей, которые могут помочь вам в достижении ваших целей, или тех, кто преднамеренно или невольно будут мешать вам. Конкретно: кто, почему и зачем, каким образом, как вы предполагаете с этим управиться
шаг 7	Составьте краткое расписание по выполнению каждого этапа в отдельности и программы в целом
шаг 8	Установите временные рамки достижения каждого конкретного этапа программы. Оцените возможные задержки в сроках и предполагаемые действия, если эти задержки наступят
шаг 9	Определите несколько альтернативных вариантов действий, к выполнению которых вы приступите немедленно по достижении результатов каждого из этапов
шаг 10	Определите место, где вы собираетесь реализовывать свою программу

шаг 11	Подумайте, как будете использовать изменения своего творческого потенциала после реализации программы (см. также выше п. 9).

Модель программы творческого саморазвития или 11 шагов к успеху

Социальный интеллект как мастерство человеческих отношений

Для взаимодействия с различными людьми главной (старшей) МС необходимо не только наличие, но и постоянное развитие своего социального интеллекта. Неумение уживаться с другими людьми является главной причиной неудач в жизни и карьере (95% мужчин и женщин, уволенных с работы в течение 10 лет, имели низкий уровень социальных навыков). Для понимания и применения способов улучшения человеческого общения, определимся с понятием «эффективная личность».

В одной из монографий Б. Трейси «Достижение максимума» (Минск, 2000) определил это как «личность, умеющую добиваться поставленных целей, полностью реализовывать свой потенциал для достижения успеха и счастья».

Диагностика определенно здоровой личности:

✓ Ваша личность здорова в такой степени, в какой вы обдуманно ищете хорошие качества в каждом человеке и ситуации, а не здорова - в той степени, в какой ищете плохие качества или черты личности в человеке и обстоятельствах.

✓ Ваша личность здорова в такой степени, в какой вы можете легко прощать людей, которые причинили вам боль.

✓ Ваша личность здорова в такой степени, в какой вы можете легко уживаться со многими и разными людьми.

Прямое соотношение между собственным уровнем самооценки и здоровьем личности МС таково: чем больше вы любите и уважаете самих себя, тем больше любите и уважаете других, и в результате тем более здоровой личностью обладаете.

7 составляющих успеха человека: мир в душе; здоровье и энергия; любовные отношения с теми, кого вы любите, кто вам небезразличен, с людьми, любящими вас; финансовая свобода; высокие цели и идеалы; самопознание и самосознание (Nosce te ipsum); самореализация; юмор.

Что улучшает настроение и что его разрушает

Что разрушает хорошее настроение	Что способствует улучшению настроения
злоба	- дружелюбный настрой
ненадежность	- чистота тела
сплетни и пересуды	- удобная практичная одежда
скупость	- дружеские отношения
зависть	- улыбка
дурной запах изо рта и от тела	- чай
боль	- внутреннее удовлетворение
страх	- духи
ревность	- находчивость
недосыпание	- тактичность
пренебрежение завтраком, утренней гимнастикой	- терпение
	- музыка
заботы	- красивые рабочие принадлежности
резкий громкий голос	- уверенность в себе
суета	- приятные теплые цвета
надменность	- нормальная температура в помещении
своенравие	- приятный четкий голос
недостаточная самодисциплина	

Позитивные, счастливые отношения с другими людьми лежат в основе достижения всех человеческих радостей, успехов (прил.17,18).

Несколько правил и законов улучшения человеческих взаимоотношений

➢ Закон косвенного усилия – вы проще ладите с другими, «подъезжая» к ним косвенно, а не напрямую:

- ✓ восхищаясь другим человеком;
- ✓ выражая заинтересованность другим человеком;
- ✓ делая счастливым кого-то другого;
- ✓ уважая другого;
- ✓ выражая и демонстрируя доверие другому человеку.

Поскольку самоуважение есть критерий здоровой личности, современному сестринскому руководителю следует использовать каждую возможность улучшить здоровье личности других коллег или окружающих. То, что вы даете другим, прямо или опосредовано возвращается к вам, усиливаясь по дороге. «Главное в жизни – всегда делать людям добро. Если не можешь делать для людей добро большое, постарайся совершить хотя бы малое», – свт. Лука (Войно-Ясенецкий).

➢ Вызывайте у других людей чувство значимости, способствуйте формированию самоуважения в других людях.

Известно 7 способов МС улучшить взаимоотношения

1. Будьте уступчивой, добродушной.
2. Прекратите спорить только ради спора или демонстрации собственного превосходства.
3. Практикуйте одобрение.
4. Практикуйте отношение признательности (выражение высокой оценки).
5. Не забывайте говорить «Благодарю Вас».
6. Откажитесь от деструктивной критики, всегда критикуйте поступок, но не человека, его совершившего.
7. Приучите себя всегда внимательно выслушивать другого, демонстрируя искреннюю заинтересованность и в том, что вам говорится, и в том, кто вам это говорит.

➢Умейте уместно похвалить человека. Три правила выражения похвалы: немедленно, конкретно, публично, используя при этом два типа похвалы (хвалить всегда, когда человек делает это и перемещающееся подкрепление). Главное – искренность.

➢Главной (старшей) МС, часто встречающейся с разными людьми, полезным навыком является демонстрация внимания:

- ✓ внимательное и непрерывное слушание другого;
- ✓ пауза перед тем, как ответить;
- ✓ избегание перебивать собеседника
- ✓ использование вопросов для уточнения;
- ✓ эмпатическое слушание (2 типа): простое, интерпретационное.

Деловое взаимодействие предполагает от сестринского руководителя навык ведения диалога (прил.18).

➢ **Умейте применить искусство эффективной беседы:**

- ✓ настройтесь на тему вашего собеседника;
- ✓ придерживайте скорость общения, никаких монологов. Если вы обнаружили, что непрерывно говорите более 3-5 минут, лучшее, что вы можете сделать – немедленно замолчать и «дать слово» другому человеку;
- ✓ думайте прежде, чем сказать или пообещать;
- ✓ уважайте тайны другого человека и держите свои при себе;
- ✓ не обременяйте собеседника проблемами, жалобами, критикой. Будьте позитивными;
- ✓ будьте естественны и доброжелательны.

Социальный интеллект как мастерство человеческих отношений предполагает обязательное применение своих прав на практике (прил.16), и использование принципов планирования собственного успеха (прил.15).

Резюме. В отечественной литературе редко поднимались вопросы примеров профессионального развития среди средних медицинских работников, поэтому предложенная технология может стать ступенькой для интереса к теме. В настоящее время наиболее важной и высокооплачиваемой для современного сестринского руководителя является форма социального

интеллекта, т.е. способность плодотворно сотрудничать с другими людьми. Позитивные, счастливые отношения с другими людьми лежат в основе достижения всех человеческих радостей, успехов.

Таким образом, мнение ВОЗ (М. Чен, 2015): «Место сестринского дела как составной части системы здравоохранения, включает деятельность по укреплению здоровья, профилактике, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным лицам всех возрастных групп везде, где есть в этом потребность» дополняется необходимостью постоянного самообразования. Симбиоз материального и духовного самосовершенствования сестринского руководителя через умение воплощать свои стремления, мечты и желания в действия становится обязательным.

Предлагаемая модель программы творческого саморазвития из 11 шагов к успеху не претендует на универсальность, ее можно видоизменять по своему желанию, добавлять новые разделы, этапы. Подходы к самореализации не новы для сестринского руководителя, особенно она необходима тем, кто только вступил на этап развития карьеры, и начинает свое восхождение по лестнице успеха. Технология саморазвития, которой каждый может воспользоваться или отказаться, доступна для тех, кто не пожалеет усилий и воли.

Вопросы для самообразования

1. Какие этапы планирования карьеры необходимы для саморазвития главной (старшей) МС?
2. Перечислите основные компоненты внутренней творческой среды для саморазвития МС?
3. Каковы условия использования вами своих возможностей для развития?
4. Назовите компоненты программы повышения творческого саморазвития?

Глава 10. Миссия медицинской сестры общей практики и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Возрастание роли, самостоятельности, полномочий МС на основе справедливости и доступности для каждого человека помощи вне зависимости от уровня доходов, места жительства и социального статуса положены в основу становления института ВОП, как одного из фрагментов целостной картины совершенствования оказания ПМП. Свой вклад в медицинскую абилитацию* и обеспечение качества медицинской помощи МС могут внести за счет использования современных форм предоставления помощи, технологий лечения и профилактики осложнений у пациентов, но с учетом коморбидности*, приемов коллаборации*, консенсуса* для исполнения своей миссии*.

В Государственной программе [56] учтены основные тенденции медико-демографических изменений [110]; [эл. рес. 17], способные влиять на современные способы ее оказания. Например, поставленные этим документом задачи снижения смертности от самого распространенного эндокринологического заболевания – сахарного диабета (СД) на 10%, уменьшения прогрессирования хронических осложнений на 20% являются достижимыми в результате комплексных усилий организаторов, врачей, МС и пациентов [эл. рес. 7,30].

МСОП и Пвр становятся универсальными специалистами, расширением их полномочий предписывают ведение самостоятельного приема компенсированных пациентов с СД согласно требованиям и технологиям сестринского процесса. Прописанные правила медикаментозной терапии, назначенной врачом, консультирование МСОП по вопросам профилактики осложнений СД и самоконтролю состояния, минимизации влияния ФР при СД, не ограничивает их самостоятельность. Экономически выгодным управленческим решением стало расширение полномочий Пвр, поскольку это не сопровождается возрастанием объема финансирования. Предназначением МСОП может стать *новая миссия*.

Миссия – основная общая цель ОЗ или четко выраженная причина ее существования, направленная на удовлетворение какой- либо общественной потребности. Значение миссии – определение направления стратегического показателя деятельности, формулируется однажды, изменяется редко.

Миссией МСОП в целом является медицинская абилитация, оказание помощи конкретным людям, семьям в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают, а также самостоятельность Пвр и МСОП за принимаемые решения, ответственность перед пациентом, его семьей и обществом. Это комплексный, всесторонний сестринский процесс (уход) за пациентом и облегчение его страданий [34,96]; восстановление компенсации здоровья, если это возможно и медицинская реабилитация [5,8,13,34,43,45,47,56,97,100,115]. Также это включает содействие укреплению здоровья [50]; [эл. рес. 28], предупреждение заболеваний, гуманность и милосердие [2,37,66,112], базирующиеся на профессиональной компетентности, международных критериях компенсации заболеваний; профилактической направленности деятельности по уменьшению вторичных осложнений ХНИЗ.

Миссией МСОП (Пвр) на основе модернизации (апгрейда) функций ВОП может стать решение таких новых *задач*:

- ✓ участие в тимбилдинге* как комплексе эффективных инструментов управления в перспективной модели на участке ВОП, обеспечивающих полноценное развитие групп равноправных специалистов сообща несущих ответственность за результаты своей деятельности и на равной основе осуществляющих разделение труда в команде [87].
- ✓ предоставление сестринской помощи в форме патронажа на дому пациентам с ограничением самостоятельного ухода, используя методику медицинской абилитации для людей с ограниченными возможностями, позволяющей пациенту научиться управлять своим телом, движением (кинестетикс) и поддержкой нового специалиста – помощника МС (младшей МС) [37,47-49,96,105,112];
- ✓ работа в команде ВОП с использованием совместного взаимовыгодного сотрудничества нескольких человек (коллаборации*), в результате чего достигаются общие цели по обмену информацией с пациентом и его окружением [13,96];

✓ содействие деятельному сообществу практиков, вовлеченных в обучение, опирающихся на интерес к решению общих проблем, долгое время сотрудничающих, делящихся опытом и идеями, стремящихся найти варианты решения;

✓ разделение труда в команде направлено на качество медицинской помощи пациентам на участке ВОП как совокупности характеристик, отражающих способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения;

✓ расширение содержание патронажа на дому за избранными категориями пациентов, включая престарелых (старше 80 лет), одиноких, инвалидов) во взаимодействии с социальными работниками [43,47,48].

Предоставление сестринской помощи в форме патронажа на дому пациентам с ограничением жизнедеятельности согласно понятию медицинской абилитации становится паттерном современной МСОП в адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода на дому (гл.12). Условиями для выполнения такого предназначения Пвр и МСОП является понимание и принятие этого большинством персонала в ОЗ, что превращает коллектив в команду как деятельное сообщество на основе коллаборации.

Примеры формулировок миссий Пвр или МСОП:

1. Стремление предоставить информацию и сестринский уход, в котором нуждается пациент – в удобном для них месте (на дому).
2. Мы – лидеры в новой технологии кинестетикс ухода за пациентами на дому.
3. Мы изменяем повседневную жизнь больных с ХНИЗ, потерявших мобильность, в лучшую сторону, предоставляя помощь на дому на основе технологии сестринского процесса согласно адаптационно-ситуативной модели ухода.
4. Мы реализуем заветное желание больного с ХНИЗ – улучшаем качество его жизни – предоставляя сестринский уход на дому.

Факторами внешней среды, влияющими на реализацию нового предназначения МСОП, являются демографическая ситуация (рост числа престарелых больных с ХНИЗ) [10,110] и возрастание заболеваемости ХНИЗ [эл. рес. 17]. Оба этих фактора должны вызвать изменение социального поведения и миссии Пвр и МСОП.

5. Мы осуществляем медицинскую абилитацию для поддержания самообслуживания при разнообразных проблемах пациента.

Предстоит разработка нормативных правовых документов, которыми МСОП предписывались бы технологии обучения с доказанной эффективностью [60,71-73,76,86,103]:

- определение пределов компетентности МСОП и Пвр утвержденным перечнем лекарственных средств, которые они могут выписывать пациентам;
- регламентирование выписки рецептов Пвр в количестве и сроках, соответствующих врачебному заключению [60,67,68,72,73,76,77,80,82,83,86];
- расширение самостоятельности и ответственности МСОП в пределах осуществления сестринского процесса, контроля приема медикаментов, отдельных лабораторно-инструментальных показателей (уровня глюкозы крови натощак и после еды, пульсоксиметрии, уровня АД, дневника самоконтроля, например, у лиц, прошедших обучение в «Школе сахарного диабета») [эл. рес. 13];
- ответственность за качество рекомендованной компенсации ХНИЗ или медицинской абилитации [4,43,96];
- соблюдение требований делопроизводства при ведении медицинской документации*: обязательное заполнение амбулаторной карты больного, карты льготного отпуска лекарств; визирование рецепта врачом (заведующим отделением); 100% экспертиза уровня качества выписки лекарств.

Известно, от 10 до 30% рабочего времени медицинского работника со средним и высшим сестринским образованием, занимает профилактическая работа [эл. рес. 18]. Профилактическая медицина – это область научных знаний о сохранности и укреплении здоровья населения, закономерностях его формирования и единства с окружающей средой [эл. рес. 28]. В 1925 г. академик Семашко Н.А., первый министр здравоохранения советского государства указывал на то, что «профилактика – это путь, по которому мы идем, диспансеризация – метод решения профилактических задач», следуя которому разработаны функции и нормы нагрузки Пвр [эл. рес. 14]. Ве-

дущим принципом здравоохранения нашей страны остается развитие профилактики, закрепленное в новой редакции Закона «О здравоохранении» [57,67]; [эл. рес. 2,5].

В соответствии с целью различают первичную, вторичную и третичную профилактику, как совокупность мер социального характера и массового охвата по усилению влияния благотворных для здоровья факторов и устранение неблагоприятных. Меры профилактики болезней, как миссия ВОП, направлены на предоставление отдельным людям, или их сообществу, возможности контроля факторов, определяющих здоровье; либо устранение выраженных факторов риска болезни. Это также совокупность мер по предупреждению перехода острого заболевания (травмы) в хроническое, в более тяжелую стадию, обострение, инвалидность [13,115].

По содержанию деятельности ВОП и его команды имеется два типа профилактики – общесоциальная и специфическая. От уровня приложения усилий медицинских работников зависит, будет это личностная (для одного человека), семейная (консультации и обучение членов семьи) [эл. рес. 26,28] или социальная профилактика для предупреждения заболеваний или их последствий для контингентов населения (соблюдение санитарных норм, фторирование воды, иодирование отдельных продуктов). Различают такие виды деятельности, как индивидуальное и групповое профилактическое консультирование, профилактические смотры для выявления заболеваний на ранних стадиях, диспансерное динамическое наблюдение и оздоровление, осуществляемое жителям на участке ВОП.

Диапазон профилактических медицинских мероприятий для Пвр и МСОП в целом касается разнообразных сторон:

1) Политики общественного здоровья, законодательства и организационных мер в таких областях, как борьба с курением, обучение принципам здорового питания, безопасность рабочих мест [56,95]; [эл. рес. 21]. Уровень показателя впервые выявленных заболеваний составляет 25%, что не соответствует масштабности принятых мер и объему затраченных ресурсов. Так, при плановом финансировании минимального норматива бюджетной обеспеченности на одного жителя не менее 40% от общего объема финансирования расходов на здравоохранение имеет место 43,5% за 9 мес. 2019 г. В целом используются иные формы и программы обучения профилактической медицине (гл.7).

2) Просвещения населения с целью поощрения людей поддерживать и укреплять здоровье – изменение личных привычек, способствующих здоровью, а не вредящих ему, базирующееся на педагогических способностях Пвр и МСОП [эл. рес. 26].

3) Выявления определенных ФР для здоровья населения на уровне ПМП, которые могут привести к заболеваниям, и установленные не узкими специалистами, а вследствие посещений с профилактической целью ВОП [87]; [эл. рес. 18]. Например, в 2019 г. в Могилевской области при росте количества посещений к ВОП произошло уменьшение посещений к врачу-эндокринологу на 38%, а к ЛОР-врачу – на 31% [8]. В Гродненской области профилактическая направленность посещений врача привела к уменьшению количества посещений на 17,5% и 24% соответственно. За счет преемственности в работе ВОП и врача-специалиста это позволило сосредоточить внимание на лечении сложной патологии, обеспечивая качество.

4) Выявления у пациентов ранних стадий заболевания для их лечения, расширив уровень ответственности и взаимодействия в команде ВОП, Пвр и МС при скрининге онкологической патологии [8]. Диапазон проведения профилактики пациентам на участке относится компетенции ВОП, Пвр и МС, являясь экономически выгодным, составляя 1:10, т.е. на 1 вложенный в профилактику рубль отдача составляет 10 рублей.

Профилактическая медицина занимается не лечением людей, а оздоровлением среды, формированием мотивации людей на изменения образа жизни в пользу здоровья [эл. рес 28].

Известны оптимальные пропорции финансовых вложений (2011 г.) в профилактику ИБС, составляющие в Финляндии 74% к 24% на лечение, в Чехии 60% к 39%, в Польше – 49%: к 43%, которые привели к ощутимому снижению смертности пациентов от ИБС в трудоспособном возрасте. В Нидерландах (2009) доказано, что при контроле рисков БСК МС спустя год у пациентов были достигнуты те же результаты, что и у ВОП.

Под медицинской эффективностью понимается качественная и количественная характеристика степени достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний, в полной мере относящаяся к деятельности ВОП.

На уровне ОЗ и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется множеством специальных показателей: снижением послеоперационной летальности; уменьшением случаев перехода заболевания в хроническую форму; увеличение сроков выживаемости онкологических больных, достижение которых возможно только скооперированными взаимно поддерживающими усилиями [100]; [эл. рес. 2,4-7].

В проекте «Заботливая поликлиника» [32], осуществляемом с 2019 г. в г. Минске, предложены такие показатели, как сокращение времени ожидания в очереди, использование интернет технологий при отдаленной записи на прием к ВОП, Пвр и МС, время пребывания в АПО, положительное отношение пациентов к разделению потоков на «здоровых» и «больных» людей.

Общие усилия и взаимозаменяемость координируются ВОП, лидером, ведущим коллектив единомышленников к общей цели. Значительную помощь в реализации компонента 6 «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения с упором на первичную медицинскую помощи в Республике Беларусь» [94,107,108] оказало сотрудничество Министерства здравоохранения Республики Беларусь с ЕС и агентствами ООН согласно проекту МТП БЕЛМЕД.

На долю Пвр и МСОП в предупредительном виде деятельности отводится:

**оценка распространенности и уровней факторов риска ХНИЗ по результатам профилактических осмотров;

**осуществление первичной и вторичной профилактики в процессе наблюдения;

**первичная (факторная) профилактика ХНИЗ на индивидуальном уровне по обращаемости;

**обучение населения на популяционном уровне через СМИ, групповом (в «Школах пациента») и индивидуальном уровнях;

**осуществление мониторинга частоты и уровня поведенческих факторов риска ХНИЗ и уровня АД (курение, алкоголь, наркотики, избыток массы тела, недостаточность физической нагрузки) [95];

**обеспечение отчетности по уровню и распространенности основных факторов риска ХНИЗ наблюдаемой группы населения с целью постепенного перехода на мониторинг с помощью возможностей электронного здравоохранения [8,85];

**мониторинг заболеваемости и смертности населения прикрепленной территории об основных ХНИЗ, в т.ч. профессиональных, среди подлежащего наблюдению контингента людей [94,107].

Примером эффективности организации работы Пвр по профилактике БСК с учетом рекомендаций ВОЗ и Всемирной ассоциации кардиологов служит профилактика на каждом терапевтическом участке силами ВОП и его команды в Могилевской области, чему послужила обеспечение работы полной команды [8].

ВОЗ заявила, что более трех четвертей всей смертности от БСК можно предотвратить с помощью соответствующих изменений в образе жизни [эл. рес. 2-6]. В связи с этим, профилактика БСК является скоординированным набором действий на общественном и индивидуальном уровне, направленным на искоренение, устранение или минимизацию влияния ФР связанной с ними инвалидности людей [5,13]; [эл. рес. 14,18].

Стратегии и оценка риска БСК состоят в подсчете Пвр (МС) «Суммарного риска», подразумевающего вероятность возникновения, обусловленную взаимодействием многих факторов: возраста, пола, курения, величины артериального давления, уровня липидов, однако это не исчерпывающее понятие, поскольку другие факторы риска при этом не учитываются. Шкалы рисков, таких как SCORE, предназначены для облегчения оценки риска у практически здоровых лиц. Пациенты, которые имели клинические события, такие как острый коронарный синдром (ОКС) или инсульт автоматически определялись на интенсивное воздействие на факторы риска и управление ими. Приоритет состоит в том, что чем больше риск, тем выше эффект от профилактических мер [эл. рес. 18].

Всем МС, акушеркам и Пвр должна быть известна шкала рисков БСК SCORE, позволяющая для пациента высчитать его индивидуальный риск БСК, что введено в учебные программы медицинских колледжей и системы дополнительного образования [23,56]. Выполнение всех форм лечебной, профилактической работы или медицинской абилитации одной МС или Пвр с конкретным пациентом на участке ВОП возможно при использовании нормирования труда, перераспре-

деления нагрузки, наделения большими полномочиями с соответствующей учебной подготовкой [23,42]; [эл. рес. 2,10,14,18,21].

Система расширения полномочий МС не является новой для специалистов в Республике Беларусь. Известно, что в США она действует с 60-х годов прошлого века. В исследовании издержек на подготовку специалистов в области здравоохранения Израиля показано, что за средства, затрачиваемые на 1 врача, можно подготовить несколько МС. Великобритания доказала, что вместо 1 врача (ст. специалиста) можно подготовить 8 МС [23]; [эл. рес. 21]. Это подчеркивает экономическую составляющую эффективности труда в медицине. Финансовая составляющая труда медицинских работников обязывает государство и руководителей ОЗ изыскивать резервы экономии.

Одной из востребованных форм подготовки Пвр и МС может стать организация секции по практическому обучению отдельным навыкам в рамках положительно себя зарекомендовавшей Республиканской практической школы ВОП. Так, по офтальмологии это пользование оборудованием для индикации внутриглазного давления, по скорой неотложной медицинской помощи – оказанию неотложной помощи пациентам с носовыми кровотечениями, помощи при гипертоническом кризе, ОНМК, а также по алгоритму комплексного гериатрического осмотра и скрининга синдромов старческого возраста, составлению индивидуального плана наблюдения пожилого (старого) пациента и его медицинской абилитации. Подобное внимание к гериатрии обусловлено высоким уровнем старения населения в Республике Беларусь, когда доля пожилых людей в общей численности населения возросла с 13,8% (2010) до 15,7% (2019) [110]; [эл. рес. 2,17].Также это сказалось на возрастании потребности в медико-социальной (интегрированной) помощи. Так, в 2016-2020 гг. имелось 107 БСУ, число пролеченных больных составило 15406-18900 человек за этот период. Таким образом, оборот койки в БСУ возрос с 3,1 в 2016 г. до 3,77 в 2020 г., что свидетельствует о востребованности этого вида помощи [10,28,45].

Деятельность развивающейся команды ВОП базируется на ряде нормативных правовых документов, основополагающими для качества помощи на участке ВОП являются используемые интегральные общеевропейские принципы получения медико-социальной помощи от государства и общества [44,38,49,51,99,104,108]; [эл. рес. 5,6,22-25,30]. На характер, уровень и степень помощи лицам преклонного возраста (инвалидам) должно оказывать влияние только состояние здоровья и его эволюция, а не финансирование.

Интегральные общеевропейские принципы получения медико-социальной помощи

- Принцип достоинства личности обеспечивается правом на труд, «нормальную жизнь в благоприятных условиях».
- Принцип совокупности предполагает единство факторов от физических, медицинских до социальных и психологических. для обеспечения различных потребностей человека.
- Принцип свободы выбора и самостоятельности в решении собственных проблем, обусловленных образом жизни, на основании права выбора во время болезни между домашним и общественным пребыванием, временным или постоянным медицинским наблюдением.
- Принцип взаимного участия в коллективной жизни, восполняющий потребность в ответственности, общественной значимости, снижает социальное одиночество отдельных лиц.
- Принцип разумного стимула, обеспечивающий возможность сотрудничества с другими людьми в соответствии с возможностями окружающей среды.
- Принцип равенства всех в получении ухода или медицинской абилитации по состоянию здоровья с приоритетом для групп медико-социального риска [115].
- Принцип приоритетности и оптимальности ухода на дому, как наиболее полно отвечающего потребностям индивида и общества [43,96].
- Принцип предупредительного лечения, основанного на децентрализованных способах финансирования и иных организационных формах медико-социальной работы [48].
- Принцип сочетаемости, максимально приближающего к потребностям личности или позволяющего устранить противопоставление медико-социального начала и координации [43].
- Принцип значимости лиц, оказывающих медико-социальную помощь на дому старикам и инвалидам, получивший одобрение делегатов VI Всебелорусского народного собрания 12 февраля 2021 г.

Организация системы медико-социальной помощи с учетом демографической ситуации является свидетельством заботы и приоритетов государственной политики в соблюдении интересов

наиболее беззащитной части общества – престарелых людей и инвалидов. Примерные базовые компетенции (прил.10) средства контроля знаний у МСОП (прил.11) связаны с обновлением ее миссии и выполнением основных функциональных требований профессии согласно индикаторам качества сестринской помощи (прил.12) [125].

Резюме. Международная практика медицинской и социальной помощи, демографические тенденции в Республике Беларусь позволяют сделать вывод, что старение населения и рост числа людей в возрасте 75 лет и старше способствует появлению новых требований к системе долгосрочного ухода, потребность в МСОП увеличится [28].

Это потребует новых специалистов (помощника МС), внедрения новой модели ухода, применения средств малой механизации и портативной лабораторно-инструментальной диагностики, разнообразных форм мотивации девушек для работы на участке ВОП, поскольку долгосрочный уход будет считаться прерогативой женского населения.

Первичная и вторичная профилактика болезней, осуществляемая Пвр и МСОП, направлена на предоставление сообществу информации и возможности контроля факторов, определяющих здоровье, либо устранение выраженных факторов риска болезни для предупреждения перехода острого заболевания в хроническое, в более тяжелую стадию, обострение [5,8,43]; [эл. рес.26,28].

Значительно расширяется диапазон профилактических мероприятий для Пвр и МСОП: борьба с курением, обучение принципам здорового питания [97]; безопасность рабочих мест [эл. рес.21,26,28].

Сестринская педагогика, базирующаяся на педагогических способностях Пвр и МСОП, является инструментом просвещения и поощрения населения с целью появления и развития личных привычек, способствующих здоровью. Выявление отдельных ФР для здоровья, которые могут привести к заболеваниям, экономически целесообразнее, когда они установлены не узкими специалистами, а вследствие посещений ВОП с профилактической целью [эл. рес. 18,28].

Расширение уровня ответственности и взаимодействия в команде ВОП, Пвр и МС направлены на совершенствование функциональных обязанностей. Перечень обязанностей Пвр и МСОП представляет собой участие в скрининге онкологической патологии населения, оценку распространенности и уровня факторов риска ХНИЗ по результатам профилактических осмотров, осуществление факторной и вторичной профилактики болезней по итогам индивидуальной обращаемости. Также это обучение населения в «Школах пациента» и в индивидуальной форме, отчетность по уровню и распространенности основных ФР, наблюдаемых у населения на участке ВОП, мониторинг заболеваемости с соответственным анализом и выводами.

В соответствии со значительными социальными потрясениями в XX веке и медико-демографическими стратами* [110] потребность в уходе на дому будет возрастать, для ее удовлетворения необходимы нормативные законодательные инициативы по привлечению к этому семей и мотивации нового поколения МС к работе в особых условиях.

Интегральные общеевропейские принципы получения медико-социальной помощи являются мерилом гуманности общества к пациенту. Наблюдаемые в мире тенденции к объединению семей с несколькими поколениями под одной крышей вряд ли смогут значительно повлиять на объемы необходимой сестринской помощи, предоставляемой на основе государственных механизмов, государственно-частного партнерства и общественных институтов.

Для главных (старших) МС диапазон функциональных обязанностей, в связи с изменением форм, алгоритмов и приемов оказания помощи Пвр и МСОП, также требует дополнительных компетенций и навыков (прил.13), которые могут быть оценены на итоговой аттестации (прил.14).

Вопросы для самообразования

1. Что такое миссия в целом и ее частности для деятельности МСОП?
2. Какие новые задачи в соответствии с миссией Пвр и МСОП предстоит решать в системе оказания ПМП?
3. Опишите вариант паттерна действий МСОП при осуществлении функциональных обязанностей.
4. Каков диапазон профилактических мероприятий у Пвр и МСОП?

Раздел III. Командный подход в деятельности врача общей практики, помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры общей практики

Глава 11. Понятие команды работников здравоохранения. Примеры деятельности медицинской сестры общей практики с избранными группами пациентов

Современные подходы к оказанию ПМП базируются на таких понятиях, как лидерство*, тимбилдинг*, наставничество* (гл.1,5,6,). Эффективно действующая команда ясно представляет цели своего существования, роли в команде», считал Ларсон, Ла Фасто(1989).

В основе повышения качества жизни пациентов с ХНИЗ лежит новая для нашей страны стратегия сестринского медицинского ухода на дому (гл.12) [4,28,32].

Команда – это группа медицинских работников, включающая ВОП, Пвр, МСОП, помощника МС, которые распределяют между собой обязанности и ответственность за выполнение задач и получение конкретных результатов при оказании ПМП пациентам на участке согласно миссии [23,31, 34-36,42,43,45,49,96,108]; [эл. рес.21].

Одной из технологий работы МСОП и Пвр является патронаж. Патронаж* (франц. покровительство) – вид оказания помощи, состоящий в систематическом контроле состояния здоровья пациентов, регулярном посещении их жилищ, оказании необходимой помощи в уходе, проведении отдельных медицинских манипуляций с целью формирования, развития и поддержания функций органов или систем пациентов, если естественное восстановление возможностей человека затруднено. Патронаж является формой долговременного наблюдения за условиями жизни пациента в семье, одной из важных и наиболее сложных технологий в профессиональной деятельности Пвр, МСОП

Задачи, порядок организации и проведения патронажа на участке ВОП:

* ознакомление пациента с факторами риска обострения ХНИЗ, динамическое наблюдение за состоянием его здоровья для своевременного выявления ухудшения (декомпенсации) [100,104]; [эл. рес. 18];
* осуществление сестринского ухода и помощи пациенту по выходу из затруднений путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного или корректирующего воздействия [28,33-35,37,43,49,96];
* оказание поддержки пациентам с нарушениями жизнедеятельности по мере технических возможностей [45], но не нуждающимся в круглосуточном врачебном наблюдении;
* выполнение алгоритма с Пвр и ВОП при установлении признаков декомпенсации хронической сердечной недостаточности [эл. рес. 18] (прил.17);
* выполнение лечебно-диагностических мероприятий по назначению врача и контроль их выполнения пациентом [70,71,74,80-83];
* медико-технический уход на дому (туалет, малые вмешательства, перевязки, уход за телом, профилактика синдрома «диабетической стопы») [96]; [эл. рес. 12,13];
* обучение пациентов (их родственников) методам самопомощи при некоторых неотложных состояниях, методам самоконтроля за течением ХНИЗ, правилам ухода [6,33,34,47,49];
* оценка социально-бытовых условий проживания пациента, определение его нуждаемости в социальном обслуживании и уходе на дому [43];
* доверие подопечных с целью активизации усилия больного человека и его родственников (гл.6) по решению проблем на основе салютогенной теории* [39];
* взаимодействие со службами учреждениями и ведомствами по вопросам совместного решения явных или будущих проблем пациента [5,13,33-37,41,49];
* обеспечение возможно более полной медико-социальной помощи, паллиативной медицинской помощи по показаниям и назначению ВОП в контакте с ТЦСО [34,39,43];
* выявление противоправной деятельности в семье, фактов насилия, синдрома жестокого обращения (СЖО) в отношении пациентов (гл. 14);

* сопровождение в процессе умирания и переживания горя у родных и близких пациента [34,47,96].

В функциональные обязанности МСОП, помимо медицинских аспектов, входят нравственные аспекты по созданию и поддержке рабочей атмосферы при уходе на дому, патронаже, а также по выявлению, распознаванию и преодолению собственных негативных чувств, агрессии и враждебности к пациенту. МСОП и Пвр всегда следует помнить слова из Евангелия: «Не судите, и не будете судимы, не осуждайте, и не будете осуждаемы. Прощайте, и прощены будете». Ведь милосердие – это практическая реализация душевной доброты МС.

Современный навык Пвр и МСОП – умение анализировать явные и будущие проблемы пациента с ХНИЗ, предоставлять помощь в их решении согласно сестринскому процессу, а также наблюдать, понимать и интерпретировать поведение [24,29,36,42] и отношения между людьми – привлекать волонтеров и сообщества людей в помощь конкретному пациенту [47,49,52].

Пвр и МСОП необходимо решить вопрос о том, подлежит ли пациент патронажному наблюдению. Следует воспользоваться критериями оценки по 4 показателям (способности к самообслуживанию, к самостоятельному передвижению, к ориентации во времени и месте, способности контроля своего состояния и потребности в помощи других, способности к общению) (прил.17-18). В случае, если сумма баллов не превышает 55 (0-55), пациента рекомендовано отнести к патронажной группе, кратность наблюдения определяется ВОП.

Критерии в сумме 56-70 баллов не являются основанием для систематического патронажа, а только по ситуации (прил.19.)

Патронаж является долговременным наблюдением за условиями жизни пациента в семье, одной из важных и наиболее сложных технологий профессиональной деятельности МСОП или Пвр. В овладении навыками общения с разными пациентами важными и значимыми для Пвр и МСОП считаются умения:

- выслушать других с доброжелательным пониманием для решения проблемы пациента;
- выявить информацию и собрать факты, необходимые для анализа и оценки ситуации;
- создать и развивать отношения, поскольку паттерн взаимодействия может быть достаточно продолжительным;
- добиваться доверия подопечных, активизировать усилия пациентов по решению собственных проблем;
- обсуждать с пациентом острые проблемы в позитивном эмоциональном настрое;
- посредничать и улаживать отношения между конфликтующими индивидами, группами, используя приемы медиации, налаживать человеческие и общественные связи;
- интерпретировать потребности людей в уходе и сообщать о них в соответствующие службы, организации, учреждения, волонтерские сообщества.

Основными **функциями патронажа** МСОП с медико-социальной направленностью ухода (патронажа) и медицинской абилитации являются:

1. Оказание поддержки в повседневной деятельности опекаемого человека. Оценка и контроль состояния компенсации пациента.
2. Оказание помощи в предотвращении ухудшения здоровья, профилактике обострений и медицинской абилитации.
3. Введение на дому лекарственных средств для внутримышечных или подкожных инъекций.
4. Медико-технический уход на дому (туалет, малые вмешательства, перевязки, уход за телом, профилактика синдрома «диабетической стопы») [96]; [эл. рес. 12,13].
5. Обучение родственников методам ухода за телом пациента, оказанию взаимопомощи при возможных неотложных состояниях, восполнению дефицита самостоятельного ухода у больных людей, адаптивной физической культуре, резилиенс-гимнастике* [14,43].
6. Сопровождение в процессе умирания и переживания горя в семье [34,47,96].
7. Ведение соответствующей документации, в т. ч. в электронном виде. Применяют следующие требования делопроизводства, универсальные для любого документирования работы МС: целесообразности в отборе информации для документа; правомочности с юридической точки зрения; достоверности, т.е. на основе объективной, а не искаженной информации с четкой терминологией; полнотой информации, с достаточностью объема, необходимого для компетентного вывода; технологичности, означающей использование современных информационных техноло-

гий и оперативности, т.е. своевременности заполнения, передачи и ликвидации избыточной информации [27,85].

Помимо основных функций сестринского ухода, в оказании поддержки опекаемым людям следует выделить 3 дополнительные:

- предоставление поддержки родным больного, обучение их уходу за больным человеком;
- прогнозирование состояния здоровья пациента на основе заключения об этом врача;
- привлечение к уходу соседей, добровольцев.

Наиболее остро стоит проблема сотрудничества разных ведомств и людей (сети дружбы) [26,28,35]. Умение создать на участке ВОП взаимопомощь из людей, окружающих пациента, является новым навыком коммуникации МСОП. В основу оценки деятельности МСОП при осуществлении медико-социального ухода должны быть положены принципы:

- объективность и независимость.
- увязывание результатов оценки с профессиональным ростом и материальным положением.

Профессионализм патронажной МС (сиделки) должен сочетаться с искусством общения и техническими навыками ухода в приемами кинестетикс* за пациентом. Эффективность патронажной работы МС напрямую зависит от правильного выбора способа общения с семьей. Недопустимы небрежное, снисходительное или слишком официальное приветствия при встрече, а также упреки, устрашения, ультиматумы. В противном случае создаются барьеры, из-за чего пациент не способен адекватно воспринимать целесообразные предложения МС [24].

Стационары на дому* – одна из востребованных форм организации ухода за больными старших возрастов с ХНИЗ, нуждающимися в постоянном медицинском наблюдении. Недостаток состоит в неполноте охвата такой формой оказания медицинской помощи нуждающихся пациентов. При потребности в ней 50,7% больных, стационар на дому был организован для 15,6% обследованных. Патронажные сестры Белорусского Общества Красного Креста (БОКК) наблюдали 50,6% пожилых одиноких из 73,4% нуждающихся, в уходе во время болезни нуждались 56,3% лиц [48].

Примеры междисциплинарного взаимодействия как элемент деятельности в команде: курс на междисциплинарное и межведомственное взаимодействие

Расширение взаимодействия в обучении лидерству и менеджменту главных (старших) МС становится важным в ситуациях чрезвычайных ситуаций, печальным примером которых стала пандемия коронавирусной инфекции [37]. Составляя 62% медицинских кадров в стране, средние медицинские работники обеспечили выполнение основной нагрузки в системе оказания медицинской помощи, чем подтвердили свою роль и место. Мир не сомневается в значимости работы средних медицинских и акушерских работников, оказывающих жизненно важные услуги на всех уровнях системы здравоохранения, что было подчеркнуто в докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.» [120].

В период пандемии COVID-19 консолидированные усилия собственной материально-технической базы и инфраструктуры здравоохранения, а также профессионально грамотный менеджмент главных врачей и главных МС ОЗ, объединенных управлением под эгидой Министерства здравоохранения Республики Беларусь, своевременная информация, не допустившая паники населения, подключение ряда общественных организаций и волонтеров с кампанией ByCovid19 помогли в основном победить сложную проблему, обеспечить низкий показатель летальности пациентов от коронавирусной инфекции.

05.06.2020 г. Президент Республики Беларусь Лукашенко А.Г. на совещании с Правительством отметил: «Большое количество новых вызовов, которые сконцентрировались в сжатый период времени, требуют предельной мобилизации усилий всех государственных органов … Это сильнейшая проверка нашей стойкости и сохранения государства. Мы должны выдержать это. И мы выдержим, не в первый раз, и победим».

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП: роль помощника врача и медицинской сестры в профилактике сахарного диабета

Проведен анализ о месте Пвр и МС в обеспечении междисциплинарного взаимодействия команды ВОП с использованием статистического и аналитического методов. По данным ВОЗ известно, что здоровье человека зависит на 20% от наследственных факторов, на 20% – от условий

внешней среды (экологии), на 10% от состояния системы здравоохранения и на 50% от самого человека, его образа жизни [95].

Используя различные методы мотивации пациентов из группы риска по СД, Пвр и МС как члены команды ВОП, становятся главными проводниками идеи профилактики СД [эл. рес. 13,15].

Для достижения высокого качества жизни с СД необходимо осуществлять профилактику не только на популяционном уровне (оздоровление и реабилитация всех нуждающихся пациентов), но и предупреждать обострение имеющегося заболевания, т.е. вторичную профилактику, осуществляемую ВОП, Пвр, МСОП [эл. рес. 1-6].

Известна статистика по первичной заболеваемости СД I типа, которая возросла в 4,5 раза (69,6-312,72 на 10 тыс. нас. за 1995-2016 гг.) [10]. Количество пациентов за этот же период времени увеличилось в 2,8 раза. Средняя продолжительность жизни пациентов СД значительно изменилась: в 1921 г. была 10-летняя выживаемость, в 2016 г. – 58,5 лет у женщин и 50,3 лет у мужчин. При этом, первичная заболеваемость СД II типа возросла в 5,1 раза (57,84 до 293,43 на 10. тыс. нас. за 1995-2016 гг.). Количество пациентов за это же время увеличилось в 3,2 раза, а средняя продолжительность жизни составляет 75,5 лет, у женщин – 70,1 лет, у мужчин – 58,5 лет. Известен прогноз к 2040 г. – пациентов с СД будет 642 млн., распространенность достигнет 10,4%. В мире в 2015 г. СД страдал каждый 11-й чел, к 2040 г. – будет каждый 10-й. Ежегодно в мире число больных СД возрастает на 5-10%, что обостряет значимость проблемы профилактики и общественного воздействия на пищевое поведение людей.

Частота осложнения СД в мире впечатляющая: каждые 12 мин. случается инсульт, каждые 15 мин. – ампутация конечности, каждые 18 мин. – инфаркт миокарда, каждые 30 мин. – слепота, каждые 90 мин. – у пациента возникает потребность в гемодиализе. Распространенность СД в форме ретинопатии – 30-60%, риск у пациентов с СД I типа в 1,79 раз выше; нефропатии – 20-40% (регистрированная 28,8%, фактическая – 40,1%), полинейропатии – 70-76% [эл. рес.8,9]. Это свидетельствует о необходимости организации предупреждения последствий СД известной формой – «Школой сахарного диабета» (Школа СД), работа в которых в основном становится обязанностью Пвр и МС. Школа СД в Республике Беларусь начала функционировать на базе 3 детской городской клинической больницы г. Минска с 1993 г. [эл. рес. 13].

После анализа опыт был тиражирован по всей стране и оказался таким высокоэффективным, что в 1999-2004 гг. в Республике Беларусь был открыт первый в СНГ учебно-реабилитационный центр для пациентов с СД, проводилась учеба врачей и МС [4]. К 2016 г. в Республике Беларусь было открыто 229 Школ СД. Развивая этот опыт вторичной профилактики, академик Аметов А.С. установил, что целью обучения в Школе СД является не передача знаний, а стимуляция мотивации пациента по изменению поведения и привычек, что потребовало долгосрочной пожизненной мотивации с повторными курсами обучения для стойкой компенсации при СД. Это привело к изменению функций Пвр и МС в обучении в Школе СД [эл. рес 13,14,16]. Популяционная стратегия (государственные мероприятия) осуществляется в Республике Беларусь с помощью Регистра пациентов «Сахарный диабет», первый вариант которого действовал с 1997 г., новый – с 2007 г., обеспечивая оперативность управления организацией эндокринологической помощи. Массовая профилактика СД предусматривает налаживание рационального питания, повышение физической активности для всей популяции, снижение табакокурения, оздоровление окружающей среды.

Согласно Европейским рекомендациям приоритетом для первичной профилактики являются здоровые лица, у которых имеется высокий риск развития СД из-за комбинации ФР [эл. рес. 8,9].

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП особо востребовано в связи с возрастанием заболеваемости СД и наличием ФР у 15-20% населения, особенно обеспечение своевременным офтальмологическим консультированием пациентов с СД согласно протоколам в системе оказания ПМП [43,56,64,72,83].

Роль Пвр и МС в профилактике СД возросла, их работа на участке ВОП состоит в продолжении информирования проживающего здесь населения о ФР и ранних проявлениях СД, определении группы пациентов с высоким риском развития СД и отдельной работы с ней, совместно с общественными ассоциациями помощи в борьбе с СД. Индивидуализация оценки ФР, обучения навыкам самоконтроля, осмысленной оценке прогрессии хронических осложнений в Школе сахарного диабета» и 1 раз в 3-5 лет повторные курсы обучения способствуют эффективности про-

филактической деятельности Пвр и МС. Смысл в новых технологиях диагностики СД посредством развития генетического тестирования по выявлению моногенных форм СД и более широкому использованию диабет-ассоциированных антител, для чего продолжать обучение ВОП, Пвр и МС основам диабетологии, что оптимизирует работу в Школе сахарного диабета».

Направления взаимодействия команды ВОП:

- сотрудничество и активность общественных организаций типа «Детский диабет» и др. позволит врачам активнее приступить к пересмотру национальных протоколов диагностики и лечения СД с использованием современных технологий («помпы») и лекарственных средств;
- расширение использования в лечении аналогов инсулина и полный переход на применение картриджной формы инсулина;
- обеспечение и обучение пациентов современными средствами самоконтроля (индивидуальная система суточного мониторинга);
- оптимизация учета и ведения регистра СД с переходом на функционирование online, а также оперативный адресный доступ пациента в единое информационное пространство и отношение к компьютеру, как инструменту.

Общение МСОП через «личный кабинет пациента» не должно носить агрессивный характер. Это обусловлено и тем, что около 50% населения или не владеют компьютером и навыками получения информации с его помощью в силу возраста части престарелых пациентов, или отсутствия технических возможностей. Всем нововведениям способствовало бы создание Экспертного Совета стран ближнего зарубежья по СД (стратегии развития диабетологии в других странах, качество лечения новыми средствами).

Междисциплинарное взаимодействие команды врача общей практики: роль помощника врача и медицинской сестры в профилактике алкоголизма и зависимости от наркотиков

Состояние общественного здоровья подростков и трудоспособного населения как потенциала по национальной безопасности страны является критерием эффективности государственной политики в области охраны здоровья, поэтому активно работают программы, направленные против разных видов зависимостей, позволяющие снизить их распространённость, потери от временной нетрудоспособности и инвалидности [10,33,34,47,49]; [эл. рес. 29]. Это не уменьшает необходимость продолжить воздействие всех медицинских работников на убеждения населения в отказе от рискованного для здоровья поведения, поскольку отдельные статистические показатели здоровья свидетельствуют об увеличении патологии, связанной с нерациональными формами поведения людей [10,53]; [эл. рес. 2,5,6].

