

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусская медицинская академия последипломного образования
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т.В. Матвейчик, А.А. Кралько, В.И. Иванова, Е.Л. Куриленок

**ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ
И ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА**

Учебно-методическое пособие для медицинского персонала
организаций здравоохранения, лиц, обучающихся в системе
дополнительного образования взрослых
(медицинских, социальных, педагогических работников)

Издание второе, переработанное и дополненное

Минск 2012

УДК 614.253.5 : 37.013

ББК 51.1(2)

О 75

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия УМС
Белорусской медицинской академии последипломного образования
Протокол № 4 от 20.04.2012 г.

Авторы: Матвейчик Т. В., Кралько А. А., Иванова В. И., Куриленок Е. Л.

О 75 Рецензент: канд. мед. наук, доц. Протыко Н. Н.

Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства : учеб.-метод. пособие для мед. персонала орг. здравоохранения, лиц, обучающихся в системе дополнительного образования взрослых (мед., соц., пед. работников) / Т.В. Матвейчик [и др.]; Бел. мед. акад. последиплом. образования. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. – 160 с.: 5 табл., 10 рис. + 6 прил.

Подготовка сестринских кадров новой формации требует иных образовательных технологий. Современное здравоохранение испытывает потребность в высококвалифицированных сестринских кадрах, способных выполнять новые функции. Авторами объединены апробированные временем приемы обучения пациентов навыкам полезного для здоровья поведения и новые технологии, базирующиеся на потребностях здравоохранения.

Рекомендуется для медицинского персонала организаций здравоохранения, лиц, обучающихся в системе дополнительного образования взрослых (медицинских, социальных, педагогических работников).

УДК 614.253.5 : 37.013

ББК 51.1(2)

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БГМК — Белорусский государственный медицинский колледж;
БелМАПО — Белорусская медицинская академия последипломного образования;
БелООМС — Белорусское общественное объединение медицинских сестер;
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения;
ЗОЖ — здоровый образ жизни;
ЗУН — знания, умения, навыки;
ОЗ — организация здравоохранения;
ПМП — первичная медицинская помощь;
РЦМРиБ — Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения;
ТК — Трудовой кодекс;
ФЗОЖ — формирование здорового образа жизни;

ВВЕДЕНИЕ

Повышение профессиональной квалификации — необходимое требование для любого медицинского работника, нормативно закрепленное в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении». В последние годы практика дополнительного образования взрослых, врачей и медицинских сестер значительно изменилась, появились новые циклы и курсы, введены новые учебные программы. Однако обнажилась другая проблема — отсутствие современных учебных пособий, призванных помочь медицинским работникам правильно и рационально организовать свою повседневную деятельность. В затруднительном положении оказались медицинские сестры-организаторы сестринского дела. В учебниках по общественному здоровью и здравоохранению не освещается специфика работы среднего медицинского персонала, не отражен обобщенный позитивный опыт, накопленный в сфере практической сестринской работы. Устранить этот пробел хотя бы частично призвана предлагаемая читателю книга.

Авторы ставили цель показать социальную роль медицинской сестры в современном здравоохранении, которая проявляется и в умении правильно организовать работу с социально значимым пациентом, и в умении использовать педагогические техники, правильно и интересно довести до пациента основы здорового образа жизни. Значительное место в книге занимают вопросы психологии общения, приводится методика проведения совещания, освещены некоторые проблемы правового регулирования медицинской деятельности, предлагаются информационные технологии по формированию здорового образа жизни.

Следует подчеркнуть, что в широком смысле слова социально значимым пациентом является любой пациент, контактирующий с медицинским работником. Поэтому изложенные нами материалы будут одинаково полезны и для медицинской сестры, работающей в обычных учреждениях, и для медицинской сестры, имеющей специфическую практику: в больницах сестринского ухода, хосписах, больницах для инвалидов и др.

В Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) материалы, изложенные в книге, используются на курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения и на кафедре общей врачебной практики. Именно общение с различными категориями обучающихся, в ходе которого подтверждались или выявлялись новые актуальные вопросы сестринского образования в сочетании с тенденциями

развития здравоохранения, что способствовало формированию целостной картины потребности средних медицинских работников в получении новых знаний.

Надеемся, что каждый читатель найдет в этой книге что-то полезное для себя и убедится, что возрастание культуры медицинских работников, освоение ими новых информационных технологий, их профессионализм нужны и востребованы современным обществом.

ГЛАВА 1

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ ПАЦИЕНТ: ТЕОРИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ

В последние годы все чаще употребляются такие понятия, как «социальная медицина» и «социально значимый пациент». Однако определение этой отрасли медицинской науки и практики разные авторы дают по-своему, исходя из проблемы, которую определяют как ведущую. Например, науку «общественное здоровье и здравоохранение» (бывшая «социальная гигиена и организация здравоохранения») иногда называют социальной медициной, а ее предмет определяют как «изучение оздоравливающего, а также неблагоприятного влияния социальных факторов и условий на здоровье населения и его групп и выработка научно обоснованных рекомендаций по устранению и предупреждению вредного для здоровья людей влияния социальных условий и факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья».

С точки зрения теории и практики социальной защиты населения социальную медицину (или медико-социальную помощь) рассматривают как «новый вид мультидисциплинарной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление различных групп населения». Цель медико-социальной работы — достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане.

По мнению профессора Е.В. Черносвитова «социальная медицина изучает общественные закономерности существования и развития человеческого сообщества, исследуя при этом психосоматические (наследственные, возрастные, моральные) особенности каждого отдельного человека. Поэтому социальную медицину подразделяют на публичную медицину, общественную медицину и социологическую медицину. Среди проблем социальной медицины называют: профессиональную деформацию характера человека; проблемы, возникающие у пациента в связи с любым его заболеванием; глобальное старение населения; резкое омоложение пенсионного возраста и стремительное распространение в развитых странах болезни Альцгеймера; необоснованную с точки зрения социального врача трату бюджетных денег, отпущенных на медицину, на так называемых пациентов с хронической патологией и др.

Таким образом, понятие «социальная медицина» подвижно как в отношении формы, так и содержания. Это объяснимо, так как в настоящее время существует несколько групп общих теорий медицины, здравоохранения и народонаселения: теории обусловленности здоровья, санологии; натуралистические медико-биологические теории; теории функциональной патологии и медицины; натуралистические теории народонаселения и здравоохранения; синтетические, универсальные теории.

Например, *теория «факторов», «порочного круга нищеты и болезней»* исходит из объяснения состояния здоровья и развития здравоохранения на основании

признания роли множества различных социальных, экономических, биологических, медицинских и других факторов и условий, а также их взаимосвязи и взаимодействия. Обобщенной характеристикой негативного влияния на здоровье населения социально-экономических, психологических, политических и других факторов выступает понятие бедности, нищеты. Болезни и нездоровье в свою очередь вызывают нищету, следовательно, складывается порочный круг, который нужно разорвать с помощью улучшения здоровья или устранения нищеты.

Теория «болезней цивилизации» и социальной дезадаптации рассматривает причины резких изменений общественного здоровья, особенно сокращение его потенциала и возникновение массовой патологии. Общей причиной этой проблемы является бурное развитие цивилизации с ее негативными явлениями — урбанизацией, индустриализацией, технизацией, загрязнением окружающей среды, психо-эмоциональным напряжением. Люди не успевают приспособиться к резким изменениям условий и образа жизни за короткий исторический срок. Наступает социальная дезадаптация, вследствие чего возникают различные функциональные, психосоматические и даже органические расстройства здоровья, заболевания. Остановить развитие технической цивилизации невозможно, поэтому неизбежно наступают истощение потенциала здоровья, массовая невротизация, деградация. Представители этой теории — Э. Гоан, А. Дюссер, Р. Дюбо, О. Тоффлер, Т. Ламбо, Ф. Роджерс.

Теория социобиологии Э.О. Уилсона объясняет социальные процессы и явления, в том числе социальные проблемы здравоохранения и медицины с помощью биологических концепций, прежде всего дарвинизма. Социобиология исследует характерные черты организации сообществ живых существ на основе биологических законов, процессов. Эти черты переносятся на человека, его поведение, образ жизни, здоровье. Для определения приспособления человека к современной культуре и не устранимых культурой филогенетических свойств создаются «биограммы» — полные биологические характеристики. Этот процесс адаптации к современной культуре, цивилизации с помощью биологических процессов назван «генно-культурной коэволюцией», которая призвана определить биологические, филогенетические и социальные черты, синтез которых и должен объяснять поведение человека, его психосоматический статус и здоровье.

Этологическая концепция (представители — К. Лоренц, Н. Тинберген, К. Фриш) переносит закономерности инстинктивного поведения животных на сферу поведения и здоровья человека. Этологи утверждают, что и человек в процессе эволюции унаследовал от животных инстинктивные формы поведения, которые можно выявить и изучить, оценить их значение для поведения и образа жизни, а следовательно и здоровья, особенно психосоматического. Одним из факторов болезней является подавление инстинктов внешней цивилизованной средой. Особое значение придается агрессивным инстинктам, присущим биологической природе человека, которые, по мнению К. Лоренца объясняют происхождение войн, конфликтов и ряда сердечно-сосудистых, нервно-психических и других болезней.

Концепция человеческой (социальной) экологии (Р. Парк, Э. Бюргесс). Эта теория использует понятия экологии для объяснения социальных явлений, поведения и здоровья людей. Население (популяция), проживающее в конкретных условиях места и времени (биотипе) рассматривается как община, своеобразный суперорганизм. В общине-биотипе взаимоотношения людей регулируются и направляются закономерностями конкуренции в условиях «конкурирующего

сотрудничества». Это своего рода жизненный треугольник процессов собственно конкуренции, корреляции и адаптации. «Конкурирующее сотрудничество» стремится к гармонии, устойчивому равновесию, которое обеспечивается также принципами господства и последовательности, т.е. территориального распределения условий жизнедеятельности и определенного порядка в биотипе. Нарушения законов и принципов социальной экологии в общине, обществе приводят к политическим, социальным, экономическим конфликтам, к нездоровью, болезням людей.

Теория стресса и общего адаптационного синдрома Г. Селье. Воздействие различных раздражителей — факторов окружающей среды и внутреннего мира человека (стрессоры) обуславливают состояние здоровья. Стрессоры вызывают функциональное напряжение всех систем организма — состояние стресса, который в нормальных условиях обеспечивает здоровье, а под влиянием неблагоприятных условий вызывает патологические реакции, заболевания (дистресс). Дистресс проходит определенные стадии — тревоги, резистентности, истощения, и если организм не преодолевает последнюю стадию, наступает его гибель. Поэтому стресс — это не только болезнь, но и состояние преодоления дистресса и формирования здоровья (эустресса). Концепция стресса — теория не только патологии, но и саногенеза, санологии. Другим положением теории Г. Селье является концепция общего адаптационного синдрома — механизма реализации стресса. Ведущую роль в обеспечении реакций стресса осуществляют «адаптивные гормоны» коры надпочечников, передней доли гипофиза, тимуса. Кроме того, не отрицается значение других систем управления функциями, и прежде всего, нервной системы.

Теории фрейдизма, неопрейдизма, психоаналитической психосоматики.

3. Фрейд попытался объяснить мотивы и психологические механизмы поведения людей, а не только причины и патогенез многих заболеваний, вторгся в неизведанную ранее область подсознательного, увидев в ней источник жизненной энергии и психоэмоциональной деятельности.

Психические процессы 3. Фрейд представлял как взаимодействие трех сфер: 1) основы, главной сферы — под (бес) сознательного, так сказать, дна, фундамента жизни, которое он обозначил с использованием греческой мифологии — «ОНО»; 2) сферы сознания, интеллектуальной деятельности — «ЭГО» — «Я» и 3) сферы контроля, цензуры психологических, эмотивных, подсознательных актов — «СУПЕРЭГО». Это взаимодействие составляет психическую деятельность, которая направляет и определяет поведение человека, его судьбу, здоровье и болезни.

Другой частью фрейдизма является психоанализ — метод расшифровки содержания психического, прежде всего ОНО. Метод заключается в проникновении в сферу под (бес) сознательного, определении и идентификации наполняющих его эмоций, инстинктов и их комплексов, доведение содержания ОНО до сознания человека. Такая процедура, как это установил 3. Фрейд, дает лечебный эффект.

Теории неопрейдизма стали формироваться еще при жизни 3. Фрейда, когда его ученики встали на путь критики ряда положений классического учения. Среди неопрейдистов особенно известны А. Адлер, К. Юнг. Основатель так называемой индивидуальной психологии А. Адлер указывал на значение «социального интереса», «социального чувства», противостоящего ОНО. Из конфликта социального окружения и подсознательного у человека возникает «комплекс неполноценности», влияющий на индивидуальную судьбу, здоровье и возникновение болезней.

К. Юнг — основатель «аналитической психологии», автор концепции о «коллективном подсознательном» — «психологическом наследстве человечества от доисторических предков, организованном в виде эмоциональных комплексов — архетипов». Из него возникают различные комплексы, составляющие глубинное ядро личности, от которого зависят поведение и здоровье человека.

Другие широко известные теории неопрейдизма: «культурно-философская психопатология» (К. Хорни), «межличностная психиатрия» (Г. Селливан), «гуманистический психоанализ» (Э. Фромм).

Психоаналитическая психосоматика (Ф. Александер) сформировалась в результате применения идей классического учения и неопрейдизма. В соответствии с этой теорией девиантное (отклоняющееся от нормы) поведение, заболевания, прежде всего, нейropsychические и так называемые психосоматические формируются вследствие конфликтов, конформизма окружающей человека цивилизованной среды и психической сферы человека, его под (бес) сознательного. Возникает и развивается деперсонализация, потеря личности, «утрата собственного Я». Происходят дезадаптация и дезорганизация, как основы, предпосылки заболеваний. Следовательно, болезнь — реакция личности на социальную или «культурную» дезинтеграцию, которая возникает уже с первых лет жизни индивидуума.

Представители *теории неогиппократизма и биотипологии* призвали восстановить классические принципы медицины, которые они не без оснований видели в учении «отца медицины» Гиппократ. Одно из отправных положений этого учения — «рассмотрение пациента как соматического целого, как жизненного единства тканей, гуморальной системы, сознания». Подчеркивается необходимость борьбы с аналитической тенденцией, обосновывается принцип целостности и индивидуализации в духе Гиппократ, отмечается примат общей медицины и патологии, предпочтение простой и естественной терапии, направленной на стимулирование и поддержку природных сил, преодолевающих болезнь. Избыточной специализации, деятельности так называемых узких специалистов была противопоставлена фигура врача общей практики — семейного врача, хорошо знающего условия жизни пациентов, их индивидуальные особенности, способного оказать квалифицированную медицинскую помощь в абсолютном большинстве случаев и не прибегающего по всякому поводу к дорогостоящей госпитализации и помощи узких специалистов.