Данное обстоятельство обязывает организаторов здравоохранения изыскивать эффективные формы работы, популяризирующей здоровое поведение [эл. рес. 28]. Доля медицинской помощи, не требующей квалификации врача-специалиста, увеличивается, чему способствуют нормативные документы и программа ВОЗ БЕЛМЕД по отработке ролей в команде медицинского персонала [8,12,19,25,31,40,44,46,52,54,66,70,71,74,81,87,94,100,108]; [эл. рес. 2,3,5].

Наблюдение за проживающим на территории обслуживания населением, формирование полезных для его здоровья навыков наиболее успешно осуществляется принципиально новой организацией работы специалистов: ВОП, Пвр и МС, объединенных работой в команде медицинского персонала.

Присоединение Республики Беларусь к достижению ЦУР на основе улучшения здоровья населения за счет усиления профилактической направленности опирается на широкое вовлечение людей в ЗОЖ. Цель №3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» контролируется по 13 показателям с помощью 27 национальных индикаторов, координируется Методическим советом по мониторингу и оценке устойчивого развития. Координатором от Министерства здравоохранения Республики Беларусь за работу в отношении ЦУР является Главный государственный санитарный врач.

Выполнение ЦУР позволяет оценить масштабы того, что предстоит модернизировать в системе оказания помощи пациентам с зависимостями от алкоголя и наркотиков. Согласно Минской декларации (2015) [эл. рес. 3] предстоит разработка механизмов междисциплинарного взаимодействия в области совершенствования помощи пациентам, в том числе с разнообразными зависимостями. В учебные программы дополнительного образования главных МС с 2012 г. введены вопросы по особенностям общения и организации ухода за пациентами психиатрического и

наркологического профиля [эл. рес. 25,29].

Комплексный подход к программно-целевому планированию профилактических стратегий, направленных на достижение Целей Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [эл. рес.27] позволил достичь в Республике Беларусь снижения заболеваемости алкоголизмом с 349,2 на 100 тыс. населения (2009 г.) до 173,6 (2019 г.) [10,53].

Косвенным подтверждением реализации Комплекса мер по профилактике суицидального поведения населения в Республике Беларусь на 2015-2019 гг. и Плана мероприятий по реализации Концепции развития психиатрической помощи на 2016-2020 гг., разработки проекта клинического протокола оказания психиатрической помощи ВОП являются успехи в развитии психиатрической службы и снижение уровня суицидальной активности. Так, в 2009 г. смертность от психических расстройств составила 7,7 на 100 тыс. населения, в 2019 г. – 1,7 на 100 тыс. населения. Число суицидов в 2010 г. составляло 25,9 на 100 тыс. населения, в 2017 г. продолжает снижаться до 20,5 на 100 тыс. населения [53]; [эл. рес. 2,5,29].

Проблема настолько глобальна в мире, что для привлечения внимания и сотрудничества в достижении создания международного общества, свободного от наркомании, 26 июня 1987 г. Генеральной Ассамблеей ООН на основе рекомендации Международной конференции по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами и их незаконным оборотом был учрежден Международный день борьбы со злоупотреблением наркотиками. Подобные акции расширяют границы профилактики психических зависимостей через воздействие на управляемые ФР (физическую активность, рациональное питание, курение, зависимости) среди широких слоев населения и помогают медицинским работниками в мотивации пациентов с управляемым ФР к поведению, сохраняющему здоровье. Используя различные методы мотивации пациентов из группы риска по алкоголизму, Пвр и МС как члены команды ВОП становятся одними из проводников идеи предупреждения осложнений среди группы риска.

К основным составляющим ЗОЖ традиционно относят: достаточный сон; регулярное, сбалансированное питание; отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя; физическую активность; сохранение постоянной оптимальной массы тела; регулярные медицинские осмотры. Особые навыки работы МСОП и Пвр с пациентами с зависимостями важны для длительного и доверительного взаимодействия со стороны пациента [39]; [эл. рес. 25,29].

Поведение МС и Пвр при работе с пациентами с наркологической или алкогольной зависимостью должно основываться на следующих правилах:

- сдержанности в проявлении эмоций, поскольку пациенты с негативными эмоциями страха, обиды и гнева заразительны для окружающих. Помимо этого, грубая, небрежная, вспыльчивая МСОП производит тяжелое впечатление. Медицинский работник должен уметь владеть своими настроением, эмоциями, контролировать поведение, речь, внешний вид и выражение лица. Улыбайтесь к месту;
- последовательном поведении МСОП при соблюдении преемственности требований в наркологическом диспансере или стационаре и на участке ВОП. Неоправданные уступки – грубое отступление от норм деонтологии;
- в умении МСОП убеждать при категорическом отказе от лечебно-диагностических процедур согласно закону трех «да»; в случае неэффективности убеждения МС обязательно прибегнуть к помощи ВОП или психиатра-нарколога и совместными усилиями помочь пациенту;
- умении повысить внутреннюю самооценку пациента в период меланхолии и депрессии. Проявлять терпение без раздражительности при повторениях;
- вежливости без заискивания, чуткости и профессиональной наблюдательности МСОП к малейшим изменениям в настроении, поведении и состоянии больного человека. Немедленная реакция на внезапное и резкое ухудшение его состояния;
- категорическом запрете МСОП на жалобы в присутствии больных людей на нехватку в отделении каких-либо лекарств, на скептические рассуждения о назначениях врача, пренебрежительном отзыве о процедурах, оценку руководства и порядков в ОЗ;
- справедливом распределении внимания и заботы на всех, ибо «Поощрение столь же необходимо, как канифоль для смычка виртуоза» (К. Прутков);
- внимании к мелочам в поведении пациента, свидетельствующим о лжи.

МСОП и Пвр, составляющим команду ВОП, необходимы расширенные знания по психиатрии, позволяющие понимать механизм развития болезни пациента и адекватно реагировать на особенности взаимодействия с ним и его семьей при наличии алкогольной или наркотической зависимости [эл. рес. 25,29].

Стоит разграничить понятия о синдроме зависимости (алкоголизм), как болезни и «пьянстве», как неумеренном бытовом употреблении спиртных напитков. Алкоголизм является болезнью с хроническим течением, возникающей на основе неумеренного употребления алкоголя, проявляется болезненной зависимостью от алкоголя и характерными психическими, соматическими, неврологическими расстройствами, а также сопровождается нарушениями различных социальных функций больного человека. Пьянство не болезнь, но антиобщественная форма поведения, проявляющаяся преимущественно в злоупотреблении алкоголем.

Для диагностики психиатром синдрома алкогольной зависимости необходимо наличие следующих критериев МКБ-10 из рубрики F10-19 («Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ»). Три или более из числа следующих проявлений должны возникать одновременно на протяжении 1 месяца или периодически повторяться в течение 12 месяцев:

1. Сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества;
2. Нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют употребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем намеревалось, или безуспешные попытки сократить или контролировать употребление какого-то химического психо-активного вещества (ПАВ);
3. Состояние физиологической абстиненции, когда прием вещества уменьшается или прекращается, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества или использование того же (или сходного) ПАВ с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции;
4. Проявление толерантности к эффектам вещества, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов или в том, что хронический прием одной и той же дозы ПАВ приводит к явно ослабленному эффекту;
5. Озабоченность употреблением вещества, проявляющаяся в том, что ради его приема полностью или частично отказываются от других альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом ПАВ и восстановлением от его эффектов;
6. Устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам для пациента вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление ПАВ, при фактическом или предполагаемом понимании природы и степени вреда для себя.

Настораживающими *признаками склонности* подростков или взрослых к пьянству являются: высокая переносимость спиртного; интерес к алкогольным темам; тайное употребление напитков.

I. Социальные факторы риска. Риск формирования алкогольного поведения выше у лиц: имеющих проблемы взаимоотношений с учителями, преподавателями, родителями; поведение, выходящее за рамки общепринятых норм в обществе, чаще носит деструктивный характер; имеющих проблемы занятости и проведения свободного времени; с особенностями условий воспитания (условиях полного доверия или сверх сильного контроля).

Факторы «второго плана»: 1) отсутствие антиалкогольного воспитания в школе; 2) ошибочное представление об истинных свойствах алкоголя; 3) терпимость общества к пьянству подростков; 4) высокая оплата неквалифицированного труда, не стимулирующая к профессиональному росту и образованию [52,53].

Особое значение имеет влияние микросреды и, в первую очередь, семьи: алкогольные традиции семьи; низкий культурный уровень и конфликтные взаимоотношения родителей; отрицательное отношение к образованию; игнорирование общественных интересов.

II. Психологические факторы риска: пред болезненные особенности личности; успокаивающие, расслабляющие и создающие ложно повышенное настроение свойства ПАВ, способствующие вызыванию «психического комфорта» и облегчающие межличностные контакты; употребление, как проявление психического заболевания; иллюзорное удовлетворение желаний и разрешения конфликтов.

Личностные особенности подростков, склонных к злоупотреблению ПАВ: резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, повышенная впечатлительность и чувствительность, более высокий уровень осмысления происходящего и склонность к самоанализу, излишняя самоуверенность, переоценка своих возможностей, одновременное проявление полярных особенностей психики (самоуверенность и легкая ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость и т. п.).

Глубокое понимание МС и Пвр личности пациента и ее изменения под воздействием зависимостей позволяет им выявлять тех, кто более других предрасположен к алкоголизации или наркотизации [16,52,53]; [эл. рес. 25,29].

Четыре типа личности тех, кто предрасположен к наркотизации:

- люди, считающие себя безупречными, стоящими вне критики, осуждений и замечаний (дети переняли от родителей убежденность в особой ценности своего существования и безупречности поведения);
- агрессивные лица с асоциальным поведением, императивные, возбудимые, жестокие, с легко возникающим чувством ненависти;
- подростки, не приспособленные к правде жизни, непродуктивные, беспомощные, со склонностью к невротическим реакциям как результату воспитания сверх заботливых родителей;
- странные личности, с чертами депрессивности и ненормальности.

Наиболее уязвимыми для последующей «алкоголизации» являются люди эмоционально неустойчивых и легковозбудимых типов, наименее – замкнутые и чувствительные. Эти пациенты должны находиться под особым вниманием Пвр и МС.

Условно выделяют три типа детей (подростков) группы риска, склонных к алкоголизации:

*дети (подростки) с психической незрелостью, с легкой интеллектуальной недостаточностью, руководствующиеся принципом удовольствия, с повышенной внушаемостью, легкой способностью к подчинению постороннему влиянию;

*дети (подростки) с двигательной расторможенностью, повышенной возбудимостью, неуживчивостью в детском коллективе, с выраженными последствиями органических церебральных вредностей;

*дети (подростки) замкнутые, необщительные, легко утомляемые вследствие органического поражения центральной нервной системы.

III. Биологические факторы: генетическая предрасположенность; врожденные нарушения обменных процессов: дефицит триптофана и серотонина; недостаточная способность мозга окислять альдегиды; недостаточность Д-2 рецепторов; висцеро-гуморальные и эндокринные расстройства; неполноценность высших отделов центральной нервной системы; психические болезни и патология характера.

Дети, рожденные в семьях людей, больных алкоголизмом, более подвержены алкоголизму, чем дети здоровых родителей [39]. С точки зрения современного понимания разрушающего личность поведения наследуется не сама болезнь, а психические и биологические особенности, способствующие его развитию. Патологическая зависимость особенно быстро формируется у лиц с отдельными последствиями органического поражения головного мозга или страдающих некоторыми формами невроза [9,29,102]; [эл. рес. 25,29].

Для обеспечения качества медицинской помощи на участке ВОП необходимо использование не только привычной формы делового общения, но более глубокие знания и понятия в работе МС и Пвр о *деструктивной сущности аддиктивного поведения* людей*.

Разрушительный характер особого поведения подростков или взрослых проявляется в том, что в подобном процессе устанавливаются эмоциональные отношения с неодушевленными предметами или явлениями, а отношения с людьми теряют значимость. Аддитивное поведение оказывает негативное влияние не только на самого пациента, но и на его окружение. Разрушительное общение и его реализация заменяет дружбу, любовь, другие виды активности.

Межличностные отношения слишком непредсказуемы для подростка или взрослого с особенностями взаимодействия с миром и с собой, требуя больших усилий, немалых эмоциональных затрат, напряжения мысли и отдачи. Взаимодействие с неодушевленными веществами, предметами и видами деятельности для таких пациентов всегда предсказуемо, эффект достиже-

ния комфорта почти гарантирован. Манипуляции и спекуляции становятся стилем поведения и переносятся в сферу межличностных контактов.

Для подростка (взрослого) с разрушительными наклонностями свойственно ограничение основных потенциалов, характерных для личности: коммуникативных, познавательных, морально-нравственных, творческих и эстетических. Стремление уйти от проблем и иллюзия комфорта обрекают такого человека на личностный застой, несостоятельность или полный крах.

Окружающие его люди начинают испытывать все возрастающее недовольство по поводу подобного поведения, учащаются и усиливаются конфликты. Пытаясь избежать затруднительных конфликтных ситуаций, подросток, напротив, все больше расширяет зону конфликта и увеличивает долю нерешенных проблем, в значительной мере осложняя жизнь себе и близким. Для своевременной помощи пациентам с разрушительными формами общественного поведения МС и Пвр должны иметь представление об *этапах формирования аддикции.*

На *первом* этапе формирование аддитивного процесса всегда возникает на эмоциональном уровне. Происходит переживание состояния в виде повышенного настроения, чувства радости, экстаза, необычного подъема, а также ощущение драматизма, риска в связи с определенными действиями и затем фиксация этой связи в сознании. У человека появляется понимание, что существуют доступные способы, когда можно достаточно быстро и без особых усилий изменить свое психическое состояние.

На *втором* этапе идет формирование определенного ритма использования аддитивного поведения повторно. Устанавливается определенная частота его реализации. Провоцировать разрушительность общения подростка могут любые события, вызывающие душевное беспокойство, тревогу, чувство психологического дискомфорта.

На *третьем* этапе деструктивное поведение пациента становится привычным типом реагирования. Мотивация искусственного изменения своего психического состояния становится настолько интенсивной, что отношение к проблемам окружающих людей, включая наиболее близких, теряет какое-либо значение.

Четвертый этап означает полное доминирование асоциального поведения человека. Происходит отчуждение и изоляция от общества, контакты с людьми затруднены, теряется даже способность к манипуляции ими.

*Пят*ый этап носит характер катастрофы, когда разрушительное агрессивное поведение разрушает и психику, и биологические процессы такого пациента или подростка.

Характерные черты личности, приносящей разрушение и социальную изоляцию

- *Сниженная переносимость трудностей,* обуславливается наличием гедонистической установки (стремлением к немедленному получению удовольствия, удовлетворению своих желаний). Если желания таких подростков (взрослых) не удовлетворяются, они реагируют вспышками негативных эмоций, либо уходом от появившихся проблем. Это сочетается с повышенной обидчивостью, подозрительностью, что влечет за собой частые конфликты.
- *Скрытый комплекс неполноценности* находит свое отражение в неуверенности, избегании ситуаций, в которых их способности могут быть объективно проверенными.
- *Поверхностный характер умения жить среди людей* (социабельность). Сочетается с обостренным стремлением произвести на окружающих положительное впечатление. Подростки являются скучными, однообразными людьми в повседневной жизни. Отношения других людей с ними поверхностны, к глубокому положительному эмоциональному общению они не способны и сами избегают ситуаций, связанных с какими-либо взаимоотношениями.
- *Стремление говорить не*правду. Подростки с особым типом поведения часто не сдерживают своих обещаний, отличаются необязательностью, несоблюдением договоров. Лживость имеет первой причиной страх перед последствиями правдивого признания.
- *Необязательность* – это другая, отдельная от лживости, характеристика особой личности, связанная именно с неспособностью и нежеланием переносить какие бы то ни было трудности.
- *Стремление обвинять не виновных*, даже если известно, что другой человек на самом деле не виноват.
- *Уход от ответственности* в принятии решений и *перенос права решений на других*, поиск оправдательных аргументов в определенных ситуациях.

- *Стереотипность,* повторяемость поведения. Сложивший вариант поведения легко предсказуем, но его трудно изменить.
- *Зависимость* проявляется в виде попадания под влияние других пациентов с подобной разрушительной направленностью. Иногда наблюдается пассивность человека, отсутствие самостоятельности, стремление к получению поддержки.
- *Тревожность* у части подростков (взрослых) тесно связана с комплексом неполноценности. В кризисных ситуациях тревожность может отступать на второй план, а в обычной жизни она может возникать без видимых причин при событиях, не являющихся поводом для переживаний.

Не ориентируясь в правилах поведения с лицами с разнообразными зависимостями, МС и Пвр могут допускать *ошибки, ведущие к неблагоприятным последствиям* для дальнейшей *работы* на участке ВОП. При анализе обыденной жизни человека, зависимого от ПАВ, отмечаются характерные, особые отношения между ним и окружающими. Эрик Берн описал эти отношения как игру **«Алкоголик»,** понимая однотипно повторяющееся поведение, которое не всегда осознаваемо, имеет целью получить психологический или социальный «выигрыш» [102]; [эл. рес. 29]. Выигрышем является эмоциональное состояние, к которому стремятся игрок и его партнеры. Игра дает возможность удовлетворять социальные потребности в общении, преодолевать чувство одиночества, может временно снижать эмоциональное напряжение игроков, но не решает внутренних проблем, поэтому заводит их в психологический и социальный тупик [эл. рес. 25].

Игра – это сложный и динамичный процесс взаимоотношений с запрограммированным концом, в котором заинтересованы все участники. Обычно в игре «Алкоголик» людьми играется *5 ролей: Алкоголик, Преследователь, Спаситель, Покровитель и Поставщик.* Одно лицо может играть несколько ролей, чередуя их. Например, Преследователь жена, когда над Алкоголиком «нависают тучи» на работе, быстро меняет роль Преследователя на Спасителя, сохраняя, таким образом, игру. Роль может быть обезличена. Так, роль Поставщика может принадлежать всей государственной системе поставки алкоголя.

Роль *Преследователя* чаще всего играет жена Алкоголика, которая контролирует, критикует, унижает, ловит на нарушениях обещаний, заставляет бросить пить, требует извинений и покаяний. Характерны слова: «Ты должен бросить пить потому, что...», «...пьешь, как свинья», «...до положения риз», «...до бесчувственного состояния». Преследователь высокомерно полагает, что морально выше Алкоголика и имеет право поучать и воспитывать. Иногда они признаются, что когда Алкоголик приходит пьяный, то это позволяет им «разрядиться» и «сбросить напряжение». При более глубоком анализе удается увидеть, что это напряжение не всегда связано с Алкоголиком, а тот является только поводом для эмоциональной реакции Преследователя, получающего эмоциональное удовлетворение на фоне тотальной неудовлетворенности собственной жизнью. В тяжелых случаях потребность в таком удовлетворении высока, и пьянство мужа становится условно желательным.

Спасителем Алкоголика может быть добродушный врач, выполняющий все инструкции по лечению, но вовлеченный в игру Алкоголика. Его ждет глубокое разочарование при очередном срыве Алкоголика. Спасителем могут быть жена или мать Алкоголика, которые ухаживают за пьяным, отрезвляют, обстирывают, кормят и т.п. Характерны слова Спасителя: «Без меня он давно бы погиб». Играя в свою игру, Спаситель находится в роли благодетеля, демонстрирует свои лучшие качества, оправдывая свое существование и наполняя собственную жизнь смыслом. В этом его «выигрыш», в таком случае Спасителю Алкоголик необходим.

Покровителем (Простаком или Болванчиком) чаще всего является мать Алкоголика, которая, под самыми благовидными предлогами дает деньги на выпивку. Покровитель сочувствует, озабоченно договаривается о деле, на которое даются деньги, понимая, что они идут на выпивку. В роли Болванчика может быть и врач, которого Алкоголик обманывает во время лечения. Покровитель может превращаться в Подстрекателя. Однако Покровители не так просты, часто это одинокие люди, которые могут многое выиграть от хорошего отношения к Алкоголику.

Поставщику значим только сбыт алкоголя, Алкоголик ему нужен лишь для решения проблемы сбыта.

Как ни парадоксально, но главным в этой игре для Алкоголика является состояние похмелья. Пьющие люди любят на другой день вспоминать и рассказывать о перипетиях предыдущего дня. Испытывая одинаковые ощущения похмелья, они с мазохизмом «смакуют» их, демонстрируя свое тяжелое состояние. Кроме удовольствия во время выпивки, в похмелье создается ситуация, когда игра «Алкоголик» актуализируется и достигает своего апогея. Он получает суровый нагоняй от Преследователя. Алкоголик удовлетворяет свою потребность в самобичевании и шлет психологическое послание Спасителю: «Вот какой я плохой, попробуй меня удержать». Подстрекатель имеет возможность предложить средства от «похмелья». Болезненное состояние Алкоголика, высокое чувство вины избавляют его от заслуженного наказания. Любое реальное наказание воспринимается как избыточное («Ведь страдает же человек»). Чувство вины, виноватый вид и послушность Алкоголика в похмелье провоцирует у близких «родительское» поведение с нотациями, нравоучениями, упреками. Эта провокация Алкоголика чрезвычайно сильна и *навязывает* окружающим игру «Алкоголик». Для Алкоголика эта игра больше, чем игра. Это жизнь. Он прекрасный манипулятор. Игра позволяет ему удовлетворять свои потаенные желания: быть в центре внимания, быть опекаемым, а когда преследуют, то, во всяком случае, быть не безразличным. Имея высокую мотивацию на достижение, можно списать жизненный крах на алкоголь и болезнь. В то же время гордыня реализуется в компании собутыльников, где с неизменным постоянством слышно: «Ты меня уважаешь?». Недаром людей страдающих алкоголизмом, называют «наркоманами уважения». До совершенства этот тезис доведен в анекдоте: «Два алкаша. Вася, ты меня уважаешь? Да, я тобой горжусь!».

В этой игре все действующие лица на бессознательном уровне получают «выигрыш» и поддерживают игру. Вопрос состоит не в лечении Алкоголика, даже не в выходе его из игры, стимулирующей болезнь, а в выводе из участия всех остальных действующих персонажей. Именно они создают и возрождают игру «Алкоголик». Нарколог и психотерапевт обречены на Сизифов труд, если не будут работать с созависимыми членами семьи, им должны помогать Пвр и МСОП.

Игра «Алкоголик» характерна для любых видов зависимости, но отличается особенностями. При наркомании она более быстра, динамична и зловеща. Наибольшая нагрузка в ней приходится на Преследователя, который в нашем обществе готов все зло отнести на счет Наркомана. Ведущую роль играет Поставщик, имеющий сверхприбыль от реализации наркотиков. Парадокс ситуации в том, что правоохранительные органы привычно преследуют Наркомана, а не Поставщика, чем поддерживают игру.

Для *созависимых*, окружающих пациентов, и тех *добровольцев*, которые объединились с пагубной болезнью, психотерапевты выделили **10 правил** [эл. рес. 29]. Они позволяют ***избежать игры «Алкоголик» и не стать Спасителем, Преследователем или Простаком.***

1. Три или более предложения лечения Алкоголику указывают на то, что Вы играете роль Спасителя. Следует делать одно или два предложения и ждать ответа.

2. Не организовывать встречу с врачом для Алкоголика. Любой врач, договаривающийся о встрече с пациентом через третье лицо жену (мать, брата и т.п.), потенциальный Спаситель или Преследователь.

3. Никогда не убирать спиртное в доме, не искать потайных мест, пока об этом не попросит Алкоголик.

4. Не заниматься длинными разговорами об алкогольных проблемах, когда человек выпил или выпивает в Вашем присутствии, – это пустая трата времени и сил.

5. Не одалживать Алкоголику денег на выпивку, под каким бы предлогом он не просил. Не позволять Алкоголику приходить к Вам домой в пьяном виде. Доброжелательным тоном надо попросить его зайти в другой раз, когда он будет трезвым.

6. Не делать никаких одолжений для Алкоголика (авансом), пока он активно не включится в борьбу со своей болезнью.

7. Не видеть в алкоголике, когда он трезвый, только хорошее, или только плохое, когда он пьет. Алкоголик – цельный человек, в нем есть и хорошее, и плохое, которые неотделимы друг от друга.

8. Не следует молчать на предмет алкоголизма кого-либо, покрывая этим пьянство. Следует не колеблясь, выражаться свободно на эту тему: что вам не нравится, чего вы не переносите и т.п.

9. Не делайте то, чего вам не хочется делать для Алкоголика. Плохо, если вы совершаете какую-то из описанных ошибок с желанием или осознанно. Но если к этому добавится то, что вы предпочитаете не делать, ошибка усугубится, и вы втянетесь в роль Преследователя.

10. Никогда не следует считать, что Алкоголик безнадежен. Необходимо сохранять желание быть готовым помочь каждый раз, когда у Алкоголика обнаружится подлинный интерес и усилие по преодолению пьянства. Не следует переусердствовать в помощи. Помогать надо осторожно, без роли Спасителя, делать то, что вы хотите делать (свою долю), но не более.

В игру Алкоголик могут играть помимо членов семьи, соседи, коллеги, начальники, друзья, врачи и МС, милиция. Родственники пациентов, являясь созависимыми, запрограммированы на игру, стимулирующую болезнь. Знать проблему, позитивно решать ее – в этом Шанс каждого зависимого на реальную помощь ему и его семье.

Недоверчивость, мнительность, отчаяние, обида – этот широкий спектр настроения у родственников является преобладающим, МС и Пвр обязаны поддерживать в них веру, уметь сохранять выдержку, участливо и терпеливо выслушивать близких и родных, самого пациента. Показывать глубокую заинтересованность и обеспокоенность по поводу членов семьи, соблюдать не многословие, терпение при несправедливых обвинениях родственников пациента – эти качества должны быть присущи МС психиатрического профиля, в настоящее время для МС и Пвр.

Учитывая культурный уровень и интеллект родственников, МСОП и Пвр следует понимать любого человека и его страдания. Необходимо исключить из арсенала общения с пациентом высокомерие, пренебрежение, предрассудки, грубость, несдержанность, раздражительность, специальные термины. Надо уметь убедить родных в необходимости осуществления оправданного насилия над пациентом для его же пользы.

Для высококвалифицированного сестринского взаимодействия с пациентами, больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, помимо желания, важными являются знания по этике, психологии, деонтологии, праву [2,4,12,19,20,42,49].

Учитывая быструю смену настроения больных алкоголизмом от буйного веселья до депрессии, их лживость и изворотливость, периоды самоуничижения, плохую память, низкую концентрацию внимания, медработник должен иметь в своем арсенале особые знания и строить поведение в соответствии с ними.

В деятельности команды ВОП особое место будет занимать взаимодействие с «проблемными» семьи с рисками формирования зависимостей от алкоголизма и ПАВ, которые характеризуются:

1. Чрезмерной защитой (гиперопека, избыточный контроль у подростка вызывает протест; «негативизм» формирует пассивность, неспособность к сопротивлению и делает его уязвимым для многих, в т.ч. алкогольных влияний);

2. Недостаточной функцией духовной близости (чаще неполная семья). В таких семьях имеет место отрицание проблем, ложь, оговор других, агрессия – обычные способы защиты. Родители формируют у подростка агрессивно-оборонительное отношение к внешнему миру, поощряя девиантное поведение, до тех пор, пока поступки ребенка (подростка) не вынудят искать не помощи для него, а защиты от него;

3. Конфликтностью, когда отношения строятся по типу соперничества, изоляции, невротического дополнения и т.п. Злоупотребление «средством манипулирования», мотив – желание добиться уступок.

4. Дети в неблагополучных семьях предоставлены сами себе, рано приобщаются к асоциальным группам, совершают противоправные поступки. В итоге формируется своеобразная «алкогольная личность», не способная противостоять алкогольному окружению. Несмотря на все это, ВОП и его помощники МС и Пвр, обязаны продолжать деятельность по предупреждению алкоголизма и иных зависимостей на участке ВОП [эл. рес 18].

Возможный алгоритм организационных мероприятий в системе ПМП, направленный на совершенствование помощи лицам с зависимостями:

1. Повышение уровня подготовки средних медицинских работников в сфере профилактики алкоголизма, поскольку существующая система медицинского образования уделяет проблеме психического здоровья несоизмеримо меньше внимания в сравнении с соматическими болезнями. В программах до дипломной подготовки и системе дополнительного образования взрослых целесообразно расширить недостаточную информированность по вопросам потребления алкоголя и его влияния на здоровье, прежде всего среди Пвр и МС, а также терапевтов, педиатров, гинекологов [33-35]; [эл. рес. 19].

2. Учитывать главные особенности профилактики негативных последствий для здоровья потребления алкоголя: наиболее эффективен лечебный подход, направленный на оказание помощи чрезмерно пьющим людям, а не тяжелым алкоголикам. Для уменьшения социального вреда алкоголя лучше фокусировать внимание на выявлении и лечении большого числа лиц с незначительными алкогольными проблемами, чем на относительно малой группе пациентов с тяжелыми зависимостями [9,53].

3. Повысить обучение навыкам выявления пациентов, потребляющих алкоголь чрезмерно, с целью своевременной консультативной и совместной с МВД помощи работников системы ПМП (особенно ВОП, Пвр и МС). Скрининговые опросники CAGE и AUDIT, разработанные ВОЗ, являются легким инструментом определения алкогольных проблем с высокой (до 80%) точностью. Краткосрочное вмешательство по результатам такого скрининга является экономически выгодным, поскольку в течение года после его проведения сокращается заболеваемость и травматизм пациентов, снижается потребление алкоголя [53].

Резюме. В результате комплексного подхода к достижению психического здоровья у населения достигнут определенный уровень междисциплинарного (ВОП и психиатры) и межведомственного взаимодействия по различным направлениям деятельности с Министерствами образования, информации, МВД, Следственным комитетом и Государственным комитетом судебных экспертиз, Министерством труда и социальной защиты.

Тенденция к снижению общего числа лиц, страдающих наркологическими расстройствами, обусловлена целенаправленной государственной политикой, направленной на предупреждение и преодоление негативных последствий потребления алкоголя населением [9,10,53]. Важное место в этой деятельности принадлежит Пвр и МС как самому многочисленному отряде медицинских работников (более 115 тыс. человек, 65,7% от числа всех кадров) [54,116]; [эл. рес. 2,4-6].

Междисциплинарное взаимодействие команды ВОП особо востребовано в связи с наличием ФР у 10-12% населения, особенно обеспечение своевременным психологическим консультированием пациентов с зависимостями согласно протоколам. Роль Пвр и МС в профилактике СД возросла, их работа на участке ВОП состоит в продолжении информирования населения о ФР и ранних проявлениях алкоголизма, определении группы пациентов с высоким риска развития зависимости и отдельной работы с ней, совместно с общественными ассоциациями в системе наркологической помощи.

Согласно ст.3 «Основные принципы государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения» Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (в ред.21.10.2020) [57,67]; [эл. рес. 5] существует ряд принципов ответственности пациента за здоровье, реализуемый на основе института ВОП. Используя различные методы мотивации пациентов из группы риска по СД, Пвр и МС как члены команды ВОП, становятся главными проводниками идеи профилактики СД.

Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке. Профилактическая роль МС и Пвр в осуществлении борьбы с ХНИЗ обусловливает их новое место в первичной и вторичной профилактике СД, алкоголизма и зависимостей в рамках диспансеризации и междисциплинарного взаимодействия, является основой для мотивации пациента на сохранение и укрепление своего здоровья [53,56]; [эл. рес. 6].

МС и Пвр получают специальные знания и расширение функций в предупреждении ХНИЗ, их профилактическая роль в осуществлении борьбы с ХНИЗ возросла в части междисциплинарного взаимодействия.

Вопросы для самообразования

1. Опишите ваше понимание термина «команда».
2. В чем смысл патронажа пациента на дому и кто его осуществляет?
3. Каковы основные задачи средних медицинских работников на участке ВОП при работе с пациентами медико-социального профиля?
4. Назовите основные этапы формирования аддиктивного поведения людей?
5. Каковы современные правила работы Пвр и МСОП с пациентами, имеющими зависимость от алкоголя?

Глава 12. Сравнительная характеристика моделей сестринского ухода

Главный исполнительный директор Международного совета медицинских сестер (ICN) Говард Кэттон в 2020 г. отметил: «…то, что сделала пандемия, также дало нам возможность призвать к перезагрузке и изучить новые модели ухода, в которых медицинские сестры находятся в центре наших систем здравоохранения». Этим дан старт к осмыслению имеющихся моделей ухода и возможному появлению новых предложений от сестринских сообществ в рамках кампании «Сестринское дело сейчас».

Использование новой медицинской аппаратуры и технологий потребовали иного качества знаний МС, которое определяется уровнем профессионального образования [7,23,33]. Появление терминов «сестринский процесс», «сестринский диагноз» заставляют МС искать необходимую информацию в профессионально состоятельных источниках. Этому способствуют развитие теории сестринского дела как совокупности учений или научных обоснований, взглядов на ту или иную проблему, умозаключения, требующие подтверждения на практике [42].

Изменение роли, места и функций МС происходило на протяжении столетий во всем мире, а также в III-XXI веке в Беларуси [44]. В наиболее выразительной форме впервые это отражено в трудах Ф. Найтингейл, которая в работе «Записки об уходе» (1859 г.) дала первое определение сестринскому делу и выделила две области деятельности МС – уход за больными и за здоровыми людьми. Она считала, что «Сестра должна иметь троякую квалификацию: научную – для понимания болезни, сердечную – для понимания больных и техническую - для ухода за больными» (описание трех точек роста квалификации МС). Уход за здоровыми пациентами ею был определен как «поддержание человека в таком состоянии, при котором болезнь не наступает», в то время как суть поддержки больному – «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение» [42].

Понимание смысла здоровья занимало умы многих ученых, наиболее оптимально оно отражено в определении ВОЗ как «…состояние полного физического, духовного, и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов». Более адекватным теме пособия отвечает определение здоровья известным американским специалистом в области профилактической медицины Г. Сигеристом: «Здоровым может считаться человек, который отличается гармоничным физическим и умственным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Он полностью реализует свои физические и умственные способности, может приспосабливаться к изменениям окружающей среды, если они не выходят за пределы нормы, и вносит свой вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье не означает просто отсутствие болезней; это нечто положительное, жизнерадостное, охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека». Именно эти качества предстоит развивать у валеологов и МС, в функцию которых входят элементы сестринской педагогики.

Согласно научным исследованиям 2000-2020 гг., отраженным в материалах сестринских конференций, саммитов, съездов, форумов, у МС пробуждается чувство профессионального самосознания, поскольку они постепенно становятся равноправными участниками преобразований национальной системы здравоохранения. Членство БелООМС в международном сестринском сообществе (Европейском Форуме национальных сестринских и акушерских ассоциаций – EFNNMA) привносит новое в лидерство главных МС Республики Беларусь [54,127,128].

Модели сестринского дела – систематически построенный научно-обоснованный и логически связанный набор понятий, составляющий элементы сестринской практики. Одной из первых в конце XIX века стала модель Ф. Найтингейл. Придавая особое значение тишине, питанию, чистоте, она характеризовала сестринское дело как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению» [42].

В отношении модели как образце построения чего-либо, продолжаются споры ученых о том, какая из имеющихся 30 моделей сестринского ухода предпочтительнее.

I. Роль МС

*Врачебная (*медицинская) модель сестринского ухода знакома большинству МС, так как именно на нее была ориентирована их подготовка в колледже. Исследователи в области сестринского дела обратили внимание, что представления о достойной врачебной подготовке в разные

эпохи были неодинаковы [42,44]. До XVIII в. врачебная практика носила в основном целостный характер: при постановке диагноза и назначении лечения принимали во внимание связь между пациентом и окружающей средой. Однако при современном врачебном (лечебном) вмешательстве внимание концентрируется на установлении анатомических, физиологических и биохимических причин и проявлениях заболевания: Такой подход часто преуменьшает или полностью игнорирует политические, социальные и экономические факторы при установлении причины болезни. Согласно врачебной модели сестринского ухода пациент представляет собой набор анатомических органов (сердце, легкие, желудок) и физиологических систем (дыхания, кровообращения, пищеварения и др.). При подобной модели социальное поведение и отдельные особенности психологического поведения человека являются следствием изменений, происходящих в физиологических и биохимических системах организма, следовательно, человек рассматривается как «пассивный носитель болезни», что принижает значение личности пациента.

Модель сестринского ухода В. Хендерсон (потребностей) (1966 г.) основана на учете потребностей пациента. Она акцентирует внимание сестринского персонала на биологических, психологических, социальных факторах, которые могут быть удовлетворены, благодаря уходу и медицинской абилитации. Непременным условием данной модели является участие самого пациента в планировании и осуществлении ухода. Пациент, согласно утверждению автора, имеет 14 фундаментальных человеческих потребностей, являющихся одинаковыми для всех людей: «...Вне зависимости от того, болен человек или здоров, сестра всегда должна иметь в виду жизненно важные потребности человека в пище, крове, одежде; в любви и доброжелательности, в чувстве необходимости и взаимозависимости в условиях общественных отношений...». Здоровый человек, как правило, не испытывает трудностей при их удовлетворении. В то же время, в период болезни, беременности, детства, старости, при приближении смерти человек может быть не в состоянии удовлетворить свои потребности самостоятельно. Именно в это время МС помогает «...человеку, больному или здоровому, в выполнении тех функций, которые поддерживают его здоровье, или способствуют его выздоровлению (или в момент его ухода из жизни) и которые этот человек выполнил бы без посторонней помощи, будь у него силы, желания или знания...». В. Хендерсон утверждает, что во все времена сестринский уход должен быть направлен на скорейшее восстановление независимости человека, однако недостатком модели является игнорирование отдельных социальных потребностей пациента.

Модель сестринского ухода Н. Роупер (проявлений повседневной жизнедеятельности) (1976 г.), была дополнена в 80-е годы В. Логан и А. Тайэрни, базировалась на достижениях в области физиологии, психологии и сестринского дела. Эти авторы, как и В. Хендерсон, использовали определенный перечень универсальных потребностей, присущих всем людям, считают, что МС должна сосредоточить внимание на наблюдаемых сторонах поведения человека. Оценка успешности деятельности МС при уходе основывается на видимых, измеряемых и поддающихся оценке результатах. Позднее появилась модель М. Аллен о ситуационно обусловленной сестринской помощи.

Рассматривая человека как объект деятельности, МС Н. Роупер впервые установила 16 видов повседневной жизнедеятельности (фундаментальных потребностей), часть из которых необходима для поддержания жизни, другие, являясь необходимыми для жизнедеятельности, влияют на качество жизни. Впоследствии авторы модели сократили этот список до 12 «проявлений жизнедеятельности», которые являются потребностями человека, часть них имеет биологическую основу, другая часть – культурную и социальную. Степень удовлетворения тех или иных «проявлений жизнедеятельности» зависит от возраста пациента, его социального статуса и культурного уровня.

Модель сестринского ухода Д. Джонсон (поведенческая) (1968 г.) предлагает радикально уйти от врачебных представлений о человеке и сосредоточить сестринскую помощь на поведении людей, а не на их потребностях, что отличает ее от моделей других авторов (В. Хендерсон и Н. Роупер). Пациент, согласно модели Д. Джонсон, это «индивид, имеющий набор взаимосвязанных систем поведения, каждая из них стремится к балансу и равновесию внутри себя». Человек имеет 7 главных подсистем, которые, так или иначе, изменяют его поведение. Д. Джонсон определяет действие каждой подсистемы в стремлении человека на основе прежнего опыта достичь определенных целей. Результат ухода зависит от того, как пациент воспринимает свое поведение, оценивает свои возможности в изменении поведения, что может и не сможет изменить.

Поведение, выбираемое больным человеком, определяется его предрасположенностью к тому или иному типу поведения (установке). Д. Джонсон различает два основных типа поведения пациента: установку, создаваемую действиями и объектами непосредственно вокруг человека и установку, создаваемую прошлыми привычками.

Модель сестринского ухода Д. Орэм (дефицита самостоятельного ухода) (1971 г.) в отличие от моделей Д. Джонсон и К. Рой, рассматривает человека как единое целое. Она основана на принципах самостоятельного ухода, который в этом случае автор определяет как «...деятельность по сохранению жизни, здоровья и благополучия, которую люди начинают и осуществляют самостоятельно...». В предлагаемой модели ухода уделяется большое внимание личной ответственности человека за состояние собственного здоровья, которое нуждается в развитии у всего населения. Однако придается большое значение и вмешательству МС для профилактики заболеваний, травм и с целью обучения. Взрослые люди должны рассчитывать на себя и нести определенную ответственность за своих иждивенцев. Предлагаемая модель сестринского ухода находит все больше последователей в настоящее время, поскольку делает акцент на профилактической работе с пациентом. Согласно этой модели пациент – единая функциональная система, имеющая мотивацию к самостоятельному существованию, невзирая на болезнь и осуществляя уход за собой независимо от того, здоров он или болен, т.е. его возможности и потребности в самостоятельности должны быть в равновесии.

Д. Орэм выделяет три группы потребностей в самостоятельном уходе:

I. Универсальные (8):

- достаточное потребление воздуха;
- необходимое потребление жидкости;
- нужное потребление пищи;
- достаточная возможность выделения и потребности, связанные с этим процессом;
- сохранение баланса между активностью и отдыхом;
- время одиночества сбалансировано со временем в обществе других людей;
- предупреждение опасностей для жизни, нормальной жизнедеятельности и хорошего самочувствия;
- стимулирование желания соответствовать определенной социальной группе в соответствии с индивидуальными способностями и ограничениями.

Уровень удовлетворения каждой из восьми универсальных потребностей для каждого человека индивидуален и зависит от факторов, влияющих на эти потребности: возраст, пол, стадия развития, состояние здоровья, уровень культуры, социальная среда, финансовые возможности. Здоровый человек обладает достаточными возможностями самостоятельного ухода, чтобы удовлетворить эти универсальные потребности.

Все предложенные для ознакомления модели сестринского ухода объединяет:

1. Центральное место пациента как главного объекта деятельности сестринского персонала.
2. Источник проблем пациента.
3. Цель сестринского ухода.
4. Направленность сестринского вмешательства.
5. Способы сестринского вмешательства.
6. Роль МС.
7. Оценка качества и результатов сестринского ухода.

Адаптационная модель сестринского ухода К. Рой (1976 г.) тоже использует достижения в области физиологии и социологии. Пациент, по мнению автора, это индивид, имеющий набор взаимно связанных биологических, психологических и социальных систем, влияющих на поведение. К. Рой полагает, что для физиологических и для психологических систем существует состояние относительного равновесия, которого человек стремится достичь, т. е. это какой-то диапазон состояний, в котором люди могут адекватно справляться со своими переживаниями. Для каждого пациента этот диапазон уникален. Согласно модели – есть уровень адаптации, а все раздражители, попадающие в этот диапазон, встречают более благоприятную реакцию, чем те, которые окажутся за ее пределом. Автором названы 3 типа факторов (раздражителей), влияющих на уровень приспособляемости. О*чаговые* факторы, находящиеся в окружении человека; *ситуационные*, возникающие при оказании помощи рядом с очаговыми, и оказывающие на них воздействие; *остаточные*, как результат прошлых переживаний, верований, взаимоотношений. При сочетании с очаговыми

и ситуационными факторами, раздражители влияют на уровень адаптации пациента. К. Рой предлагает четыре системы адаптации, изменяющие поведение пациента:

- физиологическая система;
- Я – концепция;
- роль – функция;
- взаимозависимость.

Физиологическая система обеспечивает реакции человека на температуру, влажность, атмосферное давление, пищу, жидкость, кислород, углекислоту и другие сенсорные раздражители. Способность справляться с новыми, непривычными физиологическими раздражителями обусловлена не только ими, но зависит от возможностей физиологической системы адаптации конкретного человека.

Я – концепция объясняет желание больного человека понять самого себя, как поведение, так и телесный образ. Как и предыдущий, этот способ адаптации имеет границы, в пределах которых пациент может справляться с изменениями своих психологических и телесных «Я». Особенно эффективно этот способ должен «включиться» при подготовке пациента к операциям, значительно изменяющим схему тела: ампутация конечности, мастэктомия, наложение стомы и т. п.

Роль – функция определяет изменение для пациента его роли в жизни в силу тех или иных обстоятельств. Например, занимающийся физическим трудом человек занимает руководящую должность и управляет работой других; активный, деятельный работник оказывается в медицинской организации и вынужден адаптироваться к пассивной роли пациента. В обоих примерах такой человек может выйти за рамки собственных возможностей адаптации.

Взаимозависимость есть стремление людей достичь состояния относительного баланса в различных взаимоотношениях. Например, зависимость друг от друга матери и сына, мужа и жены, продавца и покупателя, МС и пациента, начальника и подчиненного и др. МС следует учитывать ограниченность возможностей адаптации пациента в ситуациях, когда он испытывает чувство давления, презрения, одиночества, отторжения, фамильярности.

Модель сестринского ухода М. Аллен (1986 г.) о взаимодействии МС с пациентом посредством идеи «Здоровье через развитие» базируется на признании важности первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на привлечение к укреплению здоровья самого человека, семьи и общества [94,100,109]. По мнению доктора философии в образовании М. Аллен здоровье является сложным многомерным понятием и целью заботы МС о здоровье пациента повсюду, от стационара до поликлиники и на дому. Здоровье понимается автором как *преодоление и развитие.* Преодоление – это усилия, направленные на избавление от проблемы последовательными действиями: выявлением, альтернативой, оценкой и выбором. Второе измерение здоровья пациента – это развитие, направленное на достижение жизненных целей с помощью схемы по определению, мобилизации, поддержке, регулирования ресурсов личности пациента или семьи.

Таким образом, становится ясно, что из существующих моделей сестринского дела каждая имеет свои преимущества и не лишена недостатков, которые оставляют простор думающим МС в применении той или иной модели по сиюминутной оперативной ситуации течения болезни у пациента.

В основных направлениях Концепции развития сестринского дела [84] рекомендована разработка новых организационных моделей ухода и технологий сестринских услуг, что стало источником для предложений.

Анализ имеющихся моделей сестринского ухода [42,96,99,123]; [эл. рес.11,12,16] позволяет предложить иную адаптационно-ситуативную модель (АСМ), в той или иной мере объединяющую имеющиеся модели, но с учетом новых технологий сестринского процесса (табл.12.1).

Роль МСОП и Пвр при наблюдении за пациентами, нуждающимися в уходе, на участке ВОП разнообразна и широка (табл.12.2). Она базируется на расширении функций и полномочий в рамках поддержки и укрепления инновационных практик в сестринском деле согласно Цели №2 кампании МСМС «Сестринское дело сейчас» (2019-2021 гг.).

Таблица 12.1.