В теории биотипологии выделяются «биотипы» — сочетание наиболее характерных морфологических черт и психического статуса. Сторонники биотипологии говорят о биотипах как об «индивидуальных вариантах совокупности жизненных проявлений с их соотношением и детерминизмом», как сплав психического и соматического. Соответственно созданы современные схемы биотипологии (Н. Пенде, М. Мартини, А. Кавадиас). Биотипология имеет большое практическое значение, позволяющее ориентироваться в диагностике и направленно строить лечение, так как люди с определенными биотипами предрасположены к определенным заболеваниям и патологическим состояниям.

Теория «целлюлярной патологии» и ее новейшие варианты. Основоположителем теории «целлюлярной патологии» является Р. Вирхов, который говорил об организме как о «клеточном государстве», сведя всю патологию к изменениям в клетках, или «жизненных единицах». Следовательно, по Р. Вирхову, любое заболевание имеет патологоанатомический субстрат — морфологическое нарушение в клетках.

Можно встретить варианты локализационизма и своего рода патологии «жизненных единиц». Один из вариантов принадлежит Г. Селье, выдвинувшему представление о мельчайших частицах, носителях минимальной энергии — реактонах. В реактонах «все проявления жизни при болезни и в здоровом состоянии рассматриваются как простые комбинации и перестановки отдельных ответов «да» и «нет» в первичных единицах жизни», — писал ученый. Гипотеза Г. Селье близка и к представлениям молекулярной биологии и медицины, в том числе молекулярной патологии. Сегодня, благодаря успехам биохимии, биофизики, цитогенетики и других наук, установлено, что в основе любого патологического процесса на субклеточном уровне лежат только два явления: разрушение микроструктур — их интоксикация и их засорение, блок. Это относится и к генетическим заболеваниям. Подобные изменения открывают широкий путь к разработке и применению общих или близких программ профилактики самых разных заболеваний и способов их лечения.

Теория нервизма и кортико-висцеральной патологии. И.П. Павлов определил нервизм как «физиологическое направление, стремящееся распространить влияние нервной системы на возможно большее количество деятельности организма». К началу XX века не только И.П. Павлов и его ученики, но и другие известные ученые продвинули концепцию нервизма до создания целостного учения о роли нервной системы и ее отделов, прежде всего головного мозга, в управлении функциями организма (Н.Е. Введенский, В.М. Бехтерев, А.А. Ухтомский). Идеи современного этапа нервизма получили подтверждение и развитие в трудах учеников и последователей великого физиолога (М.К. Петрова, Н.А. Орбели, А.Д. Сперанский, В.Н. Черниговский, П.К. Анохин). Развилось целое направление нервизма, относящееся к исследованию регуляции деятельности внутренних органов, управления ими со стороны корковых центров головного мозга — кортико-висцеральная патология (К.М. Быков, И.Т. Курцин). Была установлена условно-рефлекторная связь между внутренними органами и корой головного мозга, которая объясняла механизмы их взаимовлияния, следовательно, возможности направленного воздействия на течение физиологических и патологических процессов через высшее звено нервной системы.

Теория мальтузианства. Это наиболее распространенная и известная среди всех теорий, объясняющих процессы воспроизводства населения и здравоохранения, основной идеей которой является демографический детерминизм. Т. Мальтус еще в 1798 г. доказывал, что во всех несчастиях, болезнях и нищете виноваты не правящие классы, не буржуазия, а сами трудящиеся ввиду их неукротимого размножения. По Т. Мальтусу в природе действует абсолютный закон безграничного размножения у животных и человека. В соответствии с ним размножение происходит в геометрической прогрессии, а накопление средств существования, прежде всего продовольствия, — в арифметической. Появляются и накапливаются лишние люди, которые не могут обеспечить себя средствами жизни. Все попытки заботы об этих лишних людях, об их здоровье, благосостоянии противоречат вечному закону природы, следовательно, бесполезны и даже аморальны. Т. Мальтус, таким образом, объявил войну здравоохранению, особенно профилактике болезней, страхованию, социальной защите и т.п. В этом реакционная тенденция, антигуманный смысл этого учения. История показала, что состав и численность народонаселения зависят не от фатума природы, вечного и неизменного закона, а от конкретных социально-экономических и политических процессов. Через эти

процессы можно регулировать демографические явления. Меры демографической политики исходят из принципа социально-экономического детерминизма демографических процессов и явлений. Это положение было провозглашено и неоднократно доказывалось на национальных и международных конгрессах по народонаселению.

Неомальтузианство. Теория «оптимума населения». Эти теории расширили аргументацию Т. Мальтуса и арсенал рекомендуемых средств сокращения прироста населения и его численности не только путем уменьшения рождаемости, но и при помощи сохранения и даже увеличения смертности, в том числе вовлечения общества в термоядерную войну (У.С. Томсон, В. Фогт). В 20-х годах в трудах итальянских обществоведов возникла теория «оптимума населения». Она исходит из положений о достижении такой численности населения в странах и в мире, при которой каждый человек был бы обеспечен оптимумом жизненных благ, в первую очередь адекватной заработной платой. Этот оптимум численности населения, по их расчетам, не должен превышать 900 млн. — 1 млрд. Такое число людей тогда, да и сегодня мировая экономика и социальная защита могут полностью обеспечить ресурсами и средствами. Однако как добиться такой численности населения, кроме моратория на рождаемость, широкого применения контрацептивов и других средств замедления воспроизводства населения, они не сообщали. В то же время «оптимум населения» — как раз такое его демографическое состояние, которое в конкретных условиях тех или иных стран и регионов может способствовать целям экономического развития, достижению благосостояния и здоровья населения. Однако здесь нет демографического детерминизма как основной доктрины, а есть учет конкретных исторических социально-экономических условий, определяющих, в конечном счете, воспроизводство населения.

Теория конвергенции общественных систем и здравоохранения. Эта теория исходит из выявления общности социально-экономических, политических, организационных, технологических и прочих факторов в разных общественных системах, в том числе здравоохранения в разных странах и обществах. Она утверждает возможность и целесообразность ликвидации различий и слияния (конвергенции) ряда полезных процессов и явлений разных общественных систем с целью создания более совершенной, в условиях современной цивилизации общественно-экономической и политической структуры — «технотронной цивилизации», «постиндустриального общества» и т.п. В числе «конвергируемых» признаков — планирование, государственное регулирование, программирование, законы рыночной экономики, маркетинг, менеджмент. Также это современные индустриальные технологии, парламентская форма политических решений. Эти процессы «сглаживают различия и противоречия, создают условия для социальной гармонии и ускоренного научно-технического прогресса».

Теория конвергенции имеет отношение и к здравоохранению, народонаселению, медицине в разных странах. Она означает создание наиболее приспособленных, адекватных реальным потребностям и возможностям стран и регионов систем и форм организации здравоохранения, медицинской помощи, демографической политики. На основе опыта разных стран с использованием социального страхования, социальной политики, разных форм здравоохранения создаются наиболее экономичные и эффективные структуры и системы здравоохранения, происходит конвергенция организационных приемов, технологий, механизмов социальной помощи. Идеи конвергенции проявляются и в широком использовании современных,

одинаковых во всех странах медицинских технологий, в частности, санитарно-гигиенических мерах по оздоровлению окружающей среды; в использовании законов рынка медицинских услуг — маркетинга, общих приемов и законов управления органами и организациями здравоохранения — медицинского менеджмента и др.

Теория «человеческого капитала». Ее сторонники призывают не экономить средства на здравоохранение и просвещение, так как образованные и здоровые люди возвращают сполна и даже с избытком деньги, затраченные на их воспитание, образование и охрану здоровья, в личных интересах и интересах общества. Экономисты подсчитали, что не предотвращенные болезни, инвалидность и преждевременная смертность отнимают у общества больше средств на борьбу с ними, чем все расходы на здравоохранение. Более того, их предотвращение экономит сумму, едва ли не превышающую половину всего бюджета страны.

Детерминационная теория медицины (ДТМ). Это попытка интегративной методологической концепции, обобщающей закономерности возникновения и развития патологических состояний, процессов и закономерностей формирования и сохранения здоровья — санологии. Эту теорию можно считать универсальной теорией медицины и здравоохранения, так как она базируется на проверенных и бесспорных принципах материалистической, диалектической теории отражения и ее проявления в медицине и биологии — адаптивного реагирования живых систем. Исходное положение ДТМ: все следствия действующих агентов (стрессоров) детерминированы, т.е. все состояния обусловлены взаимодействием различных этиологических факторов с живой системой; действует закон реактивной детерминации — адаптивного реагирования; внешнее воздействие специфично преломляется (отражается) через внутренние реактивные силы живого. Функции ДТМ: информативная (получение информации об адаптивном характере реакций); систематизирующая (обобщение огромного числа фактов клинической и экспериментальной медицины в единую систему адаптивного реагирования); прогностическая (предвидение новых фактов, явлений и закономерностей адаптивного реагирования); объясняющая (явления, факты, закономерности детерминации жизненных процессов и явлений, адаптивное реагирование).

Таким образом, вышеизложенные общие теории медицины, здравоохранения и народонаселения свидетельствуют, что роль социальной среды, социальных факторов для здоровья чрезвычайно велика. Они подтверждают, что практически каждый пациент — это социальный больной, которого нужно понять и относиться к нему не как к носителю суммы болезней, а как к сложному биологическому субъекту, связанному с обществом и его проблемами.

ГЛАВА 2

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ДЕЛОВОГО ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Общение включает обмен информацией между ее участниками, причем не только словами, но действием и поступками — это коммуникативная сторона взаимодействия, определяющая восприятие общающимися друг друга.

В коммуникативном процессе выделяют *вербальную* коммуникацию (посредством речи) и *невербальную*. Последняя подразделяется на:

а) визуальную — это жесты, мимика, поза, вегетативные реакции (покраснение),

контакт глаз. Она несет значительную информационную нагрузку, которую необходимо использовать в ходе делового общения;

б) акустическую — тембр голоса, тональность, паузы в речи, покашливание, смех, темп речи;

в) тактильную — прикосновения, пожатие рук, объятия, поцелуи;

г) ольфакторную — приятные, неприятные запахи.

Общение — основной инструмент для решения большинства конфликтов. Любое его нарушение может привести к конфликту. Случается, что человек выражается неясно, иногда кто-то слушает невнимательно. Бывает, в результате непонимания, враждебности или обиды общение вообще прекращается. Для преодоления этих препятствий необходимо знать основные принципы общения:

1. Специалисты в области общения считают, что 55% информации получают при неречевом общении (мимика, жесты); 38% сведений дают нам голос, высота тона, тембр; 7% — содержание сказанного. Нервозность, неискренность собеседника, выявленные при подсознательном невербальном анализе ведут к недоверию и агрессии. Можно показать оппоненту, что он не убедил вас сказанным, и вы хотите понять, что он думает на самом деле: «Я чувствую, вы разгневаны, судя по голосу, хотя утверждаете обратное...».

2. Следует отказаться от ложных предположений. Обсуждайте их открыто. Неправильное предположение может привести к конфликтам. Например, человек предполагает, что другой делает определенную работу, тогда как тот надеется на первого. Таким образом, работа оказывается не выполнена. В случаях сомнений в правдивости собеседника можно применить следующие приемы:

- Оцените, в какой мере ваши предположения основываются на фактах, а в какой — на чувствах. Убедительны ли предположения? Насколько вы можете быть уверены в их правильности?

- Задайте вопросы и собирайте подтверждение правильности вашей теории.

- Открыто обсудите сомнения.

Если вы чувствуете, что причиной разногласия являются неправильные суждения, сделанные о вас другим человеком, то их надо изменить:

- подумайте, не сделали ли вы или не сказали ли чего-нибудь такого, что могло повлечь за собой недоразумение, недоверие, непонимание;

- покажите человеку, что вы можете изменить ситуацию. Будьте готовы к объяснению, прояснению или извинению и покажите, что вы можете принять извинения от другого человека. Ваша цель, чтобы собеседник отказался от неправильного предположения, а не в том, чтобы доказать его неправоту;

- старайтесь делать общение открытым. Дипломатично говорите о том, что думаете, чувствуете и побуждайте к этому другую сторону. Чтобы избежать проблемы недостатка общения спросите себя: «Говорите ли вы то, что думаете? Может в вашем разговоре есть что-то непонятное для окружающих?». Следите за признаками непонимания оппонента (смятение, смущение во взгляде, возврат к предыдущему вопросу). Вернитесь и объясните заново. Соответствует ли сказанное вами вашим чувствам и нуждам? Если нет, то ваши интересы могут остаться неудовлетворенными.

3. Понимаете ли вы другого человека? Он может подтвердить правильность передачи содержания еще раз.

4. Избегайте неясностей. Если что-нибудь непонятно, просите объяснить или дайте объяснение в свою очередь. Следите, чтобы слушатель понимал вас. Если вы вдруг потеряли уверенность в этом, попросите человека повторить то, что вы ему сказали. Если вы будете делать вид, что все поняли, это ни к чему не приведет, кроме заблуждения.

5. Научитесь правильно слушать. Проявляйте при этом заинтересованность и уважение к говорящему человеку. Дайте понять, что он услышан и понят. Слушайте внимательно, не прерывая и не осуждая. Время от времени передавайте услышанное своими словами, чтобы показать, что вы следите за ходом изложения.

6. Выражайте собственные чувства и желания в вежливой форме. Используйте «Я-утверждения», «Я-обращения». Они просто начинаются с местоимения «Я» и выражают собственное чувство или реакцию: «...мне бы хотелось...», «...я был бы признателен ...», «... я бы предпочел ...».

«Вы-утверждения» или «Вы-обращения» («... вы должны сделать ...», «... вы всегда ...», «... вы неправильно поступаете ...») могут раздувать конфликты, так как для другого человека они обвинительные и вынуждают занимать оборонительную позицию. Оппонент чувствует себя припертым к стене, на него оказывается давление. Они создают впечатление вашей правоты, а не правоты другого человека.

Для медицинской сестры важно умение слушать — это активные, сознательные усилия по выработке чувства присутствия, а не простое пассивное восприятие. Помимо понимания смысла произносимых слов, требуется большая концентрация, непредубежденность и заинтересованное отношение к рассказу другого. Чтобы быть хорошим слушателем, необходимо полностью сосредоточить внимание на собеседнике, что требует подавления собственных предрассудков, предубеждений, чувства озабоченности и иных внутренних или внешних отвлекающих факторов. Умение слушать облегчает распознавание потребностей пациента, выраженных в словесной или иной форме.

Теплоту в общение вносит, прежде всего, эмпатия — способность понимать мотивы и чувства другого человека, способность к сопереживанию.

2.1. Правила терапевтического общения

Десять «Да» терапевтического общения

1. Беседу с пациентом начинайте с указания вашего имени и должности, а также с сообщения цели беседы. Обращайтесь к вашему пациенту только по имени-отчеству и на «Вы».

2. Смотрите пациенту в лицо, найдите его глаза, улыбайтесь, одобрительно кивайте. Открытое лицо, открытые мысли.

3. Пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса. Это очень важно!

4. Говорите внятно, доходчиво, неторопливо, с каждым на его языке.

5. Поощряйте вопросы вашего пациента.