Современная адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода за пациентом

Модель	Роль МС	Направление ухода	Цель ухода	Направление сестринских вмешательств	Способы вмешательств
Врачебная	зависимая	поддерживающее функции	долгосрочная	назначения врача	набор стандартных вмешательств
Хендерсон В. (потребности)	частично зависимая	удовлетворение функциональных потребностей	долгосрочная	коррекция симптомов	лекарства и процедуры
Роупер Н. (жизнедеятельность)	зависимая независимая взаимозависимая	частичное восстановление независимости	сохранение жизненных функций	совместная оценка и удовлетворение потребностей	подвижность увеличить, страх уменьшить
Джонсон Д. (поведенческая	дополняющая	восстановление равновесия	восстановление, мотивация поведения, кратко- и долгосрочная	защита от стресса, стимулирование партнерства	контроль поведения
Аллен М. (здоровье через развитие)	дополняющая, стимулирующая	терапевтическая апробация способов поведения и самовыражения	долгосрочная с пациентом и семьей	обучение ЗОЖ на основе жизненного опыта	использовать ситуации для побуждения к действию, здоровье через развитие
Рой К. (адаптация)	индивидуальная адаптация	адаптивное	долгосрочная и краткосрочная	возможность адаптации	воздействовать за пределом адаптационных возможностей
Орэм Д. (дефицит самоухода)	дополняющая	вовлечение пациента (родных, волонтеров) в самоуход	сохранение самообслуживания	возможность самоухода	делать за пациента, руководить физической и психологической помощью, организовать среду для самоухода
АСМ – модель	зависимая, независимая, взаимозависимая, индивидуальная адаптация, дополняющая, стимулирующая	удовлетворение функциональных потребностей, частичное восстановление независимости и равновесия, поддерживающего функции организма, адаптивное, вовлечение, апробация способов поведения и самовыражения	долгосрочная, краткосрочная, восстановление, мотивация, сохранение самообслуживания	потребности по сестринскому диагнозу, назначения врача, оценка жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей для роста доступных знаний и ресурсов	удовлетворять потребностей по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс- гимнастика, контроль поведения, обучение в «Школе пациента» (гл.6)

Таблица 12.2

Роль МСОП и Пвр в осуществлении наблюдения за пациентами на участке ВОП
(по ВОЗ,2004), (Payne S. 2009)

Роль Пвр, МСОП	Компетенции (умения)
Экспертная	Знания и навыки по их применению в улучшении состояния пациента
Коммуникативная	Умение общаться с пациентом, его семьей в «Школе пациента»
Коллабораторская (взаимовыгодное сотрудничество, взаимодействие)	Сотрудник в мультидисциплинарной команде
Адвокат	Оправдывает действия семьи в пользу пациента
Доказательная практика	Использует профессиональный уход согласно требованиям, осуществляет исследовательскую деятельность (Т. Гринхальх)
Профессиональный работник	Использует принципы биомедицинской этики, информированного согласия, конфиденциальности в уходе

II. Потребности, связанные со стадией развития (от младенчества до старости и в период беременности). Эти потребности, удовлетворяются, как правило, всеми взрослыми людьми, поддающимися воспитанию.

III. Потребности, связанные с нарушением здоровья обусловлены наследственными, врожденными заболеваниями и травмами. В этой группе выделяются три вида нарушений: *анатомические изменения* (выраженные отеки, ожоги), *функциональные физиологические изменения* (одышка, тугоподвижность сустава), *изменение поведения* или *повседневных жизненных привычек* (чувство безразличия, бессонница, внезапное изменение настроения). Если человек справляется с этими проблемами, сохраняется общее равновесие и уход за ним не понадобится [96].

2. Источник проблем пациента

При использовании *врачебной* модели сестринское вмешательство связано исключительно с биологическими потребностями человека, т.е. уход направлен на поддержание функций того или иного органа или системы, а не человека в целом.

В. Хендерсон, разрабатывая модель, основывалась на теории американского психолога А. Маслоу об иерархии основных человеческих потребностей. Проблемы, требующие вмешательства МС, возникают в случае, когда пациент в силу определенных обстоятельств (болезнь, младенческий и (или) старческий возраст) не в состоянии осуществить уход за собой. Проблемы могут появиться во время выздоровления или длительного умирания. В. Хендерсон утверждала, что способность человека удовлетворять фундаментальные потребности меняется в зависимости от его темперамента и эмоционального состояния. Например, испытывая чувство страха и беспокойства, человек может плохо спать и есть. Пожилой человек, недавно перенесший тяжелую утрату, может также испытывать трудности в общении, передвижении, одевании и раздевании, если ранее ему оказывал помощь в этом его умерший родственник.

Н. Роупер в своей модели ухода указывают 5 факторов, которые могут вызвать потребность в сестринском уходе:

- инвалидность и связанное с этим нарушение физиологических функций;
- патологические и дегенеративные изменения в тканях;
- несчастный случай;
- инфекционное заболевание;
- последствие влияния физических, психологических и социальных факторов окружающей среды. Эти факторы могут сделать пациента частично или полностью зависимым.

Д. Джонсон полагает, что болезнь, изменение образа жизни могут разбалансировать подсистемы поведения человека. Сестринский уход должен быть направлен на восстановление равновесия.

К. Рой считает, что потребность в уходе МС возникает в том случае, когда в окружении пациента недостаток или избыток средств и возможностей для использования того или иного способа адаптации.

М. Аллен источником проблем является неправильное поведение пациента, наличие ФР возникновения заболевания, традиционно негативное отношение к здоровью и усвоение этой модели социального поведения.

Д. Орем указывает на то, что если пациент (его родственники, близкие) не могут сохранить равновесия между его возможностями и потребностями в уходе и потребности в самостоятельности превышают возможности человека, возникает необходимость в сестринском вмешательстве. При этом Д. Орэм считает, что оно осуществляется при активном участии пациента, его родственников и близких.

АСМ – модель решения сиюминутных проблем пациента, воздействие на ФР возникновения обострения (декомпенсации) заболевания обучением (табл.12.1)

3. Цель ухода

При врачебной модели цель ухода направлена на то, чтобы вызвать изменения в конкретных физиологических или анатомических системах организма, восстановив их деятельность до прежнего устойчивого уровня. В этой модели интересы пациента редко находятся в центре внимания, поскольку цель ухода, как правило, определяется врачами и направлена на быстрое и эффективное устранение нарушений деятельности того или иного органа или системы.

В. Хендерсон считает, что МС следует ставить только долгосрочные цели в восстановлении независимости пациента при удовлетворении им 14 фундаментальных потребностей. При этом, краткосрочные и промежуточные цели имеют право на существование, но только при острых состояниях (шок, лихорадка, инфекция или дегидратация). Автор рекомендует составлять план сестринского ухода письменно, изменяя его после оценки результата сестринских вмешательств.

Н. Роупер предлагает планирование сестринского ухода начинать с первичной оценки состояния пациента, когда совместно с ним МС определяет цели ухода, в дальнейшем она определяет средства для осуществления конкретных вмешательств.

Д. Джонсон считает нарушение равновесия внутри подсистем поведения причиной для сестринского ухода, целью которого должно быть максимально возможное равновесие в каждой подсистеме. Уход может быть направлен на изменение:

- восстановление мотивов поведения;
- действия подсистемы, ограниченной прошлым опытом человека;
- поведения человека, определяемого прошлой предрасположенностью к тому или иному типу действия;
- установки, создаваемой окружающей средой (1-й тип) или прошлым опытом (2-й тип). Если причиной нарушения равновесия в поведенческой подсистеме являются функциональные изменения, то целью ухода МС должно быть обеспечение защиты, опеки, стимулирования к изменению поведения с помощью конкретных вмешательств, восстановление равновесия в каждой подсистеме, изменяя те или иные факторы окружающей среды.

К. Рой - по этой модели, определив возможные очаговые раздражители, вызывающие неадекватное поведение, МС совместно с пациентом намечает цели, позволяющие ему положительно адаптироваться к постоянно изменяющейся окружающей среде, решая долгосрочные цели и сиюминутные цели, позволяющие расширить уровень адаптации в конкретной системе. Планируются вмешательства, которые могут изменить либо раздражители, либо уровень адаптации.

М. Аллен считает долгосрочное сотрудничество с семьей на основе применения опыта семьи для роста и поддержки пациента во всем многообразии его контактов с системой здравоохранения.

Д. Орем учитывает краткосрочные, промежуточные и долгосрочные цели (или их комбинации), которые должны быть сосредоточены на пациенте и его возможностях по самообслуживанию. При этом с пациентом МС следует обсудить не только цели ухода, но и планируемые сестринские вмешательства (манипуляции).

АСМ – модель учитывает цели как долгосрочные, краткосрочные, восстановление, мотивацию, сохранение самообслуживания пациентом (табл.12.1).

4. Направленность сестринского вмешательства

Врачебная модель

Сестра знакомится с симптомами, описанными врачом в истории болезни пациента, оценивает его состояние, нарушения деятельности определенных органов и систем и в конечном итоге констатирует факты «одышки», сердцебиения», «поноса» и т.п. Недостатком является непринятие разницы в сестринском* и врачебном диагнозах* и отсутствие в настоящее время электронных листов-вкладышей в историю болезни пациента согласно сестринскому процессу* [42].

В. Хендерсон явно не рекомендует использование сестринского процесса, считая, что при обследовании пациента МС обсуждает с ним условия оказания сестринской помощи. Исключением является ситуация «...только в состоянии очень высокой зависимости пациента, такой, как кома или состояние полной прострации, у сестры имеются оправдательные мотивы для принятия решения (не обсуждая этого с пациентом), что для него, в данном случае, является благом...». По мнению В. Хендерсон, МС должна постараться встать на место пациента и понять оценку его состояния и определения необходимости вмешательства.

По модели Н. Роупер МС совместно с пациентом последовательно оценивает его возможность в удовлетворении 12 потребностей, устанавливая фактические и потенциальные проблемы пациента. Модель предусматривает непрерывное проведение оценки удовлетворения потребностей пациента.

Д. Джонсон считает, что для определения направленности МС вмешательства надо оценить состояние пациента относительно каждой подсистемы, которое осуществляют в два этапа: определяют нарушение равновесия в какой-либо подсистеме; определяют причины этого нарушения (структурные или функциональные) (табл.12.3).

Таблица 12.3

Подсистемы поведения по Д. Джонсон

Подсистема	Мотивы поведения
Достижение (выполнение)	Контроль над самим собой и своим окружением
Присоединяющая (устанавливающая)	Близкие взаимоотношения с другими людьми
Агрессивная	Самозащита от угрозы, самоутверждение
Зависимая	Зависимость от других
Выделительная	Выделение продуктов жизнедеятельности
Пищеварительная	Поддержка целостности организма, состояние телесного удовольствия
Сексуальная	Сексуальное удовлетворение

К. Рой указывает на то, что при обследовании пациента, прежде всего, следует установить эффективные способы адаптации в тех случаях, когда его поведение дает повод для беспокойства. МС поочередно изучает их в пределах четырех названных систем, затем определяет очаговые, ситуационные и остаточные раздражители, а также потребность в своем вмешательстве. Она определяет степень влияния этого раздражителя на поведение пациента, то, что является раздражителем для одного, на другого не оказывает влияния (табл.12.4).

Таблица 12.4

Способы адаптации и проблемы, возникшие у пациента в результате адаптации

Способ адаптации	Проявление
Физиологический	Гиперактивность, усталость Нарушение аппетита, рвота запор, понос, обезвоживание, отеки Дефицит кислорода (гипоксия), избыток кислорода

	Шок Сонливость, бессонница Лихорадка, гипотермия Снижение умственной деятельности, чрезмерная умственная деятельность Нарушение гормонального равновесия
Я – концепция	Физическая усталость Чувство вины, тревоги, беспомощности, социального освобождения, агрессии
Роль – функция	Чувство неудачи, конфликтность
Взаимозависимость	Чувство отчуждения, отторжения, соперничества, одиночества, доминирования самовыражения

М. Аллен направление сестринского вмешательства видит как интерактивное взаимодействие между личностью пациента, его семьей, МС и средой при активном участии самого больного человека [123].

По мнению автора Д. Орем вмешательство МС должно быть направлено на выявленный дефицит самостоятельности пациента в уходе и его причины. Причинами неполноты ухода могут быть: отсутствие знаний МС, неумение выполнять отдельные действия по уходу за самим собой пациента, непонимание важности ухода. Автор этой модели связывает «непонимание» с уровнем и стадией развития, а также с прошлым жизненным опытом пациента. Д. Орэм считает, что для решения вопроса о необходимости сестринского вмешательства МС должна:

- определить уровень требований самого пациента к уходу за ним;
- оценить возможности человека удовлетворить эти требования;
- оценить возможности безопасности в осуществлении ухода самостоятельно;
- оценить возможности восстановления ухода в будущем. Д. Орэм считает, что, только определив требования и возможности пациента к самостоятельному уходу, можно принимать решение о планировании ухода.

АСМ – модель указывает направление сестринского вмешательства на удовлетворение потребностей, согласно сестринскому диагнозу и назначениям врача, оценку жизненного опыта с позиции потенциальных возможностей для роста доступных знаний и ресурсов.

5. Способы сестринского вмешательства

При применении врачебной модели ухода способы сестринского вмешательства также направлены на «приведение того, что остро нуждается, в хорошее состояние» (Бертон, 1985). Выбор способа, как правило, зависит от опыта врача, и «набор» сестринского вмешательства практически одинаков для различных пациентов, имеющих одно и то же заболевание.

В. Хендерсон считает, что сестринский уход должен быть связан и с лекарственной терапией, и с процедурами, назначаемыми врачами, при этом для осуществления сестринских вмешательств может потребоваться участие членов семьи пациента.

Н. Роупер указывает на то, что после того, как МС обсудила с пациентом цель ухода, она выбирает способы вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей. Это может быть расширение степени подвижности, уменьшение тревоги, обучение навыкам общения, самостоятельного ухода и т.д.

Д. Джонсон предлагает четыре направления сестринского вмешательства:

- контроль или ограничение поведения какими-то рамками;
- защита от угроз и других факторов, вызывающих стресс;
- торможение (подавление) неэффективных реакций;
- стимулирование к изменению поведения, партнерство, помощь в виде опеки.

К. Рой считает, что вмешательство МС должно быть направлено на раздражители, находящиеся за пределами уровня адаптации пациента, чтобы изменить их, или чтобы они оказались в пределах уровня адаптации. Возможно и расширение уровня адаптации, дающего возможность

пациенту справиться с имеющимися раздражителями, предлагается использовать сестринские вмешательства в основном при очаговых раздражителях.

М. Аллен предлагает способом вмешательства МС использование жизненного опыта пациента как побудительного мотива к действиям по укреплению здоровья через преодоление и развитие.

Д. Орэм выделяет шесть способов сестринского вмешательства:

- делать что-либо за пациента;
- руководить пациентом, направлять его действия;
- оказывать физическую поддержку;
- оказывать психологическую поддержку;
- создавать среду для обеспечения самостоятельного ухода;
- обучать пациента (или его родственников).

Предлагая эти шесть способов помощи, Д. Орэм предполагает, что пациент хочет и может играть ту или иную роль, стремясь обеспечить уход самостоятельно, т. е. больной человек должен быть готов получить помощь МС. Кроме способов, Д. Орэм определяет три системы помощи:

- *полностью компенсирующая помощь* – применяется в случаях, когда пациент находится в бессознательном состоянии, либо ему нельзя двигаться, или он не способен к обучению;
- *частично компенсирующая* – применяется по отношению к пациентам, временно утратившим способность осуществлять отдельные аспекты ухода за собой;
- *консультативная (обучающая) помощь* применяется при необходимости обучения пациента (родственников) навыкам ухода.

АСМ – модель предлагает способы сестринского вмешательства, направленные на удовлетворение потребности по сестринскому диагнозу, лекарства, АФК или резилиенс-гимнастику, контроль поведения пациента, обучение в «Школе пациента» (гл.6) (табл. 12.2).

6. Роль МС

Врачебная модель. Роль сестринского персонала сводится к роли «помощника» врача, «при враче». Д. Холл (1983) утверждала, что МС ни в коем случае «не следует пытаться разрушать крайне необходимую работу врачей», но в то же время им не следует рассматривать себя в качестве «ассистентов врачей». Усилия МС, утверждает Д. Холл, направленные на улучшение стандартов ухода, должны рассматриваться как положительные.

В работах Фолкнер (1985) говорится, что врачебную модель нужно заменить сестринским процессом. Однако сам по себе процесс не дает МС необходимых знаний о человеке, его потребностях и проблемах, связанных со здоровьем, хотя и предусматривает обследование пациента, оценку его состояния, определение целей и вмешательств (планирование), оценку результатов ухода. В то же время сестринский процесс указывает, что должно быть в центре внимания деятельности МС при уходе – удовлетворение проблем пациента. В настоящее время используется в Латвии, Грузии, Польше, Германии.

Роль МС представлена В. Хендерсон двояко. С одной стороны, МС – самостоятельный и независимый специалист* в системе здравоохранения, поскольку выполняет те функции, которые не может выполнить пациент, чтобы чувствовать себя достаточно независимым. С другой – это ассистент и помощник врача, выполняющий его назначения. Появление нового специалиста – Пвр разрешает это противоречие, а применение сестринского процесса и его документирование в ряде стран Европы указывают на его целесообразность.

Роль МС в системе здравоохранения автор данной модели Н. Роупер видит как независимую, зависимую и взаимозависимую. Независимая *роль* заключается в оценке МС (совместно с пациентом) его состояния, планировании, осуществлении сестринских вмешательств и оценке результатов предоставленного ухода. *Зависимая роль* – помощь врачам при выполнении тех или иных процедур, а также назначений лечащего врача. *Взаимозависимая роль* – работа в составе бригады других специалистов.

Роль МС, по мнению Д. Джонсон, является дополняющей по отношению к роли врача, но не зависит от нее. МС отведена роль специалиста, восстанавливающего равновесие поведенческих подсистем пациента во время психологического или физического кризиса.

К. Рой полагает, что в отличие от врачей, сосредоточивших свое внимание на биологических (анатомических и физиологических) системах, роль МС – способствовать адаптации человека в

период здоровья и болезни: благодаря воздействию на очаговые раздражители они попадают в зону адаптации.

М. Аллен предлагает познавательную стимулирующую роль МС, дополняющую поиск потенциальных возможностей для роста и доступности знаний и ресурсов пациента (семьи).

Автор модели ухода Д. Орэм определяет ее как дополняющую к возможности пациента осуществлять уход за собой самостоятельно. Сестринское вмешательство позволяет человеку сохранить здоровье, справиться с последствиями травмы или болезни.

АСМ – модель указывает на значительное разнообразие роли МС в уходе за пациентом: зависимую, не зависимую, взаимно-зависимую, индивидуальной адаптации, дополняющую и стимулирующую (табл. 12.2).

7.Оценка качества и результатов ухода

При применении врачебной модели итоговая оценка качества и результатов ухода не обязательна, но если она проводится, определяется степень успеха при устранении (уменьшении) нарушений в той или иной физиологической системе или анатомическом органе.

По модели ухода В. Хендерсон можно окончательно оценить результаты и качество ухода только тогда, когда удовлетворены все фундаментальные потребности, в отношении которых было предпринято сестринское вмешательство.

Н. Роупер предлагает критериями оценки качества и результата ухода считать степень удовлетворения каждой потребности, а они все поддаются наблюдению, в соответствии с поставленными целями. В случае, если желательный результат ухода не достигнут, МС совместно с пациентом пересматривает и цели, и предполагаемые вмешательства.

Д. Джонсон полагает, что можно оценить результаты ухода в пределах какой-то подсистемы по поведению пациента, вызванному теми или иными структурными изменениями. Кроме этого, в случае, если ожидаемые результаты связаны с изменениями окружающей среды, иное поведение может быть обусловлено вмешательством МС в связи с функциональными изменениями. Если сестринское действие не привело к ожидаемому результату (цели), вновь формулируются новые цели и новые вмешательства.

К. Рой – при оценке качества ухода МС и пациент обращают внимание на положительные сдвиги в том или ином способе адаптации.

М. Аллен – фокусирование на приобретении навыков и компетентности в укреплении и сохранении здоровья пациента посредством открытого общения, демонстрации преимуществ знания, поощряющее поведение МС при освоении навыков.

Д. Орэм считает, что оценка качества ухода должна заключаться, прежде всего, с точки зрения возможности пациента и его семьи в последующем осуществлять уход самостоятельно. Даже в том случае, если сестринское вмешательство из полностью компенсирующей системы перешло в частично компенсирующую фазу, поддерживающую пациента при уходе за собой, можно считать сестринское вмешательство эффективным. Таким образом, сестринское вмешательство может быть направлено на расширение возможностей самостоятельного ухода, так и не изменение потребностей в нем. Д. Орэм называет эти изменения выздоровлением.

АСМ – модель в оценке качества и результатов ухода предлагает руководствоваться всеми оценками, предложенными авторами (В. Хендерсон, Н. Роупер, Д. Джонсон, М. Аллен, К. Рой, Д. Орэм) по ситуации, но основываясь на салютогенном* поведении семьи. Стимулирование семьи пациента на поиск возможностей по самостоятельному изменению неблагоприятных обстоятельств пациента через помощь общества (ТЦСО, БОКК, Церковь, благотворительные фонды) в поддержании социальной компетентности, самостоятельности, внутреннего локуса контроля (поиск причин в себе), деятельности в этом направлении с оптимизмом, не доводя до социального расследования*.

Предложенная интегративная адаптационно-ситуативная модель сестринского ухода за пациентом имеет ряд преимуществ, перед вышеописанными моделями (табл.12.5).

Знание моделей ухода МСОП, способными выполнять уход на дому, потребность в котором у населения возрастает быстрее, чем общество может его предоставить, важна.

Для ориентирования в проверенной временем классификации типологии сестринского персонала (Р.И. Харди) и способах мотивации к успешному уходу напомним ее читателям.

Таблица 12.5

Преимущества и недостатки адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода

Преимущества	Недостатки
Быстрое достижение высокой квалификации	нет
Постоянный контингент для небольшого штата работников	нет
Упрощение обмена информацией с ВОП и Пвр	нет
Возможность для пациента обсудить проблему с МС	нет
Удовлетворение от качественного выполнения сиюминутных и отсроченных потребностей пациента	нет
Доступный для контроля процесс ухода с применением вкладыша с сестринским диагнозом и электронным листом учета медикаментов и перевязочного материала	нет
Ознакомление общества с новой ролью МС в системе здравоохранения	нет
Оснащенность кабинета МСОП и ее сумки для визитов на дом, программное обеспечение сестринского процесса в уходе на дому	Недостаточное программное обеспечение сестринского процесса в уходе на дому, отсутствие документирования сестринского процесса (протоколов по уходу) [96]

*МС – «рутинер» отличается скрупулезно механистическим выполнением обязанностей поручения руководителя без учета чувств, потребностей пациента. Развивать мотивацию МС на стиль ухода, который должен быть наполнен чувствами.

*МС, играющая заученную роль, предлагает неискреннее поведение показной благодетельницы, что вызывает протест пациента. Стиль обусловлен недостаточным самоуважением МС, мотивация руководителя направляется на воспитание уважительного партнерского стиля ухода

*Нервная МС, склонная к вспыльчивости, грубости, напряженные отношения с пациентами прерывает прогулами или больничным листом. Стиль мотивации МС – обратить ее внимание на собственные потребности и цели «для себя».

*Сильная МС «гренадер» – уверенная, решительная (солдат на марше), с безапелляционным суждением, требовательностью, при достаточном уровне культуры может быть наставником, при низком уровне – агрессивной с пациентами. Мотивация на более трудные задачи с востребованием сильных черт характера Стиль мотивации с подчеркнутой женской природой при уходе такой МС.

*МС – мать выполняет работу с терпением, заботой, вниманием, бесконфликтна, терпелива и доброжелательна. Они любимы пациентами, востребованы у родственников, должны поощряться руководством. Стиль ухода за пациентом МС – матерью важно распространять как полезный опыт.

*МС – «специалист» фанатик своей специальности, ограничивается узкими рамками. Стиль мотивации старшей МС направлен на стимулирование повышения квалификации МС в смежных областях. С каким бы типажом МС не пришлось работать старшей МС, взаимодействие с каждым из них должно быть индивидуальным, позволяющим любому специалисту использовать свои качества с максимальной пользой.

Рекомендации по использованию различных моделей сестринского ухода

«В рамках Европейского регионального бюро ВОЗ сестрам, планирующим применение сестринского процесса, рекомендуется использовать модель, учитывающую физиологические, психологические и социальные потребности» (пациента и его семьи – *прим. авт.).* Преимуществом использования модели ВОЗ является перенос акцента сестринской помощи с аспектов болезни на аспекты здоровья. «В целях оказания помощи отдельным людям, группам лиц и населению с

различным состоянием здоровья сестры производят оценку физиологических, психологических и социальных аспектов здоровья человека в отношении его потребностей:

- в самопомощи – что может сделать человек для удовлетворения собственных медико-санитарных потребностей (стационар дневной*);
- в помощи на дому – что может сделать семья или другие люди для удовлетворения медико-санитарных потребностей человека (стационар на дому*);
- в профессиональной помощи – какой вклад может внести МС в оказание помощи человеку».

Самостоятельная помощь (самообслуживание) необходима человеку для осуществления им ежедневной деятельности, оказывающей влияние на здоровье и благополучие. Как правило, человек заботится о себе «добровольно» и не нуждается в профессиональной помощи. МС должна уметь определить, когда пациент сможет возобновить самообслуживание, и поощрять его к этому через методы медицинской абилитации [6,13,43,115], чему способствует АСМ –модель ухода и необходимость выполнения п.4.4.2. «Плана мероприятий (дорожной карты) [105] по реализации Концепции развития сестринского дела [84].

Помощь на дому (патронажное, попечительское обслуживание) – «вид помощи, которая оказывается человеку на дому его родственниками, друзьями или знакомыми». МС и Пвр отводится роль вовлечения волонтеров в такой вид помощи из числа окружения и знакомых пациента [47,48].

Лица, страдающие ХНИЗ, пациенты-инвалиды могут находиться дома, помощь им способствует проявлению заботливого отношения людей друг к другу. Роль МСОП сводится к консультациям, обучению самообслуживанию и медицинской абилитации.

Профессиональный уход – помощь, требующая профессиональных знаний и оказываемая как в лечебно-профилактических организациях, так и на дому. Для этого необходимы МС разных специальностей, наиболее востребованы хирургические навыки и акушерки, а также использование правил дружелюбного взаимодействия с пациентом при уходе на дому (прил.15).

Применение в практике работы МСОП адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода потребует введения в компьютерную программу наблюдения за пациентом на дому электронной версии протокола ухода при разных проблемах пациента согласно сестринскому процессу.

Резюме. Исследования, проведенные в европейских странах в 1970-1990 гг., определили три идеологии сестринского дела: ремесленническую, профессиональную и опекунскую. В Республике Беларусь преобладает ремесленническая идеология по отношению к роли МС в оказании помощи пациенту, которая начнет изменяться после преодоления пандемии COVID-19.

В выступления на научной конференции в Эдинбургском университете (1982) М. Аллен выделила дополняющую функцию МС в модели сестринского дела. Она сказала: « …модель может применяться повсеместно…позволяет медицинским сестрам полностью реализовать свой потенциал и свою роль в системе здравоохранения, не заменяя работу других специалистов, таких как врачи, социальные работники и т.д., а лишь дополняя ее. Модель помогает семьям успешно справляться с различными проблемами, возникающими на протяжении всего жизненного цикла семьи и связанными со здоровьем».

Сделанный автором М. Аллен вывод позднее развивается в АСМ – модели сестринского ухода современности, объектом которой является семья, ориентированная жизненным укладом на укрепление здоровья, сохранять которое помогает МС через обучающее сотрудничество на основе личной заинтересованности и участия пациента. Формирование здоровой семьи за все время ее существования не только создает ответственное и благоприятное для обучения поведение семьи, но важно для всего общества, в чем и состоит вклад сестринского дела в общественное здоровье. Сотрудничество МС и семьи пациента с помощью совместного обучения укреплению здоровья в «Школе пациента» носит характер социального обучения на примере поведения других членов семьи, жизненного опыта [эл. рес. 13] и ориентировано на потенциал в обучении здоровому образу жизни в противовес ограничениям болезни [эл. рес. 28].

В рамках развития сестринского дела, рекомендуемой «Концепцией развития сестринского дела [84], предстоит постепенное изменение роли и места МС в осуществлении новой АСМ – модели сестринского ухода как современной профессиональной модели, интегрирующей достижения медицины и электронного здравоохранения, что возможно при освоении нового вида деятельности – сестринского процесса.

АСМ – модель сестринского ухода содержит компоненты взаимодействия МС и пациента на основе знаний, доверия и уважения. Потенциал этой модели включает применение навыков компетентности на основе жизненного опыта человека, выявления МС ресурсов с помощью наблюдения, диалога, ощущений пациента и обсуждения; использования МС поощряющего поведения пациента информированием, фокусированием на силах, доступности, диалоге, признании чувств пациента. Достоинством является ознакомление общества с новой ролью МС в системе здравоохранения (табл.12.5).

ВОЗ не исключает использования других моделей для ОЗ при рекомендуемой устаревшей модели В. Хендерсон. Любая модель ухода за пациентом непостоянна, может изменяться, отражая взгляды, практическую деятельность, технологическое оснащение труда МС и задачи сестринского ухода на определенном отрезке времени. Сиюминутные потребности могут быть учтены при непрерывном наблюдении за состоянием пациента профессионально обученной МС, применяющей сестринский процесс. АСМ – модель ухода за пациентами учитывает современный уровень технической оснащенности работы МСОП и Пвр и применение электронного здравоохранения.

С учетом новых открытий в области медицины, психологии, этики предстоит осмысление деятельности Пвр и МСОП и обучение их применению современной АСМ – модели сестринского ухода. За основу электронного приложения по документированию сестринского процесса целесообразно принять клинические протоколы по уходу при различных проблемах пациента в соответствии с требованиями сестринского процесса [42,96].

Роль МСОП и Пвр при наблюдении за пациентами, нуждающимися в уходе, на участке ВОП базируется на АСМ – модели ухода с расширением функций и полномочий согласно сестринскому процессу в рамках поддержки и укрепления инновационных практик в сестринском деле согласно Цели №2 кампании МСМС «Сестринское дело сейчас».

Ключевое изменение подходов, при котором пациенты получают больше полномочий и возможностей участия в собственном лечении, является необходимой чертой здравоохранения и социальной поддержки в XXI веке.

Значение моделей сестринского ухода за пациентом многообразно: они необходимы для обучения МС, в практической деятельности по обеспечению сестринского процесса помогают МС расставлять акценты в уходе, спланировать сестринское вмешательство, улучшающее качество жизни пациента, в проведении научных исследований.

Вопросы для самообразования

1. В чем краткое содержание моделей сестринского ухода по В. Хендерсон, Н. Роупер, В Логан, М. Аллен, А. Тайэрни?
2. В чем суть моделей сестринского ухода по К. Рой, Д. Орэм и каковы достоинства и недостатки моделей?
3. Какова особенность и достоинства современной АСМ – модели ухода перед другими?
4. В чем состоят достоинства АСМ – модели ухода?

Глава 13. Обучение МС и пациентов стратегии преодоления ХНИЗ

Политика ВОЗ о работе с пациентами с ХНИЗ состоит в том, что МС должны «изучить новые способы самопомощи для того, чтобы справляться с симптомами болезни и соблюдать нередко сложные медицинские режимы, предусматривающие принятие лекарств, лечение, диеты и упражнения. Для того, чтобы обеспечить им и их семьям оптимальное качество жизни, необходимы обучение и медико-санитарная помощь» [23]; [эл. рес. 3].

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Проблемы неравенства в доступности к системе здравоохранения, обостренные пандемией COVID-19, указали на пробелы в здравоохранении во всем мире в силу социально-экономических факторов. Вирус с самыми высокими показателями смертности и инфицирования наиболее поразил население с низким уровнем доходов [8,37].

Обеспечение доступности оказания медицинской помощи пациентам определяется исходя из следующих позиций:

- **сетевая** доступность. Автоматизация стала самым быстрорастущим сегментом рынка корпоративного программного медицинского обеспечения во всем мире, эта тенденция должна продолжиться [51,85]. Преимущество такой технологии в сфере здравоохранения было особенно заметно благодаря системам автоматизации, развернутым для помощи в классификации и распространении результатов тестирования на COVID-19 наряду с планированием визитов врачей, вводом данных обследования больших массивов пациентов и другими задачами административного управления в период ограниченных ресурсов;
- **финансовая** доступность для всех категорий населения компенсируется государственным обеспечением медицинской помощи;
- **кадры** – укомплектованность, грамотность специалистов 1 контакта, работа по принципу общеврачебной практики. Внедрение медицинских и информационных технологий с использованием новейшего медицинского (немедицинского) оборудования и активный переход на цифровые технологии, потребовавших проведения большей части мероприятий в режиме онлайн, ускоряющих необходимость адаптации для здравоохранения, использования телемедицины [51]; [эл. рес. 7].

Известно, что виртуальное медицинское обслуживание с использованием телемедицинских услуг резко возросло в 2020 г. в результате ограничений, обусловленных социальным дистанцированием. Помимо снижения риска передачи инфекции, консультации врачей и МС стали более доступны, например, для тех, у кого проблемы с подвижностью. Внедрение телемедицины (удаленного мониторинга пациентов) будет возрастать, на 2019-2025 гг. прогнозируется рост на 28% в период проникновения в жизнь людей «умных гаджетов», появление роботов и роботизированных платформ в области телемедицины. В 2021 г. ОЗ в развитых странах будут работать над решением проблемы отсутствия у людей устройств или цифровых навыков, что сделает телемедицину по-настоящему распространенной. Другие способы таких технологий могут помочь здравоохранению в идентификации людей с высоким риском заболевания, персонализированные рекомендации по дозировкам, основанные на химии организма каждого пациента и факторах окружающей среды, а также автоматизацию напоминаний о потреблении лекарств в определенное время. Таким образом, одним из ключевых компонентов будет повышение уровня цифровых навыков людей, включая медицинских работников;

- рациональные управленческие и организационные решения. Выполнение указанных задач связано с пополнением изношенных основных фондов и укреплением материально-технической базы ОЗ. Для того, чтобы обеспечить пациентам и их семьям оптимальное качество жизни, необходимы обучение и медико-санитарная помощь [101]. Расширенный выбор для пациентов за счет популярности телемедицины, увеличения количества приложений и онлайн-инструментов, предлагающих терапию, позволит им иметь больший выбор в том, какой вид лечения и какие услуги предоставляются. Например, приложения, которые измеряют уровень сахара в крови для пациентов, подверженных риску СД, могут помочь им сделать выбор в образе жизни, чтобы улучшить свое здоровье, не полагаясь на традиционные лекарства, или ограничения физической нагрузки под контролем ЭКГ лицам с рисками БСК;

- **безопасность рабочих мест** медицинских работников. Здравоохранение на рабочем месте заставит компаниям, сохраняющим рабочие места врачей и МС открытыми во время пандемии, неизбежно принимать меры по обеспечению безопасности сотрудников. Внедрены тестирования и скрининги симптомов на рабочем месте, цифровых систем, регистрирующих данные здоровья сотрудников, и другие инструменты мониторинга здоровья [8]; [эл. рес. 21] для выявления коронавируса и для улучшения общего состояния здоровья сотрудников.

Анализ последствий для здоровья [37]; [эл. рес. 2,4-6] переболевших коронавирусной инфекцией выявляет следующее:

- повышенный спрос на услуги в сфере психического здоровья. Карантин по поводу неизвестного вируса привели к увеличению проблем с психическим здоровьем переболевших Covid - 19 (стрессу, бессоннице, тревоге, депрессии). Приложения для психического здоровья могли бы помочь удовлетворить этот спрос и, по оценкам экспертов, 31% процент всех виртуальных консультаций в 2021 г. будут направлены на поддержку психического здоровья. Возрастание потребности в консультациях врачей в области психического здоровья подтверждено статистикой постковидных осложнений в Республике Беларусь. Рост постковидных осложнений у населения в 2020 г. составил в сфере психических расстройств 20,4%, в области онкологической заболеваемости – 19,1%, а болезней органов пищеварения – 17,9%. Это потребует осуществления диспансеризации лиц, переболевших COVID-19; оказания им психологической помощи (ст. 2 Закона «О здравоохранении» в новой редакции [67]; обеспечения диетического питания на рабочих местах, если позволяют условия и дополнительные формы стимулирования в Коллективном трудовом договоре.

Национальным медицинским исследовательским центром здоровья детей в Российской Федерации (2018) было доказано, что с возрастом эффективность потребности человека в медицинском сопровождении снижается у детей с 60% до 40% к взрослым. При этом обратно пропорционально возрастают затраты на лечение с 12% до 88% среди детей и взрослых пациентов соответственно, что подтверждает научную традиционную для Республики Беларусь практику педиатрической помощи с профилактической направленностью.

МС, обеспечивающим оказание медицинской помощи пациентам, имеющим ХНИЗ, необходимо понимание того, как помогать людям с учетом современных реалий продолжающейся пандемии и после ее преодоления.

ХНИЗ имеют существенные отличия от других патологических состояний:

- наличие хронического стресса и его последствий;
- психотравмирующие факторы болезни слишком продолжительны;
- ситуация неопределенности течения, независимость от усилий пациента и медицинских работников, непредсказуемость развития болезненных проявлений.

Имеющиеся особенности требуют от МС особой помощи пациентам в победе над хронической болезнью если не на физическом, то хотя бы на психо-эмоциональном уровне [эл. рес. 3,4] (прил.15). Программно-целевое планирование в деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь, сопровождаемое своевременным нормативным правовым обеспечением, является эффективным механизмом в долговременном оказании медицинской помощи, дающей многообразные эффекты.

Достижения и алгоритмы при осуществлении диспансеризации на участке ВОП

(согласно показателям 2018-2019 гг.)

I. Оптимизирована кратность наблюдения для лиц из групп диспансерного учета, за ее соблюдение отвечают персонально Пвр или МСОП.

- Группа Д (I) – 1 раза в три года, старше 40 лет не реже 1 раза в два года.
- Группа Д (II) – 1 раза в два года.
- Группа Д (III) – ежегодно.

Внесены изменения кратности наблюдения (по возрастам) и объема диагностики детей с учетом физиологических особенностей детского организма и своевременной диагностики отклонений в состоянии здоровья.

II. Кратность наблюдения и объем диагностики юношей допризывного возраста приведены в соответствие с требованиями нормативных правовых актов, регламентирующих мероприятия призыва в Вооруженные силы Республики Беларусь.

Кратность наблюдения пациентов определяется ВОП (врачом-терапевтом участковым) с учетом назначенных врачами-специалистами по профилю заболевания, контрольных сроков наблюдения и дополнительных объемов исследования

III. Центральной фигурой организации диспансеризации населения определен ВОП (врач-терапевт участковый), врач-педиатр участковый. Врачи-специалисты по профилю заболевания являются консультантами, за ними закрепляется часть нозологических форм и состояний для проведения диспансерного наблюдения.

IV. Определен механизм преемственности между врачами-специалистами по профилю заболевания и врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми (врачами общей практики) не зависимо от их уровня и места нахождения.

V. Предложен контроль Пвр и МСОП за проведением сроков и объема диспансерных осмотров пациентов.

VI. Усилена информированность и ответственность пациента за выполнение сроков и объема исследований при проведении диспансеризации в соответствии с индивидуальным планом мероприятий на календарный год, заверенный подписью врача и пациента.

VII. В схему диспансерного наблюдения включены минимально необходимые объемы медицинской помощи по нозологическим формам заболевания, что не исключает расширения перечня исследований и привлечения иных специалистов по медицинским показаниям.

VIII. Разработана схема диспансерного наблюдения детей от 0 до 18 лет с хроническими заболеваниями с рекомендациями по допуску к занятиям физической культурой и по определению группы для занятий физической культурой; диспансерного наблюдения детей от 0 до 1 года, имеющих группы риска (ранее – согласно методическим рекомендациям).

IX. Выходные формы диспансеризации сформированы под возможности их ведения и выдачи в электронном формате. В связи с оптимизацией диспансерных осмотров объем медицинской помощи (по числу осмотров специалистов и диагностических исследований) уменьшился в среднем на 35% [8, 24].

Задачи по диспансеризации населения текущего периода в системе ПМП (после ликвидации пандемии коронавирусной инфекции):

- оптимизировать структуру медицинских услуг и пересмотреть функциональные обязанности врачей всех специальностей, отказавшись от неэффективных и экономически затратных форм работы [71,87];
- пересмотреть учебные программы медицинских вузов и колледжей, расширив преподавание вопросов организации ПМП населению [23,24,42,118]; [эл. рес. 11,21,24,26];
- согласовать программы подготовки врачебных и сестринских кадров, более перспективно объединить системы подготовки врачебных и сестринских кадров (как это сделано во многих странах мира) [эл. рес.21-24];
- повысить эффективность работы главной (старшей) МС, изменив принцип их работы, заменив контроль деятельности МС на аналитические функции [эл. рес.15,16,18-20].

Методики и алгоритмы действия медицинской сестры при оказании помощи в уходе за престарелыми пациентами с ХНИЗ

Уход за пациентами пожилого и старческого возраста, длительно и тяжело болеющими людьми особо важен, он естественным образом влияет на перераспределение обязанностей от врача к МС.

Согласно ВОЗ пожилым считается возраст 61–75 лет, старческим – 76–90 лет, а 91 год и более – это долгожительство [95]. Общее состояние здоровья и физическое благополучие старых людей меняются в зависимости от возраста [1,4,5,13,43,96]; [эл. рес.15-17].

По мере старения возрастает доля лиц с нарушенным здоровьем, а также лиц, прикованных к постели. По уровню потребности в посторонней помощи лиц старше 80 лет можно условно сравнивать с инвалидами III группы, а лиц старше 90 лет – с инвалидами II группы.

Оказание медицинской помощи престарелым людям осуществляется в соответствии с Законом «О здравоохранении» [56,57] и др. нормативными правовыми документами и исключает неравенство в доступе к медицинской помощи [19], способствуя совершенствованию ее оказания посредством действующей гериатрической службы. Основными её задачами являются первичная и вторичная профилактика заболеваний у пожилых людей, своевременная диагностика заболеваний, реабилитация и уход.

Проблемы пациента по мере определения хронической болезни

Важнейшей медицинской проблемой является поддержка пожилых и старых пациентов с ХНИЗ в беспомощности и профилактика депрессий, с учетом лечения в условиях коморбидности* [1]. Высказывание А.С. Макаренко: «Можно и нужно развивать зрение, просто физическое зрение. Это необходимо для воспитателя. Нужно уметь читать на человеческом лице, и это чтение может быть даже описано в специальном курсе. Ничего хитрого, ничего мистического нет в том, чтобы по лицу узнавать о некоторых признаках душевных движений» актуально для МС, Пвр, осуществляющих уход на дому, поскольку помогает осознанию проблем по мере определения болезни с помощью не только клинических и лабораторно-инструментальных методик, но по невербальному поведению пациента.

I. **Осознание болезни** проявляется беспомощностью, страданием, душевной слабостью, беспокойством о прогнозе, т.е. хроническим стрессом, который в сознании пациента сопряжен с опасностью подтверждения худших опасений, а также надеждой на медицинское «чудо». Воздействие слова в этом случае особо велико, в беседе с врачом (МС, Пвр) больной обретает надежду. Слово медицинского работника, священника, психолога может влиять не только на желание выздоровления, жизненно важные функции организма, но и на тело, дух и душу человека. Профессор М.Я. Мудров считал: «Зная, взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального человека утешишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, робкого сделаешь смелым, откровенным, отчаянного – благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания».

Противоположные тенденции являются основой внутреннего конфликта пациента, разрешением которого могут стать 2 варианта: принятие болезни или отказ от медицинской помощи (ухода). Психологический феномен сопротивления пациента болезни выражается в полном отказе от медицинской помощи, либо во внезапном прекращении начатого курса лечения. Мотивация пациента сопротивлению болезни может быть обусловлена:

1. Сопротивлением слабости. Пациент стоик, принятие болезни – легкий путь сопротивления боли и физической усталости, встречается у лиц с высоким социальным статусом, выходцев из «спартанской» среды с преобладанием культа физической и моральной силы.

2. Сопротивлением вследствие вытеснения, возникающего при излишнем оптимизме: чем меньше болеешь, тем быстрее поправишься. В основе лежит механизм «обращения» тревоги в экзальтированную эйфорию: до свадьбы заживет!

3. Сопротивлением из страха неизвестности перед диагностическими процедурами и лечением.

При «входе в болезнь» на пациента воздействуют разнообразные негативные факторы. Это страх самой процедуры, диагностики, лечения болезни, немощи, изменения физического самочувствия, боль, смерть, экономические трудности.

II. **Потеря контроля** над ситуацией – следующая проблема заболевшего человека.

Снижение КЖ ведет к тоске и чувству вины, на помощь приходят внутренние механизмы защиты от безнадежности и депрессии. Механизмы защиты от хронического стресса разные, но МС обязаны их знать для понимания поведения пациентов, поддерживая те из них, которые способны помочь.

Психологическая защита пациента при установлении болезни

*Вытеснение (регрессия) – устранение личностью неприятных мыслей из сферы сознания на неосознаваемый уровень (функциональная амнезия), называемое у детей и стариков «заместительным фантазированием». Мечты изменяют восприятие ситуации таким образом, что удовольствие в воображении начинает преобладать над объективным неудовольствием.

*Проекция – приписывание другим отрицательных качеств, побуждений. Служит для самооправдания перед собой отрицательных черт, поступков (донжуанство у мужчин может скрывать его неуверенность в мужской силе).

*Рационализация – выдвижение осознанно или неосознанно ложных причин неудач с целью оправдать себя (предвзятость педагога у плохо успевающего ученика).

*Гиперкомпенсация и компенсация – действия на сокрытие или восполнение действительного или мнимого недостатка (у подростка – «маска» внешней грубости, как защита ранимости; общественные активисты как неудачники–профессионалы).

*«Трансформация сильных чувств» в агрессию – атака на объект психологической травмы, дискредитации, несправедливого обвинения (рвут рецепт, бьют посуду, жалуются). Идентификация с агрессором: болезнь–агрессор, буду драться не на жизнь, а на смерть.

*Уход и ограничения «Я» – снижение уровня притязаний, уход в себя.

*Уход от реальной обстановки иногда происходит с помощью отклоняющегося поведения (алкоголизм, наркотики, азартные игры) [9,53,102].

Лучшим следует считать конструктивный метод выхода из «трудной» ситуации: ее анализ, поиск альтернатив. Не следует идти на поводу у всех требований пациента, избегать поспешности и заискивания. Его психологическая надломленность и временная зависимость от окружающих требует особо уважительного отношения со стороны МС.

От характера, темперамента, особенностей личности пациента во многом зависит поведение МС (Пвр), призванное адаптировать его к новому состоянию «жизни с болезнью».

У людей престарелого возраста проявляются некоторые особенности, которые необходимо знать не только МС, но и социальному работнику. Жизненная позиция, используемая пациентом для оценки своей жизни, наиболее полно отражена в классификации К. Квасневской-Рошковской: конструктивная, зависимая, защитная, враждебная к миру и враждебная к себе [96].

МС и социальные работники полезно понимать аспекты благополучия пациентов, которые заключаются:

- в физическом благополучии (поддержание и совершенствование физического состояния пациента);
- в благополучии межличностного общения с пациентом (контакт с МС должен давать больному человеку защиту и надежность) [35,42,43,45,47,106,112];
- в социальном благополучии (совместные усилия для осуществления задачи «качество жизни и здоровье для всех»), обеспечиваемом при распределении ресурсов здравоохранения на множество людей;
- в психологическом благополучии (МС обязана оберегать индивидуальность каждого пациента);
- в нравственном благополучии (уважение интеллекта личности);
- в духовном благополучии (уважение МС, социальным работником физиологических и философских убеждений, нацеленных на полную смысла и значения жизнь), выказывание внимания и заинтересованности [121]. Поведение МС не должно вызывать у пациента нравственного дискомфорта, являющегося составной частью болезни. С.С. Юдин писал: «Нехватка знаний – беда поправимая. Нехватка природных способностей более опасна, ибо даже большим прилежанием нельзя восполнить то, чем обделила природа. Выработать любовь к делу, к избранной деятельности почти невозможно, как нельзя насильно полюбить человека! Способность реагировать на чужую боль, как чувства вообще нельзя заменить протезом».