6. Обеспечьте тишину и конфиденциальность вашей беседы.

7. Внимательно слушайте.

8. Проявляйте сочувствие, искренний интерес и участие, будьте естественны.

9. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологической атмосферы.

10. Поддерживайте пациента поощрительными замечаниями после каждого удачного действия. Реагируйте на каждое движение. Очень важно при этом прикасаться к пациенту: поглаживать по спине, нежно взять за локоть или за руку, чтобы похвалить.

Десять «Нет» терапевтического общения

1. Не следует принимать неточные ответы, повторите вопрос.
2. Не раздражайтесь, если нужно снова и снова задавать тот же вопрос.
3. Не всегда можно ожидать блестяще выполненное задание после ваших инструкций.
4. Не нагружайте больного слишком большой ответственностью.
5. Не требуйте точной идентификации имен медицинского персонала, названий предметов или лекарств.
6. Не оценивайте поведение больного, как личное отношение к вам.
7. Не ругайтесь и не спорьте с пациентами.
8. Говорите конкретно — не давайте возможности большого выбора.
9. Не показывайте своих чувств, особенно если вы расстроены.
10. Не повышайте голоса!

Для установления заботливых взаимоотношений общение между медицинской сестрой и пациентом должно характеризоваться пониманием, терпением, честностью, искренностью, доверием, надеждой и мужеством. Проявление беспокойства о другом человеке включает оказание помощи. Для сестры это означает больше, чем «заботиться» — это означает также «интересоваться» и «ухаживать».

При проведении беседы с пациентом важно выслушать собеседника, для этого:

- а) не говорите о себе;
- б) не меняйте темы;
- в) не советуйте;
- г) не думайте наперед, что вам сказать;
- д) не игнорируйте чувства других и не отрицайте их;
- е) не притворяйтесь, что понимаете их чувства;
- ж) спросите о нуждах, заботах, тревогах;
- з) покажите, что вы понимаете: «правильно ли я понимаю, что ...».

Для получения полной достоверной информации медицинской сестре необходимо определенным образом строить беседу:

- а) задайте вопросы — узнайте о деталях;
- б) перепроверьте услышанное — убедитесь, что вы правильно все поняли: «Я хочу проверить, правильно, ли вы меня поняли? Повторите то, что я сказала»;
- в) не бойтесь естественных пауз в разговоре;
- г) обращайтесь внимание на перемену в позе, вздохе и т.д.

Если собеседник повышает голос, кричит, попытка перекричать его только ухудшает положение. В таком случае:

- не нападайте в ответ;
- имейте в виду, что иногда люди кричат, так как считают, что их не слышат. Дайте им знать, что вы понимаете их возмущение: «Я вижу, как вы расстроены»;
- разузнайте, что скрывается за их эмоциями, в чем же дело;
- объясните свою точку зрения, не отвергая их;
- спросите, что можно сделать, чтобы исправить положение.

Особенности взаимоотношения медсестры с ребенком

При общении с ребенком медицинской сестре следует учитывать ряд психологических особенностей детского возраста:

- излишний оптимизм детей, их беспечность заставляют медсестру не только внушать ребенку веру в исцеление, но и мобилизующее чувство опасности;
- дети ценят «взрослое» уважительное отношение к себе с соблюдением их интересов;
- особенность восприятия неприятных ощущений состоит в низком пороге болевой чувствительности, поэтому при выполнении болезненных процедур нужно уметь отвлечь, переключить внимание, развлечь ребенка;
- жалея ребенка, нельзя показывать свою жалость, ибо это подрывает способность сопротивляться болезням;
- необходимо помнить о детской ревности и привязчивости, с осторожностью устанавливать отношения с каждым ребенком;
- важен индивидуальный подход на основе возраста, опыта, иммунитета, психологических установок и жизненных ценностей;
- сострадая ребенку с выраженными отклонениями от нормы, следует убедить его, что он умнее и добрее, чем злые дети (которых медику уместно останавливать), находить в нем индивидуальные достоинства (остроумие, доброту, сообразительность, аккуратность);
- необходимо соблюдать тактичность по отношению ко всем детям, но особенно к подросткам в силу значительной ранимости психики.

Выполнение медицинских процедур ребенку любого возраста — это всегда сложность в сестринской практике. Следует использовать терапевтическую игру как метод обучения и подготовки ребенка к медицинским процедурам. Терапевтическая игра включает два этапа:

- подготовку детей к процедурам;
- общение с ними соответственно их возрастным группам.

Подготовка детей от рождения до 6 лет к процедурам ведется с родителями, от 12 до 14 лет — без родителей. Подготовка к процедуре начинается за 30 минут–1 час у детей до 3 лет; за 1–4 часа у детей до 5 лет; за 1–2 часа у детей до 15 лет.

При этом нельзя забывать об особенностях детского восприятия. Дети от 1 года до 3 лет не имеют представления о времени, поэтому время процедуры можно связать со сном. Действия медсестры должны включать следующие приемы:

- хвалить поведение ребенка во время процедуры;
- подготовить игровой материал и необходимое для этой процедуры оборудование, инструментарий, чтобы ребенок мог увидеть и потрогать его;
- позволить ребенку «помогать» во время процедуры, подержать что-то, надеть самому, поиграть (по возможности) или «примерить» кукле;
- не применять отрицательной лексики: «не делай!», «не двигайся!» и т.п.;
- предупредить о возможности боли (обезболить) во время процедуры.

Дети от 3 до 5 лет обладают фантазией и богатым воображением, они очень беспокойны, их пугает даже царапина, они боятся телесных повреждений. Им необходимо в деталях представить ход процедуры. Действия медсестры:

- ознакомить ребенка с процедурой, дать поиграть с некоторыми инструментами, потрогать (в ходе терапевтической игры);
 - ответить на все вопросы, которые ребенок задает о процедуре;
 - успокоить;
 - наблюдать за поведением ребенка и определить симптомы проявления боли.
- Дети в 12 лет способны понимать многие вещи. Они любят использовать

во время терапевтической игры кукол, макеты и т.д. Их желательно изолировать от сверстников во время подготовки к процедуре (чувство стеснения, кроме того, рассеивается внимание). Действия медсестры:

- объяснить, какие части тела будут подвержены процедуре;
- отвлечь внимание ребенка, вводя элементы терапевтической игры;
- успокоить.

Дети от 12 до 15 лет стремятся к независимости и индивидуальности, их пугают неудачи, изменения, происходящие в их внешности, поэтому:

- с ними нужно открыто обсудить проблемы;
- в терапевтической игре использовать анатомические атласы, рисунки, макеты, оборудование;
- объяснить ясно и в деталях, что они увидят, услышат, почувствуют;
- предложить дыхательные упражнения для устранения стресса или боли.

После окончания исследования ребенка нельзя оставлять одного, следует посидеть возле него, взять его на руки. Отвлекающими моментами являются чтение книг, показ интересной игрушки, оказание помощи старшими детьми младшим.

Терапевтическая игра как один из приемов подготовки ребенка к медицинским процедурам:

- помогает ребенку отличать воображаемое от действительности;
- уменьшает страхи больного ребенка;
- способствует адаптации ребенка к процедурам и медицинскому окружению;
- помогает преодолеть беспокойство и депрессию, почувствовать защищенность и заботу со стороны медицинского персонала;
- способствует более быстрому выздоровлению ребенка.

Правила построения общения медицинской сестры с пациентами терапевтического профиля

Эффективность лечения во многом зависит от веры пациента в выздоровление, а прямая обязанность медиков — разрушить психологическую преграду в контакте с человеком, вызвать доверие, создав обстановку участия и теплоты. Необходимо, чтобы пациент понял, что медицинских работников, к которым он пришел за помощью, интересуют не только диагностика и лечение, но и сам обратившийся человек.