МС необходимо профессионально точно ориентироваться в поведении пациента, получившего известие о неизлечимости заболевания, либо проживающем этапы умирания, в том числе в силу возраста. Известно 5 фаз адаптации больного человека к известию о фатальности заболевания (по Э. Кублер-Росс, Н. Гросс, М. Боманн):

- отрицания (неверие, что это случилось);
- гнева и возмущения («Почему я?»);
- торговли (принятие лечения в обмен на обещание чего-либо);
- депрессии (осознание ситуации и утрата жизненной энергии);
- согласия (осознание возможности для борьбы с болезнью и сотрудничество с медиками) [24,37].

Клиническими особенностями людей пожилого и старческого возраста являются инволюционные, функциональные и морфологические изменения, множественность и сочетаемость патологий [1], изменение социально-психологического статус [28,29,32]. Происходит как бы наслаивание одного заболевания на другое, при котором наблюдается взаимное отягощение их воздействия, протекающее на фоне снижающихся компенсаторных возможностей стареющего организ-

ма. Болезни накапливаются с годами, в среднем на 1 пациента в возрасте 50 лет и старше приходится от 2 до 4 заболеваний, а для лиц 70 лет и старше – 5–7 заболеваний. С каждым десятилетием жизни число некоторых видов заболеваний – артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), патологии сосудов головного мозга – увеличивается в 2 и даже в 3 раза. Распространенность психических заболеваний у престарелых пациентов в 3-7 раз больше, чем среди других людей [9,102]; [эл. рес.17].

Объективным показателем состояния здоровья в старости является ограничение пространства пациента из-за снижения, либо утраты способности к передвижению и самообслуживанию. В старости особенно важным и значимым является не сама болезнь, а то, в какой степени ограничивается повседневная деятельность человека. Раздвинуть границы пространства пациента помогают Пвр и МСОП благодаря медицинской абилитации*.

Интегральным показателем здоровья и трудоспособности старых людей является общее физическое состояние, позволяющее сохранить способность к нормальной жизнедеятельности. Основными характеристиками следует считать степень подвижности (мобильности) и степень самообслуживания пациента. С учетом этих универсальных для старых людей признаков можно объективно определить объем медицинской и социальной помощи, ее очередность в каждом отдельном случае.

Некоторые факторы, обусловленные болезнью, являются временными, поскольку новые знания механизмов ХНИЗ могут смягчить негативное влияние беспомощности на больного человека.

Известно, что протекание ХНИЗ проходит в три стадии:

Стадия 1 – прерванное время – ежедневные занятия на время отходят на второй план в связи с ожиданием диагноза.

Стадия 2 – фаза вторжения – подстраивают ежедневные занятия, влияющие на результат болезни.

Стадия 3 – инкапсуляция времени – болезнь поглощает человека, ему приходится следовать режиму по уходу за собой.

Существуют различные способы, позволяющие справляться с НИЗ:

*индивидуальный эмоциональный способ пациента по преодолению критических ситуаций, имеющих прямое отношение к болезни. С физиологической точки зрения – это осознанное и подсознательное стимулирование гипоталамуса, следствием чего является активация нейрогуморальных систем, регулирующих механизмы стресса;

*поведение и эмоции больного человека, сопровождающие критические ситуации и зависящие от окружающих условий;

*изменение эмоций и умственных усилий пациента с целью удовлетворения его особых потребностей;

*привычные действия, к которым прибегает больной человек с целью получить облегчение, спокойствие и равновесие;

*преодоление критической ситуации, не заостряя внимание на болезни, чтобы сохранить физическую и психическую целостность.

Организация сестринского ухода с целью сохранения самостоятельности пациентов с ХНИЗ базируется на политике системы здравоохранения Республики Беларусь, состоянии демографических показателей [10,110]; [эл. рес.17], реализации приоритетности развития амбулаторно-поликлинической помощи, совершенствовании института ВОП, поэтому потребность в универсальных кадрах МС с многопрофильными функциями ухода на дому будет возрастать. Известно, что 77,5% кадров средних медицинских работников в 2020 г. имели квалификационные категории. О том, что система ВОП укрепляется образованными специалистами, свидетельствует то, что 70,3% МСОП и 45,5% Пвр имеют квалификационные категории.

Медицинская помощь пациентам с ХНИЗ с целью сохранения их самостоятельности должна базироваться на определенной стратегии ухода (табл. 13.1). Сущностью стратегии сестринского ухода на дому является сохранение самостоятельности пациентов с ХНИЗ. Это происходит согласно плану борьбы с беспомощностью, определению среды обитания пациента, обсуждению с ним его ощущений и биографии, постановку МС на этой основе реальных задач. Качество жизни пациента с ХНИЗ в этом случае обеспечивается за счет двух компонентов: увеличения навыков и знаний о своем состоянии и вариантах лечения и поддержки от медицинских работников и зна-

чимого окружения вследствие повышения чуткости в реагировании на беспомощность больного человека.

Основными признаками ХНИЗ считают изменения повседневной деятельности больного человека; ограничения эффективности медицинской помощи; ухудшение качества жизни пациента при лечении. Ресурсы сопротивляемости пациента с ХНИЗ включают в себя факторы: физический, биохимический, материальный, знание и ум личности, чувство единства, отношения, место в мире, семейные обычаи, выносливость. Известны компоненты выносливости: контроль, убеждённость и вызов. Выносливые верят, что они способны влиять на события жизни, могут сопротивляться болезни. У пациентов с ХНИЗ выносливость влияет на использование социальных ресурсов, психологическое здоровье и состоятельность, помогает справиться непредсказуемостью течения болезни [24,28].

Таблица 13.1

Стратегия сестринского ухода с целью сохранения самостоятельности пациентов с ХНИЗ

<table>
<tr><td>Разработка плана с целью снижения беспомощности
• Отношения пациент-персонал
• Процесс болезни
• Отношения в семье
• Отношения с прежней работой</td><td rowspan="3">СТРАТЕГИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА</td><td>Определение среды
• Увеличение возможности контроля</td></tr>
<tr><td>Обсуждение ощущений (чувств)
• С пациентом
• С профессионалами</td><td>Постановка реальных задач
• Позволить пациенту участие в постановке задач
• Позволить пациенту самому определить цели</td></tr>
<tr><td>Увеличение объема знаний (навыков)
• О болезни
• Об альтернативном лечении
• О возможной поддержке</td><td>Повышение чуткости обслуживающего персонала и значимого окружения в борьбе с зависимой беспомощностью</td></tr>
</table>

Стратегия сестринского ухода предполагает знание различных классификаций моделей медицинского общения, необходимых для ее осуществления. Популярностью пользовалась классификация (Е. Эсмануэль, Л. Эсмануэль) построенная на критерии автономии пациента и включающая информационную, интерпретационную и совещательную модели. Наибольшее распространение получила классификация модели Р. Вича, в основе которой лежит критерий ответственности медицинского работника и пациента. Он выделял техническую, патерналистскую (руководство), коллегиальную и контрактную модели.

Техническая модель взаимодействия предполагает отношение МС к пациенту как к механизму, в котором произошла «поломка», обусловленная воздействием внешних и внутренних факторов, которая требует исправления.

Патерналистская модель (модель руководства) – авторитарная, реализуемая при ведущей роли МС, которая принимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, берет на себя всю полноту ответственности (юридическую, моральную, психологическую), что не допустимо в взаимозависимой функции МС с врачом и негативной воспринимается молодежью как вариант давления.

Коллегиальная модель (партнерская) носит наиболее демократичный характер, предполагает сотрудничество, терапевтический союз медицинского работника и пациента, активное участие пациента в лечебном процессе, в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства.

Контрактная модель (договорная) сложилась главным образом в условиях платной медицины и предполагает взаимодействие медицинского работника и пациента на основе соглашения (кон-

тракта), регулирующего структурирование и контроль лечебного процесса обоими его участниками. Медицинский работник опирается на эмпатическую коммуникацию, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения. Ф. Найтингейл считала: «Излагая диагноз пациенту или его родственникам, избегай устрашающих формулировок. Пациент имеет право знать правду, но долг медика смягчить её милосердием. Мужество и воля к жизни – ценнейшие качества в борьбе с болезнью, и медицинский работник должен всемерно воспитывать и укреплять их у своих пациентов».

Каждая из моделей коммуникации медицинского работника с пациентом может приводить к оптимальным результатам в лечении в зависимости от личностных особенностей пациента и ситуации, обусловленной его сиюминутным психофизическим состоянием и спецификой заболевания. В качестве самой эффективной называется коллегиальная модель взаимодействия, в ее реализации авторы рекомендуют следовать модели «4 Е»: вовлекать в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (educate), заинтересовывать в выздоровлении (enlist). Медицинский работник и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения [106,109].

Стратегии преодоления хронических болезней

ХНИЗ привносят особые проблемы в жизнь пациента, поскольку снижают качество выполнения жизненных функций [96]. Метод, помогающий пациенту и его семье повысить качество жизни с длительно протекающим заболеванием или зависимостью, оказывающий влияние на характер и степень приспособления к болезни в течение жизни, называют стратегией *преодоления.* Пациенты и их семьи должны учиться справляться с социально-психологическими трудностями болезни на основе салютогенной теории* [39]. Некоторые трудности, обусловленные хронической болезнью, являются временными (Оуэрбах, 1989). Это появившееся знание может смягчить негативное влияние беспомощности на психику больного (Джонсон, Лауэр, Нэйл, 1989) [131].

Существуют различные способы, позволяющие пациенту с ХНИЗ справляться с трудностями:

- ✓ индивидуальный эмоциональный способ, имеющий прямое отношение к болезни;
- ✓ физиологический способ посредством осознанного и подсознательного стимулирования гипоталамуса, регулирующего механизмы стресса;
- ✓ поведение и эмоции, сопровождающие критические ситуации и зависящие от окружающих условий;
- ✓ изменение эмоций и умственных усилий пациента с целью удовлетворения особых потребностей;
- ✓ привычные действия, к которым прибегает пациент с целью получить облегчение, спокойствие и равновесие;
- ✓ преодоление критической ситуации, не заостряя внимание на болезни, чтобы сохранить физическую и психическую целостность.

Преодоление критической ситуации пациентом – это разрешение проблем, представляющих угрозу, причиняющих ему беспокойство, тревогу, страх, горе, вину. Проблемы можно разделить на внешние (ощущение боли, угроза операции, неминуемой смерти) и внутренние (страх изменения внешнего вида, осознание изменения роли, раздражительность).

МС совместно с пациентом следует проанализировать и определить: что может пойти неправильно; препятствия, с которыми МС можно столкнуться; вероятность враждебной реакции со стороны пациентов, персонала, конкурентов и т.д.

Для анализа ситуации МС следует поставить под вопрос сложившуюся практику:

- ✓ почему это делается?
- ✓ почему не перестать делать это?
- ✓ почему так часто?
- ✓ почему такие требования?
- ✓ почему таким способом?
- ✓ почему здесь?
- ✓ почему такая цена / расходы?

Чтобы решения были эффективными, их всегда следует принимать вовремя.

Научившись принимать решения своевременно, руководитель не должен успокаиваться. Анализ еще не означает результат. Любой руководитель может столкнуться с сопротивлением переменам со стороны своего окружения, и он должен быть готов к этому.

Трудности, с которыми МС можно столкнуться при решении проблем пациента, включают:

- слишком много информации: трата времени на поиски фактов; не выявлены необходимые ключевые данные;
- отсутствие перспективного планирования: в последнюю минуту осознается дефицит времени; недостаточно объективных данных;
- не распознаются полезные идеи: сомнения в собственных идеях; игнорирование чужого мнения.

Методы успешного решения МС проблем отчасти основаны на исправлении вышеуказанных трудностей:

- четко определите проблему, запишите ее;
- установите факты и цели;
- рассмотрите широкий спектр решений, спокойно обсудите варианты и идеи;
- сосредоточьтесь на достижении желаемых результатов;
- объективно выбирайте лучшее решение.

Одним из способов решения профессиональных затруднений главной МС является метод мозговой атаки, возможность его использования в работе Совета МС (гл.4) [98].

Мозговая атака представляет собой:

- индивидуальное осмысление возникших трудностей: целесообразно записать проблему; написать, по крайней мере, 8-10 идей и контраргументов к ним; использовать побочные мысли (внешне несвязанные идеи); выделить приоритетные; выбрать лучшие идеи;
- групповая атака: назначьте регистратора идей; четко определите проблему и запишите ее; дайте идеям течь свободно (никакой критики по ходу); выберите идеи, пригодные для реализации; проведите совещание с целью разработки плана конкретных действий.

По прогнозу специалистов, мировой экономический кризис коснется Беларуси в незначительной степени, однако необходимо быть готовыми к опосредованным последствиям, через потребителей медицинских услуг, поставщиков оборудования, медикаментов, технологий. Дальновидному руководителю нужно разработать собственные методы кризисного управления как систему мероприятий, позволяющих урегулировать кризис в ОЗ, если он возникнет:

- иметь план действий на случай кризисных ситуаций (например, компьютерный сбой, забастовка транспорта, не поставка оборудования, несвоевременность платежей, пожар и т.д.);
- предвидеть событие, а не просто реагировать на происходящее;
- не откладывать принятие решений в надежде, что проблема исчезнет сама по себе;
- не реагировать на мелкие трудности так, будто это серьезные кризисы;
- помнить, что если случится кризис, следует реагировать спокойно, но быстро.

Для успешного преодоления проблем профессионального характера внутренняя стабильность личности сестринского руководителя весьма полезна для разрешения ситуаций высокого риска.

Знаменитый авторитет в сестринском деле В Хендерсон считала: «Уникальной задачей медицинской сестры является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие бы предпринял он сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. Медицинская сестра осуществляет эту работу, помогая пациенту выполнять все назначения, предписанные врачом, и быстрее обрести независимость».

Как справиться с кризисом

- самому или коллективно определить его суть и степень опасности для ОЗ – очертить проблему;
- определить желаемый результат;
- составить список возможных решений;
- проверить выполнимость предпочтительных решений;
- незамедлительно разработать и реализовать план действий.

Достоверно выявленные ментальные характеристики сестринского руководителя в виде готовности к сотрудничеству, бескорыстной помощи и отзывчивости к другим, справедливости свидетельствуют о профессиональном кадровом отборе и благоприятны для непрерывного саморазвития его личности и подчиненных в ОЗ.

Мешающие оказанию качественной медицинской помощи свойства личности, в виде низкой потребности в успехе и признании, неуверенности в себе, обидчивости могут быть проявлением длительного, профессионального стресса. Они нуждаются в коррекционном воздействии через обучающие программы дополнительного обучения взрослых [23], тренинги, мастер-классы.

Примеры преодоления кризиса в деятельности для главной МС означают, что в обучении и помощи нуждаются и МС, и пациенты.

Преодоление хронического стресса

Целью борьбы с хроническим стрессом у пациента с ХНИЗ является совершенный контроль над ситуацией или разрешение проблемы. Он может включать двухступенчатый мыслительный процесс первичной и вторичной оценки:

- на первой ступени индивид определяет, является ли раздражитель угрозой («Я в порядке?»);
- на второй ступени он включает выбор альтернатив действия в случае осознания угрозы («Что я могу сделать?»).

Выделяют 3 типа стратегий, позволяющих пациенту справиться с хроническим стрессом. Это *конфронтационная* стратегия (обсуждение проблем, поиск информации, постановка целей, сохранение контроля). *Эмоциональная* стратегия - это переживание беспокойства, страха, обвинение. Третьей стратегией является *смягчающее преодоление* (поспать, обратить в шутку, помолиться, позволить кому-то другому разрешить проблему). Стратегии в борьбе с болезнью являются эффективными, если сохраняют целостность человека, позволяют выполнять функции общения, достигать жизненных целей, сохранять позитивную самооценку, быть действенным, тормозят страдание в пределах разумного, порождают надежду, увеличивают вероятность физического выздоровления [129].

Установлены **эффективные стратегии преодоления хронического стресса**:

✓ активное изучение реальности проблем и поиск информации;

✓ свободное выражение позитивных и негативных эмоций, умение переносить разочарования, управление чувствами, когда это возможно;

✓ просьба о помощи у других;

✓ расчленение проблемы на мелкие неприятности;

✓ ведение подвижного образа жизни, активация собственного усилия при осознании безразличия;

✓ принятие того, что неизбежно;

✓ вера в себя и других, сохранение оптимистичного настроения по поводу конечного результата.

Факторы, влияющие на преодоление критических ситуаций, связанных с ХНИЗ:

1. Внешние:

✓ вера человека (религиозность и надежда), поддержка семьи;

психологическое состояние пациента;

✓ чувство собственного достоинства;

✓ мотивация;

✓ вид и характер болезни;

✓ объём и серьезность потребностей, возникших в результате болезни;

✓ стадия болезни;

✓ успешное использование опыта стратегий в прошлом;

✓ правильная оценка рисков болезни;

✓ поддержка и доступ к системе здравоохранения;

✓ физическая сила;

✓ финансовые возможности.

2. Внутри личностные факторы:

✓ возраст;

✓ личные особенности характера;

✓ культура;

✓ навыки по уходу за собой;

✓ ценности;

- ✓ убеждения;
- ✓ эмоциональное состояние;
- ✓ мыслительная способность пациента.

Различия в способе преодоления кризиса можно ожидать в случае, если пациент воспринимает болезнь как угрозу выполнению сексуальной функции, или не осознает всех потерь от болезни. Некоторыми людьми болезнь может восприниматься как потеря, приобретение, или что-то незначительное.

К проявлениям восприятия болезни как потери относят утрату удовольствий, чувства достоинства, роли в обществе, функциональных способностей, любви. Болезнь можно воспринимать как угрозу для жизни, что сопровождается страданием и беспокойством человека [129].

Некоторые видят болезнь как приобретение, если она несет облегчение от стресса, возникшего в ходе выполнения жизненных ролей, дает возможность избавиться от вины, раскаяться за прошлые грехи и принять данное состояние как наказание. Болезнь может дать передышку, или возможность разрешить конфликт, получить доброту, внимание и благосклонность окружающих.

В развитии болезни различают четыре стадии (по Чумакову Б.Н., 2000): латентную (скрытую), период продромальных явлений (от появления первых симптомов), период разгара (полная клиническая картина), период окончания болезни (исходы: выздоровление, рецидив, период перехода в хроническую стадию, смерть). Менее всего изучены механизмы хронизации болезни, в силу чего нет четких рекомендаций для МС в ее деятельности с такими пациентами. Основным механизмом личностных изменений пациента в условиях ХНИЗ является перестройка иерархии мотивов через переподчинение новому главному смыслу – сохранению жизни и восстановлению здоровья.

Понимание МС восприятия пациентом болезни помогает определять и поддерживать ту стратегию преодоления кризиса, которую выбирает пациент (табл.13.2).

Таблица 13.2

Типология преодоления трудностей у людей с хроническими заболеваниями
(по Д.Ф. Миллер, 1992) [131]

Категория занятий	Варианты концепции преодоления
1. Ощущение обычного состояния	Укрытие от вопросов любопытных окружающих, минимизация болезни. Насколько возможно, введение нормальной жизни
2. Изменение привычного образа жизни и распорядка дня	Контроль лечения и течения болезни при обычном распорядке дня
3. Выполнение предписанного режима	Избирательное выполнение режима
4. Обретение знания и навыков заботы о здоровье	Внутренняя осведомленность, наблюдение результатов лечения
5. Сохранение положительного образа «Я»	Объединение болезни в единый образ «Я», укрепление собственного достоинства
6. Приспособление к изменениям общественных отношений, роли, социальным проблемам	Одиночество, изолированность от общества потеря роли – в обществе, на работе, в семье; преодоление периода незанятости, связанного с болезнью. Сохранение сплоченности семьи
7. Сохранение чувства контроля над происходящим	Контроль познания, поведения, принятия решения
8. Чувство утраты	Потеря физических способностей, функций Утрата статуса Завершение получения прибыли и утрата социальных отношений Потеря роли и звания Материальные потери Приобретение роли – человек ищущий

	работу, пациент, заботящийся о своем здоровье, пациент, страдающий ХНИЗ
9. Физический дискомфорт	Дискомфорт, вызванный болезнью, боль как результат лечения
10. Принятие неизбежности своей смерти	Смирение
11. Сохранение надежды вне зависимости от нестабильности здоровья	Результаты как следствие надежды. Поиск смысла жизни после смерти

Значение типологии преодоления трудностей людьми с хроническими заболеваниями, включая психические заболевания и зависимости

1. Ощущение обычного состояния

Включает контроль признаков болезни или его отсутствие пациентом и окружающими его людьми. Человек с ХНИЗ внушает себе, что является работоспособным, как коллеги, он моделирует ситуацию существования, хорошего самочувствия или ему помогают в этом окружающие.

Существуют нормализующие стратегии *укрытия, поддерживания и передышки.*

Укрытие означает, что признаки нетрудоспособности и боли скрываются; подразумевает не использование устройства для поддержки – трости или другого внешнего признака физического недостатка, (инвалидное кресло). Самым эффективным при укрытии является установление контроля над видимыми признаками дискомфорта или их устранение. Пациенты затрачивают на укрытие много сил, не только для сохранения обычного состояния, но с целью избежать вопросов любопытных, предотвратить неловкость у окружающих. Иногда окружающие могут испытывать неловкость в связи с тем, что не знают, как реагировать на явную боль, как приуменьшить на этом фоне собственную силу, чтобы уменьшить разницу между своим состоянием здоровья и ухудшившимся состоянием пациента.

Анализируя различные модели медицинского взаимодействия в процессе взаимодействия МС с пациентом, выделяют главные объединяющие их компоненты:

1) *Поддержка* подразумевает, что пациент успешно справляется с проблемами в виде выраженной усталости и обострения болезни. Поддержка означает, что МС стремится быть полезной и вместе с пациентом готов разделить ответственность за дальнейший исход лечения, что активизирует участие пациента в лечении. Например: совместный отдых с семьей или праздничный обед.

2) *Передышк*а необходима для восстановления энергии. Укрытие и поддержка должны чередоваться с отдыхом. Передышка – это результат осознания ограничения возможностей, деятельность по удовлетворению личных потребностей без их истощения.

3) *Понимание* помогает МС укрепить у пациента уверенность, что его жалобы услышаны и приняты к анализу. Например, использование фраз «Я вас понимаю…», «Пожалуйста, продолжайте», «Расскажите подробнее» укрепляют осознание пациентом того, что его слушают и хотят помочь. Важна интонация речи МС, позволяющая транслировать внимание к пациенту, понимание его, либо отстраненность и отсутствие интереса к нему.

4) *Сочувствие* является ключом к сотрудничеству между медицинским работником и пациентом. С этой целью МС может давать личную оценку ощущениям, переживаниям пациента. Например: «Да, вам пришлось нелегко». Сочувствие проявляется в максимальной включенности медицинского работника в диалог, умении терпеливо выслушивать, проявляя готовность обсуждать причины и возможные последствия болезни.

5) *Уважение* предполагает признание ценности пациента как личности и важности его переживаний: «Понимаю, что то, что с вами происходит, вызывает у вас переживания». Проявление уважения предполагает взаимодействие с пациентом как с личностью, а не как с носителем болезни, стремясь узнать о нем, о его образе жизни как можно больше. С этой целью уместно использовать похвалу пациента за проявленное терпение, за аккуратное соблюдение рекомендаций. Все эти модели взаимодействия МС помогают пациенту справляться с болезнью как проявлением хронического стресса более успешно.

Описано 4 типа функций преодоления хронического стресса [45,46,106]:

1) Предотвращение стресса от события или ситуации; 2) изменение ситуации; 3) изменение понимания ситуации; 4) умение справляться с первыми признаками или быстрота реакции на

стресс. Другие авторы [96] разделили функции на эмоционально ориентированные, и проблемно ориентированные. К преодолению при помощи эмоций часто прибегают, когда пациент понимает, что может влиять на стресс, изменить ожидаемый ущерб (избегание, минимизация, удержание на расстоянии, избирательное внимание, нейтральное положение, выпуск эмоций наружу, увеличение физической нагрузки). Проблемно-ориентированное преодоление – это использование пациентом разрешения, включающего диагностику проблемы, выбор вариантов, сравнение их плюсов и минусов, выбор действий. Такие стратегии используют, когда угрозу можно изменить обучением новым навыкам ухода, удовлетворению насущных потребностей.

2. Изменение обычного образа жизни и привычного распорядка дня

Для контроля симптомов болезни привычный образ жизни пациента нужно изменить: иногда это отказ от переедания, сидячего образа жизни, курения или излишних трудовых обязанностей. Важным является изменение обычного режима для лечебных процедур (например, ежедневное посещение ОЗ при замене тяжелых наркотиков метадоном). Необходимо знание и устранение видов деятельности, усугубляющих симптомы. Например, учителю физкультуры, страдающему ревматоидным артритом, необходимо отказаться от занятий на площадке в холодную и сырую погоду, а человеку, страдающему алкоголизмом, ограничить или исключить профессиональный доступ к спирту (бармен, МС).

3. Соблюдение предписанного режима является для пациента сложным, когда это касается избавления от привычки на всю оставшуюся жизнь, а не на время, является сложной мотивационной задачей для МС. Новые привычки и лечение являются менее сложными по сравнению с избавлением от привычки курить, злоупотреблять алкоголем и перееданием.

4. Обретение пациентом знания и навыков для заботы о собственном здоровье

Главная идея достижения эффекта зависит от предпринимаемых пациентом действий в борьбе с болезнью. Оказание самопомощи означает применение нужных навыков, знаний, наличие энергии, умение понимать собственное тело, правильно истолковывать физические изменения, принимать верные действия по медицинской абилитации.

5. Сохранение положительного образа «Я»

В преодолении кризиса пациента, страдающего хроническим заболеванием или зависимостью, важным является сохранение положительного образа «Я». Беспомощность или болезнь индивидуума не должна стать его отличительной чертой. Вместо этого болезнь, связанные с ней изменения и способы лечения должны составлять положительный образ «Я», помогающие пациенту сохранять дееспособность и обычное состояние. Необходимо определить виды деятельности, повышающие чувство собственного достоинства и придать особое значение оставшимся силам человека. Чувство собственного достоинства у пациента можно укрепить, помогая в анализе достижений и осознании наличия невыполненных еще ролей. Для сохранения положительного образа «Я» и чувства собственного достоинства необходимо балансирование идеала «Я». Любить и уважать пациентов и себя МС могут помочь советы психотерапевтов (приложении 1).

6. Приспособление к жизни с ХНИЗ и изменению социальных взаимоотношений

Болезни с хроническим течением могут вызывать чувство одиночества из-за отдаления окружающих: «Все будут вспоминать о больном человеке лишь в день его рождения и по праздникам», писала об этом одна пациентка с ХНИЗ. Больной человек должен привыкнуть и смириться к сужению круга людей.

Социальная изоляция как следствие болезни

Люди с хроническими психическими заболеваниями и зависимостями терпят нравственные страдания в связи с ограничением дееспособности, отсутствием права на вождение транспортного средства, выполнением определенных работ, сужением социальных функций. Описывают 3 типа реакции на насмешки больных людей, о чьем заболевании становится известно окружающим:

- не обращать внимания, прятать голову в песок;
- принимать близко к сердцу, выражая гнев, враждебность и обещая отомстить;
- относиться к ситуации с юмором, что приводит к возрастанию достоинства.

В развитии у пациентов разумного принятия и уверенности в себе МС могут оказать определенную помощь.

Изменение роли

Потери могут включать утрату социальных ролей (церковный прихожанин, участник команды по игре в футбол, работник общественной организации), роли в сфере занятости, утрату способности принимать участие в принятии решения и контроле дисциплины в семье. Приходится принимать роль постоянно зависимого человека, что сопровождается страданием. Установлено 4 аспекта роли хронического пациента: зависимость, взаимодействие, изменение способа выполнения роли и отказ. Роль зависимого от других человека, ищущего помощи, требует от МС искреннего принятия отличия человека в силу его болезни. Необходимым является условие чувствовать себя равным, когда он сталкивается с конфликтными ситуациями.

7. Сохранение контроля над происходящим

Пациент с ХНИЗ может столкнуться с проблемой потери контроля в связи с вторжением в личную жизнь и необходимости предоставлением личной информации медицинским работникам. Пациент, страдающий депрессией, заявил: «Ты будто бабочка, крылышки которой проколоты булавкой. Эти медики приходят посмотреть на вас, будто вы экземпляр, выставленный на обозрение». Способность к контролю над внедрением окружающих, к уединению, сохранит чувство собственного достоинства, поэтому не стоит требовать от пациента беспрекословной уступчивости.

Психологическое ощущение контроля обретается, когда он сам устанавливает время проведения процедур и меняет привычки. МС должны предвидеть увеличение контроля пациента согласно категориям: контроль над поведением – прямое действие, направленное на окружение; контроль над познавательной деятельностью – способ оценки индивидуумом ситуации; контроль над принятием решений – возможность выбора из вариантов действий.

8. Чувство утраты, сопутствующее хроническому заболеванию (зависимости) – это осознание уменьшения физических способностей, мобильности, функционирования органов, запаса жизненных сил, сексуальной привлекательности, половой функции. Среди прочих отмечают утрату чувства собственного достоинства, выполнения социальных ролей.

9. Физический дискомфорт

Заболевания с длительным течением сопровождаются дискомфортом для пациента: боль суставов при артрите, потребность в приеме алкоголя (дозы наркотика), либо вследствие побочного эффекта лекарств (инъекции медикаментов, гемодиализ, отказ от еды, абстинентный синдром). Пациента нужно учить другим способам перенесения боли при воздержании от ПАВ: расслаблению, самовнушению, отвлечению внимания (слушать музыку) и обратной биологической связи.

Когда боль и иной физический дискомфорт становятся постоянными, пациент тратит время и силы на получение поддержки от окружающих с целью доказать им ее истинность.

10. Принятие неизбежности своей смерти

При осмыслении временности человеческого существования у пациента с онкологической патологией [34], ВИЧ/СПИД [16,96] и иными тяжелыми заболеваниями с хроническим течением могут появиться мысли о том, что «осталось мало времени» по сравнению с планами здоровых. В настоящее время при получении антиретровирусной терапии длительность жизни лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, сопоставима с обычной продолжительностью жизни людей [16]. Для сведения пациентов с онкологической патологией, за последние 10 лет, при условии раннего начала лечения, продолжительность жизни увеличилась на 5-8 лет. Цель МС: помочь пациенту преодолеть это время, рассматривая мысли как сигнал активно прожить жизнь, не поддаваясь упадку сил в ожидании смерти (гл. 4).

11. Сохранение надежды у пациента вне зависимости от нестабильности здоровья

Когда болезнь прогрессирует, вера в лучшее является силой, помогающей больному человеку избежать разочарования. Характерным является волнообразное течение болезни, вызывающее неопределенность при выполнении повседневных дел, невозможность планирования. МС необходимо показать человеку и подтвердить ценность жизни, помочь ставить реалистические задачи. На улучшение состояния здоровья влияют позитивные взаимоотношения в семье. Надежда и жажда жизни связаны с тем, что у пациента есть кто-то или что-то, ради кого или чего стоит жить.

Для преодоления кризиса, вызванного тяжелым заболеванием, пациенты используют 2 различные стратегии поведения: приближения или избегания.

Примерами стратегии *приближения* являются: заостренное внимание к деталям лечения, контроль симптомов, соблюдение требований, возникших в результате болезни, вопросы по поводу лечения.

Важной и часто используемой является также стратегия, развивающая духовную жизнь пациента: возрождения веры в Бога, преодоление трудностей через упование на Бога, молитвы, дающие умиротворение и надежду. Способы переключения внимания с болезни на другие стороны жизни: осведомленность человека о собственных реакциях на проблемы, способность поделиться ими с человеком, желающим помочь, погружение в работу, размышление, просмотр телепередач, вышивание. Они эффективны, если пациент сознательно их выбирал (табл.13.3).

При стратегиях *избегания* используются механизмы отказа, сдерживания и подавления (табл. 13.4). Пациенты избегают принятия серьезного характера болезни, сводя симптомы и лечение к минимуму, преуменьшению последствий болезни. Если человек отрицает факт, что шизофрения – серьезное заболевание, то участие в лечении может быть не систематическим. Наиболее распространенным бывает отчуждение от людей, преследующее целью скрытие от окружающих последствий болезни.

Таблица 13.3

Достоинства и недостатки преодоления критических ситуаций способами приближения и избегания

Достоинства приближения	Недостаток приближения	Достоинства избегания	Недостатки избегания
смягчают проблему; эмоции адекватно воспринимаются, получают выход; энергичная борьба с болезнью, активное участие в лечении; последствия пережитой травмы могут быть обобщены; помогают сохранить положительный образ «Я»; обеспечивают избирательное невнимание, игнорирование фактов или последствий болезни	свойственно беспокойство; ощущают ненависть, страх, разочарование	временное облегчение от волнения; время надежды; со временем последствия могут привести к стратегии приближения; включает рациональное сознание, уменьшает серьезность угрозы	отсрочка решения проблемы или лечения; у эмоций нет выхода; полная информация может увеличить тревогу; избирательное невнимание, игнорирование фактов или последствий болезни

Встречаются пациенты, прибегающие к необычным средствам защиты, которые сочетают обе стратегии.

Таблица 13.4

Примеры использования стратегий Приближения и Избегания для взрослых лиц с ХНИЗ при преодолении кризиса

Стратегии приближения	Стратегии избегания
1. Поиск информации Фокусирование внимания на деталях лечения Энергичное изучение связанных с болезнью изменений привычек, диеты, нагрузок Поиск логического обоснования лечения. Сопоставление ответов, данных медицинскими работниками на один и тот же вопрос 2. Генерация силы при помощи религии Молитва Вера	1. Применение отказа, сдерживание 2. Сведение проблем, признаков и симптомов болезни к минимуму 3. Изолированность от общества Отказ от прежних занятий и взаимоотношений Поглощение заботой о себе Отчуждение 4. Избегание разговоров о себе, чувствах или размышлениях о проблемах

3. Отвлечение внимания Умение распознавать периоды беспокойства; выполнение физических упражнений Размышление Отвлечение внимания от боли Телевизионные передачи Вышивание, вязание, кроссворды, судоку 4. Выражение чувств и эмоций Поплакать Выражение враждебности, гнева Описание беспомощности 5. Выполнение упражнений, способствующих расслаблению 6. Сохранение ощущения контроля за окружением. за распорядком больничных процедур посредством предоставления советов супругу и МС 7. Озвучивание необходимости заботы 8. Сохранение положительной зависимости от других, связанной с болезнью Для удовлетворения физических потребностей (покупка необходимых продуктов, вещей; уборка) Для удовлетворения духовных потребностей (любовь, поддержка) 9. Использование методов позитивного мышления Попытка видеть положительные моменты в любой ситуации Самовнушение с целью ослабить боль 10. Поиск помощи У специалиста, оказывающего уход за пациентом, страдающим хроническим заболеванием, когда пациент считает, что помощь необходима 11. Сохранение положительной независимости Деятельность по уходу за собой на протяжении болезни Использование прошлого опыта в уходе за собой (реакция организма на инъекции лекарства, синдром отмены и т.п.) Прохождение предписанного врачом лечения, принятие медикаментов Наличие реалистичных ожиданий по поводу результатов лечения 12. Общественная деятельность Занятия, связанные с выходом на пенсию Посещение церкви, участие в общественных объединениях 13. Постановка целей и стремление достичь их Упрощение проблем, энергичная работа для выполнения намеченного 14. Воспоминания о прошлых достижениях Переосмысление 15. Экономия сил Анализ ежедневной деятельности; сохранение сил на более желанные занятия	со здоровьем 5. Пассивное принятие Вера в предопределение свыше Это неизменная Божья воля Минимальная забота о себе или ее отсутствие относительно существующей проблемы Сон Замедление в принятии решения относительно вопросов, связанных с собственным здоровьем Принятие во внимание альтернативных способов лечения Нетрадиционная диета («чудо-лекарства») Обвинение других Лечащего врача, близких лиц Отказ от прохождения лечения Чрезмерная зависимость от близкого человека Злоупотребление помощью Близкие люди выполняют то, что пациент сам в силах сделать 13.Постановка нереалистичных целей 14.Несбыточные надежды на будущее Возрождение функциональных способностей. Затухание болезни (исцеление) 15. Пассивный поиск помощи 16.Курение, употребление наркотиков, алкоголя, переедание

Ежедневно отводимое время для отдыха 16. Отношение к проблемам с юмором 17. Осмысление Поиск рациональных, объяснений происходящему (ухудшение физического состояния) 18. Принятие участия в занятиях, которые не указывают на бессилие человека, испытываемый дискомфорт 19. Проигрывание роли Отчетливое представление ожидаемых перемен от развития болезни Напоминание себе о том, что нельзя предугадать результат их лечения 20. Использование подхода решения проблемы 21. Утешение от того, что есть и другие в таком же положении	

Люди, *успешно* справляющиеся с проблемой, использовали прямое противостояние проблеме, ее переосмысление; принятие и поиск ее положительных сторон; консультацию со специалистами. Они изобретательны, им не свойственно упрямство и непреклонность; такие пациенты избегают отказа и принимают меры, основываясь на реальности, переопределяют проблемы в формы, которые можно разрешить, – рассматривают альтернативы, поддерживают связи, ищут помощи и принимают поддержку, сохраняют высокие моральные принципы, приобретают надежду. Эти люди отличались решимостью, пониженной уязвимостью и не были склонны к переменам настроения. Лица, *имевшие проблемы* при борьбе с болезнью, использовали сдерживание, пассивность, подчинение и способы снятия напряжения принятием алкогольных напитков, наркотиков, они отличались нерешительностью, повышенной уязвимостью и были склонны к переменам настроения.

Примеры помощи МС в преодолении особых проблем со здоровьем пациента (рак, инфаркт миокарда, хирургические операции)

Прежде всего, обращаем внимание на этическую составляющую взаимодействия МС с пациентом – врачебную тайну [2].

Информация о пациенте, ставшая известной медицинскому работнику при выполнении им профессиональных обязанностей о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, информации о результатах патологоанатомического исследования (в случае смерти пациента) составляет врачебную тайну.

Совершеннолетний пациент может самостоятельно определять тех, кому можно сообщать информацию о состоянии здоровья, а также тех, кому нельзя ее сообщать – ст.41 Закона [57]. Пометку об этом МС или врачу необходимо сделать в медицинских документах. Если пациент - лицо несовершеннолетнее, то право сообщать информацию, составляющую врачебную тайну, предоставлено родителям, или одному из его близких родственников. Это могут быть брат или сестра, внуки, бабушка, дед – ст.18 Закона [57].

В ходе преодоления пандемии коронавирусной инфекции к работе в качестве младшего медицинского персонала были привлечены волонтеры, с которыми целесообразно заключать соглашение о неразглашении всей информации о пациенте в ходе выполнения услуг (помощи). Об этом должен быть поставлен в известность пациент или его представители письменно [2].

Информацию, составляющую врачебную тайну, можно представлять без согласия пациента, в случае письменного запроса или в электронном документе – ст.46 Закона [57] из организаций [58,85]:

- Министерства здравоохранения Республики Беларусь, главных управлений по здравоохранению областных комитетов;
- органов уголовного преследования, судов, органов внутренних дел;
- страховых организаций (в соответствии с договором);
- нанимателем (работодателем).

Существует ответственность медицинского работника за разглашение врачебной тайны:

- Дисциплинарная (гл.4 Трудового кодекса Республики Беларусь);
- Гражданско-правовая (за моральный вред ст. 151, 152 Гражданского кодекса Республики Беларусь);
- Административная (ст. 22.13 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях за разглашение коммерческой тайны без согласия ее владельца);
- Уголовная (ст.178 Уголовного кодекса Республики Беларусь);
- Этическая (рассматривается на комиссии по этике ОЗ без указания сведений о пациенте) [2].

В зависимости от типа ХНИЗ люди могут сталкиваться с различными трудностями. Рак может вызывать у пациента эмоциональные расстройства: беспокойство, депрессию, гнев; физическое недомогание, изменение образа жизни, перемены во взаимоотношениях, супружеских и половых функций; страх развития болезни и смерти [34,96].

Выделено 6 основных проблем у больных раком: боль, физическое недомогание, тревога, опасение утраты способности работать, зависимость и отдаление (смерть). Другие считают, что общение, близкие отношения, изменение ролей, сексуальность имеют непосредственное отношение к семье. При проведении облучения для лечения рака предстательной железы использовалось прослушивание записей до начала лечения. Перед первым сеансом облучения пациенту давалось описание местоположения и размера кабинета, звуков аппарата, длительности процедуры и ее побочных эффектов; информация об изменениях после окончания лечения.

Шкала для оценки восстановления сил после лечения у пациентов, прошедших эксперимент, показало меньшее воздействие на их функциональные способности. По измерениям профиля настроения в группе пациентов с психологической подготовкой в ходе облучения не было обнаружено различий в показателях негативного настроения. Жизнь человека, страдающего раком, требует применения особых навыков поведения: релаксации, уверенности в себе и разрешения проблем. Обнаружено, что женщины, больные раком молочной железы и их супруги, использовали различные стратегии преодоления болезни на начальных и прогрессирующих стадиях. На ранних стадиях пациентки использовали разговор с самой собой и целенаправленно действовали. Супруги искали пути решения, обращались за информацией к специалистам, мирились с неизбежным. МС, окружающие больного, могут помочь ему в перестройке мысленного диалога в позитивное русло.

Примеры Позитивного и Негативного внутреннего (мысленного) диалога пациента с ХНИЗ

Негативный диалог	*Позитивный* диалог
Это худшее, что только могло со мной случиться	Я могу справиться с этим
Как это могло со мной произойти? За что?	Я делаю все, что в моих силах
Это место ужасно	Я силен и не понесу поражения
Болезнь испортила мне жизнь	Жизнь подразумевает столкновение с трудностями
Это неизлечимо	Для чего мне даны эти испытания?
	Мне повезло, что я живу в веке новых технологий

Окружающие больного раком могут помогать направлять его мысли в позитивное русло.

При вторичном раке женщины использовали внутренний диалог с собой, делились ощущениями и мыслями с другими. Их мужья целенаправленно действовали, молились, прибегали к внутренним диалогам и делились преодолением проблем с другими. На обеих стадиях оба супруга действовали целенаправленно. На начальных стадиях болезни действия были направлены на заботу о ком-то, а при вторичном раке они представляли собой действия, помогающие близким людям строить планы на дальнейшую жизнь после смерти больного. Наиболее широко используемой стратегией была надежда, поскольку установлено ее важное влияние на преодоление стресса.

Примером помощи МС в преодолении проблем пациента с инфарктом миокарда могут служить

Знание этапов реабилитации после инфаркта миокарда оказывает влияние на успешное преодоление проблем больного человека. Рекомендации МС обоим супругам по преодолению подобной проблемы:

- ✓ вовлекать пары в планирование ухода в ранний реабилитационный период;
- ✓ предоставлять паре подробную информацию о лечении;
- ✓ успокаивать супруга, проявляя заботу и нежность;
- ✓ готовить к последующей реабилитации, включающей диету, физические нагрузки, сексуальную активность, внезапное обострение, контроль состояния больного;
- ✓ ознакомить с существующими источниками преодоления болезни (социальная поддержка).

Изучены и опробованы 4 метода влияния стратегии преодоления стресса при инфаркте миокарда на степень беспокойства пациента: эмоциональная информация о процедурах; описание пациентом чувств, мыслей, моделирование; информация о процедурах, релаксация, сочетающаяся с позитивными утверждениями и переключением внимания; моделирование плюс преодоление ситуации.

Примеры помощи МС при использовании стратегии преодоления стресса у хирургических пациентов направлены на отвлечение внимания, контроль восприятия, обучение концентрации внимания на положительных сторонах приближающейся операции. Пациентам объяснили, что причиной стресса являются не сама операция, а его мысли по поводу событий и внимание, уделяемое этим мыслям. Их обучали извлекать пользу из госпитализации, во время которой он может поправить здоровье, получить заботу, внимание, временное освобождение от ежедневных забот. Первая группа получила подготовительную информацию, вторая – не только подготовительную информацию, но и поверхностные предоперационные подготовительные инструкции, краткие сведения о лечении, анестезии, ощущениях после операции, допуская возможность побочных эффектов от боли, тошноты и запора. Третья группа получала сочетание подготовительной информации и о способах преодоления стресса. Четвертая группа – контрольная получала только информацию об обязательных процедурах. До и после вмешательства специалиста МС автоматически подсчитывали тревогу и способность пациента справляться с дискомфортом. В первой группе наблюдалось выраженное снижение беспокойства и рост способности справляться с проблемой. Людям во второй группе, которой предоставлялся способ преодоления проблемы, после операции потребовалось меньше болеутоляющих препаратов, но больше успокоительных по сравнению с теми группами, которым не предоставлялась информация о способе преодоления стресса. В 3 и 4 группах значительных отличий в количестве дней, проведенных в стационарах, не было. Из этого следует вывод о значительной эффективности сочетания подготовительной информации и о способах преодоления проблемы.

Эта стратегия подходит МС при помощи в преодолении не только острого стресса (приближение операции), но и хронического (например, при гемодиализе).

Успешными были стратегии преодоления стресса от диализа и краткосрочное планирование. Особое внимание уделено тому, что планирование на короткий период времени, было способом контроля повседневной жизни. МС могут делать человека сильным, помогая ему найти индивидуальную стратегию преодоления стресса при прогрессировании болезни.

Сестринский уход на дому при ХНИЗ. Концепция предотвращения беспомощности у таких пациентов

Стрессы, переживаемые пожилыми пациентами, делают их ранимыми и бессильными по разным причинам: они слабее физически и энергетически, имеют низкую самооценку, незначительную социальную поддержку, меньше мотивации к поддержанию здоровья. Старение может стать угрозой для принятия себя. Пожилые люди менее нуждаются в пище и безопасности, чем в нежности, общественном признании и жизни в обществе с достоинством, самодостаточностью и довольством собой. Повышая самооценку, такой человек достигает положительного отношения к себе окружающих.

Защитным силам организма пожилых людей противостоят социальные, физиологические, психологические факторы. Часть престарелых людей живет на грани бедности, ведение хозяйства становится затруднительным. К социальным факторам относят поддержание контактов с

людьми, зависимость от общественного транспорта, доступность здравоохранения, правильное питание.

К психологическим причинам беспомощности у пациентов с ХНИЗ относят неспособность адаптироваться к неожиданным потерям, смерти, выходу на пенсию, переезду в дом для престарелых людей.

К физиологическим факторам, влияющим на силы больного, относят снижение слуха и зрения, что ведет к неправильной интерпретации ситуации, сомнениям, замкнутости.

Поведение пожилого и старого человека вследствие длительно протекающей болезни отличается от других групп. Если причинам беспомощности не препятствовать, возникает замкнутый круг: бессилие – депрессия – безнадежность, что повышает угрозу смерти. Выявление бессилия и безнадежности у пожилых лиц с ХНИЗ является для МС задачей первостепенной важности.

Появление ранимости как предвестника бессилия у людей пожилого возраста

Пожилого человека ошибочно можно определить как беспомощного, неполноценного по сравнению с другими, занимающегося делом, не соответствующим его способностям; не имеющего возможности получить достойную работу. Ложные стереотипы в обществе заставляют считать их слабыми, упрямыми и нетерпимыми. Старение при этом – ненужный процесс, делающий свою жертву необучаемой, бесполой, непривлекательной, с заниженной самооценкой, не способной заботится о здоровье, расти эмоционально.