Доверие пациента может быть подорвано в том случае, если он заметит, что между врачом и медсестрой натянутые отношения или она нечетко выполняет указания врача. Медсестра должна найти теплое, ободряющее слово, поскольку сочувствие и успокоение словом — одно из важнейших психотерапевтических средств. Многие пациенты испытывают чувство страха за свое здоровье. Сестре необходимо постараться отвлечь человека от мрачных мыслей, ободрить участливым словом, убедить в необоснованности его опасений, постараться понять его переживания и сочувственно принять их.

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

К факторам образа жизни, влияющим на здоровье населения, относится психосоциальный стресс. На территориях, пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС, влияние этого фактора усугубляется длительным

и постоянным характером переживаний последствий этого события. Тревожное настроение родителей и педагогов может передаваться детям, снижая их уверенность в себе. Наличие дополнительного круга запретов, связанных с экологическими условиями, отрицательно влияет на развитие потребности в общении. Астенические нарушения, которые проявляются повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов, признаки вегетативной дисфункции могут создавать почву для функциональных нарушений и развития психосоматических заболеваний.

Задачами сестры при работе с населением из районов экологического неблагополучия является активное вовлечение в диспансеризацию для оценки физического развития детей, своевременной коррекции сдвигов в состоянии здоровья, выполнение назначений по лечению заболевших, проведение реабилитационных мероприятий перенесшим острые заболевания или обострение хронических процессов. Медицинская сестра должна стремиться снизить тревожность и эмоциональную напряженность при обсуждении проблем, связанных со здоровьем в сложившейся экологической ситуации.

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

Особенности работы медицинской сестры с пациентами пожилого и преклонного возраста

Согласно ВОЗ пожилым считается возраст 61–75 лет, старческим 76–90 лет, а 91 год и более — долгожительство. При переходе к преклонному возрасту человек постепенно смиряется с ролью и положением, достигнутым в процессе жизни. Он настраивается на достойное завершение жизни, ориентируясь на собственное здоровье, общечеловеческие ценности и культурную среду. Старинная французская пословица: «Каждый стареет так, как он жил» — свидетельствует о тенденции, присущей пожилому возрасту. Основными особенностями этого возраста является эгоцентричность, тревожность, медлительность в принятии решений, недоверчивость, а в психологическом плане — страх быть обманутым и страх одиночества. Если сравнить проявления эмоциональных переживаний пожилых и молодых людей, то с возрастом происходит значительное уменьшение переживаний в виде тоски и печали с увеличением тревоги, раздражительности, угрюмости, страха (В.П. Ефименко). Сестра должна использовать медленную речь лицом к лицу, подкрепленную жестами.

У людей пожилого возраста имеются свои особенности сохранения жизненной позиции (К. Квасневска-Рошковска): конструктивная, зависимая, защитная, враждебности к миру, враждебности к себе и своей жизни.

Конструктивная. Люди с такой позицией всю жизнь были спокойны и довольны, позитивно относились к жизни, способны смириться с приближающейся смертью, активны, и настроены на оказание помощи другим. Из старости трагедии не делают, ищут развлечений и контактов с людьми, общения с медиком.

Зависимая. Присуща людям, кто всю жизнь не вполне доверял себе, был слабым и пассивным. В старости с большим усилием ищут помощи, признания, не получая которое чувствуют себя несчастными. Сестра может оказать помощь людям с подобной позицией своим позитивным и оптимистичным отношением к жизни и пациенту, оказывая помощь «не вместо, а вместе» с ним, признанием его заслуг.

Защитная. Формируется у людей с повышенными механизмами к сопротивлению. Они не стремятся к сближению, не желают получать помощи от кого бы то ни было, держатся замкнуто, отгораживаясь от людей, скрывая собственные чувства. Старость воспринимается ими с негодованием и ненавистью.

Враждебность к миру. Это «гневные старики», склонные обвинять окружающих и общество во всех неудачах, которые они претерпели в жизни. Такие люди подозрительны, агрессивны, никому не верят, не хотят ни от кого зависеть, испытывают отвращение к старости, стараются держаться за работу.

Медицинской сестре надо научиться спокойно и выдержанно относиться к несправедливым обвинениям, не позволяя втягивать себя в конфликт, дистанцируясь от подобных пациентов. Позиция враждебности к себе и своей жизни выражается в пассивности, исчезновении интересов и инициативы. Люди склонны к пониженному настроению и фатализму, чувствуют себя одинокими и ненужными. Свою жизнь считают неудавшейся, к смерти относятся безболезненно, как к избавлению от существования.

Медицинским сестрам следует изучать интересы пациента, его успех в прошлой деятельности, вовлекать в общение, поощрять малейшую инициативу, благодарить и хвалить.

Особенности поведения медицинского работника с пациентами с дефектами тела и органов чувств

Психологические особенности пациентов с разнообразными физико-анатомическими дефектами состоят в повышенной обидчивости, чувствительности, чувстве стыда, брезгливости к себе, страхе речи и общения. У слепых выражена робость, нерешительность, зависимость от близких, сочетающаяся с законопослушанием, принципиальностью и справедливостью. В то же время у пациентов с тугоухостью высок уровень тревожности, обидчивости, стеснительности, подозрительности.

На основании этих особенностей сестра строит свои отношения на этических принципах сострадания и милосердия к обделенным людям, сочетающихся с максимальной предупредительностью, заботой.

Особую группу составляют пациенты, перенесшие радикальные хирургические «калечащие» операции, (маст-гистерэктомии и др.). Депрессии, стыд, идеи ущербности, самообвинения, раздражительность и ворчливость могут преобладать во взаимоотношениях у этой группы пациентов.

Терпение, участие, сострадание, строгая конфиденциальность, сохранение медицинской тайны, подчеркнуто спокойное, доброжелательное, предупредительное отношение составляют суть взаимоотношений с этими людьми.

Особенности общения акушерки с беременными женщинами

Беременность накладывает отпечаток на психологическое состояние женщины. В первые месяцы беременная чувствует себя неуверенно, в ней борются две тенденции — инфантильность и взросление, страх перед неизвестностью, тревога. Она хочет быть предметом внимания и заботы. Все это обуславливает частую смену ее настроения. Во втором триместре наступает период спокойствия, осложнения редки. Особенностью третьего триместра беременности является «погружение в ребенка», который делается средоточием всех интересов будущей матери. Непосредственно перед родами нарастает тревога, желание ускорить события.

Одной из проблем являются гестозы беременных, у некоторых женщин проявляющиеся раздражительностью, вспыльчивостью, слезами, обидами, а у других преоблада-

дают разнообразные проявления, от рвоты и тошноты до головных болей, лабильности артериального давления, обмороков, ознобов, гипергидроза, гипертермии. Тревога, беспокойство и напряжение не оставляют до 34% беременных. Депрессия, неуверенность и страх перед будущим способны отравить радости материнства. Задачей акушера является осуществление нежной заботы, ухода, сочетающихся с надеждой и любовью, базирующихся на знании особенностей течения беременности. Исходя из этих особенностей, акушерка должна демонстрировать активное внимание, давать доступные разъяснения испытываемым женщиной переживаниям, не идти на поводу ее эмоциональной неустойчивости, вселять оптимизм и веру в благополучное разрешение от бремени.