Обострение болезни, отсутствие эффекта от лечения, ухудшение физического самочувствия, несмотря на соблюдение предписаний, побочные эффекты наркотических препаратов, ятрогенные изменения, разрыв с семьёй или с источником социальной поддержки, срыв психологической устойчивости пациента являются причинами бессилия. Физиологические и психологические перемены при старении МС учитывают данные особенности при уходе за пациентом с ХНИЗ. Энергетические возможности лиц с длительно протекающими болезнями отличаются от возможностей здоровых в сторону ослабления.

Пациенты с ХНИЗ имеют сходную со здоровыми людьми цель: прожить достойную жизнь. Обывательская точка зрения основывается на мнении о страданиях пациента и его семьи, вызванных хронической болезнью. Предложено 4 степени интерпретации хронической болезни, основанных на восприятии пациента и его семьи: серьёзность, персональная ответственность, управляемость и изменчивость. Серьёзность – это осознание стадии, по достижении которой болезнь представляет серьёзную угрозу и требует изменения времени наблюдения специалистов.

Персональная ответственность подразумевает личную ответственность пациента за проявление или исцеление от болезни.

Управляемость – степень контроля со стороны больного человека и его окружения на то, что улучшает состояние, благотворно влияя на продолжительность и качество жизни. Мероприятия по контролю пожилых людей за достижением ремиссии при болезни: возможность выбора пищевых продуктов, назначение времени работы парикмахера, поиск библиотечных книг, забота о растениях. Это может быть также предоставление схем занятий по адаптивной физической культуре (АФК) [13,14,43]; доставка почты, ее прочтение людям со слабым зрением или помощь другим с корреспонденцией; организация ежемесячной подборки новостей из разных источников, организация дискуссий о событиях в мире и стране; планирование сюрпризов в дни рождения; умение поделиться любимыми рецептами; организация музыкальных вечеров, проигрывая старые любимые мелодии на аудиокассетах, обеспечение аудиокассетами книг слабовидящих людей.

У пожилых людей может возникнуть необходимость познания себя для избавления от страха смерти. МС может обсуждать с пациентом духовное равновесие, пути его обретения (молитва, медитация, встреча со священником, религиозные ритуалы, прочтение Библии или других религиозных писаний, прослушивание звукозаписей, посвященных вере).

Изменчивость – понимание того, с какой скоростью и степенью изменяются симптомы болезни по версии пациента. Жизненная энергия, которой обладают люди, дает возможность хроническим больным почувствовать собственную силу или повлиять на ход событий. Описано *пять типов энергетических возможностей* хронически больных пациентов: эксплуатация, манипуляция, соревнование, питание и интеграция. Жизненная сила – это способности, позволяющие обеспечивать уход или проявить беспокойство о благосостоянии других. Возможность опе-

кать себя или управлять событиями является основным источником решений, способности вызывать перемены или предотвращать их.

Помощь МС пациенту при ХНИЗ состоит в следующем:

- в эффективном преодолении критической ситуации помочь пациенту осознать характер угрозы;
- избегать назначения человеку методов преодоления, пользующихся преимуществом, предварительно не оценив ощущения, чувства, предложенные им способы решения проблемы и методы борьбы;
- позволять пациенту расспросы о болезни и удовлетворять их;
- выяснить информацию, определяющую особенности личности.

Для этого МС можно активно использовать следующие вопросы:

✓ Вы можете определить, что приводит Вас в состояние стресса или вызывает беспокойство?

✓ Что Вы думаете по поводу…(назовите определенную угрозу: приближение диагностических исследований, лечебные манипуляции, жизнь с определенной проблемой, связанной со здоровьем)?

✓ Что помогает Вам справляться с этими чувствами?

✓ Как бы Вы справились с подобной ситуацией некоторое время назад?

✓ Изменило ли это (например, болезнь) Вашу жизнь? Если да, то как?

✓ Что помогает Вам справляться с этими изменениями и стрессом?

✓ Как Вы переносите потери и приобретения, которые приносит болезнь?

✓ Что помогло Вам преодолеть трудности в прошлом?

✓ Вы пробовали применить эти методы в данной ситуации?

✓ Нравится ли Вам возможность получения подробной информации о тяжелом событии или угрожающей ситуации или Вы предпочитаете, чтобы она прошла мимо?

МС следует побуждать пациента делиться мыслями при помощи перечисления различных стратегий и спрашивая у пациента, имеют ли они для него значение.

✓ Важны ли для Вас религия и молитвы?

✓ Вы прибегаете к деятельности, отвлекающей Ваше внимание?

✓ Вы знаете какие-нибудь упражнения, способствующие расслаблению?

✓ Вы пробовали рисовать картинки в сознании?

✓ Вы делитесь с кем-нибудь, кто Вам дорог своими ощущениями, реакцией на что-то, страхами?

✓ Вы способны найти положительные стороны в большинстве ситуаций и сконцентрировать на них внимание?

✓ Вы охотно ищите помощь, которую Вам готовы оказать другие?

✓ Вы пытаетесь выкинуть трудности из головы?

✓ Вы полагаетесь на свою способность разрешать проблему?

✓ Вам когда-нибудь помогли мечты или фантазии?

Эти вопросы можно использовать для повышения эффективности преодоления кризисного состояния при ХНИЗ (прил.17,18).

Пациентам оказывается помощь в концентрации внимания преимущественно на объективной ситуации, а не на субъективных эмоциях, вызываемых ею, и негативных реакциях. Информация МС подаётся в ясном, понятном виде, как можно более точно. Описывают те физические ощущения, связанные с воздействием, что он будет чувствовать, видеть, слышать, обонять и ощущать на вкус. Цель применения саморегулирования - возрастание осознанного отношения к болезни ослабление ее абстрактного характера, рост уверенности при помощи сосредоточения внимания на объективном, а не на неприятном характере проблемы.

Главной целью стратегии саморегуляции пациента при наличии ХНИЗ является создание умственных схем, помогающих справляться с угрожающими проблемами, с целью минимизировать различия между ожиданиями и реальностью.

Существуют также эмоционально ориентированные стратегии, которые представляют собой попытки снизить или контролировать эмоции на неприятные события при помощи релаксации, глубокого дыхания, уделяя особое внимание спокойствию и практикуя успокаивающие разгово-

ры с самим собой: «Это скоро закончится. Со мной все будет в порядке. В таких хороших руках я не пропаду», направление внимание на воспроизведение приятных образов из памяти. Можно использовать проблемно ориентированные стратегии – те, что применяют информацию, которая указывает на то, чего стоит ожидать.

Одним из компонентов общения МС с пациентом с ХНИЗ являются позитивное самосознание (прил. 17,18). Осознание того, что человек думает и чувствует по отношению к себе сложно. Оно состоит из физического Я (тело), функционального Я (исполняемые роли), личного Я (моральное Я, идеальное Я и ожидаемое Я) и самооценки [135]. В сравнении с этим остальные потребности второстепенны. Принятию действий по улучшению здоровья предшествует осознание самоценности, на которое влияет хроническое заболевание. Ощущение меньшей ценности в силу болезни может провести к сравнению с дефектным механическим устройством. Исследователи называют хронические заболевания «четвёртым миром», состоящих из миллионов отчуждённых от повседневной жизни людей, не имеющих возможности общаться в силу болезни или лечении. Последствия перенесенной коронавирусной инфекции приводят у части пациентов к психическим расстройствам, в связи с чем, знание МС правил помощи стало особенно актуальным [37].

Помощь МС и близких лиц человеку, находящемуся в состоянии депрессии

Постоянно находиться рядом с человеком, переживающим депрессию – занятие тягостное. Состояние пациента для окружающих часто психологически непонятно, особенно когда депрессия возникла без видимой причины, среди жизненного благополучия. Нередко у близких людей возникает ощущение того, что пациент как бы притворяется, «валяет дурака», нарочно испытывает их терпение, «сам не знает, чего хочет». Создается порочный круг – из-за трудностей общения окружающие стараются избегать пациента, одиночество в свою очередь, усиливает у него симптомы депрессии (бездеятельность, чувство вины, ощущение никчемности), что еще более затрудняет общение с ним [9,49]; [эл. рес.29].

Для того чтобы правильно вести себя с подобными людьми, МСОП важно понимать что он действительно страдает, что его состояние – не каприз, а болезнь и что он действительно нуждается в помощи и поддержке. Существенную пользу пациенту можете принести (прил.17,18), если следовать ряду несложных правил поведения с лицами в депрессивном состоянии.

1. Депрессия – болезненное состояние, его не следует игнорировать, вышучивать, заявлять, что «это чепуха». МС следует избегать тривиальных подбадриваний, наигранной веселости, оживленности, советов «взбодриться», «выбросить дурь из головы», не нужно рассказывать анекдотов, постоянно шутить, пытаясь развеселить пациента, если он сам к этому не стремится. Держаться с пациентом нужно спокойно, ровно и без излишней эмоциональности. МС необходимо соблюдать осторожность в выражении иронии, помнить, что в состоянии депрессии чувство юмора нередко ослабевает или исчезает, при этом самые безобидные шутки пациент может принимать на свой счет, слышать в них насмешки и упреки в свой адрес.

2. Нельзя объяснять состояние пациента «слабостью воли», советовать «взять себя в руки» – прямым волевым усилием настроение изменить нельзя, пациент пытается сделать это, однако это ему не удается, в результате у него еще более возрастает чувство вины и собственной никчемности.

3. МС должны проявлять понимание и сочувствие, демонстрировать, что вам понятно состояние пациента, но не следует погружаться в болезнь вместе с ним. Не пытайтесь «вчувствоваться» или «разделить» его переживания, не подстраивайтесь под настроение пациента, не рассказывайте ему о своих неприятностях, потерях, горе, сохраняйте дистанцию между его и вашим психическим состоянием – вы полезны пациенту тогда, когда сами психически здоровы, уверены в себе и благополучны. Ситуация здесь примерно та же, как если бы пациент был человеком, который упал в колодец – вы нужны ему, когда находитесь не внутри, а снаружи.

4. МС следует стараться, возможно, больше времени проводить с пациентом, вовлекать его, где это только возможно, в любую полезную деятельность, а не отстранять от дел. Правильной будет поддержка больного человека в выполнении его задач, подчеркивание того, что он многое может делать и делает сам, но не напоминайте ему о прошлых успехах и достижениях. МС не следует выполнять роли няни, делать за пациента то, что он явно в состоянии выполнить сам, не стимулировать «выученную беспомощность».

5. Старайтесь посоветовать и помочь сделать так, чтобы день пациента был структурирован, имел свой распорядок, планировался заранее. Подъем, еда, работа, прогулка, отдых, общение,

сон и т.д. В ходе патронажа на дом МС не следует допускать, чтобы пациент утром долго залеживался в постели, раньше всех ложился спать или проводил день в одиночестве. Неважно, если планируемые дела относительно просты – это в любом случае лучше для состояния пациента, чем безделье или лежание в постели. МС следит и добивается выполнения больным человеком простых норм ухода за собой. Позитивно подкрепляйте даже самые небольшие его успехи. Если депрессия неглубока, то лучше всего вообще сохранить привычный режим дня и жизненные стереотипы, освободив пациента лишь от наиболее тяжелой и ответственной работы; не следует брать отпуск или ехать на море – это обычно не приносит облегчения.

6. Не допускайте никаких упреков, критики и замечаний, даже если пациент этого, на ваш взгляд, заслуживает. Человек в депрессии беззащитен и раним, даже в самых нейтральных, на взгляд МС, высказываниях он слышит критику в свой адрес и подтверждение того, что окружающие считают его плохим, никчемным, ни на что не годным. В том, что происходит с пациентом, нет его вины или злого умысла – такое может случиться с каждым из нас.

7. Постоянно напоминайте пациенту, что депрессия – состояние временное и обязательно проходит, не оставляя никаких дефектов в психике – надо просто потерпеть (особенно если пациент такие состояния ранее уже переживал). Если состояние пациента очень тяжелое, время тянется мучительно медленно и терпеть трудно, может помочь совет разделить время ожидания на отдельные дни и «жить в отрезке сегодняшнего дня» – «перетерпеть один день до вечера можно всегда, затем наступит ночь и завтрашний день, а там придет облегчение». Ясно и то, что ждать гораздо легче, если день пациента структурирован и он занят хоть какими-то делами, особенно если они являются мерами самопомощи. В любом случае полезно ведение пациентом дневника.

8. На период депрессии следует освободить пациента от необходимости принимать существенные решения по работе, в частной жизни, например, сменить работу, оставить учебу, распорядиться значительной суммой денег, вступить в брак или развестись, поменять квартиру или начать в ней ремонт и т.д. Во-первых, принятие любых решений для пациента в состоянии депрессии является мучительным, во-вторых, если решения и принимаются, то они чаще всего бывают ошибочными и их последствия приходится потом долго устранять.

9. МС следует понимать, что на период депрессии желания близости пропадают, сексуальная жизнь на время затихает. Нужно научить пациента относиться к этому спокойно, чтобы не усиливать у него чувство вины и несостоятельности.

10. Не раздражайтесь, не прекращайте усилий и не прерывайте отношений даже тогда, когда общение с пациентом не складывается, и он отвергает помощь, не хочет сотрудничать – наберитесь терпения и продолжайте делать свое дело, и через некоторое время результат придет.

11. Важно позволять пациенту, когда он того хочет, возможность свободно, не опасаясь критики, выговориться, рассказать о своих мыслях, переживаниях, опасениях. Если пациент хочет плакать, нужно подтолкнуть его к этому и дать выплакаться – это всегда приносит облегчение.

12. В процессе лечения МС является важным передающим звеном между врачом и пациентом, чем более она информирована, тем больше может помочь человеку. При посещениях пациентом врача сопровождайте его, беседуйте с врачом, рассказывайте ему о том, как, на ваш взгляд, меняется состояние пациента – это важно, поскольку оценка состояния самим пациентом и посторонними наблюдателями может существенно отличаться. Знайте схему приема лекарств, ненавязчиво контролируйте их прием пациентом. Если депрессия глубокая, сами давайте препараты пациенту и следите за тем, чтобы он принял их [5,9].

Сложным для МС без опыта является переход пациента к смерти как неизбежность земной части жизни. Об этом имеется значительное число душеполезной литературы. Без знакомства с ней полноценная помощь МС пациенту в ходе его умирания невозможна [121]. Свт. А Сурожский, военно-полевой хирург в годы Великой Отечественной войны, писал: «Молодые люди, которые ухаживают за больными, кроме того, что они дают больному возможность с благодарностью и открытостью принимать любовь, которая им дается – это очень важно – могут с ними сидеть в момент, когда больной уже не может никоим образом им сказать о том, что он сейчас видит и чувствует, но знать, что сейчас совершается переход, и быть с ним все это время, время перехода».

Резюме. Наблюдательность МС поможет распознать ранние признаки суицида [29]; [эл. рес. 29], внимание, сочувствие к пациенту являются обязательными компонентами квалифицированной медицинской помощи МС пациентами с наличием ХНИЗ. Как считал свт. Симеон Афон-

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

Отличительной особенностью взаимодействия МС с пациентом, страдающим ХНИЗ, является ее продолжительность, требующая навыков делового взаимодействия с применением психологии, этики, соблюдением прав пациента. Стратегия преодоления как метод, помогающий пациенту и его семье повысить качество жизни с хроническим заболеванием или зависимостью, оказывающий влияние на степень приспособления к болезни в течение жизни не является новым, но требует применения в деятельности МСОП. Коллегиальная модель взаимодействия МС с пациентом позволяет в наибольшей степени реализовать пациент-ориентированный подход и обеспечивает лучший терапевтический эффект.

Оптимизация функций МС может быть достигнута [4,15,24] не только формальным их изменением, но вместе с непрерывным самообразованием [25,31,38,41,42]; [эл. рес. 25,26,29]. Изменение представление Пвр и МС о своей профессиональной деятельности будет происходить на фоне личностного развития в сочетании с овладением новыми формами и методами оказания помощи людям.

Вопросы по самообразованию

1. Назовите способы преодоления ХНИЗ?
2. Какие варианты типологии преодоления трудностей при наличии у пациента ХНИЗ вам известны?
3. Какие приемы в помощи пациенту в депрессии вы могли бы применить в своей деятельности?
4. Каковы прогнозы по развитию отдельных сфер здравоохранения в период преодоления пандемии коронавирусной инфекции?
5. Какие стратегии сестринского ухода с целью сохранения самостоятельности пациентов с ХНИЗ вам известны?

Глава 14. Проблемы долгосрочного ухода за пожилыми и старыми пациентами в поликлинике и на дому. «Синдром жестокого обращения». Алгоритм действий медицинской сестры общей практики

Один из основных вызовов развитию здравоохранения в XXI веке, который подрывает социально-экономическое развитие во всем мире, становится бремя ХНИЗ и постарение населения в мире [4,10,110]; [эл. рес. 6,17]. На начало 2020 г. в Республике Беларусь насчитывалось более 2,3 млн. человек старше трудоспособного возраста [10]. Увеличивается ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении, в 2019 г. она достигла 74,5 лет, каждый пятый житель достиг пожилого возраста. Резолюции ВОЗ за период 1988-2019 гг. подчеркивают ведущую роль МС в решении задач медицинской и социальной помощи и повышении ее качества, включая уход [30,44, 54,96,108].

Потребность в этом виде медицинской помощи будет возрастать не только в Республике Беларусь в связи с особенностями демографических процессов текущего периода [10,110]; [эл. рес. 2,5,6,17]. Это касается беспрецедентного увеличения продолжительности жизни людей за последние 50 лет благодаря достижениям медицины и социальным технологиям. Значительным макроэкономическим последствием постарения населения становится рост потребности в медицинской помощи и социальных услугах. Известно, что расходы на медицинскую помощь пациенту пенсионного возраста в три раза больше, чем человеку трудоспособного возраста.

Рост коэффициента иждивенчества, как следствия снижения адаптационных возможностей организма, приводит к тому, что уровень потребности бенефициаров во всех видах медико-социальной помощи превышает уровень обеспеченности, составляя 1487,8±15,2 на 100 респондентов [10,97]; [эл. рес. 2,5,6]. Известные прогнозы ООН к 2025 г. свидетельствуют о том, что удельный вес людей старше 60 лет составит десятую часть человечества, следовательно, социально-экономические последствия протекающих процессов имеют всеобщий характер, но требуют различных действий в отдельно взятых странах [эл. рес. 12,17,21]. Давление на общественно-государственные расходы, обусловленные старением населения, возрастает во всех развитых странах: Швеции, Бельгии, США, составляя 20-40% всех расходов национального здравоохранения, что стимулирует поиск наиболее эффективных внебольничных форм обслуживания с учетом экономических возможностей страны [45,47]; [эл. рес. 2,5]. Объектом деятельности МС и социального работника является человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет качество жизни людей, отмеченных в программных документах, в том числе в Государственной программе [56] и Законе [57].

В настоящее время в мире существует определенное расстояние между системами здравоохранения и социальной помощи, которое в Республике Беларусь предстоит сокращать за счет совершенствования взаимодействия функций Пвр и МСОП в условиях становления работы ВОП (рис.15). Для полноценного взаимодействия МСОП следует ориентироваться в системе социального обслуживания. Она представлена государственными *органами* (Президент, Совет Министров Республики Беларусь, Минтруда и соцзащиты, местные исполнительные и распорядительные органы), государственными *организациями* (БСУ, хосписы, дома-интернаты для престарелых, детей-инвалидов, ТЦСО, специальные дома для ветеранов) и иными *юридическими лицами* (коммерческие и некоммерческие организации и индивидуальные предприниматели).

Система здравоохранения Республики Беларусь руководствуется принципами ООН (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 40/91) (другие всемирные Ассамблеи по старению-1982, 2015) в отношении реализации стратегии по обеспечению полнокровной жизни лицам преклонного возраста. Эта идея базируется на парадигме здорового старения, обсужденной в докладе «Старение и здоровье» (ВОЗ, 2015), в стране развивает число коек в больницах сестринского ухода [10,45]. Рекомендовано уйти от термина «активное долголетие», которое заменили на «здоровое старение» (понятие о функциональных способностях) [115]. Разработана Национальная стратегия Республики Беларусь «Активное долголетие -2030», определившая цель, принципы, задачи и направления государственной политики с учетом демографических тенденций и рисков.



Рис.15. Долгосрочный уход за пациентом посредством интеграции систем социального обеспечения и системы здравоохранения

Наблюдается дрейф системы здравоохранения в сторону сближения с системой социального обеспечения посредством формальной и неформальной поддержки престарелых и ослабленных людей. Желание государства сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста определяет роль и место в обществе, включая независимость, уход, участие в социальном развитии, возможности в реализации внутреннего потенциала пациента. Для решения этих вопросов в мире созданы национальные ассоциации, в 1950 г. – Международная ассоциация геронтологов [94], в г. Минске она существует с 1979 г.

В XIX в. считалось, что «Опасение, неуверенность, ожидание, надежда, страх неожиданности приносят пациенту больше вреда, чем любое напряжение» (Ф. Найтингейл, 1859). Развивая идею справедливого решения проблем старых людей посредством совершенствования ПМП, в Алма-Атинской Декларации (1978) участники отметили: «Первичная медико-санитарная помощь требует максимальной самообеспеченности общины и отдельных лиц, способствует этому, обеспечивая их участие в планировании, организации, осуществлении и контроле за медико-санитарной помощью при наиболее полном использовании местных, национальных и других имеющихся ресурсов, для этого развивает путем соответствующего просвещения навыки участия населения в этой работе» [100].

При этом обсуждении была поставлена задача: «…необходимо перестроить системы здравоохранения для более эффективного решения новых задач в области общественного здравоохранения, особенно потребностей пожилых людей. Для решения этих задач необходимо перестроить наше мышление, отказавшись от нынешней концептуальной модели здравоохранения. Оно должно быть ориентировано на выполнение функции, а не на болезнь, на предупреждение, а не на реагирование, на уход, а не на лечение, на обеспечение непрерывной и интегрированной, а не эпизодической и фрагментарной помощи» [100].

Поддержка самостоятельности в уходе становится важным пунктом помощи МСОП престарелому пациенту с ограничениями, объем которой составляет не более 20% от потребности (Goodwin, 2008-2014), однако реальность учреждений по уходу (больницы сестринского ухода (БСУ), интернаты, БОКК) и другие общественные организации, волонтеры реально помогают государству и семьям (до 80%). Известно 5 форм оказания социального обслуживания (стационарное, полустационарное, нестационарное, социальное и срочное социальное обслуживание), обеспечиваемое 103 БСУ, 8 хосписами для взрослых, отделениями паллиативной медицинской помощи в 24 БО, выездными патронажными службами на дом.

Разрабатываемая в Республике Беларусь модель интегрированной медико-социальной помощи базируется на приоритетных направлениях комплексной поддержки лиц, после завершения трудовой деятельности в период адаптации к статусу пенсионера, о которых МСОП и Пвр стоит помнить и учитывать в мотивации престарелых людей к активной жизни:

- ✓ поощрение здоровьесберегающего поведения в течение жизни;
- ✓ персонифицированный и интегрированный подход к оказанию медицинской помощи;

- ✓ развитие гериатрической службы как единой системы долговременной помощи;
- ✓ стратегический подход к сохранению психического здоровья в соответствии с потребностями престарелых пациентов;
- ✓ новые методики реабилитации на основе модели по мотивации активного долголетия пожилых людей;
- ✓ практика физкультурно-оздоровительных услуг пожилым гражданам; адресная работа по поощрению ЗОЖ на базе школ «Активное долголетие».

Для развития взаимодействия общества по качеству жизни пациентов на дому необходимы новые формы интегрированной помощи, развиваемые в рамках института ВОП. Участие всего населения в оказании помощи престарелым пациентам становится важной составляющей качества жизни этой категории населения. В Республике Беларусь создана гериатрическая служба – Республиканский центр геронтологии на базе УЗ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П.М. Машерова» (приказ Министерства здравоохранения Республике Беларусь от 26.05.2014 г. №572). В трех регионах страны (Минске, Могилевской и Витебской областях) имеется три гериатрических центра, в других областях центры работают на функциональной основе, действует 161 гериатрический кабинет.

Школа опеки: мост участия общества в качестве жизни пациентов на дому трудом медицинских сестер патронажных в команде врача общей практики

Для решения проблем, связанных со здоровьем пожилого человека в изменяющихся условиях и предложения новых форм помощи на дому необходимы специалисты – МСОП и социальные работники [43]. На основе методов системного анализа, статистического и социологического изучены перспективы совершенствования качества и доступности медико-социальной помощи, предусматривающие трехуровневую систему (врачей, МС и добровольцев) [39,96]; [эл. рес. 2,4-6].

На совещании ВОЗ для стран Европейского региона по развитию сестринского дела в 2011 г. [101] среди других вопросов рассматривались совершенствование непрерывного профессионального образования и поддержка программ и служб оказания сестринской помощи, ориентированной на потребности семьи, включая реализацию новых функций МСОП [24,28,32,34,35,37,39,42,43-49,74,82,83, 94,96]; [эл. рес.3,5,7]. Вопросами предупреждения социальной недостаточности, комплексной реабилитации и социальной поддержки уязвимых слоев населения занимается «Белорусская ассоциация социальных работников», которая объединяет людей на добровольной основе в совместном проекте БОКК, Красного Креста и платформы «Имена» «Патронажная служба в регионах», поддерживаемом Консорциумом швейцарского и германского Красного Креста, австрийским Красным Крестом.

В Республике Беларусь функционирует 4717 коек сестринского ухода в БСУ и 244 медико-социальных койки, средняя продолжительность госпитализации составляет 86,3 койко/дня [10]. Для улучшения качества помощи избранным группам пациентов на дому наиболее востребованной становится форма долговременного ухода на дому, патронаж, стационар на дому или смешанная форма, сочетающая стационар на дому, патронаж и паллиативную помощь.

Именно эти формы помощи на дому позволяют обеспечить «Цель медицины: если возможно – вылечить, если нет – облегчить, но всегда – утешить» (А. Паре). Обеспечение такого подхода возможно посредством не только расширения функций МСОП и Пвр, но и оптимизацией численности введением МС патронажной в дополнение в команде ВОП с учетом численности прикрепленного населения и потребности в уходе на дому. «Уход за больным – одно из самых сложных искусств. Сострадание может победить, но только знания подскажут, что делать» – отмечала в 1925 г. первый в мире профессор по сестринскому делу Ф. Найтингейл.

На основании компетенций в работе МС, предложенных П. Беннер, представляем компетенции МС патронажной в команде ВОП:

1. Понимание социальной значимости своей профессии и проявление интереса [эл. рес. 12-14].
2. Выбор типичных методов и способов выполнения профессиональных задач, оценивать их качество [109]; [эл.рес. 15,21].
3. Принятие решений по уходу в стандартных и нештатных ситуациях и нести за него ответственность [111,112].

4. Поиск и использование информации, необходимой для выполнения профессиональных задач и личностного развития [85,125]; [эл. рес. 26,28].

5. Использование электронные средства связи и электронного документооборота в ведении своей документации [27]; [эл. рес.7].

6. Самостоятельное определение профессиональных задач при наблюдении и уходе за пациентом [24,108]; [эл. рес. 25-29].

7. Проведение мероприятий обучения пациента и семьи формированию поведения, полезного для поддержания здоровья и реабилитации [4,13,43]; [эл. рес. 28].

8. Предоставление пациенту и его семье информации о сути проводимых медицинских вмешательств [2].

9. Сотрудничество с вспомогательными службами, общественными и иными организациями по сути комплексного решения проблем пациента (гл.11) [13,33-35,44,45,47-49]; [эл. рес. 29].

10. Соблюдать требования по эксплуатации медицинской аппаратуры и изделий медицинского назначения, обеспечивать безопасность лечебно-диагностических и реабилитационных процедур, требования эргономики (гл. 4).

Комплексный подход к лечению человеческого организма использовали врачи Древнего Китая, применяя диагностику заболеваний вместе с общим оздоровлением и единением человека с природой. Мыслитель и врач Древней Греции Гиппократ считал: «Осмотр тела – целое дело: он требует знания, слуха, обоняния, осязания, языка, рассуждения», что позволяло ему искать причины болезни, а не устранять лишь её симптомы. Задачей по приобретению навыков и умений при оказании помощи пациенту Пвр и МСОП является научить их особенностям гериатрического осмотра [5]; [эл. рес. 21,30].

Наличие неудовлетворенного спроса населения на социальные услуги и необходимость поиска ресурсов при их ограниченности привели к внедрению новых форм работы по медико-социальному обслуживанию пожилых граждан:

- оплата услуг на основе договоров пожизненного содержания с иждивением (ренты);
- предоставление возможности временного (до одного месяца) пребывания в БСУ для обеспечения социальной передышки ухаживающим за пожилым человеком членам семьи;
- социальное обслуживание в замещающей семье;
- механизм государственного социального заказа.

Особенности течения и осмотра при распространенных заболеваниях у престарелых пациентов:

- протекание заболевания скрыто, без четких симптомов, атипично [43];
- склонность к развитию осложнений;
- инфекции протекают без температурных реакций, вследствие снижения реактивности;
- болевой синдром неадекватно воспринимается самим пациентом;
- иная фармакодинамика медикаментозного лечения, в связи с чем, строгая индивидуализация доз и ее уменьшение в 2 раза;
- риск возникновения побочного эффекта лекарственной терапии в 1,5 раза выше в 60 лет; в 70-79 лет – в 7 раз чаще, чем у 20-29-летних пациентов, госпитализация из-за осложнений чаще в 2 раза, максимум летальных исходов от нерациональности фармакотерапии – в 80-89 лет [эл. рес. 20];
- полипрагмазия в отношении медикаментозного лечения, недоучет того, что подобные пациенты имеют сложную сочетанную полиорганную патологию [1,5];
- недопонимание полиморбидности и значения коморбидности* в пожилом и старческом возрасте [1,13];
- способ приема должен быть прост и понятен пациенту, целесообразно уменьшение приема жидких лек. форм вследствие тремора, ослабления зрения;
- выраженные психофизиологические особенности в возрасте старше 65 лет [43];
- в основе наблюдения за пациентом лежит функциональный и синдромный подходы, ориентированные на распознавание особых возраст-зависимых синдромов (мальнутриции, падения, когнитивного дефицита и деменции, саркопении, снижения остроты слуха и зрения, недержание мочи, стула, пролежни) [96].

Организация «Школы опеки» для обучения и обеспечения ухода на дому является новой формой труда МС патронажной в команде ВОП. Ее труд сочетает в себе трехэтапный механизм применения новых сестринских технологий, базирующихся на особой организации труда.

Качественный труд МС при оказании медицинской помощи обеспечивается присутствием 4 факторов труда:

- *человеческого фактора* – квалифицированный сотрудник желает работать в должности МС патронажной, обучен технологиям и стандартам, выполняет должностные инструкции, активно устраняет возникшие проблемы [28,45,47,49,74,80,81,87];

- *организационного фактора* – на рабочем месте МС имеются описание технологий, стандарты, должностные инструкции, регламент взаимодействия данной должности с работниками команды ВОП и подразделениями ОЗ [31,32,34,64,67,99,104,106];

- *технического фактора* – рабочее место оснащено всем необходимым для выполнения функций данного работника [43,75,88,92,96];

- *фактор времени* – работник наделен достаточным временем для выполнения своих функций и технологических процессов на уровне, соответствующем стандартам [119]; [эл. рес. 11].

Таким образом, научная организация труда (НОТ) МС патронажной позволяет наилучшим образом обеспечить использование материальных и трудовых ресурсов, систематизирует безопасные приемы и методы технологий сестринской деятельности, предоставляет условия для ее творческой инициативы [эл. рес. 18,19]. Внедрение НОТ способствует личностному и профессиональному развитию МС и Пвр, повышает их самооценку, уверенность в себе, стабилизирует производственные отношения, снижает уровень профессиональных стрессов, утомления.

Работа ВОП и заведующего отделением по внедрению НОТ на конкретном терапевтическом участке проводится в соответствии с планом, в определенной последовательности, с учетом взаимосвязей между подразделениями различных служб ОЗ [31,41,66,71,81-83,94,100]; [эл. рес. 25,29,30].

Издание директивного документа об организации комплекса мероприятий НОТ [45] на участке ВОП состоит из регламентированных этапов:

1-й этап – определение конкретных направлений НОТ, составление перспективного плана;

2-й этап – утверждение плана НОТ и информирование сотрудников;

3-й этап – определение эффективности и дальнейшее совершенствование управления внедрением мероприятий НОТ.

Для отдельных рабочих мест МС патронажной уделяется внимание рациональному разделению самого процесса труда, эффективному использованию рабочего времени, удобству планировки рабочего места, наличию различных приспособлений, облегчающих труд и повышающих его производительность.

Помимо вышеописанного, МСОП необходимо использовать медицинскую реабилитацию для своих подопечных. Традиционно это физиотерапия и трудотерапия, представляющая активный метод восстановления и компенсации нарушенных функций в ходе медико-социального ухода*.

Диапазон видов трудотерапии широк и находится в промежутке между *тонизирующей* (общеукрепляющей) трудотерапией, создающей психологические предпосылки для реадаптации [5,115], проходя далее через *бытовую* трудотерапию, направленную на устранение беспомощности больного при самообслуживании обучением его различным действиям. После этого следуют *восстановительная* (функциональная) трудотерапия и помощь в восстановлении нарушенной патологическим процессом функции пациента, применяя также *развлекательную* трудотерапию в соответствии с интересами человека [13,43,115].

МСОП следует сохранять надежду* у пациента, следуя совету ученика Сократа, мудрого Агафона: «Всегда вероятно наступление невероятного».

Выделение клинико-реабилитационных групп для наблюдения Пвр или МСОП за пациентами позволяет учесть объемы предоставляемой помощи пациентам на участке ВОП.

Выделение клинико-реабилитационных групп (Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., 2016)

I клинико-реабилитационная группа – пациент не имеет умеренных и выраженных ограничений общей двигательной активности и когнитивных нарушений;

II клинико-реабилитационная группа – пациент имеет умеренные нарушения гериатрического статуса их делят на 2 подгруппы:

2.1. Пациенты с наличием умеренного когнитивного дефицита при отсутствии нарушений или легкой степени нарушений общей двигательной активности;

2.2. Пациенты с умеренными нарушениями общей двигательной активности, у которых не выявлено когнитивных нарушений;

III клинико-реабилитационная группа – пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса, тоже подразделяют на 2 подгруппы:

3.1. Пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций;

3.2. Пациенты со значительными нарушениями общей двигательной активности и тяжелым когнитивным дефицитом (терминальная стадия старческой астении) [5,13,14,43,45].

В настоящее время известно три ступени долговременной помощи престарелым пациентам. Они включают *институциональную* ступень (реабилитация в условиях специализированных отделений общих больниц, хоспис, уход при выздоровлении), ступень *по месту жительства* (стационары дневного пребывания для реабилитации и медико-социальный уход) и *на дому.* Эта ступень включает медицинский уход, мониторинг состояния пациента как составной части системы услуг пожилым и старым людям в форме центров дневного пребывания ТЦСО, центров психического здоровья, хосписов [4,13,43,96]; [эл. рес. 25,29].

Направления работы по совершенствованию медико-социальной помощи на участке ВОП:

- разработка и (или) совершенствование нормативных правовых и локальных актов, определяющих роль и функции специалистов на участке ВОП [эл. рес. 12,14,18];
- перераспределение функций в деятельности Пвр и МСОП с учетом появления новых специальностей в соответствии с целями и задачами Концепции развития сестринского дела [84,105];
- развитие новых моделей (гл.12) и технологий осуществления сестринского ухода, расширение форм деятельности Пвр и МСОП;
- усиление профилактической направленности в деятельности специалистов сестринского дела посредством восстановления полного объема диспансеризации и применения скрининговых методов исследования здоровья населения [28,34]; [эл. рес. 18];
- повышение уровня профессиональной компетентности Пвр и МСОП через совершенствование системы базовой профессиональной подготовки с использованием симуляционного обучения, непрерывного профессионального образования, стимулируемого системой аккредитации ОЗ;
- внедрение методов наставничества в ОЗ;
- совершенствование информационной среды для МС и Пвр, включая систему непрерывного профессионального образования и общественные организации;
- создание условий и элементов мотивации для проведения научных исследований в сестринском деле с последующим их использованием в практическом здравоохранении и системе непрерывного профессионального образования;
- популяризация этических примеров деятельности специалистов сестринского дела с публикацией в профессиональных изданиях для МС;
- повышение профессионального статуса медицинских сестер с высшим образованием;
- совершенствование деятельности профессиональных общественных объединений специалистов сестринского дела, активное их привлечение к сотрудничеству в реализации мер по развитию сестринского дела;

Преимущества организации медицинской помощи престарелым пациентам на дому очевидны и доказаны: выздоровление происходит в более ранние сроки («дома и стены лечат»); домашняя среда комфортнее больничной обстановки, поскольку имеет место большая ответственность за уход со стороны близких и родных людей;

СПРАВКА. Заболеваемость престарелых лиц в семье в 2 раза ниже, чем у одиноких в доме-интернате, смертность – в 3 раза ниже, средняя продолжительность жизни значительно выше (Шабалина В.Н, 2005). Пациенты меньше страдают от бессонницы и реже принимают снотворное из-за нарушения сна в условиях больничной палаты; ощутима экономия времени для членов семьи в связи с отсутствием необходимости частого посещения больничной организации; экономия средств семьи и бюджета против других видов лечения.

Одной из задач, позволяющих повысить эффективность и качество сестринской помощи, является разработка механизма внедрения инновационных сестринских технологий в практику ОЗ.

Основными условиями реализации механизма использования новых сестринских технологий являются:

- теоретическая и практическая подготовка среднего медицинского персонала к реализации Концепции сестринского дела [7,8,23,25,30];
- нравственная готовность административного аппарата (руководителя ОЗ и ВОП) к реализации Концепции сестринского дела;
- наличие системы профессионального усовершенствования для всех категорий работников [7];
- отработанный механизм материального стимулирования;
- наличие средств малой механизации [45]; [эл. рес. 21].

Наиболее эффективным в настоящее время признан трехэтапный механизм применения новых сестринских технологий.

Первый этап – подготовительный, включающий теоретическую подготовку МС и Пвр по теории и практике сестринского дела, создание комплекта сестринской документации [27,96]. При подготовке сестринской документации основной целью является создание того объема документов, который необходим для планирования и ведения сестринского процесса, без увеличения функциональной нагрузки на персонал. Перегрузка работы МС документацией может привести к превращению сестринского процесса в формальное действие, которое может сократить время ее непосредственного общения с пациентом.

Продолжают совершенствоваться дневники планирования сестринского ухода, сестринская история болезни как вкладыш к основной карте пациента, листы динамического наблюдения за состоянием пациента [81,85,109]. Поскольку проблемы и цели ухода уникальны для каждого пациента, разработаны медико-технологические протоколы для всех потребностей пациента [96], которые из бумажного носителя легко перевести в электронный формат (электронную карту пациента, электронный рецепта) [51,58,72,80,85].

Разработанные протоколы и листы динамической оценки за состоянием пациента [96] обеспечивают:

- улучшение качества медицинской помощи;
- создание условий для активной и осознанной работы МС и Пвр, расширение возможностей для самостоятельной работы с пациентом;
- контроль эффективности и качества оказания медицинской помощи;
- адаптацию современной теории сестринского дела к работе в практическом здравоохранении без значительной функциональной реорганизации;
- вовлечение пациента в процесс собственного лечения [34,49,56].

Второй этап – практический. Это разработка, внедрение, адаптация сестринского процесса, его базовых положений [42], применение новых сестринских технологий согласно новой адаптационно-ситуативной модели ухода за пациентом (гл.12).

Сестринский процесс требует от МС не только соответствующей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное наблюдение и контакт с пациентом на дому делают МС патронажную основным звеном между пациентом и внешним миром.

Сестринский процесс состоит из *пяти* основных *этапов*.

1. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод - это физиологические, психологические, социальные сведения о пациенте. Источником информации на этом этапе является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение сведений из медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод включает физическое обследование пациента, с оценкой и описанием различных физиологических параметров, это внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека. В обследование также входит измерение роста пациента, опре-

деление массы его тела с определением индекса массы тела, измерение температуры, подсчет и оценка частоты дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом всех этапов является документирование полученной информации, формирование вкладыша в историю болезни пациента в форме протокола - документа самостоятельной профессиональной деятельности МС и Пвр при уходе на дому [34,40,47-49,96].

2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяют на *существующие* и *потенциальные*. Существующие проблемы - это те, которые беспокоят пациента в момент обследования. Потенциальные - те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, МС определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие проблем здоровья, выявляет сильные стороны пациента, которые он может противопоставить болезни.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, МС или Пвр должны определить *систему приоритетов*. Приоритеты классифицируются как *первичные* и *вторичные*. Большей важностью обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на течение болезни. Важен учет коморбидности*[1].

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между *врачебным* и *сестринским диагнозом* существует *различие* [42] . *Врачебный* диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а *сестринский* основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

Американская ассоциация МС, например, в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве сестринских диагнозов они используют такие словосочетания, как «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство» и т.п.

3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов на долгосрочный или краткосрочный период времени.

Формулируя цели ухода и наблюдения, МС необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дату, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия достижения цели (с помощью чего и кого). Например, «цель - пациент к 5 января с помощью МС должен вставать с кровати». Действие – вставать с кровати, критерий – 5 января, условие – помощь МС.

Определив цели и задачи по уходу, МС составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия МС по уходу, записываемые во вкладыш в историю болезни.

4. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает МС для обследования, лечения, реабилитации пациентов, профилактики осложнений заболевания. Существует три категории сестринского вмешательства (ВОЗ). Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением.

Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые Пвр и МСОП по собственной инициативе, руководствуясь личными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация его досуга и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность МС с врачом, а также с другими специалистами. При всех типах взаимодействия ответственность МС и Пвр исключительно велики.

5. Оценка эффективности сестринского ухода базируется на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства МС. Критериями оценки сестринского ухода служат: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства и оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода. Для оценки степени достижения поставленных целей сестринского ухода используют оценку эффективности влияния помощи МС на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Заключительным, *третьим этапом* внедрения сестринского процесса в практику здравоохранения является исследование адекватности адаптации новых сестринских технологий к условиям ОЗ, проведение анализа и статистической обработки сестринской документации для оценки эффективности качества помощи.

Положительные аспекты внедрения сестринского процесса в практику МСОП:

- закрепление сестринских кадров;
- интенсификация работы койки стационара дневного пребывания;
- повышение профессионализма МС посредством практики, непрерывного совершенствования своих умений и навыков при поддержке наставников;
- улучшение условий труда МС (средства малой механизации, электронные приставки для дистанционного консультирования);
- система документального подтверждения ухода за пациентом;
- четкое планирование и организация рабочего времени МСОП и Пвр.

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела, это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, направленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества [2,26,122].

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. Разумное милосердие есть отличительная черта современного человека, медицинского работника в том числе, имеющего в Беларуси глубокие исторические корни, однако истоки такого поведения различны. Так, преп. авва Дорофей считал: «Ибо тремя образами, как говорит Василий Великий, можем мы делать добро: или делаем доброе, боясь мучений, и тогда мы находимся в состоянии *раба*; или для того, чтобы получить награду, и тогда мы находимся в состоянии *наемника*; или делаем добро ради самого добра, и тогда мы находимся на степени *сына*: ибо сын исполняет волю отца не из страха и не потому, что хочет получить от него награду, но желая угодить ему, почтить и успокоить его. Так и мы должны подавать милостыню ради самого добра, сострадая друг другу, как своим членам, и так угождать другим, как бы мы сами принимали от них услуги. Подавать так, как будто бы мы сами получаем. И вот это и есть разумная милостыня» [106,121].

Несмотря на возрастание культуры человеческого общества в целом, и проявлений гуманности общества к слабым и обделенным людям, в специальной литературе встречается понятие о «синдроме жестокого обращения*» со старым человеком. С последовательностью социального расследования* и с алгоритмом действий МСОП и Пвр в случае выявления признаков насилия должны быть знакомы все [39].

Признаки семейного неблагополучия, которые могут влиять на качество жизни и доступность долгосрочного ухода за престарелыми людьми

- социально-экономические (например, малообеспеченные семьи, где есть безработные);
- медико-санитарные (антисанитария в содержании старого человека, отказ от его лечения, признаки жестокого обращения);
- социально-демографические (дети престарелых граждан – лица без определенного места жительства, ранее отказывавшиеся от собственных детей);
- психолого-педагогические (равнодушие, отказ от контактов с социальной службой, МСОП);
- криминально-аморальные (дети престарелых родителей – бродяги, состоящие в деструктивных религиозных сектах или на учете в органах МВД, наркоманы и лица с иными зависимостями, принадлежащие к криминальному миру).

Наличие этих признаков – SOS для пожилого и старого человека. Именно семейное неблагополучие нередко становится причиной травм и даже смерти инвалидов и престарелых. В Республике Беларусь в 2019 г. констатирован уровень смертности от естественных причин среди лиц старше 60 лет – 62,6% смертей, от так называемых «внешних причин» в целом 55,8%: следствия случайных отравлений алкоголем (20,5%), несчастных случаев и самоубийств (по 14,8%), случайных утоплений (5,7%).

Специалистам по медицинской и социальной поддержке семей следует знать опасные для здоровья и жизни пожилых и старых людей ситуации, влияющие на степень зависимости от

внешнего ухода, риск получения травмы. Необходимо четко понимать, как конкретный этап развития человека из-за особенностей психо-физического развития влияет на возможность получения им травмы, и каковы потенциальные стратегии предотвращения травматизма престарелых.

Самым вопиющим признаком семейного неблагополучия является домашнее насилие, существующее во всем мире, вне социального статуса, может происходить в богатых и бедных, в городских и в деревенских семьях, у людей с высшим образованием и без образования. Официальной статистики по случаям домашнего насилия в Республике Беларусь в открытом доступе нет. Принято считать, что в бедных семьях чаще встречается физическое и сексуальное насилие, а в обеспеченных – психологическое и экономическое. Причем именно экономическому насилию уделяется незаслуженно мало внимания, а именно оно во всем мире выходит на лидирующие позиции.

Связано ли домашнее насилие напрямую с алкогольным опьянением агрессора? Нет, оказывается, у многих алкоголь может быть лишь оправданием («выпил – поднял руку»), а на самом деле агрессию и насилие в адрес старых людей и женщин проявляют как пьяные, так и трезвые. Психологи утверждают, что насилие в семьях больше зависит от характера и привычек членов семьи, а не от алкоголя.

Известно, что органами правопорядка Республики Беларусь в 2017 г. было выписано более 5 000 защитных предписаний, после нарушения которых, наступает юридическая ответственность агрессоров в семье. Ежегодно органами МВД фиксируется около 2 000 преступлений, совершенных в быту. Каждый день в органы МВД поступает около 100 обращений от граждан, страдающих от семейно-бытовых конфликтов (юридически этот вид преступлений в Республике Беларусь называется именно так).

Синдром жестокого обращения с престарелым человеком

Самой распространенной формой домашнего насилия является проявление жестокости по отношению к старому больному человеку, наиболее часто встречающееся в семьях высокого социального риска. Синдром жестокого обращения с человеком (за рубежом – синдром «битого и оскорбленного») (СЖО) – нарушение здоровья пациента в результате насилия, допускаемого родственниками, опекунами, воспитателями и др. Насилие над старым больным человеком – актуальная и разносторонняя государственная и личная проблема каждой семьи, решаемая на социальном уровне.

СЖО имеет огромные масштабы, в различных формах и проявлениях существует во всех странах, независимо от общественного и государственного строя. Каждая из стран имеет свой опыт борьбы с данным негативным явлением. В Украине, Молдове и других странах приняты государственные Законы «О домашнем насилии», в Республике Беларусь готовится Закон «О социальной профилактике насилия». Участниками социальной профилактики являются социальные и медицинские работники совместно с участковыми инспекторами милиции. Помимо медицинских задач одновременно следует рассматривать материальные, правовые, социальные, педагогические и этические проблемы человека, подвергшегося жестокому обращению.

К группе риска по СЖО относятся пожилые и старые пациенты:

- инвалиды или взрослые дети с наследственными заболеваниями;
- из асоциальных семей, где внутрисемейное насилие является стилем жизни, родители употребляют алкоголь, наркотики, страдают депрессией;
- из семей с престарелыми и тяжелыми хроническими заболеваниями родственников, нуждающихся в уходе;
- из семей безработных при наличии материальных проблем, лиц, перенесших жестокое обращение в детстве, социально изолированных лиц.

Причины СЖО: жестокость как элемент непреднамеренного поступка и как проявление психического недуга взрослого; социальная запущенность (лишение пищи, одежды, безнадзорность, препятствие к получению медицинской помощи и образования); сексуальное преследование; наркомания; пренебрежение к старости и неоказание своевременной медицинской помощи при болезни.

Косвенные признаки, позволяющие МСОП и Пвр заподозрить СЖО

Травмы, кровоподтеки на спине, гематомы в неожиданных местах, необычные ожоги, следы линейных кровоподтеков после ударов палкой, петлевидных кровоподтеков от ударов ремнем

или проводом; следы стягивания веревкой; ожоги, обваривания кипятком в виде перчаток или носков; винтообразные переломы бедра; укусы; выбитые зубы, разрывы или порезы во рту, на губах. Медицинских работников могут привлекать к экспертизе давности имеющих место кровоподтеков у престарелых.

Цвет кровоподтеков в зависимости от давности их получения:

0-1 день – от красного до синего;

1-5 дней – от синего до пурпурного;

5-7 дней – от зеленого до желтого;

8-10 дней – от желтого до коричневого.

Спустя 1,5-4 недели следы кровоподтека на коже исчезают.

Неслучайный характер травм подчеркивают множественные, разной давности кровоизлияния, появление их после выходных и праздничных дней. Сексуальный характер насилия выявляют при осмотре гениталий, области ануса, его «зияние», следы спермы, признаки заболеваний, передаваемых половым путем.

Противоречивые и путаные объяснения причин травм взрослыми опекунами, неспровоцированная агрессия к медицинскому персоналу, отсутствие эмоциональной поддержки в общении с пострадавшим пациентом.

Осматривая избитого старика, Пвр и МСОП следует ответить на четыре вопроса:

- Согласуются ли обстоятельства травмы, описанные родственниками, опекунами, с результатами осмотра?
- Убедителен ли механизм повреждений, поясняемый свидетелями, с учетом возраста и функциональных возможностей старого человека?
- Случались ли повторные повреждения у этого пациента?
- Своевременно ли обращение родственников, опекунов за медицинской помощью?

Тактика поведения МСОП, Пвр при выявлении признаков СЖО

Нередко являясь единственными свидетелями отношения родственников, опекунов к престарелому человеку, Пвр и МСОП играют главную роль в выявлении СЖО и его справедливом, нравственном разрешении в пользу пострадавшего. В каждом случае ВОП, Пвр и МСОП обеспечивают амбулаторную медицинскую помощь, при необходимости – госпитализацию. Следует сделать подробное описание всех телесных повреждений и объективной клинической картины для последующего решения социально-правовых вопросов с юристом при проведении социального расследования*.

Обязательна психологическая поддержка жертвы внутрисемейной агрессии. Информации о каждом выявленном случае СЖО передается руководителю ОЗ здравоохранения и в органы МВД, при возможности – консультация психолога.

Также важны знания МСОП и Пвр по обучению пользованию средствами передвижения инвалидов, старых людей. Предупреждение рисков для жизни в работе с инвалидом-колясочником является важной функцией деятельности МС патронажной, о чем существует недостаточное число публикаций и инструкций, в связи с чем, практико-ориентированное обучение МС патронажных обязательно должно включать подобные навыки [эл. рес. 13,23].

Многие хронические неинфекционные прогрессирующие заболевания приводят к ряду ограничений, осложнений и инвалидности. Тяжелая инвалидность вследствие диабетической «стопы» при неблагоприятном течении сахарного диабета, онкологической болезни, ВИЧ/СПИД, например, приводят к стойкой утрате не только трудоспособности, но и нарушению самообслуживания. В связи с этим, знание МС основных принципов и особенностей подбора кресла-коляски является признаком ее компетентности и обеспечит качество ухода за инвалидом, что также расширяет диапазон ее функций.

Правильный совет МС можно дать, только, ознакомившись с принципами подбора инвалидных кресел – колясок и изучив требования к ним. Помимо этого, психологический и физический статус пациента при подборе кресла-коляски определяется состоянием организма, которое зависит от факторов окружающей среды, для сохранения безопасности и комфорта пациент вынужден полагаться на опыт МС. Плохо подобранное кресло-коляска может стать причиной травм, вторичной деформации, вынужденной недееспособности, иных осложнений необратимого характера [43]; [эл. рес. 23]. Специальных требований, предъявляемых к снятию мерок с больного,

не существует, однако желательно, чтобы кресло-коляска максимально соответствовала его размерам. МС следует обучить правильному подбору инвалидного кресла-коляски и технологии замеров пациента в 6 основных позициях: ширина сиденья; глубина сиденья; длина ног; высота сиденья; высота предплечий; высота спинки.

Примерный диапазон взаимных функций осуществления и обучения МС семьи и пациента в «Школе опеки»:

- определение высоты спинки кресла; посадка пациента в кресле-коляске;
- положение коленей, стоп, положение позвоночника и туловища, головы;
- знание особых вариантов положения пациента сидя (например, больных с ампутированными нижними конечностями или посадка больных с травмами спинного мозга);
- предупреждение образования пролежней; увеличение мобильности больного, включая самостоятельное передвижение;
- предупреждение пролежней и их оценка по шкале Нортон;
- улучшение физиологических функций организма пациента.

Немаловажно удовлетворение социальных потребностей пациента. Правильный совет МС, если пациент хочет продолжать свои занятия в школе или институте (лучший вариант – кресло с электрическим приводом) или при недостаточно высоких общественных потребностях (приемлемо кресло с ручным управлением) – и эти нюансы требуют высокого профессионализма МС. На принятие окончательного решения могут оказывать влияние такие особенности, как уход за пациентом в сельской местности и требования транспортировки [28,43].

Средства малой механизации, методики ухода и медикаментозные средства могут со временем меняться, однако принцип раннего начала предупреждения осложнений, базирующийся на патогенезе их развития, остается неизменным [45]; [эл. рес. 12,13].

МС, обучающие пациентов и их родственников основам предупреждения ранних и поздних осложнений в «Школе опеки», стоит запомнить и чаще использовать тезис о том, что повторение – мать учения (прил.19,20). Продолжением длительного взаимодействия МС с семьей пациента является организация междисциплинарного взаимодействия команды ВОП со службой ТЦСО населения и системой учреждений социального типа (дома интернаты Министерства труда и социальной защиты) [43].

Социализации и возрастанию роли МС патронажной в обеспечении лучшего качества ухода может способствовать введение модифицированных комплексных технологий медико-социального партнерства в наблюдении за престарелыми пациентами, инвалидами. Этому способствует развитие амбулаторно-поликлинического и домашнего этапов медицинской реабилитации, потребность в которой в стационарах составляет 60-65% от общего числа больных, в условиях АПО – от 53,4% до 40%, а в санаториях возможности функционирования сети превышены в 3,5-4 раза [97].

Понятен следующий шаг системы здравоохранения для улучшения качества жизни человека исходя из ЦУР: необходимость материально-технического обеспечения труда команды ВОП и возрастание экономической составляющей мотивации труда Пвр и МС, способствующих более полному раскрытию их потенциала в применении новых технологий ухода. В ходе профессионального развития специалисты адаптируются к фактическим условиям профессиональной деятельности, что позволяет трудности их деятельности уменьшить, через разработку программ в системе дополнительного образования, обучающих семинаров и ситуационных задач, тренингов по симуляционному обучению МС, акушерок, Пвр в команде ВОП [21,114].

Перспективой совершенствования качества медицинской помощи становится развитие общественных сообществ МС с БОКК, ТЦСО и привлечение к уходу добровольцев.

Экономия финансовых средств за счет этого только в Службе сестер милосердия БОКК в зависимости от числа посещений в год и расходов на одно посещение составила 6 тыс. для МС, а для социальных работников – 11,76 , что позволило сэкономить государству от 9 до 297 млн. бел. руб. (в ценах на 2012 г.) [48].

Пандемия коронавирусной инфекции выявила особенности организации помощи населению, для обеспечения которой было задействовано 45% всех средних медицинских работников и 35% врачебных кадров. Также перепрофилировано более 34 тыс. краткосрочных коек, создано 1,5 тыс. контактных бригад скорой медицинской помощи, развернуто 59 ПЦР лабораторий, отрабо-

тана система изоляции контактов 1 уровня, повлиявших на доступность медицинской помощи в этот эпидемиологический период [37,92].

Мотивацией МСОП и Пвр к творческой работе на участке с пациентами могут стать, не только материальная заинтересованность, но инициатива и творческая работа, дающая возможность самореализации, социальные гарантии, а также реализацию нравственного подхода к уходу за опекаемыми на участке ВОП пациентами.

Сопереживание, доброта и участие медицинских работников особенно ярко проявились в ходе преодоления пандемии COVID-19. Оно полностью подпадает под определение милосердия, данного свт. Тихоном Задонским: «Милосердие есть выражение любви, оно одно ходатайствует пред Богом и просит у него милости для благодетеля. Богу бывает любезнее не тот человек, который упражняется только в молитве, но тот, кто приобрел в своем сердце милосердие, потому что молитва без милости – как глас вопиющего в пустыне, или дерево без плодов».

Впечатляет масштаб того, как белорусское государство оценило в 2020 г. труд медицинских работников по преодолению смертельной угрозы для людей. Всего награждено 23,5% МС и фельдшеров от числа всех награжденных. В I полугодии 2020 г. награждено:

- Званием «Отличник здравоохранения Республики Беларусь» 1 МС (всего 11 чел.)
- Почетной грамотой Совета министров Республики Беларусь 3 МС (всего 10 чел)
- Благодарностью Президента Республики Беларусь 2 МС (всего 7 чел.)
- Медалью «За трудовые заслуги» 7 МС (всего 38 чел.), что в значительной мере повлияло на мнение общества о роли МС в системе здравоохранения.

Резюме. Исходя из акцентов в докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров», видны направления развития сестринского дела на ближайшую и отдаленную перспективу. Прежде всего, задача не только педагогов, но родителей, священнослужителей – это воспитание высоконравственных специалистов, которые «… до самоотвержения любят всех людей и служат их временному и вечному спасению… Вообще нужно жить так, чтобы от каждого человека изливалась радость, мир, утешение, кротость (ровность) на всех окружающих» – как обрисовал нового человека преп. Сергий (Сребрянский) в кратком Уставе благочестия современного человека. Именно эти качества следует развивать в МС патронажной из команды ВОП для совершенствования ее функций в «Школе опеки» как мосте участия общества в качестве жизни пациентов на дому.

Совместными направлениями в модели медико-социального сопровождения пациентов становится развитие стационарзамещающих технологий оказания медицинской помощи лицам, нуждающимся в социальных услугах, внедрение модели помощи пожилым гражданам с когнитивными нарушениями, стимулирование неформального ухода за гражданами, утратившими способность к самообслуживанию и совершенствование повышения квалификации МС и социальных работников.

Значение образования МС современности в словах Т. Гебрейесуса, генерального директора ВОЗ, который 04.10.2018 г. отметил: «Без медсестер и акушерок всеобщий охват медицинскими услугами невозможен».

Для улучшения качества жизни престарелых, одиноких людей, а также лиц с психофизическими ограничениями осуществляют совершенствование программ обучения средних медицинских работников на основе политики государства в области здравоохранения. Рекомендаций ВОЗ о необходимости вложения средств в образование МС и социальных работников и их рабочие места в уходе на основе уважения прав и достоинства человека, а также совершенствования духовных институтов общества также способствуют совершенствованию подобной помощи [2,106,121].

Вопросы для самообразования

1. В чем состоят компетенции МС патронажной?
2. Назовите известные вам факторы труда МС и Пвр?
3. Какие этапы сестринского процесса вам известны?
4. В чем сущность сестринского процесса в адаптационно-ситуативной модели (гл.12) ухода на дому?
5. Знаком ли вам алгоритм действий в случае выявления СЖО в семье престарелого инвалида и устарело ли понятие «милосердие» в настоящее время?

Заключение. Сестринское дело сейчас в Беларуси

Избранная автором тема учебно-методического пособия «Управление сестринской деятельностью» актуальна для современного состояния оказания медицинской помощи, как была важна и ранее. Об этом свидетельствуют слова знаменитого организатора здравоохранения и хирурга с мировым признанием Н.И. Пирогов: «Я не верю в действие медицины самой по себе на уменьшение смертности масс и особливо в повальных болезнях. Будущее общественной медицины в руках государственной и научной администрации, а не врачебной техники. Только, идя рука об руку с рациональными государственными распоряжениями, во всех отраслях народного хозяйства и просвещения, медицина может содействовать уменьшению распространения и предотвращению болезненностей, и тогда этим косвенным путем, а не лечением может содействовать, наконец, и уменьшению смертности масс».

В обучении МС современности сохраняет актуальность девиз: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща» [эл. рес. 3]. Образование составляет основу того, что осуществляется руками медицинских работников - качества медицинской помощи для всех через достижение цели: реализации политики Министерства здравоохранения Республики Беларусь, ВОЗ «Здоровье-2020» и «Здоровье-2030», выполнение ЦУР с помощью принципа охвата всех этапов в жизни человека.

Динамика изменений в обучении сестринскому делу за значительный период времени [44] свидетельствует о последовательности его трансформации в пользу практической ориентированности, развития концепции партнерских взаимоотношений врача, МС, Пвр и возобновлении интереса к сестринскому уходу, обусловленного демографическими показателями [110]; [эл. рес. 17].

Темой Международного дня МС на 12 мая 2021 года президент Международного совета МС Аннет Кеннеди объявила «Медсестры – голос, чтобы вести», подтемой на 2021 год стало «Видение будущего здравоохранения», поэтому основное внимание в работе уделено перспективам в изменении должностных обязанностей МСОП и Пвр под руководством главной МС. В этой связи из приоритетов ВОЗ на ближайшее время в области сестринского дела акцент был сделан на сестринское образование, подготовку МС к исполнению новых функций в здравоохранении посредством расширения профессиональных обязанностей в системе ВОП.

Коллаборация деятельного сообщества в пилотном проекте «Гродненская университетская клиника», опирающаяся на взаимовыгодное сотрудничество опыта практиков и научных идей, общий интерес к решению комплексной проблемы пациента, становится стартовой площадкой для отработки технологии единения в целях качества лечения и качества образования, в результате чего достигаются общие цели помощи больному человеку.

Предвидение будущего в области сестринского дела осуществляется со значительным ускорением в связи с глобальной пандемией коронавирусной инфекции, потребовавшей проведения большей части мероприятий в режиме онлайн. Ускорена необходимость адаптации и увеличения использования таких технологий, как телемедицина, ее использование резко возросло в 2020 г. в результате ограничений, связанных с социальным дистанцированием. Помимо снижения риска передачи инфекции, консультации врачей и МС стали более доступны, например, для тех, у кого проблемы с подвижностью, экономят время пациента и врача.

Внедрение удаленного мониторинга пациентов, вероятно, будет расти. Ожидается рост на более чем 28% в период 2019-2025 гг. проникновения в жизнь людей «умных гаджетов», появление роботов и роботизированных платформ в области телемедицины, укрупнение телемедицинских компаний, их объединение с другими участниками рынка здравоохранения, что будет способствовать росту этого рынка. Расширенный выбор для пациентов количества приложений и онлайн-инструментов, предлагающих терапию, позволит им иметь больший выбор в том, какой вид лечения они получают, как такие услуги предоставляются. Например, приложения, которые измеряют уровень сахара в крови для пациентов, подверженных риску сахарного диабета, могут помочь им сделать выбор в образе жизни, чтобы улучшить свое здоровье, не полагаясь на традиционные лекарства, или ограничения физической нагрузки под контролем ЭКГ лицам с рисками БСК.

В 2021 г. ОЗ в развитых странах будут работать над решением проблемы отсутствия у людей устройств или цифровых навыков, что сделает телемедицину по-настоящему распространенной. Такие технологии могут помочь здравоохранению в идентификации людей с высоким риском заболевания, в персонализированных рекомендациях по дозировкам, основанных на химии организма каждого пациента, а также автоматизации напоминаний о потреблении лекарств в определенное время. Благодаря многочисленным научным статьям в 2021 г. правительства и медицинские организации во многих странах будут работать вместе над решением проблемы по повышению уровня цифровых навыков медицинских работников и людей.

Преимущества в сфере здравоохранения таких технологий как автоматизация были особенно заметны в 2020 году, когда активно действовали развернутые для помощи в классификации, распространении результатов тестирования на COVID-19, планировании визитов врачей, вводе данных и других задач административного управления при ограниченных ресурсах.

Становятся перспективами недалекой научной практики исследования в области генного редактирования в НАН Беларуси, которые помогут ученым использовать эти знания при болезнях и травмах, для развития «точной медицины» [52,]; [эл. рес. 18], при которой лечение разрабатывается согласно индивидуальному генетическому профилю пациента, что может стать революцией в здравоохранении.

Рост роли искусственного интеллекта обусловлен ключевым местом в борьбе с COVID-19 – для анализа снимков грудной клетки, прогнозного моделирования, разработки вакцин. Искусственный интеллект может упростить жизнь пациентов, врачей и менеджеров ОЗ, выполняя задачи, обычно осуществляемые людьми, но за меньшее время и с меньшими затратами. Потенциал этой технологии в медицине только начинает реализовываться, внедрение искусственного интеллекта в системы здравоохранения будет продолжено в таких областях как анализ данных о пациентах для выявления ранних признаков заболевания, развертывание систем искусственного интеллекта в операционной, обеспечения возможности проведения точной хирургии.

Здравоохранение на рабочем месте заставит организаторов здравоохранения компаниям, сохраняющим рабочие места врачей и МС открытыми во время пандемии, неизбежно принимать меры по обеспечению безопасности сотрудников. Предполагается расширение этой тенденции.

Повышенный спрос на услуги в сфере психического здоровья подтвержден статистикой посткавидных осложнений в Республике Беларусь. Месяцы карантинов по поводу неизвестного вируса привели к увеличению проблем с психическим здоровьем (стресса, бессонницы, тревоги, депрессии). Услуги по охране психического здоровья были нарушены или полностью прекращены в 93% стран мира. Это означает, что больше людей, чем когда-либо, пытаются получить помощь, в которой они нуждаются, но все это осложняется и ухудшением уровня жизни людей. Цифровая терапия и приложения для психического здоровья могли бы помочь удовлетворить этот спрос и, по оценкам экспертов, 31% процент всех виртуальных консультаций в 2021 г. будут направлены на поддержку психического здоровья. Это потребует диспансеризации лиц, переболевших COVID-19; оказания им психологической помощи – ст. 2 [57,67]; диетического питания на рабочих местах, если позволяют условия работы и дополнительные формы стимулирования в Трудовом коллективном договоре ОЗ.

Помимо достоинств массового внедрения цифровых технологий в здравоохранении, которое привело к увеличению объема данных, хранящихся в облачных платформах, оно обострило проблемы безопасности персональных данных. Рост числа кибератак – это проблема, от которой поставщики медицинских услуг должны будут защититься. Для этого предстоит создавать культуру безопасности в своей ОЗ путем обучения персонала, обеспечения соответствия нормам конфиденциальности и безопасности, а также постоянного обновления систем *(*использованы материалы из The Next Web, THQ, Healthcare Global, Medical Futurist).

Таким образом, отечественная система здравоохранения, вливаясь в систему информационных технологий на основе мирового опыта, выигрывает в скорости внедрения и качестве медицинской помощи с учетом потребности всех трех составляющих процесса ее оказания. Медицинский персонал, включенный в работу с применением информационных технологий, оценивает ее преимущества в большей степени, чем недостатки, которые временны и зависят от эффективности технологий. Они определяются сочетанием нескольких ключевых факторов: интерактивности; улучшенной визуализации; гибкости в использовании; оперативности обновления; возможности общения с преподавателем и другими обучаемыми и доступности. Это позволит обучае-

мым специалистам быстро освоить нужные объемы учебной информации, добиться лучших результатов работы.

На фоне серьезных изменений в оказании медицинской помощи населению, обусловленных ускоренным приходом новых информационных технологий, прогнозируются совершенствование и перераспределение функций Пвр и МСОП (коммуникативной, доказательной практики, экспертной, коллабораторской, профессиональной, педагогической, нравственной справедливости). Эти функции базируются на компетенциях (знаниях и навыках по применению сестринского процесса для улучшения состояния пациента, умении общаться с пациентом и его семьей, оправдании действий семьи в пользу пациента, быть сотрудником в мультидисциплинарной команде для взаимовыгодного сотрудничества, принципах этичности, информированного согласия, конфиденциальности в уходе, по осуществлению исследовательской деятельности).

Компонентами по обеспечению прогресса в достижении ЦУР 3 является расширение функций специалистов оперативного и тактического уровней управления, чему способствует появление новых ступеней образования для МС в форме бакалавриата и магистратуры, поддержке права МС на большее влияние на принятие управленческих решений, касающихся сестринского дела. Комплексный подход к совершенствованию системы здравоохранения будущего в Республике Беларусь приведет к появлению кадров МС-лидеров, способных и обученных к выполнению самых сложных задач.

Развитие института ВОП изменило подходы к распределению функций Пвр и МСОП с акцентом на профилактическую, обеспечивая качество диспансеризации и большую доступность посещений АПО с профилактической целью. Этому будут способствовать направления оптимизации отрасли здравоохранения в Республике Беларусь (схема 4).

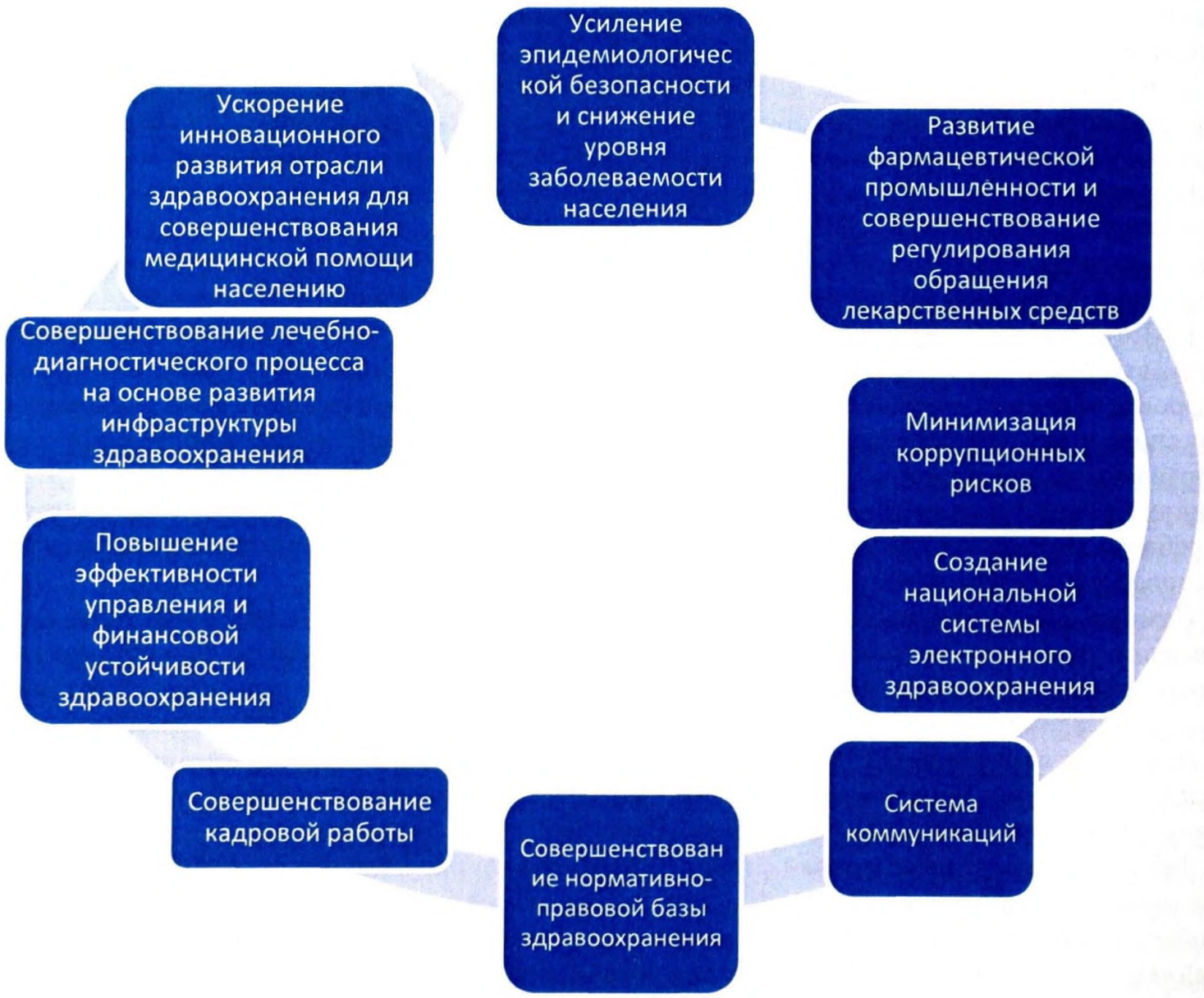


Схема 4. Направления оптимизации отрасли здравоохранения в Республике Беларусь

Роль главных (старших) МС в организации труда средних медицинских работников и качестве предоставления медицинской помощи пациентам в настоящее время возрастает, что доказано рядом научных исследований.

Избранные направления развития сестринского дела и тенденции в области практико-ориентированного образования благоприятны для качества медицинской помощи населению.

Политика государства, направленная на сохранение и укрепление здоровья людей, устойчивое снижение смертности населения, зависящее от успехов медицинской науки и реализуемого комплекса программ, увеличение продолжительности и качества жизни населения дает основание надеяться на то, что проблемы управления сестринской деятельностью будут решены. Понятна траектория движения, поскольку «…чтобы сделать незримую профессию медицинской сестры заметной, необходимо объединить наши усилия в достижении высокого статуса профессии, профессионального роста, сохранив доброту и милосердие» (ВОЗ,2017).

Приложения

Приложение 1

Комплекс упражнений для укрепления здоровья позвоночника для выполнения МС на рабочем месте

Упражнения в положении сидя

1. Опустите руки, разведите их в стороны, сведите вперед, поднимите вверх, сжимая пальцы рук в кулаки и разжимая. Опустите и расслабьте руки. Дыхание произвольное.

2. Поднимите носки ног, опустите, поднимите пятки – выполняйте перекаты стопами. Дыхание произвольное. Это упражнение улучшает кровообращение в ногах, предупреждает варикозное расширение вен.

3. Поднимите плечи на вдохе и опустите на выдохе. Сведите плечи вперед и разведите назад. Вернитесь в исходное положение. Дыхание произвольное. Опустите руки, покачайте и потрясите ими, расслабьте.

4. Скользите ногами по полу, перейдите к движению на весу (велосипед). Дыхание произвольное.

5. Сядьте на передний край стула. Руки сцепите сзади в области поясницы. Оттяните руки как можно дальше назад, прогнитесь (лопатки вместе, плечи отведены назад), сделайте вдох. Вернитесь в исходное положение, расслабьтесь – выдох.

6. Руки заведите за спинку стула (спина опирается о спинку стула), посидите в таком положении, расслабьтесь.

7. Положите правую руку на правую сторону головы, так, чтобы ухо оказалось между большим и указательным пальцем. Постарайтесь повернуть голову вправо, противодействуя себе рукой и напрягая мышцы шеи. Напрягайте мышцы шеи 3–7 с. Повторите то же левой рукой. Расслабьтесь в течение 10 с.

8. Наклоните голову немного вперед, положите руки на затылок. Постарайтесь выпрямить голову, противодействуя себе руками. Напрягайте мышцы в течение 5–10 с, расслабьтесь на 10 с.

9. Держите голову прямо, руки скрестите на затылке, наклоняйте голову назад, противодействуя себе руками. После напряжения мышц – расслабьтесь.

10. Сидя на стуле, имитируйте ходьбу на ягодицах. После чего чередуйте втягивание и расслабление ануса.

Упражнения в положении стоя

11. Встаньте плотно спиной к стене; прижмите к ней затылок, лопатки, ягодицы, икроножные мышцы, пятки; сохраняйте осанку, сколько возможно долго. Дыхание произвольное.

12. Опустите руки. Вращайте плечевыми суставами в одну и потом в другую сторону; расслабьте руки.

13. Поставьте ноги на ширине плеч. Поднимите руки вверх, потянитесь, соедините руки над головой – вдох, опустите расслабленно – выдох.

14. Встаньте у спинки стула. Выполняйте маховые движения в стороны правой рукой и ногой, потом левой рукой и ногой. Дыхание произвольное.

15. Поставьте ноги на ширине плеч. Выполняйте повороты туловища в сторону (руки свободно летят в ту же сторону) и в обратную сторону.

16. Разведите руки в стороны – вдох, на выдохе присядьте (но при выполнении упражнения учитывайте Ваш возраст, заболевания суставов нижних конечностей).

17. Поставьте ноги на ширине плеч. Сцепите руки на спине. Одна руку заведите сверху через плечо, другую – со стороны поясницы. Потом поменяйте положение рук.

18. Выполняйте повороты головы в одну и другую сторону, заглядывая за плечо.

Источник: https://www.zdrav.ru/articles/4293653386-qqess6-11-m11-15-11-2011-zabolevaniya-pozvonochnika-u-meditsinskih-sester-polikliniki

Приложение 2

Форма журнала учета средств измерения
(первая и последующие страницы)

№ п/п	Наименование СИ	Тип СИ	Заводской №	Год выпуска	Дата ввода в эксплуатацию	Страна изготовитель	За кем закреплено	Балансовая стоимость	Даты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
02. Измерение массы									
1.	Весы торсионные	ВТ-500	078	2011	2012	Россия	Иванов		10.05
04. Измерение давления									
2.	Прибор манометрический мембранный	ПММ	86003	2012	2012	Россия	Петров		15.07

Примечания:

1. По усмотрению ОЗ в журнале могут быть предусмотрены и другие графы.
2. Заполнение журнала должно производиться по видам измерений.
3. Графы, содержащие информацию, меняющуюся со временем, можно заполнять карандашом.

Приложение 3

Инструкция
по ведению преаналитического этапа лабораторных исследований

1. Область применения

Настоящая Инструкция устанавливает требования к условиям и процедурам ведения преаналитического этапа клинических лабораторных исследований с целью исключения или ограничения влияния эндогенных, экзогенных, ятрогенных и иных факторов, мешающих правильному отражению состояния внутренней среды обследуемых пациентов в результатах клинических лабораторных исследований, применима при аккредитации ОЗ.

Настоящая Инструкция предназначена для использования во всех подразделениях ОЗ «Городская Петр-ская больница», разработана на основании [65].

Правила ведения преаналитического этапа клинических лабораторных исследований

2.1. Общие положения

Достоверность отражения в результатах лабораторных исследований состояния внутренней среды пациента, содержания искомых компонентов в биологическом материале зависит от факторов и условий, в которых пациент находился в период, предшествовавший взятию у него образца биоматериала, от условий и процедур взятия образца, от его первичной обработки и транспортировки в лабораторию ОЗ.

С целью исключения или ограничения влияния внелабораторных факторов этого этапа на результаты лабораторных исследований настоящая Инструкция регламентирует:

а) условия периода, предшествующего взятию у пациента образца биологического материала;

б) условия и процедуры взятия образца биологического материала у пациента;

в) процедуры первичной обработки образца биологического материала;

г) условия хранения и транспортирования образцов биоматериалов в клинико-диагностические лаборатории ОЗ.

Настоящие советы предназначены для обеспечения качества осуществления преаналитического этапа клинических лабораторных исследований, необходимого для получения результатов, достоверно отражающих состояние внутренней среды обследуемых пациентов в момент обследования, путем:

- правильной подготовки пациентов к проведению лабораторных тестов;
- информирования пациентов о требуемых ограничениях в диете, физической активности, курении, о правилах сбора биологических материалов, которые обычно собирает сам пациент (моча);
- инструктирования персонала, участвующего во взятии образцов биологических материалов у пациентов, об особенностях процедур взятия различных видов этих материалов;
- рациональной организации технологии взятия образцов биоматериалов;
- полноценного обеспечения процедур взятия образцов биоматериалов необходимыми инструментами, посудой, средствами первичной обработки и транспортировки.

Принимая во внимание потенциальную опасность образцов биологического материала, получаемого от пациентов, персонал, выполняющий эти функции, должен быть информирован и обучен правилам безопасного взятия образцов и располагать СИЗ (перчатками, устройствами для безопасного сбора использованных игл и т.п.) в соответствии с требованиями нормативных документов Республики Беларусь.

Правила (инструкция) содержат общие положения, которые по отношению к отдельным биологическим материалам и отдельным изучаемым в них компонентам анализа, биологическим объектам могут требовать особых условий и процедур.

Наличие и исполнение средним медицинским персоналом правил ведения преаналитического этапа лабораторных исследований является одним из обязательных условий при сертификации процессов выполнения исследований в клинико-диагностической лаборатории, а в последующем для аккредитации ОЗ.

2.2. Правила подготовки пациентов

При плановом обследовании пациента рекомендуется производить взятие крови:

- утром натощак (кровь для определения параметров липидного профиля (холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды) следует сдавать строго после 12-часового голодания; для определения пролактина после сна должно пройти не менее 2 часов);
- до осуществления диагностических или терапевтических процедур;
- за 24 часа до исследования исключить прием алкоголя.

Следует **помнить,** что:

- утренний прием лекарств должен проводиться только после взятия крови;
- физическая и мышечная нагрузка, тренировки, упражнения должны быть исключены как минимум за 3 дня до взятия крови;
- психические нагрузки, стрессы значительно изменяют биохимические показатели, поэтому при взятии крови следует создать спокойную, доброжелательную обстановку.

2.3. Правила взятия, хранения и транспортировки крови

Взятие образца биологического материала или пробы – это процесс изъятия или образования проб, охарактеризованный процедурой их взятия, то есть оперативными требованиями и/или инструкциями для отбора.

Большая часть клинических лабораторных исследований проводится в образцах крови: венозной, артериальной или капиллярной. Венозная кровь – лучший материал для определения гематологических, биохимических, гормональных, серологических и иммунологических показателей.

При взятии образца крови *из венозного или артериального катетера*, через который проводилось вливание инфузионного раствора, необходимо:

1. Катетер следует *предварительно промыть* изотоническим солевым раствором в объеме, соответствующем объему катетера, слив первые 5 мл (миллилитров) взятой из катетера крови. Недостаточное промывание катетера может привести к загрязнению образца крови препаратами, вводившимися через катетер.

2. Из катетеров, обработанных *гепарином*, *нельзя брать образцы* крови для исследования *показателей системы гемостаза*.

С целью обеспечения стандартизации взятия венозной крови для лабораторных исследований требуется использование специальных одноразовых систем для сбора крови.

К применению разрешены два типа одноразовых систем:

1. Система шприц-пробирка, обеспечивающая как поршневой способ забора крови, так и вакуумный (например, система S-Monovette).

2. Вакуумные системы, обеспечивающие сбор крови вакуумным методом (например, системы Vacutainer или Vacute, их аналоги).

Каждая из приведенных одноразовых систем имеет несколько вариантов и учитывает:

- объем собираемого образца для исследования;
- использование тех или иных антикоагулянтов / прокоагулянтов;
- наличие цветовой кодировки одноразовых систем для быстрого определения назначения данной системы.

2.3.1. Взятие венозной крови

2.3.1.1. Выбрать пробирки по цвету крышек, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь. Осуществлять забор крови только с использованием стерильных одноразовых систем. Работать только в одноразовых перчатках.

2.3.1.2. Наложить жгут на 7-10 см выше места прокола, обработать место прокола.

2.3.1.3. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее (если используется двусторонняя игла, снять защитный колпачок серого цвета) со стороны, закрытой резиновой мембраной.

2.3.1.4. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора.

2.3.1.5. Снять защитный колпачок зеленого (черного) цвета со второй стороны иглы и ввести иглу в вену. Черная точка на игле указывает место заточки иглы.

2.3.1.6. Вставить заранее приготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее, пока кровь не перестанет поступать в пробирку. При этом игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую заглушку в крышке пробирки. Кровь проходит в пробирку, пока не компен-

сирует созданный в пробирке вакуум (если кровь не идет – это значит, что игла прошла вену насквозь или уперлась в стенку вены – в этом случае нужно немного вытянуть иглу (но не вынимать!), пока кровь не пойдет в пробирку). Для визуального контроля уровня заполнения на этикетке имеется метка черного цвета. Вакуумные пробирки при правильном взятии самопроизвольно заполняются до нужной метки.

2.3.1.7. Извлечь пробирку из держателя. Если это необходимо, в иглодержатель вставить ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно. Если необходимо взять кровь в несколько пробирок, повторить процедуры № 6-7. Строго соблюдать очередность взятия крови. Вынуть последнюю пробирку из иглодержателя. Снять жгут.

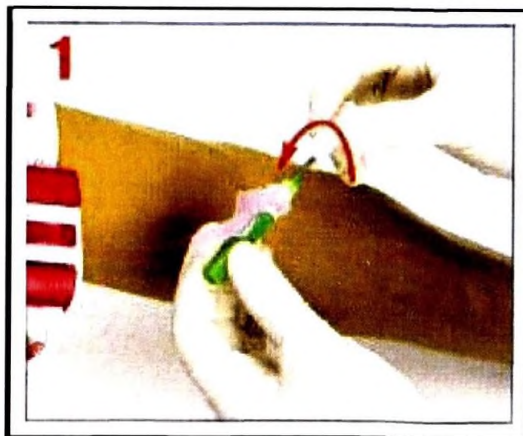
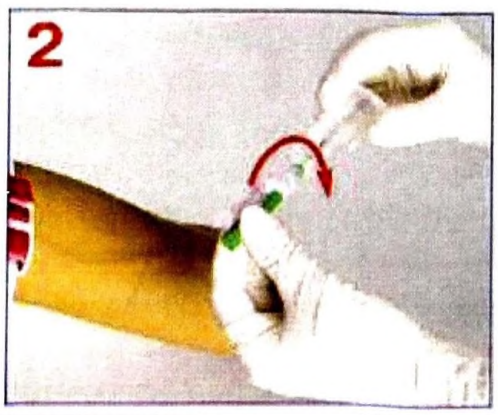
2.3.1.8. Наложить спиртовой шарик, извлечь иглу вместе с иглодержателем из вены и снять ее с иглодержателя.

2.3.1.9. Перемешать содержимое пробирки путем покачивания пробирки несколько раз (касается только голубых, фиолетовых и серых пробирок). **Не встряхивать пробирку: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!**

2.3.1.10. Поставить пробирку в штатив или перенести в холодильник (голубые и фиолетовые пробирки в холодильник не ставить, а хранить при комнатной температуре).

2.1.11. Вложить бланки в транспортную папку.

Процедура взятия венозной крови с помощью вакуумной системы (Vacuette) (рис. 15).

	Наложить жгут. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок, правой рукой вывернуть и снять защитный колпачок.
	Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить до упора.
	Снять цветной защитный колпачок и ввести иглу в вену.

	Взять иглодержатель левой рукой, а в правую руку взять пробирку и вставить ее крышкой в иглодержатель. Удерживая выступы держателя указательным и средним пальцами правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора. Ослабить жгут.
	После заполнения пробирки до необходимого объема извлечь ее из держателя.
	Аккуратно перемешать содержимое заполненной пробирки, переворачивая ее необходимое число раз. Если у пациента требуется взять несколько проб крови, вставить следующую пробирку в держатель и повторить все манипуляции, начиная с пункта № 4.

Рис.15. Процедура взятия венозной крови с помощью вакуумной системы (Vacuette)

Последовательность заполнения пробирок:

- Пробирка с красной крышкой или желтой крышкой.
- Пробирка с голубой крышкой.
- Пробирка с фиолетовой крышкой.
- Пробирка с серой или зеленой крышкой.

Важно! Строго соблюдайте правила хранения и транспортировки клинических проб.

2.3.2. Гематологические исследования

Пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 8-10 раз (воздушный пузырек должен переместиться из одного конца пробирки в другой). Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.3.3. Исследование гемостаза

Пробирка с цитратом (голубая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 3-4 раза (воздушный пузырек должен переместиться из одного конца пробирки в другой). Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.3.4. Биохимические исследования, исследования гормонов, онкомаркеров, маркеров остеопороза, воспаления (пробирка с зеленой крышкой)

Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: 30 мин. при комнатной температуре, затем поместить в холодильник при t° +4 +8 С.

Транспортировка: в вертикальном положении в термоконтейнерах при t° +4 +8 С.

2.3.5. Иммуногематологические (группа крови, резус-принадлежность, антиэритроцитарные антитела), аллергологические исследования, серологические маркеры инфекционных заболеваний (вирусные гепатиты, TORCH) (пробирка с красной крышкой)

Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

Хранение: 30 мин. при комнатной температуре, затем поместить в холодильник при t° +4 +8 С.

Транспортировка: в вертикальном положении в термоконтейнерах при t° +4 +8 С (табл. 22).

Таблица 22

Цветовой код, область применения разных типов анализов

Цветовой код	Число перемешиваний	Тип анализа	Область применения	Химические наполнители
 красный	-	Биохимические, гормональные, серологические исследования	Исследования сыворотки в клинической химии, серологии, иммунологии	Активатор образования сгустка крови
 голубой	3-4 раза	Коагулограмма, Д-димеры	Исследования системы гемостаза	Цитрат натрия
 фиолетовый	8-10 раз	Гематологические исследования (ОАК), гликозилированный гемоглобин, ПЦР, иммунный статус	Исследования цельной крови	ЭДТА

Важно! Все пробирки с фиолетовой, голубой, желтой крышками, а также мазки на стеклах (на флору, цитологию) с момента взятия до момента транспортировки хранятся при комнатной температуре. При хранении избегать воздействия солнечного света, источников тепла и холода.

Все пробирки с красной (коричневой) крышкой, а также пробирки для мазков ПЦР (типа «Эппендорф») с момента взятия до момента транспортировки хранятся при температуре 4-6 градусов в холодильнике.

Транспортировка всех пробирок осуществляется в термоконтейнерах. В зимнее время года без хладагентов, летом в термоконтейнерах с хладагентами.

2.4. Правила взятия, хранения и транспортировки материала для ПЦР

2.4.1. Кровь для ПЦР-диагностики. Пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 8-10 раз, чтобы кровь в пробирке тщательно перемешалась с антикоагулянтом (иначе кровь свернется, и выделение ДНК станет невозможным). После плавного перемешивания пробирку помещают в штатив.

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с хладагентом.

2.4.2. Биоматериал (моча, мокрота, биоптаты, соскобы, отделяемое зева, носоглотки, миндалин, конъюктивы, грудное молоко) **для ПЦР-диагностики**

2.4.2.1. Соскоб эпителиальных клеток из урогенитального тракта женщины

Взятие материала. Соскобы производят из трех точек тремя разными зондами: цервикальный канал, задний свод влагалища, уретра – в одну пробирку, поочередно ополаскивая каждый зонд. При необходимости берут материал из эрозивно-язвенных поражений. Отделяемое забирают в небольшом количестве. Присутствие примесей (слизь, кровь, гной) недопустимо, т.к. приводит к деградации исследуемых микроорганизмов.

Важно! Никогда не смачивайте в пробирках типа «Эппендорф» зонды перед забором отделяемого, т.к. они заполнены или содержат транспортную среду (может вызвать зуд, раздражение, ожог)!

Цервикальный канал: удаляют слизь с поверхности шейки матки шпателем гинекологическим, либо зондом (после чего зонд, либо шпатель выбрасывают). Вводят зонд в цервикальный канал на 1-1,5 см и вращают его в течение 3-5 сек. Извлекают зонд, избегая касания стенок влагалища, и помещают его в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

Задний свод влагалища: в случае избытка слизи и обильных выделений удаляют их шпателем гинекологическим, либо зондом, после чего их выбрасывают. Проводят зондом по поверхности слизистой в области заднего свода влагалища и экзоцервикса и переносят зонд в пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 сек. избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

Уретра: перед взятием соскоба из уретры обрабатывают ее наружное отверстие сухим стерильным зондом. Вводят зонд в уретру на глубину 1-1,5 см и аккуратно, не поранив слизистую, несколькими вращательными движениями производят соскоб эпителиальных клеток. Переносят зонд в пробирку типа «Эппендорф» с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи. Шпатель гинекологический входит в гинекологический набор.

Хранение: при комнатной температуре – не более 6 часов, при t° +2 +8°С не более 7 дней.

Транспортировка: в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

2.4.2.2. Моча

Взятие материала. После гигиены наружных половых органов для анализа отбирают всю порцию утренней мочи в специальный контейнер для мочи. Мочу оставить на 1 час для оседания эпителиальных клеток. Через час, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов, летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.4.2.3. Мокрота

Взятие материала осуществляют утром натощак до выполнения гигиенических процедур при глубоком откашливании в количестве не менее 0,5 мл в стерильный одноразовый флакон с широким горлом, завинчивающейся крышкой, объемом не менее 50 мл.

Хранение: не более 3 суток.

Транспортировка: в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

2.5. Правила сбора, хранения и транспортировки мочи

2.5.1. Методика сбора мочи и подготовка пациента для общего анализа мочи

Для сдачи общего анализа мочи необходимо после гигиены наружных половых органов собрать всю мочу в стерильную банку или контейнер. При менструации необходимо влагалище закрыть тампоном. После сбора по возможности быстро доставить мочу в лабораторию в контейнере, в который осуществлялся сбор, либо отстоять мочу в течение часа, после чего, касаясь

дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой. На этикетке указать весь объем выделенной мочи.

Хранение: пробирки и контейнеры при комнатной температуре, избегать воздействия солнечного света, источников тепла и холода.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов, летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.5.2. Методика сбора мочи и подготовка пациента для анализа мочи по Нечипоренко

Для анализа по Нечипоренко мочу собирают утром, после сна (желательно, чтобы предыдущее мочеиспускание было не позднее 2 часов ночи). Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Первая порция мочи – в унитаз, среднюю порцию собирают в стерильный контейнер для мочи. При менструации необходимо влагалище закрыть тампоном. Отстоять мочу 1 час, после чего, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

Хранение: при комнатной температуре.

Транспортировка: зимой в термоконтейнерах без хладагентов, летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

2.5.3. Сбор суточной мочи

Пациент собирает мочу в течение 24 часов на обычном питьевом режиме. Моча собирается в чистый широкогорлый сосуд с плотно закрывающейся крышкой, емкостью не менее 2 литров. До начала сбора мочи емкость должна быть проградуирована. Утренняя моча выливается, затем вся моча за сутки собирается в одну емкость. Утренняя моча следующего дня тоже собирается в эту емкость. Измеряется и записывается весь объем мочи за сутки.

Важно! Указать точно объем мочи! Если по ошибке хотя бы одна из порций мочи не была собрана в контейнер, вся моча, собранная до этого должна быть вылита, и сбор мочи начинают снова.