Особенности взаимоотношений медицинской сестры с пациентами пениitenciарных учреждений

Общей нормой во взаимоотношениях медицинской сестры и пациента осужденного является индивидуальный подход к нему на всех этапах постановки диагноза и лечения. В условиях исправительного учреждения (ИУ) только так можно завоевать доверие, установить необходимый профессиональный контакт, без которого общение с пациентами будет весьма затруднительно. У каждой медицинской сестры свой подход к пациентам. Каждый из подходов в работе должен сопровождаться теплотой, отзывчивостью, вниманием, профессиональной заботой о пациенте, сочувствием к его страданиям и просто человеческим участием.

Постоянно находясь среди пациентов в ИУ, медицинская сестра должна понимать их проблемы, но никогда не пытаться решать их самостоятельно, не посоветовавшись с врачом. Ее профессиональная значимость повышается в зависимости от личной способности получать информацию о физическом и психическом состоянии пациентов, о психологических изменениях в их коллективе.

Принципы профессиональной этики не допускают никаких личных отношений между медицинскими сестрами и пациентами, особенно таких проявлений, которые общество оценивает как «любовные ухаживания». В ИУ это довольно часто приводит к недозволенным связям с осужденными, стремящимися использовать «влюбленность» молодых неопытных медицинских работников в своих корыстных целях. Не смея отказать в просьбе «возлюбленного», они приносят в зону ИУ запрещенные предметы. Когда же в дальнейшем просьбы не выполняются, то «возлюбленный» прибегает к шантажу, угрозам и нередко их реализует.

Личность медицинской сестры, стиль и методы ее работы, владение техникой психологического воздействия на пациентов и умение обращаться с ними — все это является важным звеном в сложной системе мероприятий, обеспечивающих воспитательный и лечебный процесс в медицинских подразделениях ИУ.

2.2. Современные требования, предъявляемые к личности сестринского руководителя

Высокая общественная значимость труда медицинского персонала, изменение способности к адаптации в условиях реформирования сестринского дела, сопровождающееся снижением работоспособности, повышенной конфликтностью, ухудшением состояния здоровья определяют необходимость изучения личностных характеристик медицинских сестер и особенно медицинских сестер-руководителей.

Анализируя деятельность организаций здравоохранения, можно заметить, что при одинаковых подходах и финансовых возможностях успехи отдельных

коллективов разные. Причина этого заключается не только в объективных условиях, но и в личности организатора. Знание личностных особенностей руководителя сестринского дела является фактором успешной реализации перспективных планов реформирования отрасли и оптимизации деловых отношений.

Интервьюирование главных медицинских сестер позволило выделить желательные личностные качества, которыми должны обладать организаторы сестринского дела: интеллект, доминантность, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность, стрессоустойчивость, креативность, предприимчивость, ответственность, надежность. Однако имеющиеся личностно-характерологические качества иные: неуверенность в своих силах, склонность к аффективным реакциям, ситуационная тревожность, излишняя агрессия и конфликтность как следствие заниженного уровня самооценки и затруднения в построении контактов с людьми.

Таким образом, в личностном портрете сестринского руководителя наряду с высокими профессиональными амбициями и исполнительской дисциплиной, имеют место заниженный уровень самооценки, нестабильная личная эмоциональная устойчивость, слабое знание основ коммуникации. Отсутствие механизмов реализации амбиций сестринского организатора усугубляют эти особенности.

Исследования ВОЗ, проведенные в государствах Западной Европы в 2003 г., показали, что в портретах сестринских организаторов различных стран общего гораздо больше, чем отличий. Установлена необходимость наличия таких качеств как коммуникабельность, стратегическое мышление, лидерство, честность, новаторство, ответственность за принимаемые решения, умение разрешать конфликты, содействие сестринскому делу. Различия в значимых характеристиках касаются 3-х положений: овладения информационными технологиями получения и обработки информации, знания иностранного языка и исследовательских навыков.

Таким образом, поле для обучения руководителей сестринского дела лежит в диапазоне приобретения навыков разрешения и профилактики конфликтов, психологии общения, преодоления барьеров взаимодействия, сестринской педагогики.

На современном этапе развития здравоохранения к личности организатора сестринского дела предъявляются следующие организаторские и профессионально-квалификационные требования:

- высокий профессиональный уровень, компьютерная грамотность;
- стремление к профессиональному самосовершенствованию, универсальность, осознание личной ответственности за качество предоставляемой помощи;
- умение принимать нестандартные и самостоятельные решения, предвидеть риск и его последствия, навыки анализа и самоконтроля;
- способность к состраданию, милосердию, самопожертвованию;
- стремление к непрерывному образованию, умение и желание использовать новейшую медицинскую и научно-техническую информацию в прикладных целях;
- добросовестность, честность, порядочность, лояльность при соблюдении медицинской тайны;
- инновационная активность.

Основными качествами личности руководителя сестринского дела являются:

- высокая профессиональная компетентность, базирующаяся на личной нравственности, культуре, воспитании и образовании;

– умение действовать в нестандартных ситуациях, условиях неопределенности и риска, связанных с профессиональной деятельностью;

– правовая, экологическая и коммуникативная культура, привычка к постоянному самообразованию;

– физическое и психологическое здоровье, умение формировать интерес к сохранению здоровья и ЗОЖ и осознанно пропагандировать его. «*Valetudo bonum optimum!*» — «Здоровье — наивысшее благо!» Истина гласит, что только здоровый человек с хорошим самочувствием, оптимизмом, психологически устойчивый, с высокой умственной работоспособностью может активно жить (высокая жизненная позиция), успешно преодолевать профессионально-бытовые трудности.

Критериями, которые должны учитываться при подборе кандидата на должность главной медицинской сестры, следует считать:

- уровень профессиональной подготовки;
- уровень управленческого обучения;
- деловые качества: уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность, стрессоустойчивость, ответственность, надежность;
- личностные качества: успешность, интеллект, креативность, целеустремленность, предприимчивость, широта мышления, инициативность, умение ясно выражать мысли, убедительно аргументировать точку зрения;
- рекомендации аттестационной комиссии;
- отзывы о кандидате его непосредственного руководителя;
- самооценка кандидата (соискателя) на должность;
- возраст и личное желание войти в резерв кадров.

Таким образом, подготовка организаторов сестринского дела, отвечающих вышеперечисленным характеристикам — трудоемкий и длительный процесс. Однако такой системный подход позволяет мотивировать стремление к самообучению.

В современных средствах массовой информации говорится о трансформации общечеловеческих ценностей и переориентации на материальную обеспеченность, о смещении на последний план по степени важности доброты, чуткости и сострадания. Эта ситуация ставит задачу не допустить падения нравственности у медицинских работников. В связи с этим профессиональная деятельность медицинской сестры, ее обучение в системе дополнительного образования взрослых должно осуществляться на основе таких принципов, как:

- воспитание уверенности в правильности выбора жизненного пути;
- привитие профессиональной гордости на примерах жизни и достижений отечественных медиков и медицины;
- освоение инновационных технологий воспитания (личностно-ориентированных, личностно-деятельностных, системно-ролевых);
- развитие сестринской педагогики;
- повышение общего уровня образованности и культуры.

Отмечая возрастающую роль организаторов сестринского дела, как важнейшего ресурса в обеспечении оказания качественной медицинской и социальной помощи, необходимо выделить ряд проблем, влияющих на развитие личности сестры-организатора:

1. Необходимость формирования института главных специалистов по сестринскому делу в условиях оптимизации деятельности сестринских служб.

2. Отсутствие разработанного порядка занятия должностей главных и старших медицинских сестер специалистами с высшим сестринским и средним специальным медицинским образованием повышенного уровня.