- Измерить объем мочи.
- Мочу тщательно перемешать и отобрать через переходник в пробирку с желтой крышкой.
- Указать объем мочи и время, за которое она была собрана.

Для определения микроальбуминурии собирается только утренняя порция мочи или спонтанная моча.

Важно! Накануне и в день сбора мочи исключить диуретики (мочегонные всех видов).

Хранение: все время сбора суточной мочи контейнер должен храниться при комнатной температуре. Доставка в лабораторию сразу по окончании сбора.

2.5.4. Сбор мочи для биохимических исследований

Для биохимического исследования мочу собирают утром, после сна. Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Первую порцию мочи выливают, всю мочу собирают в одноразовую емкость с крышкой.

Приложение 4

Рекомендации главной МС по созданию программы наставничества

1. Наставничество – общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или сотрудников, проходящих адаптацию к новой работе. Используются элементы тимбилдинга. Осуществляя функцию лидера, наставник:

- обеспечивает эффективную адаптацию к работе в новом коллективе, совершенствование учебно-педагогического процесса с целью становления индивидуальных профессиональных умений и навыков, снижения уровня сестринских ошибок и повышения качества медицинской помощи;
- способствует усилению роли коллектива в поддержке молодых специалистов;
- стимулирует мотивацию самообразования и рост самооценки специалиста.

2. При планировании программы наставничества администрации ОЗ и Совету МС необходимо:

- прийти к договоренности между администрацией и наставником (педагогом) о том, что наставничество является наилучшим способом подготовки молодых специалистов (прил.5);
- коллективу ОЗ быть в курсе работы «Школы наставничества», чтобы поддерживать этот процесс. Оформляется соглашение о сотрудничестве между наставником и молодым специалистом (прил.8);
- рабочей группе (старшие и опытные штатные МС, МС-эксперты) разработать программу, включающую план по наставничеству (прил.5), примерный план наставника (прил.6), оценки воздействия (прил.7) и выводы по индивидуальной подготовке специалиста.

3. Целесообразно разработать программу подготовки наставников и МС, работающих в Школе пациентов (типа «Сахарный диабет», «Бронхиальная астма»), включающую мероприятия по развитию педагогических и коммуникационных навыков, повышению специальных профессиональных навыков.

4. Наставником может быть МС (Пвр, акушерка, лаборант), имеющая I или высшую квалификационную категорию, опыт работы по специальности в ОЗ не менее 3–5 лет, обладающая авторитетом, особыми профессиональными навыками и личностными качествами: позитивным стилем общения и мировосприятия, педагогическими приемами, умением решения проблем, способностью выделять приоритеты. Наставник несет полную ответственность за работу молодого специалиста в коллективе.

5. Критериями соответствия роли наставника следует считать: умение выявить и оценить качества личности наставляемого, нуждающиеся в развитии; готовность оказать помощь и поддержку в адаптации к производственной среде; навык обучения избранным сестринским технологиям; способность применять современные подходы к обучению; служить положительной моделью в профессии и общении.

6. Мерилом работы наставника является: владение приемами технологического и воспитательного процесса, умение осуществлять управление в виде постановки цели для наставляемого, мотивации и планирования его обучения, достижение наставляемым требуемых профессиональных навыков на рабочем месте в запланированные сроки.

7. Наставник может быть назначен главным врачом согласно приказу и типовому договору о сотрудничестве на срок от 2 недель до 3 месяцев (и более при необходимости) на основании добровольного согласия сторон и вследствие доверия руководства.

8. Для качественной работы по наставничеству в ОЗ создаются Советы наставников или подкомитеты Совета МС, выполняющие следующие функции:

- подбор наставников, представление кандидатур и создание их резерва (на утверждение);
- определение установление потребности в числе молодых специалистов, нуждающихся в наставниках;
- контроль прохождения новичка по стезе наставничества, его завершения и проведение посвящения в профессию МС;
- внесение предложений об отстранении МС от выполнения обязанностей наставника в случае необходимости.

9. Количество наставников и длительность периода адаптации зависят от потребностей ОЗ и индивидуальных качеств опекаемого. Наставникам обеспечивается адекватное вознаграждение и признание.

10. Технология воспитательного процесса в «Школе наставничества» предусматривает:

- положительное восприятие наставляемого человека без претензий на абсолютную истину в обучении;
- педагогическую поддержку обучаемого лица, позволяющую воспринимать человека таким, каков он есть;
- учет особенностей его личности и обеспечение гибкого стиля обучения; стимулирование саморазвития личности наставляемого и обсуждение ситуационных задач.

Приложение 5

План работы по наставничеству в ОЗ на 20…---20… годы
(утверждается главным врачом)

№ п/п	Наименование мероприятия	Дата проведения	Ответственный	Отметка о выполнении
1.	Методические рекомендации по наставничеству: составление планов, ведение документации, функции, задачи и роль наставника		Главная МС Ф.И.О.	
2.	Обсуждение работы совместно со старшими медсестрами		Ст. МС Ф.И.О.	
3.	Ознакомление с правилами внутреннего распорядка			
4.	Ознакомление с функциональными обязанностями			
5.	Беседы по биоэтике, деонтологии, диагностика психологии пациента			
6.	Изучение приказов по санитарно-эпидемиологическим требованиям			
7.	Непрерывное обучение (чтение медицинской литературы, изучение новых технологий, посещение конференций, лекций)			
8.	Профессиональное мастерство; отработка технических навыков по стандартам			
9.	Контроль за работой наставников: оценка выполнения учениками практических навыков, оформления документации			
10.	Совместные беседы наставляемых и наставников: а) о трудностях в работе; б) о повышении профессионального мастерства в практической деятельности; в) обмен опытом работы			
11.	Повышение квалификации, освоение смежных профессий			
12.	Формирование ЗОЖ. Документация.			
13.	Подведение итогов работы за год			
14.	Оформление протоколов заседаний Совета МС по наставничеству			
15.	Составление плана работы на следующий год			
16.	Охрана труда			

Председатель Совета наставников
Подпись наставника

Приложение 6

Примерный план работы наставника

Примерный план работы наставника (ФИО) _____

с молодым специалистом (ФИО) _____на 200__- 200__ гг.

№ п/п	Мероприятия	Сроки	Ответственный	Отм. об исполнении
1.	Ознакомление с должностной инструкцией, правилами внутреннего распорядка, трудовой дисциплиной			
2.	Изучение действующих нормативных документов по: • диспансеризации контингента пациентов; • санитарно-эпидемиологическим требованиям; • правилам выписывания рецептов; • охране труда; • проблемам здравоохранения. Изучение другой нормативной правовой документации по выполнению обязанностей данным специалистом (традиции и история ОЗ)			
3.	Освоение и совершенствование практических навыков в работе специалиста			
4.	Диспансеризация пациентов, порядок ее проведения и оформление медицинской документации. Специальные навыки по профилю ОЗ. Порядок предоставления отчетов в кабинет медицинской статистики			
5.	Изучение вопросов биомедицинской этики			
6.	Оказание консультативной помощи в работе по специальности, преемственность с др. специалистами			
7.	Изучение медицинской литературы. Выявление интереса к работе с медицинской техникой			
8.	Посещение сестринских конференций, Совета МС, семинаров (лекций)			
9.	Ознакомление с положением о ФЗОЖ, знакомство с валеологом и формами работы			
10.	Контроль своевременного прохождения наставляемым медицинских осмотров, прививок			
11.	Участие в проводимых в ОЗ конкурсах, других общественных мероприятиях (спорт. соревнования)			
12.	Ведение документации по наставничеству			
13.	Обновление стенда по наставничеству			
14.	Участие в заседаниях Совета наставников для координации работы			
15.	Помощь молодым специалистам в овладении профессией, нормами биомедицинской этики, в повышении общеобразовательного уровня, привлечение к участию в общественной жизни ОЗ			
16.	Оформление альбома по истории организации			

Председатель Совета наставников

Приложение 7

Критерии оценки овладения навыками работы для МСОП

(утверждаются главным врачом)

Медсестра _____ Дата _____

№	Критерии	Выполнены	Не выполнены
	МЕДИКАМЕНТЫ		
1	Проверить сроки годности		
2.	Правильность хранения		
3.	Учет лекарств (движение: приход, расход, утилизация), своевременность выписки		
4.	Таблица противоядий		
5.	Оформление рецепта		
6.	Наркотические препараты, психотропные средства		
	ИЗМЕРЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ		
1.	АД, ЧСС, ЧД		
2.	Массо-ростовой индекс		
3.	Измерение (при необходимости) глюкометрии, пикфлоуометрии, пульсоксиметрии, термометрии		
4.	Измерение размеров таза		
	ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ		
1.	Амбулаторная карта уч.ф. 025 / У (внешний вид)		
2.	Форма № 30 (соответствие записей в уч.ф. 30 и амбулаторной карте)		
3.	Анализы: своевременная доставка из лаборатории, подклейка, ознакомление врача, введение результатов в электронном виде		
	ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ		
1.	Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима		
2.	Правильность укладывания материала для стерилизации в бикс		
3.	Правильность проведения дезинфекции инструментария		
4.	Правильность проведения инъекций, забора крови на исследование		
5.	Правильность взятия мазка на цитологию, степень чистоты влагалища (прил.3)		
6.	Правильность взятия мазка из зева на дифтерию, коронавирусную инфекцию, флору, чувствительность к антибиотикам		
7.	Оказание неотложной помощи при различных состояниях		
	НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ		
1.	Умение собрать анамнез		
2.	Постановка сестринского диагноза		
3.	Соблюдение принципов биомедицинской этики в общении с пациентами и их родными, коллегами		
4.	Соблюдение принятых норм взаимодействия в команде ВОП		
	ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ (по профилю ОЗ)		

Перечень критериев оценки зависит от направления сестринской деятельности, может быть сужен или, наоборот, расширен (при высокотехнологичных видах оказания помощи).

Приложение 8

Соглашение о трудовом сотрудничестве между наставником и молодым специалистом

Я, наставник, _____ беру в ученики _____ _____ и обязуюсь помочь овладеть профессией, нормами медицинской этики и деонтологии, в повышении образовательного и культурного уровня, адаптации в коллективе ОЗ.

Дата

_____

подпись наставника

Я, молодой специалист, _____ обязуюсь овладеть необходимыми профессиональными умениями и навыками, изучить цели и задачи ОЗ, максимально использовать опыт и знания наставника для овладения профессией.

Дата

_____

подпись молодого специалиста

Заведующий отделением

Главная МС

Приложение 9

Примерная программа инфекционного контроля в ОЗ

Содержание

1.Основные положения. Глоссарий.

2.Обоснование необходимости внедрения инфекционного контроля.

3.Стандарты инфекционного контроля:

стандарт 1 – структура управления и распределение обязанностей по инфекционному контролю;

стандарт 2 – система учета и регистрации госпитальных инфекций;

стандарт 3 – микробиологическое обеспечение инфекционного контроля;

стандарт 4 – эпидемиологическая диагностика госпитальных инфекций;

стандарт 5 – профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе инфекционного контроля;

стандарт 6 – обучение персонала;

стандарт 7 – охрана здоровья персонала.

4. Задачи и эффективность инфекционного контроля

1. Основные положения

Инфекционный контроль – система организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения ИСМП в ОЗ, базирующаяся на результатах эпидемиологической диагностики.

Цель ИК – предотвращение развития большинства инфекций путем выполнения мероприятий для снижения заболеваемости, летальности и экономического ущерба от госпитальных инфекций. Организуется и проводится силами специалистов БО и АПО.

Инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП*) – любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, развившееся у пациента вследствие оказания медицинской помощи и скорой медицинской помощи в ОЗ и на дому по назначению врача. К этому относят также инфекционное заболевание работника ОЗ в результате его профессиональной деятельности, вне зависимости от времени проявления симптомов заболевания.

1.ИСМП, вызванная патогенным возбудителем в результате его заноса в БО и АПО бактерионосителями или лицами, находящимися в инкубационном периоде (сальмонеллез, дизентерия, ветряная оспа, краснуха, гепатиты А, В и С и др.).

2.Гнойно-септические инфекции (ГСИ), вызываемые многочисленной группой условно-патогенных бактерий, к ним относят инфекции экзогенного и эндогенного характера.

Заносы инфекции – инфекционное заболевание, приобретенное до поступления в БО или прихода в АПО и проявившееся или выявленное в после оказания медицинской помощи.

Экзогенная инфекция – инфекция, развивающаяся в результате заражения организма человека микроорганизмами, попадающими извне.

Эндогенная инфекция – инфекция, развивающаяся в результате активизации эндогенной микрофлоры естественных биотипов поверхности кожи, и полостей организма, в т. ч. пищеварительного тракта, или вызванная микроорганизмами, ранее колонизировавшими ткани и органы пациента.

Эпидемиологический диагноз это логическая формула, содержащая оценку эпидемиологической ситуации и ее детерминант (причин) на конкретной территории среди определенных групп населения в изучаемый отрезок времени с целью рационализации профилактических и противоэпидемических мероприятий и разработки эпидемиологического прогноза.

Стандартное эпидемиологическое определение случая система сформулированных в виде алгоритма клинических и лабораторных критериев, позволяющих решить, имеется ли у конкретного индивидуума данное заболевание (состояние) и тем самым разделить изучаемую популяцию на «случай» и «не случай». Стандартное определение случая обеспечивает конкретное сопоставление данных эпидемиологического надзора, полученных различными наблюдателями, активное выявление случаев, разработку рабочих определений случая.

2. Обоснование необходимости внедрения инфекционного контроля

ИК – стратегия повышения качества медицинской помощи путем внедрения системы борьбы с ИСМП.

Внедрение программы инфекционного контроля позволяет:

1.Определить истинные уровни заболеваемости, т.е. понять масштабы проблемы.

2.Выявить повышение частоты спорадических случаев инфекции или возможную вспышку.

3.Своевременно выявлять причины и факторы, влияющие на заболеваемость ГСИ.

4.Эффективно воздействовать на причину развития заболеваний путем проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.Принимать обоснованные управленческие решения по профилактике заболеваемости ГСИ и ИСМП.

3. Стандарты инфекционного контроля

Стандарт 1. Структура управления и распределение обязанностей по инфекционному контролю

В ОЗ издается приказ «О назначении ответственных лиц за регистрацию и учет ИСОМП и работе комиссии по профилактике ИСМП». В состав комиссии входит председатель (заместитель главного врача по медицинской части), главная МС, заведующие отделениями, врач-эпидемиолог. Ежегодно разрабатывается план мероприятий постоянно действующей комиссии, а также по профилактике ИСМП.

Задачи комиссии:

1. Разработка руководства по инфекционному контролю.

2.Координация проводимых мероприятий по инфекционному контролю в отделениях БО.

3.Обеспечение активного выявления ИСМП.

4.Обучение персонала подразделений АПО и БО поведению по профилактике ИСМП..

5.Контроль эффективности мероприятий по инфекционному контролю 6.Информирование медицинского персонала по результатам инфекционного контроля на производственных совещаниях и медицинских советах.

6. Информирование медицинского персонала о результатах инфекционного контроля на производственных совещаниях и медицинских советах.

Заседания комиссии по профилактике ИСМП проводятся не реже 1 раза в месяц и по мере необходимости.

Стандарт 2. Система учета и регистрации ИСМП

Острозаразные инфекционные заболевания, подлежащие обязательному учету и оповещению в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.07.2012г. №75 «Об установлении перечня заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения».

В соответствии с приказом по ОЗ ответственными лицами за регистрацию и учет ИСМП (учетная форма № 060/у) являются заведующие отделениями. Ответственные лица обеспечивают учет и регистрацию форма № 060/у выявленных случаев ИСМП.

N.B. Каждая ОЗ разрабатывает свой перечень ИСМП с учетом профиля деятельности.

Стандарт 3. Микробиологическое обеспечение инфекционного контроля

Микробиологический мониторинг позволяет:

- ✓ решать задачи стратегии и тактики антибиотикотерапии [60,76];
- ✓ разработать правильную организацию микробиологических направлений за качественным и количественным составом микроорганизмов, циркулирующих в ОЗ;
- ✓ выбрать оптимальную стратегию борьбы с антибиотикорезистентностью [60];
- ✓ обеспечить трехстороннюю оперативную связь клиницист - эпидемиолог - микробиолог.

В ОЗ разрабатывают мероприятия по микробиологической диагностике и рациональному применению антимикробных средств (табл.23).

Таблица 23

Мероприятия по микробиологической диагностике и рациональному применению антимикробных средств в ОЗ

Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Ответственные лица
1. Микробиологическое исследование микробной обсемененности объектов внешней среды и воздуха, а также качества профилактики и дезинфекции	Ежеквартально и по эпидпоказаниям	Врач-эпидемиолог Главная МС
2. Проведение контроля стерильности ИМН согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.11.2002 г.№165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения»	Ежемесячно в ЦГЭиОЗ г. Минска	Врач-эпидемиолог Главная медсестра Старшая медсестра операционного блока МС ЦСО
3. Проведение контроля эффективности работы стерилизационного и дезинфекционного оборудования бактериологическим методом	Ежемесячно в ЦГЭиОЗ г. Минска	Врач-эпидемиолог Главная МС Старшая МС операционного блока МС ЦСО
4.Контроль за работой дезинфекционной камеры с использованием бактериологических тестов	Ежеквартально	Врач-эпидемиолог Главная МС
5.Микробиологический мониторинг за циркулирующими штаммами микроорганизмов в БО с использованием программы WHONET	Ежеквартально и по эпидпоказаниям	Зам гл. врача по медиц. работе Врач-эпидемиолог Зав. отделениями
6. Своевременное проведение микробиологических исследований на чувствительность больных с гнойно-воспалительными заболеваниями для назначения рациональной антимикробной терапии	В течение года	Зав. отделениями, врачи отделений

Стандарт 4. Эпидемиологическая диагностика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Цели эпидемиологической диагностики:

- ✓ установление источников инфекции;
- ✓ выявление факторов передачи и места заражения в отделениях;
- ✓ изучение биологических свойств условно-патогенных микроорганизмов, циркулирующих в отделениях БО или АПО;
- ✓ обоснование проводимых профилактических мероприятий;

Зам. главного врача по медицинской работе совместно с врачом-эпидемиологом на основе ежедневной первичной информации из отделений БО или АПО проводит эпидемиологическое расследование с целью уточнения факторов риска, установления возможных обстоятельств, повлекших возникновение ИСМП.

Стандарт 5. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе инфекционного контроля

В ОЗ разрабатывают план мероприятий по прерыванию путей передачи ИСМП (табл. 24).

Таблица 24

План мероприятий по прерыванию путей передачи ИСМП в БО и АПО

Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Ответственные лица
1. Поддерживать нормативное обеспечение мягким инвентарем, предметами ухода за пациентами	В течение года	Начальник хозяйственной службы
2. Использовать современные средства контроля работы стерилизационного оборудования	В течение года	Главная МС
3. Обеспечить режимные кабинеты БО или АПО оборудованием, обеспечивающим гигиену рук согласно Европейскому стандарту EN 1500 (локтевые дозаторы, одноразовые полотенца)	В течение года	Главная МС, Начальник хозяйственной службы
4.Обеспечить постоянный запас антисептических и дезинфицирующих средств в отделениях ОЗ	В течение года	Главная МС
3. Госпитализацию пациентов в БО осуществлять в палаты на 2-4 койки с изолированным сан. узлом	В течение года	Зав. отделениями
4. Соблюдать цикличность заполнения палат при переводе послеоперационных пациентов из отделения реанимации	В течение года	Зав. отделениями
5. Осуществлять антибиотикопрофилактику послеоперационных и послеабортных осложнений	В течение года	Зав. отделениями
6. Стерилизацию медицинского инструментария и ИМН осуществлять в ЦСО и в оперблоке	В течение года	Врач-эпидемиолог Главная МС, Старшая МС оперблока МС ЦСО
7. Осуществлять чередование применяемых в ОЗ дезинфицирующих и антисептических средств	Ежеквартально или по эпид. показаниям	Врач-эпидемиолог Главная МС
8. Максимально использовать одноразовые изделия медицинского назначения (шприцы, системы, катетеры, перчатки, зеркала Куско и др.) при оказании медицинской помощи	В течение года	Главная МС
11. Использовать средства малой механизации (тележки для транспортировки чистого и грязного белья, тележки для транспортировки пищи и т.д.) в работе медперсонала	В течение года	Главная МС Начальник хозяйственной службы
12.Расширять спектр и объем эндоскопических исследований и операций	В течение года	Зам. гл. врача по медицинской работе Зав. отделениями
13.Пользоваться аппаратами для бесконтактных электрохирургических воздействий (УЗ-скальпель,	В течение года	Зам. гл. врача по мед. работе

неодимовый лазер) при проведении операций в АПО или БО		Зав. отделениями
14.Обеспечить подразделения ОЗ контейнерами (емкостями) и индивидуальными пакетами для сбора отработанных ИМН, медицинских отходов. Обеспечить сбор, хранение и использование медицинских отходов (шприцы, внутривенные системы, скарификаторы, стекло, и др.) (прил.3) [88]	В течение года	Начальник хозяйственной службы Врач-эпидемиолог Главная МС Инженер
15.Обеспечить контроль соблюдения санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований в структурных подразделениях ОЗ [67,68,89-92]	В течение года	Зам. гл. врача по мед. вопросам Главная МС Зав. отделениями Врач-эпидемиолог

Стандарт 6. Обучение персонала

В ОЗ проводится изучение нормативных и инструктивных документов по профилактике ИСМП, осуществлению санитарных и эпидемиологических требований с последующим контролем знаний. Контроль знаний медицинских работников по санитарно-эпидемиологическим требованиям проводится 2 раза в год с обязательной сдачей зачета. В соответствии с планом обучения молодых специалистов проводится повторение вопросов профилактики ИСМП на рабочих местах.

Стандарт 7. Охрана здоровья персонала

Главная задача данного стандарта – выявление и оценка профессиональных факторов риска в БО, подготовка и анализ соответствующей информации, разработка и внедрение программы профилактики профессиональной заболеваемости. В ОЗ разрабатывают мероприятия по обеспечению безопасных условий труда медицинских работников (табл. 25).

Таблица 25

Мероприятия по обеспечению безопасных условий труда медицинских работников ОЗ

Наименование мероприятия	Сроки исполнения	Ответственные лица
1.Составить перечень профессий и должностей работников, работающих с профессиональными вредностями	январь	Председатель ПК Вед. инженер по охране труда
2.Обеспечить персонал СИЗ (перчатки, маски и др.)	В течение года	Главная МС Начальник хоз. службы
3.Осуществлять контроль здоровья медицинского персонала: профилактические медицинские осмотры; своевременное выявление инфекционных заболеваний; обследование на ВИЧ, HBs- антиген у не привитых сотрудников, HCV-антиген у привитых, контингента, подлежащего РФО	В течение года	Зам. главного врача по медицинским вопросам Главная МС Инженер по охране труда
4. Проводить контроль и организовывать плановую иммунизацию сотрудников против дифтерии, столбняка, гриппа, вирусных гепатитов, кори, гепатита В, туберкулеза, коронавирусной инфекции	В течение года	Главная МС Врач-эпидемиолог

5. Ежегодно проводить неспецифическую профилактику против гриппа медикаментозными средствами (поливитамины, ремантадин, оксолиновая мазь)	Пред эпидемический период	Зам. главного врача по медицинским вопросам
6.Осуществление комплекса мероприятий по созданию безопасных условий труда персонала	В течение года	Ведущий инженер по охране труда Начальник хоз. службы

4. Задачи и эффективность инфекционного контроля

Реализация разработанной программы инфекционного контроля в ОЗ приводит:

- к повышению качества медицинского обслуживания.
- к рациональному использованию антибиотиков, что позволяет предотвратить вспышки ИСМП, вызванные полирезистентными штаммами бактерий.
- к снижению частоты развития ИСМП, сокращению сроков госпитализации.
- к формированию позитивного отношения к проблеме со стороны медицинского персонала.

Условия эффективности инфекционного контроля, проводимого в ОЗ:

- при полном понимании медицинским персоналом проблемы профилактики ИСМП и активном участии всех специалистов в выполнении данной программы;
- при осуществлении всех положений программы инфекционного контроля;
- при обеспечении рабочих мест компьютерной техникой с соответствующим программным обеспечением;
- при непрерывном обучении всего медицинского персонала выполнению стандартов инфекционного контроля.

Приложение 10

Примерные базовые компетенции МСОП

Обучение	Способность к целенаправленному индивидуальному и групповому обучению с применением навыков поиска и управления информацией, критического мышления и принятия решений
Профессионализм	Ответственность за выполнение профессиональных технологий оказания медицинской помощи и конечный результат. Приверженность этическим принципам, конфиденциальности, соблюдению правовых и организационных норм, поддержанию позитивной рабочей среды
Коммуникации	Способность эффективно взаимодействовать с разными людьми и учреждениями в различных ситуациях
Инновации	Способность творчески решать различные задачи и проблемы пациента индивидуально и в группе, использовать и внедрять современные технологии медицинской помощи в работе МС и Пвр для повышения качества и эффективности

Профессиональные компетенции МСОП

Клиническое сестринское дело	Способность осуществлять безопасный пациент-центрированный сестринский уход, принимать ответственность за независимые решения при самостоятельном приеме (уходе). Оценка состояния пациента; комплексная оценка сиюминутных потребностей; ориентация в комплексной оценке состояния здоровья пациента и потребностей в консультации специалиста; ориентация в определении групп риска для развития заболеваний; вакцинация, диспансеризация
Научный подход и доказательная сестринская практика	Планирование и осуществление научных исследований в сестринском деле, представляет результаты исследования и внедряет их в клиническую практику, принимает обоснованные решения на основе доказательной сестринской практики
Менеджмент и качество	Ответственность за свою независимую деятельность и работу команды, приверженность принципам качества и эффективной межпрофессиональной деятельности во всех ситуациях
Укрепление здоровья	Владение широким спектром методик и стратегий по укреплению ЗОЖ на индивидуальном, семейном или популяционном уровне личным примером. Знания по оказанию поддержки семьям для формирования родительских навыков и умений по уходу за ребенком
Обучение взаимодействию	Владение спектром методов и материалов для обучения пациентов и групп по содействию помощи (добровольцев) при неотложных состояниях, взаимодействие с органами попечительства и опеки, ведомствами по медико-социальному уходу

Приложение 11

Модель стандарта образования помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи

Помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи **должен знать:**

I.Теория сестринского дела:

- история и философия сестринского дела
- этические основы сестринского дела
- модели сестринского дела
- сестринское дело в первичной медицинской помощи
- сестринское дело в гериатрии
- сестринское дело в паллиативной медицине.

II. Сестринский процесс, основные этапы сестринского процесса:

- методика постановки сестринского диагноза («PES» – формат»)
- современные модели сестринского ухода
- основные теории сестринского дела.

III. Основы социальной и медицинской психологии:

- психология и вопросы коммуникации в медицинском коллективе
- структура личности и ее развитие
- типология личности и характер
- основы возрастной психологии
- психология пациента и его реакция на болезнь
- психология общения медицинского работника и пациента (общение, его основные виды и функции)
- психология общения медицинского работника в сложных (конфликтных) ситуациях
- профилактика конфликтов
- неблагоприятные психологические состояния, их причины и профилактика (тревожные и депрессивные состояния, истероидный тип и паранойяльный тип реагирования и др.)
- борьба с беспомощностью пациента.

IV. Вопросы биомедицинской этики, в т.ч.:

- проблемы смерти и умирания
- проблемы биомедицинской этики современности
- паллиативная помощь.

V. Основы медицинской реабилитации:

- физическая реабилитация, в т.ч. ранняя физическая реабилитация
- психологическая реабилитация
- социальная реабилитация.

VI. Основы педагогики:

- понятие об общей, сестринской педагогике и об андрогогике (науке об обучении взрослых);
- основные принципы профилактической медицины
- понятие о здоровье, основные составляющие здоровья
- вопросы формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний
- основные факторы здоровья
- методы и средства гигиенического обучения и воспитания
- основы педагогического общения
- основы самоподготовки.

VII. Основы общественного здоровья и организации здравоохранения:

- достижения науки и практики в сохранении здоровья населения.
- современные системы (формы) здравоохранения (государственная, страховая, частная и т.д.)
- понятие о ПМП

- понятие о хосписах
- система паллиативной помощи
- основные методы социально-гигиенических исследований
- медицинская (санитарная) статистика и ее основные показатели
- организация лечебно-профилактической помощи городскому и сельскому населению
- система гериатрической помощи
- система охраны здоровья матери и ребенка.

VIII. Основы экономики, порядок и принципы оказания медицинских услуг населению за дополнительную плату.

IX. Методологические основы оценки качества оказания медицинской помощи населению, в том числе:

- стандартизация деятельности МС
- анкетирование
- анализ (самоанализ).

X. Вопросы безопасности Пвр на рабочем месте:

- безопасность при работе с химическими веществами и лекарственными средствами
- профилактика ИСМП и профессиональных заражений
- биомеханика в сестринской практике
- психологическая безопасность МС и профилактика синдрома «эмоционального выгорания».

Общие требования

- Иметь необходимую базовую подготовку в области клинических дисциплин.
- Владеть иностранным языком, компьютерными программами, читать профессиональную литературу по проблемам сестринского дела и публикации 1 раз за пятилетие.

Пвр **должен уметь:**

1. Использовать в практической деятельности элементы сестринского процесса при организации ухода за пациентами с различной патологией:

1.1. Осуществлять сестринское обследование пациента:

проводить сбор анамнеза (оценку состояния) пациента, включая: физические, социологические и психологические данные. Оценка тренированности организма, телосложения; изучение образа жизни (выяснение привычек в питании, физическая активность, активный досуг, формула сна). Способность преодолевать стресс, самореализация, взаимоотношения с другими, создание «зоны безопасного проживания», «обзор» жизненных стрессов; использование системы здравоохранения.

Осуществлять простейшее физикальное обследование по системам;

Выявлять проблемы пациента и рассматривать их с учетом приоритетов;

Оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований;

Составлять базу данных о пациенте с внесением ее в сестринскую историю болезни;

Разрабатывать индивидуальный план ухода.

1.2. Формулировать сестринский диагноз.

1.3. Оценивать состояние пациента, планировать сестринский уход (помощь) в зависимости от приоритетов при следующих состояниях (проблемах):

✓ болевой синдром: оценка болевого синдрома по шкале боли, в соответствии с возрастом;

✓ динамическая оценка болевого синдрома (локализация, характер, выраженность, длительность; факторы, провоцирующие и облегчающие боль; другие симптомы, сопровождающие боль); составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ терминальное состояние: оценка потребностей пациента, находящегося в терминальном состоянии (вербальные и невербальные методы оценки), составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ коматозные состояния: оценка потребностей пациента, находящегося в коматозном состоянии, составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ нарушение двигательной активности: оценка состояния и потребностей пациента с нарушением двигательной активности (состояния обездвиженности), составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ риск развития пролежней: оценка состояния и потребностей пациента с риском развития пролежней с использованием шкалы Нортон и др., составление и реализации плана ухода, документирование;

✓ риск развития обезвоживания: оценка состояния и потребностей пациента с риском обезвоживания, составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ лихорадка: оценка состояния и потребностей пациента при различных периодах лихорадки, составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ патологические нарушения со стороны ЖКТ: оценка состояния и потребностей пациента с патологическими нарушениями со стороны ЖКТ (нарушение питания, тошнота, рвота, диарея и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ патологические нарушения со стороны мочевыделительной системы: оценка состояния и потребностей пациента с патологическими нарушениями со стороны мочевыделительной системы (острая задержка мочи, недержание мочи и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ снижение самообслуживания/неспособность к самообслуживанию: оценка состояния и потребностей пациента с нарушением функции самообслуживания, составление и реализация плана ухода, документирование;

✓ нарушение формулы сна: оценка состояния и потребностей пациента при нарушении сна (бессонница, сонливость и т.д.), составление и реализация плана ухода, документирование.

1.4. Оценивать эффективность проведенных мероприятий и вносить коррективы в случае необходимости.

1.5. Осуществлять измерение артериального давления, внутриглазного давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, проводить глюкометрию, пульсоксиметрию, антропометрию, определять массо-ростовой индекс.

2. Мотивировать пациента и (или членов его семьи, социально значимых лиц) к участию в самостоятельном уходе (другими лицами).

3. Владеть простейшими приемами адаптивной физической культуры и массажа при различных видах патологии, при необходимости - комплексом упражнений по резилиенс-гимнастике (прил.3).

4. Разрабатывать планы обучения пациентов и социально значимых лиц элементам ухода/самостоятельного ухода и физической реабилитации.

5. Обучать пациентов и социально значимых лиц элементам физической реабилитации в зависимости от патологии и состояния пациента.

6. Проводить обучение пациентов с целью дальнейшей психологической и социальной реабилитации в зависимости от физического состояния, с учетом культурного развития, социального окружения.

7.Владеть навыками работы в «Школе пациента», по истечению3-5 летнего стажа по специальности – в «Школе наставничества» (при соответствии личностных характеристик и желании).

8. Применять элементы трудотерапии, музыкальной терапии.

9. Проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов и социально значимых лиц по вопросам гигиены, двигательной активности, безопасности.

10. Определять отношение представителей различных групп населения к своему здоровью, выявлять особенности образа жизни, с которыми связано состояние здоровья.

11. Анализировать вопросы рациональной и безопасной организации труда, бюджета рабочего времени.

12. Использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, вести нормативную документацию в бумажном виде и на электронном носителе.

Приложение 12

Требования к контролю качества сестринской помощи

Индикаторы качества сестринской помощи в БО:

- Время от поступления пациента в отделение до начала лечебно-диагностических (реабилитационных) манипуляций.
- Изъяны ухода: неопрятный внешний вид пациента, нарушения личной гигиены, дерматит, сыпь, пролежни.
- Изменения в области инъекций: уплотнение, инфильтрат, абсцесс, флебит.
- Нарушение пациентом приема лекарственных средств, рекомендаций врача.
- Проведение программы реабилитации с отклонениями по вине МС.
- Даны ли семье и пациенту рекомендации по ЗОЖ, соблюдению диеты, контролю состояния ремиссии, профилактике обострений болезни.
- Отсутствие ИСМП.

Индикаторы качества сестринской помощи в АПО:

- При уходе за пациентом на дому. Изъяны самостоятельного ухода: неопрятный внешний вид пациента, нарушения гигиены, дерматит, сыпь, пролежни. Изменения в области инъекций: уплотнение, инфильтрат, абсцесс, флебит
- Нарушение пациентом приема лекарственных средств, рекомендаций врача
- Проведение программы реабилитации с отклонениями по вине МС
- Даны ли семье и пациенту рекомендации по ФЗОЖ, соблюдению диеты, контролю состояния ремиссии, физическим нагрузкам, профилактике обострений болезни
- Число обращений с профилактической целью
- Отсутствие ИСМП.

Приложение 13

Навыки и компетенции в работе главной (старшей) медицинской сестры

I. **Показатели профессиональной деятельности** (уровень личного вклада в выполнение требований должности; способность к сотрудничеству с коллегами для общих целей; делегирование с целью максимального использования мотивирующих факторов и навыков сотрудника для получения им профессионального опыта). Сюда включены также навыки оценки выполнения порученного задания и позитивный отклик в конструктивной форме; содействие профессионально-личностному росту подчиненных; умение и желание работать в условиях перемен; самостоятельность в решении нештатных вопросов; инициатива и способность к реализации своих идей; готовность нести ответственность за предложенные перемены; навык предоставления нужной информации руководству, коллегам, пациентам.

II. **Знания, умения и навыки** (аналитические качества, взгляд на ситуацию в целом; детальная проверка; качество выполнения рабочих задач и достижение поставленных целей, навык организации персонала на выполнение директивных документов). Тимбилдинг. Навыки работы с медицинской техникой и персональным компьютером.

III. **Коммуникативная компетентность** (предоставление нужной и точной информации)

Навыки делегирования (передача выполнения задания таким образом, чтобы использовать потенциал возможностей сотрудника, способствовать получению профессионального опыта); навыки создания обратной связи (оценка выполнения поручения, позитивный отклик и конструктивная форма критики); умение мотивировать (навык определить и использовать мотивацию конкретного сотрудника); содействие развитию подчиненных (помощь в профессиональном и личностном рост).

IV. **Личностные качества руководителя** (самостоятельность в принятии решений и умение нести ответственность за них; настойчивость в достижении цели; умение быть доказательным в отстаивании своего мнения; навык быстро понимать суть вопроса; умение координировать и взаимодействовать с людьми, подразделениями, организациями, структурами; навыки осуществления контроля; поведение в нештатных и напряженных ситуациях; отношение к работе; описание своих достижений в виде курсов ПК, работы над проектом с какой-то группой, навыков профилактики ИСМП, работы с медицинскими отходами; интерес к работе с медицинской техникой; владение компьютерными программами в повседневной деятельности; знание иностранного языка).

V. **Вывод о соответствии занимаемой должности** (можно выдвинуть на новую должность, потенциал соответствует занимаемой должности, неэффективен в данной должности, лучше понизить или перевести на иное место работы, должен быть немедленно уволен).

Приложение 14

Пример материалов для итоговой аттестации по организации сестринского дела для главных МС

1. Каковы основные направления профессиональной деятельности главной МС АПО:
а) организация работы своей и подчиненных
б) планирование работы своей и подчиненных
в) перевоспитание
г) контроль работы подчиненных
д) работа с кадрами.
2. Что включает в себя еженедельный регламент работы главной МС АПО:
а) участие в различных мероприятиях
б) перечень повседневных дел
в) проведение культурно-массовых мероприятий
г) повседневную работу (обходы отделений, приемы посетителей, контроль работы персонала).
3. Какие виды контроля в деятельности главной МС АПО Вам известны:
а) текущий
б) предварительный
в) окончательный
г) заключительный.
4. Что включают разделы санитарно-эпидемиологической работы в АПО:
а) контроль прохождения персоналом профилактических медицинских осмотров
б) контроль качества проведения дезинфекционных мероприятий в структурных подразделениях и работы ЦСО
в) участие в заседаниях комиссии по профилактике ИСМП
г) учет всех госпитализированных пациентов
д) контроль правильности приема пациентов на госпитализацию.
5. Что такое команда медицинского персонала:
а) группа лиц, объединенных единой целью
б) группа единомышленников, объединенных единой целью в организации здравоохранения
в) группа лиц, объединенных извлечением финансовой выгоды.
6. Каковы известные Вам элементы комплексного обхода главной МС БО:
а) соблюдение санитарно-эпидемиологических требований
б) условия пребывания пациентов
в) организация лечебного питания
г) учет и хранение лекарственных средств, расходных материалов
д) эксплуатация медицинского оборудования
е) ведение медицинской документации
ж) контроль работы младшего медицинского персонала
з) безопасность МС на рабочем месте.
7. Какова номенклатура должностей для МС с высшим образованием
а) бакалавр
б) магистр
в) резидент
8.Что представляет собой «стандартизированный» пациент
а) робот
б) актер
в) специальная методика решения производственных ситуаций в форме деловой игры с привлечением коллег и актеров
г) симулятор
9. Что такое инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (госпитальная, ятрогенная, нозокомиальная)?
а) заболевание пациента при оказании ему помощи

б) любое клиническое выраженное заболевание микробного происхождения, поражающее пациентов в результате обращения за медицинской помощью, а также МС в связи с реализацией служебных обязанностей

в) заражение пациента микробной патогенной флорой во время лечения

10. Что такое дезинфекция?

а) мероприятия по удалению микроорганизмов

б) действия по защите пациента от условно патогенных возбудителей в процессе оказания ему медицинской помощи

в) совокупность мероприятий, направленных на уничтожение или снижение численности популяций вегетативных и покоящихся форм патогенных и условно патогенных возбудителей на абиотических объектах внешней среды с целью предупреждения распространения инфекционных болезней

11. Каковы известные Вам элементы комплексного обхода главной МС АПО и БО:

а) соблюдение санитарно-эпидемиологических требований

б) условия пребывания пациентов

в) организация работы дневного стационара

г) учет и хранение лекарственных средств, расходных материалов

д) эксплуатация медицинского оборудования

е) ведение медицинской документации, включая электронные носители

ж) контроль работы младшего медицинского персонала

з) ознакомление со случайно выбранным мнением пациентов о качестве медицинской помощи

и) безопасность МС на рабочем месте.

12. Что такое медицинская тайна при оказании медицинской помощи

а) соблюдение требований медицинского, правового, социально - этического характера для сообщения пациенту о состоянии его здоровья

б) условия пребывания пациента, при которых будет соблюдена тайна его пребывания в БО или посещение АПО

в) запрет медицинскому работнику сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведения о личной жизни, полученных при обследовании и лечении.

Ключ ответов:

1АБ
2АБГ
3АБГ
4АБВ
5Б
6А-Ж
7АБ
8В
9Б
10В
11А-Ж,И
12А,В

Приложение 15

Принципы планирования своего успеха

Принцип	**Контрольные вопросы**
УНИКАЛЬНОСТЬ **Проблемы не обязательно одинаковы, даже если с первого взгляда похожи одна на другую как две капли воды**	Рассматриваете ли вы свою проблему как действительно уникальную, даже если первое впечатление говорит вам, что это не так? • Что именно – предмет деятельности, люди, временные рамки, место, состояние окружающей среды, внутренняя структура вашего дела, ваши личные планы и особенности, иное – делают вашу проблему уникальной? Известны ли вам решения проблем, похожих на вашу? Обнаружили ли вы в этих решениях какие-либо идеи (либо «анти-идеи»), которые можно было бы использовать при получении решения вашей проблемы? Что конкретно вы обнаружили? • Проанализировали ли вы ошибки, которые содержались в решениях проблем, похожих на вашу?
ЦЕЛИ **Единичная или простая цель – редкое явление; если цель легко достижима, значит это – не цель**	Совпадают ли ваши декларируемые цели с истинными целями? • Составили ли вы список различных целей, применительно к работе над поставленной проблемой? Соответствуют ли цели, которые вы ставите для своего дела, вашим личным целям? Насколько? Что можно сделать, чтобы сблизить эти цели как можно более? • Расширили ли вы поставленные для разрешения проблемы цели? Куда вы направляетесь? Какова ваша миссия? В чем состоят более крупные цели? Чего именно вы пытаетесь достичь (сейчас, в краткосрочной перспективе, в среднесрочной перспективе, в отдаленном будущем)? • Разделяет ли ваша деловая команда ваши цели?
РЕШЕНИЕ, СЛЕДУЮЩЕЕ ЗА НАСТОЯЩИМ (РСН) **Только долгосрочное решение задает направление краткосрочным решениям:** **глядя в будущее, вы удовлетворяете потребностям сегодняшнего дня**	Каковы возможные, даже самые фантастические, фантомные идеи существуют для достижения ваших целей? Какие самые невероятные технологии помогут разрешить текущие проблемы сегодняшнего дня? • Удалось ли вам выработать множество альтернативных решений? Какие правила могут послужить вам для кон-

	струирования идеальной деловой системы? Учитываете ли вы будущие изменения при построении решений в краткосрочной перспективе? Каким образом? • Ориентированы ли все промежуточные (текущие) решения на достижения сверх цели? Что можно сделать, чтобы это было именно так? Искали ли вы иные правильные ответы? • Следуете ли вы при построении решений ориентации «для того, чтобы»?
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД Проблемы никогда не существуют в вакууме. Текущие проблемы и решения - только верхушка айсберга. Ваше Дело - очень сложная система, даже если это - очень малое предприятие или очень скромная карьера	Рассматриваете ли вы полученное решение как систему? • Все ли «размерности» проблемы вы учли? Время? Денежные затраты? Не денежные ресурсы? Средства контроля? Влияние окружающей среды такой, какова она сегодня и предполагается быть в будущем? Каковы элементы и размерности идеи или предполагаемого решения? Воспользовались ли вы системной матрицей? • Рассматриваете ли вы решение в контексте Цели? Насколько хорошо продумана внутренняя структура вашего дела? Предусмотрели ли вы возможные кризисы, связанные именно с внутренней структурой? Наметили ли вы пути их предупреждения и преодоления? • Есть ли какие-то проблемы, которые вам придется решать одновременно? Предусмотрели ли вы возможность возникновения «эффекта домино» (выход из строя одного, самого, казалось бы, незначительного элемента может вызвать разрушение всей системы в целом)? • Какие последствия может иметь ваше решение для остальных функций вашего дела, рассматриваемого, как система? Как оно может отозваться на людях-партнерах, клиентах, служащих, ваших близких? Как может ваше решение отразиться на окружающей среде, например, на сегменте рынка, который вы занимаете или намереваетесь занять? Какие изменения может привнести решение в ваш стиль работы?

СБОР ОГРАНИЧЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ Информация бессмысленна без идей и умения выбрать из нее только нужные данные. Менеджер должен быть специалистом по решениям; специалист по проблемам называется экспертом	Представляете ли вы, о чем именно вам нужно собирать сведения? Не будете ли вы зря терять время, изучая «все, что есть по проблеме»? • Из каких источников вы будете получать информацию? Как вы будете проверять ее истинность? Вся ли действительно необходимая вам информация доступна? Что вы будете делать, если окажется, что какие-то данные вы не в состоянии узнать? • Собираете ли вы только информацию, необходимую для продвижения решения, а не еще и для их похорон? Что вы будете делать с собранной информацией? Каким образом вы будете ее использовать? Кого именно вы будете привлекать к обработке информации?
ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР Решение будет работать тогда и только тогда, когда оно будет признано теми, вместе с кем вы идете к достижению своей цели. Люди признают решение тогда, когда они знают о нем, могут внести в него свой вклад, понять его, помочь развить и улучшить	Готовы ли вы к тому, чтобы признать, что две думающие головы более, чем вдвое лучше, чем одна? • Включили ли вы в процесс определения целей, генерирования идей, выработки решения всех людей, от деятельности которых зависит судьба вашего дела? Готовы ли вы быть лидером этой команды? Объяснили ли вы им цели структуру системы, РСН, а также, почему им выгодно, чтобы ваши цели были достигнуты? И что, они согласились с вами? Дали ли вы достаточно времени членам команды на внесение вклада в подготовку и внедрение перемен? Рассматривают ли они участие в будущих свершениях как преимущество для себя лично? Почему (какова их мотивация)? Какой системой вознаграждений вы будете пользоваться? Помните ли вы, что человек работает не только ради денег? • Каким образом вы будете сегментировать информацию об истинных целях, принятых решениях, стратегии движения к цели, сроках и способах корректировки курс? и др.? Другими словами, кто, кроме вас будет знать практически столько же, сколько и вы? Не повредит ли это делу и вам лично? Продумали ли вы методы, используя которые вы будете упреждать нежелательную утечку конфиденциальной информации и бороться с последствиями, если таковое все же произойдет? Удалось ли вам добиться хорошей «смеси умов» (экспертов, исполнителей, творческих мыслителей, знатоков технологиче-

	ской информации и др.) в команде?' Нужен ли еще кто-нибудь? Нет ли лишних? А вы в этом уверены? Почему? • Какой способ обмена информацией внутри вашей команды вы предполагаете (отчеты, магнитные носители, периодические собрания, иное)? Какова предполагаемая процедура внесения и обсуждения предложений и принятия решений?
ПЕРМАНЕНТНОЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ Перемены совершаются не моментально, а в течение некоторого промежутка времени. Стремясь что-либо усовершенствовать, помните, что нередко лучшее – враг хорошего	Как, когда и каким образом можно будет улучшить данное решение так, чтобы оно позволило переход к РСН? А когда это *необходимо* будет сделать? • Разработали ли вы график (систему контрольных точек) внедрения перемен и улучшений решения? Содержит ли ваше решение зародыши будущих перемен уже сегодня? • Предусмотрены ли будущие усовершенствования вашими стратегическими и финансовыми планами? Когда вы планируете переходить от сегодняшней промежуточной к следующей цели, более крупной? • Выработаны ли у вас ясные критерии для того, чтобы оценить понятия «лучше», «совершеннее», и представляете ли вы, как могут изменяться эти критерии с течением времени (по мере движения вами к Цели и в соответствии с предполагаемыми изменениями окружающей среды)

Приложение 16

Основные права личности

Каждое из перечисленных ниже прав следует понимать в неразрывной связке «право – ответственность», т.е. «я имею право ... и принимаю на себя ответственность за последствия»

1. Вы имеете право судить о собственном поведении, мыслях, эмоциях и брать ответственность за их последствия на себя ИЛИ Вы имеете право быть верховным судьей над собой.

Чем более мы слабохарактерны или безвольны, тем больше вероятность того, что мы отказываем в этом праве *себе и другим*. Если вы пользуетесь этим правом, вы берете всю ответственность за собственное существование на себя и снимаете ответственность с других людей, в том числе, с государства. Люди такого независимого типа вызывают беспокойство у другого типа людей – беспомощных и неуверенных, которые считают, что поведение всех людей, особенно независимых, ярких нужно контролировать. Беспомощным и пассивным людям кажется, что «неконтролируемый» человек способен поставить под удар их собственную удачу или даже счастье.

В любом из трех типов взаимоотношений: коммерческих или формальных, отношениях с авторитетами, властью или равноправные отношения – манипулирование вашим поведением осуществляется тогда, когда вам навязываются чуждые вам правила, что и как следует делать. В основе манипулирования лежит представление о том, что *никому не следует высказывать независимых суждений. Следует руководствоваться общепринятыми правилами и мнением о вас людей более важных и мудрых.*

Бездумная вера в правила и авторитеты подразумевает контроль всего, что вы делаете и думаете, со стороны других людей.

2. Вы имеете право не оправдывать свое поведение.

Манипуляция базируется на основе заложенного ранее (обществом, родителями, пр.) представления: вы должны объяснять свое поведение другим людям, потому что вы несете перед ними ответственность за свои действия. Вы должны оправдывать свои поступки перед ними.

Если вы уверены в себе, нет нужды объяснять другим свое поведение, чтобы ОНИ решали, правильно ли оно, неправильно ли, корректно или некорректно и т.п. Конечно, люди всегда имеют право высказать вам, что им не нравится то, что вы делаете. Вы же, в свою очередь, имеете право проигнорировать их замечания, или найти компромисс, или, пощадив их чувства, с уважением отнестись к их пожеланиям и даже изменить свое поведение.

3. Вы имеете право решать должны ли вы брать на себя ответственность за чужие проблемы (есть ли вам дело до чужих проблем).

Манипуляция основывается на заложенных в нас с детства представлениях о миропорядке: есть некие предписания (правила, данные «свыше», «извечно»), необходимые для управления жизнью. База манипуляции – Вы должны пожертвовать своими личными ценностями и не дать разрушиться этой системе предписаний. Если система когда-то не срабатывает, должны приспособиться и измениться вы, а не система. Если возникают какие-то проблемы с системой - это ваши проблемы; система за них ответственности не несет.

Если вы не пользуетесь своим правом отвечать только за себя и – исключительно по своему решению, по своей воле за другого человека, то эти люди воспользуются ситуацией и будут навешивать на вас еще и свои проблемы, вопреки вашим интересам, устремлениям.

4. Вы имеете право передумать, изменить свое мнение.

Все мы – люди, и нам свойственно меняться. Обстоятельствам, ситуациям вокруг нас также свойственно меняться. Наши интересы и возможности с течением времени и в зависимости от условий меняются. Очевидно, что то или иное решение в одной ситуации работает на нас, в другой – против нас. Чтобы не утратить здравого смысла и успешно добиваться своего благополучия и счастья мы должны признать: *перемена мнения - это нормальная и здоровая реакция.* Если вы передумали, другие люди могут сопротивляться вашему новому выбору. При этом они используют манипуляцию, основанную на следующем представлении: Вы не должны передумывать после того, как вы уже приняли решение (и дали знать об этом другим). Если вы изменяете свое мнение, то что-то не так. Вы должны оправдывать свой новый выбор или признать, что вы ошиблись. Если же вы за-

блуждаетесь сейчас, вы показываете, что вы безответственны. Вполне вероятно, что вы снова ошибаетесь, и тем самым создаете новые проблемы. Значит, вы не в состоянии принимать самостоятельные решения.

5. Вы имеете право делать ошибки и отвечать за них.

Ошибаться – часть человеческого существования («Errare humanum est»). Наше неотъемлемое право – делать ошибки и отвечать за них просто характеризует реальность человеческой жизни. Ошибки – всего лишь ошибки, и ничего более. Нами легко манипулировать, когда мы верим, что ошибки – «зло» и мы «не должны» совершать их. А уж если совершили ошибку, нужно ее исправить «правильным» поведением.

База манипуляции здесь такова: вы не должны совершать ошибок. Ошибки – это зло, которое создает неприятности другим людям. Если вы совершаете ошибки, вы должны чувствовать свою вину. Вы не умеете вести себя должным образом и принимать достойные решения. Чтобы вы не могли вызывать новых проблем, ваше поведение и решения должны контролироваться другими людьми. Только таким образом вы можете компенсировать то зло, которое вы им причинили.

6. Вы имеете право сказать: «Я не знаю».

Еще одно законное право – принимать решение, даже если вы не знаете ВСЕГО, что за этим последует (на то и существует навык мышления). Вы имеете право сказать «я не знаю», если вы не знаете ответа на вопрос.

Манипуляции строятся на основе следующего неверного постулата: у вас должны быть ответы на любые вопросы о возможных последствиях ваших действий; ведь если у вас нет ответов, значит, вы не осознаете того, какие проблемы можете создавать другим людям, и тогда вы безответственны и вас надо контролировать (что равно «управлять вами»).

Манипулирование этого типа может быть и очень деликатным. Его можно узнать по вопросам: «Что бы произошло, если?..», «Как ты думаешь?..», «Как бы ты себя чувствовал, если... (оказался на моем месте, после того, когда я столкнулся с последствием сделанной ошибки)?».

7. Вы имеете право не зависеть от того, как к вам относятся другие.

Что бы вы или я ни делали, всегда найдется кто-то, кому это не понравится, а кто-то еще и будет оскорблен в своих чувствах. Пассивное большинство всегда не выносит активное меньшинство. Так нужно ли относиться к этому как к проблеме? Это – *факт*, его нужно учитывать, но неразумно пытаться разрешать эту данность, стараясь понравиться всем. В частности, оправдывая свою активность, деятельность, и, как естественное следствие, за более высокий уровень жизни.

Допустим, вы все же считаете: для того, чтобы успешно общаться с кем- то, первое, что необходимо – это добиться его дружеского расположения к вам. Во-первых, а нужно ли успешно общаться *именно с этим* человеком? Зачем? Для чего именно? Во-вторых, если вы добиваетесь дружеского расположения, вы открываете себя для манипулирования, и оно тем сильнее, чем больше ваша потребность в этой доброжелательности другого.

База манипуляции такова: люди, с которыми вы общаетесь, ДОЛЖНЫ быть расположены к вам, иначе они могут помешать сделать что-то. Чтобы выжить, вы должны сотрудничать с другими людьми. Очень важно, чтобы вас любили.

Варианты проявления манипуляции: «Вы еще вспомните об этом!», «Ты пожалеешь, что это сделал!», «Я тебе это припомню!». - Варианты ответа: «Я не понимаю, зачем тебе это припоминать? Я не понимаю, ты что, не будешь меня больше любить из-за этого?» Совершенно не обязательно, чтобы тех, с кем вы общаетесь, восхищало ваше поведение.

Многим из нас трудно просто сказать «нет» в ответ на вопрос или предложение.

Осознанно или неосознанно, мы приходит к выводу, что другой человек будет обижен нашим отказом. Или: чтобы поддерживать дружеские отношения, нужно 100% взаимное согласие. Это - мнение неуверенного в себе человека, объекта для манипулирования им.

8. Вы имеете право быть нелогичным в принятии решений.

Логика – это всего лишь вариант хода рассуждений, который мы используем, чтобы принять какое-то свое решение. Однако, не все логичные рассуждения истинны. При использовании логики присутствуют два фактора: исходная посылка и уже потом логичность рассуждений. Неверная посылка может привести к фатальному результату. НО наша система образования, в частности, учит именно логическому мышлению, выдавая его за единственно правильное. Логичное рассуждение является, своего рода, Священной Коровой, и поэтому это является мощнейшим инструментом для

манипулирования нами, особенно, социального манипулирования. База манипуляций: *вы должны следовать логике, потому что она позволяет принимать наилучшие решения.*

Даже если вы поступаете логично, это далеко не всегда может решить вашу проблему. Если вы руководствуетесь логикой, это лишь означает, что вы ставите себе определенные рамки: делаете лишь то, что полностью понимаете («просчитываете»). Но решение проблемы часто может находиться за пределами данных рамок, а ситуация часто просто не поддается «просчету».

9. Вы имеете право сказать: «Я не понимаю».

Сократ заметил, что истинная мудрость приходит тогда, когда мы осознаем, как мало мы понимаем в жизни, в самих себе, в мире вокруг нас. Мы не столь находчивы и восприимчивы, чтобы абсолютно понимать хотя бы большую часть того, что происходит вокруг. И все же эта ограниченность человеческих способностей не мешает нам жить.

База манипуляции такова: чтобы жить без разногласий, вы должны предвосхищать нужды других людей и быть восприимчивы к ним. Предполагается, что вы и так понимаете их нужды, и не нужно о них говорить. Если же вы не понимаете этого, пока вам не начинают постоянно об этом говорить, то, значит, вы не в состоянии жить в гармонии с другими людьми, вы - человек безответственный и ничего не знающий (и нестоящий) человек.

10. Вы имеете право сказать «Мне наплевать», «Меня не волнует», «Меня не интересует» ИЛИ «Я не обязан быть совершенством во всем подряд», «Я сам выбираю области своего превосходства».

В обычных внутренних убеждениях, на которых строятся приемы манипулирования, есть общее: вам навязывают мнение, что вы не судья самому себе. Из такого убеждения следует, что хоть вы и несовершенны, как всякое человеческое существо, вы должны стремиться к совершенству (а именно, к *признаваемому другими* совершенству). Если вы не можете улучшить себя, то должны, по крайней мере, хотеть улучшить свою человеческую сущность, стремясь к признаваемым другими совершенствам.

Если вы разделяете такое представление, вы открыты для всевозможных манипуляций, и число способов управления вами ограничивается, лишь изобретательностью манипуляторов. База манипуляции такова: поскольку вы человек, вы ничтожны и у вас много пороков. Вы должны стараться преодолеть свои человеческие слабости и всеми силами «улучшать « себя, пока не достигнете совершенства во всем. Вам вряд ли это удастся, но вы должны хотеть совершенствоваться. Если кто-то вам укажет, каким образом вы можете улучшить себя, вы обязаны последовать его наставлению. Если вы этого не сделаете, то вы - испорченный, ленивый, недоразвитый и никчемный человек, и потому, не заслуживаете чьего бы то ни было уважения, в том числе собственного.

Приложение 17

Правила дружелюбного взаимодействия МСОП с пациентом на дому

Правило *«балансировки»* (колесо катится потому, что все его точки по окружности одинаково удалены и приближены к центру). Жизнеспособен коллектив или группа людей, где все суммарные человеческие различия сбалансированы с совпадениями по характеру и образу жизни. Похожим людям строить взаимоотношения проще.

Правило *без выигрышности* в споре. Если вы спорите, раздражаетесь и возражаете, вы можете иногда одержать победу, но она будет бессмысленной, ибо вы никогда не добьетесь расположения другого человека. Следует не спорить, а убеждать аргументами.

Правило *«выжидательной активности»*. Следует дождаться изменения точки зрения собеседника, когда выжидаешь своего часа, активно отрицая позицию, на которую опираются оппоненты. «Терпение – сокровище на всю жизнь» – гласит японская пословица. Для достижения цели МС следует быть неутомимо терпеливым в работе с людьми, постепенно завоевывая все новых сторонников.

Правило *«вычеркивания неудачи»*. Неудача не есть что-то абсолютное, лишь восприятие ситуации. Нельзя считать что-то неудачей до тех пор, пока вы сами так не думаете. Американские психологи Бенис и Нанус делают заключение: «Возможно, самым впечатляющим и примечательным качеством лидеров... было то, как они реагировали на неудачу. Они просто не думают о неудаче, даже не пользуются этим словом, предпочитая такие синонимы, как «ошибка», «сбой», «путаница». Заострять надолго внимание на неудаче не следует.

Правило *«главного успокоения»*. «В жизни возможны лишь две трагедии. Первая – не осуществить свою страстную мечту, вторая – добиться ее осуществления» (Оскар Уайльд). Чувство юмора облегчает решение многих проблем.

Правило *«двух зол»*. Лучший способ подтолкнуть человека к приемлемому для вас действию – это резко ограничить выбор. Предъявление только двух одинаково проблемных предложений, но таких, что одно по последствиям явно менее чревато, обеспечивает склоняемость другого лица в нужную вам сторону.

Правило «*женской просьбы в совете*». Когда женщина просит у вас совета, ей нужен не совет, а собеседник. МС должна учитывать желание опекаемого пациента говорить или молчать.

Правилами поведения МС являются приветливость и улыбка по ситуации, позитивное отношение к жизни, умение радоваться малому успеху, юмор.

Приложение 18

Факторы «детерминанты хорошего настроения» (по Р. Левинсон, М. Граф)

Социальные взаимодействия (человеческие отношения): умение заинтересовать собеседников своими рассказами; наблюдение за людьми; откровенная беседа; выслушивание признаний и выражение своей любви. Это ласкательные прикосновения; пребывание в обществе любимого человека; высказывание комплиментов в чей-то адрес; ощущение себя «душою общества» в компаниях; ведение оживленной беседы; прослушивание музыки; встреча со старыми друзьями; осознание возможности оказать помощь другим; умение развлечь и развеселить окружающих; приобретение новых друзей.

Снижает депрессию: смех; расслабление; размышление о чем-то хорошем, что может произойти в будущем; воспоминания о людях, к которым относишься с симпатией. Может быть, это наблюдение за красивым пейзажем; возможность дышать свежим воздухом; пребывание в состоянии умиротворения и спокойствия; возможность принимать солнечные ванны; ощущение чистой одежды; наличие свободного времени; хороший сон по ночам; убежденность в благополучии семьи и друзей; чувство присутствия Бога в жизни; наблюдение за дикими животными.

Самоорганизация: умение настоять на своей точке зрения; чтение рассказов, романов, стихов и пьес; планирование и организация какого-либо действия; четкое выражение своих мыслей; планирование действий; приобретение новых знаний и навыков; получение комплемента или похвалы в свой адрес; качественное выполнение работы.

Разное: вкусная еда; посещение друзей; пребывание в окружении домашних животных; хобби.

Способность пациента выполнять работу. МС важно распознать, как человек воспринимает события жизни для решения об объёме самостоятельности при уходе. Между приходом и расходом сил должно существовать равновесие, которые поддерживают пища, вода, отдых, мотивация. Энергия тратится на восстановление или исцеление физических состояний, выполнение ежедневных задач, помощь при стрессе, в учёбе, работе, играх, а ее отсутствие приводит к бессилию. Если должным образом проинформированные пациенты понимают происходящее с ними, это даёт им чувство хозяина положения, облегчает беспокойство, тревогу и неопределённость, возникают границы перспектив.

Критерии отнесения пациента к патронажной группе
(индивидуальная оценка по шкале Лаутона и Бартела) (Попова А.В.)

Критерии отнесения пациента к патронажной группе основаны на индивидуальной оценке по шкалам Лаутона и Бартела

Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл
1 Способность к самообслуживанию	Прием пищи	самостоятельно	5
		частично нуждается в помощи	3
		полностью зависим от окружающих	0
	Одевание	самостоятельно	5
		частично нуждается в помощи	3
		полностью нуждается в посторонней помощи	0
	Посещение туалета	самостоятельно	10
		частично нуждается в помощи	5
		нуждается в использовании судна, утки	3
		отсутствует контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация)	0
2 Способность к самостоятельному передвижению	Передвижение	самостоятельно	10
		может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	5
		может передвигаться с помощью инвалидной коляски, костылей, ходунков	3
		не способен к передвижению	0
	Переход с кровати на стул	самостоятельно	5
		может сидеть, однако нуждается в помощи при переходе	3
		не встает с постели	0
	Подъем по лестнице	самостоятельно	5
		нуждается в поддержке	3
		не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0

Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл
3 Способность к ориентации (дезориентация)	Ориентация в окружающей обстановке	полностью ориентирован	10
		частично дезориентирован	5
		дезориентирован	0
4 Способность контролировать свое состояние здоровья, нуждаемость в помощи других лиц	Контроль АД	самостоятельно	5
		с посторонней помощью	0
	Прием лекарственных препаратов	самостоятельно	5
		с незначительной помощью	3
		самостоятельно принимать лекарства не в состоянии	0
5 Способность к общению	Использование телефона	самостоятельно	5
		с небольшой помощью или набирая только хорошо знакомые номера	3
		не может пользоваться телефоном	0
	Использование Интернета	самостоятельно	5
		с незначительной помощью	3
		не может пользоваться интернетом	0

1 + 2 + 3 + 4 + 5

0-55 баллов – рекомендовано отнесение к патронажной группе

56-70 баллов – не рекомендовано отнесение к патронажной группе

На основе данных критериев формируется **«Лист индивидуальной оценки»** для включения в реестр патронажной группы пациентов

Приложение 20

Опросник по оценке выраженности симптомов хронической сердечной недостаточности

Оценка выраженности симптомов больных ХСН (опросник)

Жалобы в настоящее время	**Нет или только при быстрой ходьбе**	**При ходьбе обычным шагом**	**При любой нагрузке**	**При всём перечисленном и в покое**
Одышка	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Сердцебиение и/или перебои	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Беспокоит ли слабость, утомляемость	нет или только при большой нагрузке	Возникает при или после обычной нагрузке	Не позволяет выполнить лёгкую работу по дому	Выраженная в состоянии покоя
Кровохарканье	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Боли в области сердца	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла
Боли в правом подреберье	возникают только при большой нагрузке или нет	При быстрой ходьбе, нагрузке	При незначительной нагрузке, при лёгкой физической работе	При всём указанном и постоянно в покое

Литература

1. Белялов, Ф. И. Лечение болезней в условиях коморбидности / Ф. И. Белялов. – 10-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 543 с.
2. Богдан, Е.Л. Современная медицина и биоэтические вызовы /Е.Л. Богдан, В.Н. Сокольчик, М.В. Щавелева // Здравоохранение. – 2018. - №3. – С.35-41
3. Вальчук, Э. А. Государственные минимальные социальные стандарты в области здравоохранения : учеб.-метод. пособие / Э. А. Вальчук, А. П. Романова ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2013. – 40 с.
4. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник) : науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2014. – 32 с.
5. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор) / А. Н. Ильницкий [и др.] // Науч. результаты биомед. исслед. – 2019. – Т. 5, № 4. – С. 102–116.
6. Выговская, О. Н. Алгоритмы ухода за больными : учеб. пособие / О. Н. Выговская. – М. : Перо, 2016. – 28 с.
7. Герасименко, М. А. Система непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь и за рубежом : учеб.-метод. пособие / М. А. Герасименко, Т. В. Калинина ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2015. – 37 с.
8. Доступность и качество медицинской помощи в ответах пациентов и медицинских работников Могилевской области / М. М. Сачек [и др.] // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 1. – С. 38–47.
9. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия для всех / Р. А. Евсегнеев. – Минск : Беларусь, 2006. – 479 с.
10. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. стат. сб. за 2019 г. – Минск : РНПЦ МТ, 2019. – 257 с. – Режим доступа: http://rnpcmt.belcmt.by/files/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 01.03.2020.
11. Здрок, О. Н. Медиация : пособие для магистрантов / О. Н. Здрок ; Белорус. гос. ун-т, УПУ «Центр «Медиация и право». – Минск : Четыре четверти, 2018. – 539 с.
12. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 840 с.
13. Ильницкий, А. Н. Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / А. Н. Ильницкий, Э. Э. Вальчук ; ред.: Э. А. Вальчук, В. Б. Смычок. – Минск : Беларус. навука, 2003. – 320 с.
14. Ильницкий, А. Н. Резилиенс-гимнастика в паллиативной помощи / А. Н. Ильницкий, И. С. Носкова // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 3. – С. 44–48.
15. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков: наставничество : инструкция по применению № 9-0105 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 02.03.2006 / УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УО «Белорусский государственный медицинский колледж», ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения» ; Т. В. Матвейчик, Э. А. Вальчук, В. И. Иванова, С. С. Корытько, Г. В. Кулагина. – Минск, 2006. – 30 с.
16. Кечина, Е. А. Результаты дозорного эпидемиологического надзора по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ / Е. А. Кечина. – Минск : [б. и.], 2018. – 210 с.
17. Кодекс Республики Беларусь об образовании [Электронный ресурс] : 13 янв. 2011 г., № 243-З ; принят Палатой представителей 2 дек. 2010 г. : одобр. Советом Респ. 22 дек. 2010 г. : в ред. Закона Респ. Беларусь от 23 июля 2019 г. // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
18. Колосницына, М. Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М. Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. – 2010. – № 3. – С. 170–178.
19. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп., принятыми на респ. Референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – Минск : Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь, 2021. – 62 с.

20. Кралько, А. А. Профилактика коррупционных правонарушений в здравоохранении : учеб.-метод. пособие / А. А. Кралько ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2017. – 68 с.

21. Лаптиева, Л. Н. Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 8–13.

22. Максвелл, Д. Мотивация решает все : [как настроить себя и окружающих на успех] / Д. Максвелл ; пер. с англ. О. Г. Белошеев. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.

23. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы : моногр. / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Ковчег, 2018. – 170 с.

24. Матвейчик, Т. В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 201 с.

25. Матвейчик, Т. В. Влияние научной школы по общественному здоровью на обучение главных медицинских сестер в Белорусской медицинской академии последипломного образования / Т. В. Матвейчик // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 54–1. – С. 93–97.

26. Матвейчик, Т. В. Глоссарий наиболее употребляемых терминов по организации сестринского дела : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, П. Н. Астрейко ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2008. – 48 с.

27. Матвейчик, Т. В. Делопроизводство в работе медицинской сестры-организатора : справ. изд. / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова, Т. В. Виноградова ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2014. – 179 с.

28. Матвейчик, Т. В. Долгосрочный уход за престарелыми пациентами за рубежом и в Республике Беларусь: состояние и проблемы / Т. В. Матвейчик // Мед. новости. – 2014. – № 11. – С. 38–42.

29. Матвейчик, Т. В. Защитим их жизни: профилактика суицидального поведения учащихся / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова, В. М. Хомич // Проф. образование. – 2015. – № 1. – С. 52–57.

30. Матвейчик, Т. В. Международные организации о роли медицинских сестер в здравоохранении / Т. В. Матвейчик // Семейный доктор. – 2020. – № 2. – С. 54–58.

31. Матвейчик, Т. В. Непрерывное медицинское образование: команда как путь повышения эффективности здравоохранения / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2015. – № 1. – С. 61–66.

32. Матвейчик, Т. В. О модели оказания первичной медицинской помощи «Заботливая поликлиника» / Т. В. Матвейчик // Медицина. – 2019. – № 2. – С. 36–41.

33. Матвейчик, Т. В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста / Т. В. Матвейчик, Г. А. Шишко ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Ковчег, 2019. – 289 с.

34. Матвейчик, Т. В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе : учеб. пособие по специальности 1-79-01-06 "Сестринское дело" / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Вискуб, С. М. Русак ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Ковчег, 2018. – 288 с.

35. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины : учеб.-метод. пособие для организаторов обществ. здоровья и сестрин. дела / Т. В. Матвейчик, В. И. Петров, А. А. Кралько ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2011. – 235 с.

36. Матвейчик, Т. В. Особенности профессиональной подготовки организаторов сестринского дела в Белоруссии / Т. В. Матвейчик, А. П. Клюев // Материалы Всероссийской учебно-методической конференции с международным участием. – 2015. – Т. II. – С. 268–270.

37. Матвейчик, Т. В. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции / Т. В. Матвейчик // Вестн. мед. ин-та им. Меграбяна. – 2020. – Т. 9. – С. 31–40.

38. Матвейчик, Т. В. Потребность в успехе как фактор снижения конфликтности медицинских сестер / Т. В. Матвейчик, Д. А. Марченко-Тябут // Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья : материалы II Всерос. науч.-практ. конф., Новосибирск, 26 мая 2017 г. – Новосибирск, 2017. – С. 82–83.

39. Матвейчик, Т. В. Профилактика социального сиротства в деятельности медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2019. – 120 с.

40. Матвейчик, Т. В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2014. – № 8. – С. 45–50.

41. Матвейчик, Т. В. Социально-педагогическое сопровождение становления профессионального самоопределения руководителя сестринского дела [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск : Ковчег, 2014. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

42. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск : Выш. шк., 2016. – 366 с.

43. Матвейчик, Т. В. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие по специальности 1-79-01-06 "Сестринское дело" и по специальности 1-86-01-01 "Социальная работа" / Т. В. Матвейчик [и др.] ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2017. – 295 с.

44. Матвейчик, Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 223 с.

45. Матвейчик, Т. В. Управление сестринским процессом в стационаре (для руководителей больниц сестринского ухода) / Т. В. Матвейчик, Э. Э. Вальчук. – Минск : [б. и.], 2009. – 216 с.

46. Матвейчик, Т. В. Уровень трудовой мотивации и значение определения показателей организационных и коммуникативных навыков главных медицинских сестер в Беларуси / Т. В. Матвейчик, Л. В. Шваб // Научные и практические результаты в технических, общественных, естественных и гуманитарных науках. Перспективы их развития : сб. науч. ст. по итогам Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 22–23 янв. 2015 г. – СПб., 2015. – С. 108–112.

47. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / С. Н. Анацко [и др.] ; под ред. В. П. Сытого. – Минск : Белсэнс, 2011. – 342 с.

48. Медико-социальная помощь пожилым : моногр. / И. Н. Мороз [и др.] ; под общ. ред. В. В. Колбанова ; Белорус. о-во Красного Креста, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Попурри, 2013. – 232 с.

49. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 223 с.

50. Миклашевич, И. М. Трансформация концепции здорового образа жизни в социальных репрезентациях здорового образа жизни руководителей высшего звена Республики Беларусь / И. М. Миклашевич // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., Москва, 25–27 апр. 2021 г. / М-во образования и науки Рос. Федерации, Моск. гос. ун-т дизайна и технологии ; редкол.: В. С. Белгородский [и др.]. – М., 2016. – Ч. 3. – С. 242–246.

51. Можейко, В. Ч. Телемедицинские технологии при организации первичной медицинской помощи населению : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / В. Ч. Можейко ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2019. – 24 с.

52. Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма / О. А. Павловская [и др.] ; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т философии. – Минск : Беларус. навука, 2015. – 429 с.

53. Наркологическая помощь населению Республики Беларусь 2014–2017 годы : информ.-стат. сб. / Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья ; сост.: А. А. Кралько [и др.]. – Минск : Колорград, 2018. – 63 с.

54. Научные исследования в сфере социально-экономических и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и конвергенция знаний : моногр. / И. В. Абакумова [и др.] ; под ред.: Р. М. Байгулова, О. А. Подкопаева. – Самара : Поволж. науч. корпорация, 2016. – 439 с.

55. О внесении изменений и дополнений в постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. № 120 и от 31октября 2007 г. № 99 [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 сент. 2014 г., № 66 // ЭТАЛОН.

Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

56. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028. – Дата доступа: 03.04.2020.

57. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 г. № 433–З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

58. О концепции информационной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление Совета Безопасности Респ. Беларусь, 18 марта 2019 г., № 1 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

59. О материальном стимулировании работников здравоохранения [Электронный ресурс] : Указ Президента Респ. Беларусь, 16 апр. 2020 г., № 131 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

60. О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29 дек. 2015 г., № 1301 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

61. О метрологической службе Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 28 апр. 2010 г., № 424 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

62. Об утверждении и введении в действие Положения о метрологическом обеспечении учреждений здравоохранения Республики Беларусь: приказ М-ва здравоохранения Республики Беларусь, 29 нояб.1996 г., №255 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

63. О наркотических средствах, психотропных веществах, их прекурсорах и аналогах [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 13 июля 2012 г., № 408-З : с изм. и доп. от 18 июля 2016 г. № 404-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

64. О порядке оказания медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного пребывания, а также вне организаций здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 1300 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

65. О порядке организации преаналитического этапа лабораторных исследований»: приказа М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10.11.2015 г., № 1123 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

66. О правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 авг. 2018 г., № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

67. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 11 дек. 2020 г., № 94-З // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12000094&p1=1. – Дата доступа: 02.04.2021.

68. Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 декабря 2004 г. № 51 [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 нояб. 2020 г., № 98 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22036135&p1=1. – Дата доступа: 02.04.2021.

69. Об обращении с отходами [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 20 июля 2007 г., № 271-З : в ред. Закона Респ. Беларусь от 10.05.2019 г. № 186-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

70. Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 5 июня 2020 г., № 615 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

71. Об организации работы врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 февр. 2018 г., № 177 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

72. Об установлении перечня основных лекарственных средств [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 июля 2007 г., № 65 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24.06.2019 г. № 64 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

73. Об установлении республиканского перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих государственному контролю в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 11 февр. 2015 г., № 19 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 11.11.2019 г. № 100 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

74. Об утверждении должностных инструкций [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 22 авг. 2018 г., № 842 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

75. Об утверждении Инструкции о порядке и условиях транспортировки (эвакуации) граждан специальными легковыми автомобилями, функциональным назначением которых являются обеспечение оказания медицинской, в том числе скорой медицинской, помощи и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также о случаях и порядке возмещения расходов, связанных с организацией и осуществлением указанной транспортировки (эвакуации) [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 15 апр. 2016 г., № 58 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

76. Об утверждении Инструкции о порядке представления информации о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные средства и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 апр. 2015 г., № 48 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

77. Об утверждении Инструкции о порядке приобретения, хранения, реализации и использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 28 дек. 2004 г., № 51 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

78. Об утверждении Инструкции о порядке разработки и утверждения инструкции по обращению с отходами производства [Электронный ресурс] : постановление М-ва природных ресурсов и охраны окружающей среды Респ. Беларусь, 22 окт. 2010 г., № 45 : в ред. постановления М-ва природных ресурсов и охраны окружающей среды Респ. Беларусь от 29.11.2019 г. № 42 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

79. Об утверждении Инструкции о требованиях к технической укрепленности и оснащению техническими системами охраны помещений, предназначенных для хранения наркотических средств и психотропных веществ [Электронный ресурс] : постановление М-ва внутр. дел и М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 4 апр. 2005 г., № 105/9 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

80. Об утверждении Инструкции об объеме и порядке оказания медицинской помощи пациентам медицинскими работниками, имеющими среднее специальное медицинское образование [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2014 г., № 91 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

81. Об утверждении Инструкций по выполнению терапевтических лечебных и диагностических манипуляций : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14 мая 2020 г., № 530.

82. Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией» [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 дек. 2010 г., № 1318 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

83. Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с хронической неонкологической болью [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 окт. 2014 г., № 1070 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

84. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438.

85. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 20 марта 2018 г., № 244 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

86. Об утверждении надлежащей аптечной практики [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 27 дек. 2006 г., № 120 : в ред. постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 04.02.2016 г. № 9 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

87. Об утверждении положения о работе команды врача общей практики [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1185 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

88. Об утверждении примерного табеля оснащения изделиями медицинского назначения и медицинской техники амбулаторно-поликлинических и больничных организаций здравоохранения [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 нояб. 2018 г., № 1180 : с изм. и доп. от 05.05.2020 г. № 512 // Эталон. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

89. Об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 февр. 2018 г., № 14 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

90. Об утверждении Санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях», признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 5 июля 2017 г., № 73 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

91. Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения распространения по профилактике вирусных гепатитов» и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 ноября 2011 г. № 112 [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 6 февр. 2013 г., № 11 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/upload/docs/op/W21327071p_1365022800.pdf. – Дата доступа: 03.04.2021.

92. Об утверждении специфических санитарно-эпидемиологических требований [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 марта 2020 г., № 130 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/upload/docs/op/C22000130_1583442000.pdf. – Дата доступа: 02.04.2021.

93. Об утверждении штатных нормативов медицинских работников амбулаторий общей практики и амбулаторий [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 марта 2005 г., № 95 : в ред. приказа М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 20.01.2018 г. № 40 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

94. Обеспечение сотрудничества между услугами первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2018. – 48 с.

95. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.] ; под ред. Н. Н. Пилипцевича. – Минск : Новое знание, 2015. – 782 с.

96. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому. Руководство для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

97. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций : учеб. пособие по специальности 1-79-01-06 "Сестринское дело" и по специальности 1-86-01-01 "Социальная работа" / Т. В. Матвейчик [и др.] ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2017. – 338 с.

98. Организация работы Совета сестер : инструкция по применению № 80-0602 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 04.12.2002 / Белорус. мед. акад. последиплом. образования, Белорус. обществ. об-ние мед. сестер, Респ. диспансер радиац. медицины ; Т. В. Матвейчик, В. А. Ржеутский, В. И. Иванова, Г. В. Кулагина. – Минск, 2002. – 25 с.

99. Организация сестринской деятельности : учеб. пособие для мед. училищ и колледжей / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 525 с.

100. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего : предвар. докл. от Европ. региона ВОЗ / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2018. – 79 с.

101. Отчет о совещании главных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – 29 с.

102. Оценка уровня потребления незарегистрированного алкоголя : моногр. / С. И. Осипчик [и др.] ; Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья. – Минск : Колорград, 2018. – 69 с.

103. Перечень заболеваний, дающих право гражданам на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием [Электронный ресурс] : утв. постановлением Совета Министров Респ. Беларусь, 30 нояб. 2007 г., № 1650 : в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь от 11.03.2019 г. № 152 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

104. Петрова, С. ВОЗ: сестринская служба – важное звено не только для здравоохранения, но и для мировой экономики в целом / С. Петрова // Мед. сестра. – 2020. – Т. 22, № 3. – С. 3–5.

105. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.

106. Проблемы врачебной этики в современном мире : тез. докл. XVI Междунар. мед. конф., Витебск, 25–26 июня 2020 г. / Витеб. епархия Рим.-Катол. Церкви в Респ. Беларусь, Упр. здравоохранения Витеб. облисполкома. – Минск : ПРО ХРИСТО, 2020. – 126 с.

107. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Минск : Страновой офис ВОЗ, 2017. – 247 с.

108. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект : моногр. / И. А. Бондаренко [и др.] ; под ред. И. А. Бондаренко, О. А. Подкопаева. – Самара : Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.

109. Ройтберг, Г. Е. Медицинская организация по международным стандартам качества: практическое руководство по внедрению / Г. Е. Ройтберг, Н. В. Кондратова. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 149 с.

110. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 660 с.

111. Романова, А. П. Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела / А. П. Романова, Т. В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2011. – № 7. – С. 20–24.

112. Руководство по принятию решений о медицинском лечении в ситуациях конца жизни / Ком. по биоэтике Совета Европы. – Страсбург : Совет Европы, 2014. – 32 с.

113. Свентуховская, Н. Специфические санитарно-эпидемиологические требования: изменения и дополнения (часть 1) // Главная медицинская сестра. – 2021. – №1. – С.6-10.

114. Симуляционное обучение в медицине / Рос. о-во симуляц. обучения в медицине ; сост. М. Д. Горшков ; под ред. А. А. Свистунова. – М. : Изд-во Перв. МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. – 288 с.

115. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация : моногр. / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск : Юнипак, 2005. – 420 с.

116. Современные вызовы образования и психологии формирования личности : моногр. / Чуваш. респ. ин-т образования М-ва образования и молодеж. политики Чуваш. Респ. ; редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары : Среда, 2020. – 232 с.

117. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи : моногр. / В. С. Глушанко [и др.] ; Белорус. гос. ун-т [и др.] ; под общ. ред. В. В. Колбанова. – Витебск : ВГМУ, 2008. – 185 с.

118. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : Респ. ин-т проф. образования, 2011. – 276 с.

119. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Белпринт, 2012. – 188 с.

120. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 144 с.

121. Сурожский, А. О современной медицинской этике / А. Сурожский. – СПб. : Возрождение, 2009. – 63 с.

122. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению / Е. Л. Богдан [и др.] ; Респ. науч.-практ. центр мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Минск : РНПЦ МТ, 2017. – 119 с.

123. Туркина, Н.В. Теория М. Аллен. Модель McGILL // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 2. – С. 46–51.

124. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года. Краткая версия» / Г. Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.

125. Фомичева, М. Л. Роль экспертной оценки в обосновании совершенствования организации первичной медицинской помощи / М. Л. Фомичева, В. А. Борцов, О. С. Хихлич // Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья : материалы III Всерос. науч.-практ. конф, Новосибирск, 26 окт. 2018 г. / Новосиб. гос. мед. ун-т [и др.] ; редкол.: И. О. Маринкин [и др.]. – Новосибирск, 2018. – С. 112–113.

126. Хулуп, Г. Я. Инструкция о порядке предоставления медицинских услуг на платной основе в санитарно-курортных и оздоровительных организациях : инструкция по применению № 017–0206 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 02.03.2006 / Белорус. мед. акад. последиплом. образования ; Г. Я. Хулуп, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний : сб. инструктив.-метод. док. / редкол.: Л. А. Постоялко [и др.]. – Минск, 2006. – Т. 1, вып. 7. – С. 228–263.

127. Шармер, О. Теория U. Лидерство из будущего : пер. с англ. / О. Шармер. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2019. – 508 с.

128. Эллиот, Дж. Стив Джобс. Уроки лидерства : пер. с англ. / Дж. Эллиот, У. Саймон. – М. : Эксмо, 2012. – 334 с.

129. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus. – New York : McGraw-Hill, 1966. – 466 p.

130. Maynard, A. Incentives in health care: the shift in emphasis from the implicit to the explicit / A. Maynard // Human resources for health in Europe / C. A. Dubois, M. McKee, E. Nolte. – London, 2005. – Ch. 8. – P. 140–154.

131. Miller, J. F. Coping with chronic illness: overcoming powerlessness / J. F. Miller. – 2nd ed. – Philadelphia : F. A. Davis Company, 1992. – 442 p.

Полезные веб-ресурсы

1. ВОЗ. Информационный бюллетень. Октябрь 2018. Первичная медико-санитарная помощь – 40 лет Алма-Атинской декларации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1020/30/lang,ru/. – Дата доступа: 29.03.2019.

2. Вопросы организации и информатизации здравоохранения [Электронный ресурс] : сайт журн. Респ. науч.-практ. центра мед. технологий, информатизации, упр. и экономики здравоохранения. – Режим доступа: http://belcmt.by/ru/activity-of-the-center/journal/izdatelskaja-dejatelnost. – Дата доступа: 10.06.2019.

3. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/. – Дата доступа: 22.10.2020.

4. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2013. – 16 с. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being. – Дата доступа: 29.03.2019.

5. Медицинский вестник [Электронный ресурс] : информ. портал медработников Беларуси. – Режим доступа: https://medvestnik.by/. – Дата доступа: 10.06.2019.

6. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by. – Дата доступа: 10.06.2019. *(на русском, белорусском и английском языках)*

7. Телемедицина [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0. – Дата доступа: 07.11.2019.

8. IDF diabetes atlas 2017 [Electronic resource] / International diabetes federation. – 8th ed. – Mode of access: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf. – Date of access: 14.01.2019.

9. WHO diabetes country profiles 2016 [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.who.int/diabetes/country-profiles/diabetes_profiles_explanatory_notes.pdf?ua=1. – Date of access: 14.01.2019.

Интернет-доступ к работам по организации сестринского дела

10. Издания ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://med.by/elizd/belmapo. – Дата доступа: 02.03.2021.

Для доступа к конкретному изданию:

11. Матвейчик, Т. В. Из стажера – в мастера: технологии продажи медицинской услуги в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, Г.Я. Хулуп. – Минск : БелМАПО, 2015. – 244 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/folders/0B5leH2D6B_aQYlJjVDAzVnJ2Mnc. – Дата доступа: 02.03.2021.

12. Матвейчик, Т. В. Медицинская помощь и модели ее оказания медицинскими сестрами в современных условиях [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик // Мед. новости. – 2017. – № 3. – С. 22–27. – Режим доступа: https://belmapo.by/assets/templates/files/publications/oziz/img632.pdf. – Дата доступа: 02.03.2021.

13. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» (для организаторов сестринского дела) [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – Минск, 2010. – 168 с. – Режим доступа: http://www.belmapo.by/downloads/oziz/sestrinskoe_delo/shkola_sah_diabeta.pdf. – Дата доступа: 02.03.2021.

14. Матвейчик, Т. В. Модель организации труда помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи [Электронный ресурс] : моногр. / Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2013. – 191 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQeU4wUnU5VUdWTVk. – Дата доступа: 02.03.2021.

15. Матвейчик, Т. В. О новом содержании деятельности и учебы в технологиях обучения медицинских сестер системы санаторно-курортного лечения [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, Р. И. Делендик // Лучшая научная статья – 2016 : сб. ст. участников Всерос. конкурса, провед. АНО ДПО «МЦИТО», Киров, окт. 2015–апр. 2016 г. – [Опубл. в журн.] Науч.-метод. электрон. журн. «Концепт». – 2016. – Прил. 15, вып. 5. – С. 446–450. – Режим доступа: https://e-koncept.ru/2016/86993.htm. – Дата доступа: 02.03.2021.

16. Матвейчик, Т. В. Подготовка медицинских сестер в Республике Беларусь и за рубежом [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2017. – № 4. – С. 21–29. – Режим доступа: https://belmapo.by/assets/templates/files/publications/oziz/img633.pdf. – Дата доступа: 02.03.2021.

17. Матвейчик, Т. В. Проблемы в состоянии здоровья населения Республики Беларусь: возрастные аспекты смертности [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, В. В. Антипов, С. И. Антипова // Медицина. – 2015. – № 4. – С. 57–65. – Режим доступа: https://belmapo.by/assets/templates/files/publications/oziz/img274.pdf. – Дата доступа: 02.03.2021.

18. Матвейчик, Т. В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Мещеряков ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2015. – 192 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/file/d/0B5leH2D6B_aQN0V5MEpLeDBHbE0/view. – Дата доступа: 02.03.2021.

19. Матвейчик, Т. В. Сестринская помощь в санаторно-курортном лечении, ориентированном на потребности пациентов [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, Р. И. Делендик // Современные научные исследования: актуальные теории и концепции : сб. ст. участников V Междунар. науч.-практ. электрон. конф., Киров, 18 нояб. 2016 г. – [Опубл. в журн.] Науч.-метод. электрон. журн. «Концепт». – 2016. – Прил. 17, вып. 5. – С. 304–308. – Режим доступа: https://e-koncept.ru/2016/46237.htm. – Дата доступа: 30.03.2021.

20. Матвейчик, Т. В. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2014. – № 8. – С. 45–50. – Режим доступа: http://www.belmapo.by//assets/files/oziz/oziz/sestrinskoe-delo/sestrinskie-oshibki.pdf. – Дата доступа: 30.03.2021.

21. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке здравоохранения [Электронный ресурс] : моногр. / Т. В. Матвейчик. – Минск : БелМАПО, 2014. – 302 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQTjdaT3hUSjlBZWc. – Дата доступа: 30.03.2021.

22. Матвейчик, Т. В. Совершенствование системы профессионального непрерывного медицинского образования в Республике Беларусь: мнение медицинских сестер [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик, Л. В. Шваб // Современные научные исследования : сб. ст. участников Всерос. конкурса «Лучшая научная статья – 2014», окт. 2013 – март 2014 г. – [Опубл. в журн.] Науч.-метод. электрон. журн. «Концепт». – 2014. – Прил. 20, вып. 2. – С. 1646–1650. – Режим доступа: https://e-koncept.ru/2014/54593.htm. – Дата доступа: 30.03.2021.

23. Матвейчик, Т. В. Факторы успешности работы команды врача общей практики [Электронный ресурс] / Т. В. Матвейчик // Семейный доктор. – 2020. – № 1. – С. 4–8. – Режим доступа: https://drive.google.com/file/d/1XEo8eTLOO59jD-myMs33dKQBdSkSZmmk/view?usp=sharing. – Дата доступа: 01.04.2021.

24. Матвейчик, Т. В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела) [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, С. Ф. Новицкая. – Минск : РНМБ, 2012. – 103 с. – Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvim.pdf ; https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQT0VaVHdRQ2U5ODg. – Дата доступа: 01.04.2021.

25. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 240 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/folders/0B5leH2D6B_aQYlJjVDAzVnJ2Mnc. – Дата доступа: 01.04.2021.

26. Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – Минск : РНМБ, 2012. – 160 с. – Режим доступа: http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/matvosp.pdf. – Дата доступа: 01.04.2021.

27. Пиневич, Д. Л. Здравоохранение Республики Беларусь: программно-целевое планирование профилактических стратегий, направленное на достижение целей Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [Электронный ресурс] / Д. Л. Пиневич, Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева // Здравоохранение. – 2017. – № 11. – С. 5–13. – Режим доступа: https://belmapo.by/assets/templates/files/publications/oziz/img726.pdf. – Дата доступа: 01.04.2021.

28. Содействие здоровому образу жизни [Электронный ресурс] : пособие для педагогов, мед. и соц. работников / под науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/open?id=0B5leH2D6B_aQWjlMYlZYNXdkOD. – Дата доступа: 02.04.2021.

29. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля [Электронный ресурс] : для обучающихся на курсах "Организация сестринского дела", "Врач общей практики" мед. вузов и колледжей, мед. персонала наркол. и психиатр. профиля работы / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2012. – 140 с. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/folders/0B5leH2D6B_aQYlJjVDAzVnJ2Mnc. – Дата доступа: 02.04.2021.

30. Электронное облако Матвейчик Т. В. «Сестринское дело: прошлое, настоящее, будущее». Оглавление [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://drive.google.com/drive/folders/0B5leH2D6B_aQYlJjVDAzVnJ2Mnc. – Дата доступа: 02.04.2021.

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

Управление сестринской деятельностью

Подписано к печати 27.05.2021. Формат 60×84/8. Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 28,83. Тираж 100 экз. Заказ 694.

ООО «Ковчег»
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/381 от 01.07.2014.
ул. Л. Беды, 11/1-205, 220040 г. Минск. Тел./факс: (017) 2791981, e-mail: kovcheg_info@tut.by

Пособие Матвейчик Т.В. «Управление сестринской деятельностью» содержит нормативные материалы на основе Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы по функциям управления и организации работы в команде для главной (старшей) медицинской сестры, поддержанию санитарно-эпидемиологического благополучия, преаналитическому этапу лабораторного обследования, диагностике синдрома жестокого обращения со старым человеком и алгоритму действий при его выявлении. Приведены новые функции медицинской сестры общей практики в работе с пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями. Представлена современная адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентом, а также особенности труда при пандемии COVID-19.

Предназначено практикующим главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинским сестрам общей практики по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело», обучающимся в системе дополнительного образования, полезно для подготовки к экзамену на квалификационную категорию и аккредитации.

ISBN 978-985-884-055-6