3. Необходимость перераспределения функций между профессиональными группами медицинского персонала:

- освобождение медицинских сестер от выполнения не свойственных им функций младшего медицинского персонала;
- повышение значимости специалистов сестринского дела в оказании медицинской и преемственности в социальной помощи, в организации и управлении сестринским делом с предоставлением определенной самостоятельности;
- закрепление за средним медицинским персоналом права оказания медицинских услуг, не требующих врачебной компетенции;
- разработка научно обоснованных методов планирования и оптимизации численности персонала.

Этические основы деятельности медицинского персонала были и остаются кумуляцией опыта и традиций деликатного общения медиков с пациентами, средоточием мудрости, помогающей разрешать морально-этические проблемы. Являясь частью общемедицинской этики, профессиональная этика сестринского дела выполняет три функции: воспитательную, социально-регулятивную и консолидирующую. Миссией сестринской профессии в любом обществе остается уважение к святости человеческой жизни от зачатия, сохранение, защита, восстановление здоровья пациента, облегчение его страданий. Принцип гуманизма, являясь основополагающим, привносит такие понятия как сочувствие, терпимость, непричинение вреда, конфиденциальность.

Исходя из важности сестринской профессии, в настоящее время большое внимание уделяется качеству жизни пациента. Основополагающим этическим принципом становится уважение автономии и прав пациента. Наиболее ярким примером служения долгу является деятельность медицинской сестры паллиативной помощи пациентам в терминальном состоянии. Как неоднократно высказывался историк медицины академик Б.Д. Петров, медицинская деонтология должна проявляться в поступках персонала, а не на словах и в декларациях.

ГЛАВА 3

ОСНОВЫ ПЕДАГОГИКИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

3.1. Педагогические техники, используемые в сестринской практике

В своей практической деятельности медицинская сестра рано или поздно сталкивается с необходимостью передачи своих знаний и умений младшим коллегам или учащимся медицинских учебных заведений. Кроме того, ежедневно медицинская сестра выступает в роли педагога для пациента. Результаты этой педагогической деятельности во многом зависят от того, какой характер заболевания имеет пациент. Перефразируя слова А. Дистервега, можно сказать следующее: «Плохая медсестра преподносит истину, хорошая — учит ее находить». Инструктируя пациента, когда ему следует принимать лекарства, медсестра ставит цель научить его делать это в нужное время. Объясняя родителям ребенка все положительные и отрицательные стороны вакцинации, медсестра подбирает убедительные примеры, иллюстрирующие значение вакцинации в профилактике тех или иных заболеваний, в то же время предоставляет им право выбора.

Задача обучения решается и в случае демонстрации больному диабетом техники выполнения инъекции инсулина. Большое значение в этом процессе имеет волевая и физическая активность пациентов, особенно когда речь идет о процессе обучения двигательным навыкам, навыкам самостоятельного ухода. Активность, связанная с самостоятельностью мысли, действий, играет большую роль в принятии решений.

В практическом обучении учащихся, молодых специалистов медсестра выполняет следующие функции:

1. Гностическую — медсестра изучает уровень готовности специалистов к самостоятельной работе, насколько они владеют необходимыми умениями, прежде чем приступить к выполнению медицинских процедур. Для проверки медсестра использует разнообразные задания: подготовить стерильный лоток к работе, определить стерильность материалов в биксе, выполнить внутримышечную инъекцию на фантоме или пациенту под ее непосредственным руководством и др.

2. Инструктивно-методическую функцию с помощью инструктажа. В устной или письменной форме медицинская сестра разъясняет способы деятельности обучающегося в различных ситуациях; показывает приемы работы с различными инструментами и предметами ухода за пациентами; указывает строгую последовательность всех операций, составляющих то или иное сложное действие или способ деятельности.

3. Информационную функцию — раскрытие медсестрой наиболее сложных понятий, демонстрация обучающимся профессиональных умений, отбор практических заданий в зависимости от характера программного материала, образовательно-воспитательных задач, уровня знаний, умений и навыков людей.

4. Коррективную и контрольную функцию — показатели контроля служат главным основанием для суждения о результатах учения. «Обратная связь» позволяет оценивать динамику усвоения обучающимися лицами учебного материала, внести соответствующие коррективы.

Для того, чтобы процесс обучения был высокоэффективным, следует придерживаться определенных педагогических техник. Педагогическая техника — элемент педагогического мастерства, форма организации поведения преподавателя. Знание, направленность и способности без умений, без владения способами действий — не гарантия высоких результатов. Критериями мастерства педагога могут выступать: целесообразность (по направленности), продуктивность (по результату — уровню знаний, воспитанности), а также оптимальность (в выборе средств), творчество (по содержанию деятельности). Таким образом, техника — совокупность приемов. Ее средства — речь и невербальные средства общения. В понятие «педагогическая техника» принято включать две группы компонентов.

Первая группа компонентов связана с умением педагога управлять своим поведением: владение своим организмом (мимика, пантомимика); управление эмоциями, настроением (снятие излишнего психического напряжения, создание творческого самочувствия). Это и социально-перцептивные способности (внимание, наблюдательность, воображение); техника речи (дыхание, постановка голоса, дикция, темп речи).

Вторая группа компонентов педагогической техники связана с умением воздействовать на личность и коллектив, и раскрывает технологическую сторону процесса воспитания и обучения: дидактические, организаторские, конструктивные, коммуникативные умения; технологические приемы предъявления требований, управления педагогическим общением, организации коллективных творческих дел и пр.

Управление эмоциональным состоянием. Публичный характер общения преподавателя с группой как правило вызывает у него «мышечные зажимы», чувства неуверенности, страха, скованности. Деятельность под пристальным взглядом коллег, пациентов, родителей, т.е. действие «на виду», отражается на стройности мыслей преподавателя, состоянии его голосового аппарата, физическом самочувствии (ноги деревенеют, руки, как палки), психическом состоянии (страшно быть смешным, казаться неумелым). Все это требует знания и умения осуществлять психофизическую настройку на предстоящее занятие, управлять своим эмоциональным состоянием во время общения.

Среди важнейших можно выделить следующие способы саморегуляции:

- воспитание доброжелательности и оптимизма;
- контроль своего поведения (регуляция мышечного напряжения, темпа движений, речи, дыхания);
- разрядка в деятельности (трудотерапия, музыкотерапия, библиотерапия, юмор, имитационная игра);
- самовнушение.

Полезно осмыслить советы В.А. Сухомлинского о воспитании душевного равновесия: не допускать прорастания угрюмости, преувеличения чужих пороков; обращаться к юмору; быть оптимистом, доброжелательным.

Пантомимика — это движения тела, рук, ног. Она помогает выделить главное, рисует образ.

Например, руки сложенные на груди — защитная позиция или негативное состояние человека. Прикосновение раскрытыми ладонями к груди — жест честности и открытости. Закладывание рук за спину с захватом запястья — неудовлетворенность, расстройство, попытка взять себя в руки. Поднятые руки с раскрытыми ладонями, направленными в сторону собеседника — откровенность, прямота. «Смотрящие» вниз ладони, покачивающие движения ими вверх-вниз — стремление успокоить, остановить человека. Подпорка ладонью щеки — демонстрация скуки. Постукивание пальцами — нетерпение. Лихорадочное прикосновение пальцами к часам, обручальному кольцу, к пуговице на рукаве, движение руки поперек тела к другой руке — стремление замаскировать неуверенность, нервозность. Рука прикрывает рот — непроизвольная констатация собственной лжи. Нередко ложь сопровождается почесыванием лица и шеи. Руки на бедрах свидетельствуют о готовности человека к действию. Переплетение пальцев рук и потирание больших пальцев один о другой демонстрирует неуверенность, неведение в свои силы. Руки за спиной, приподнятый подбородок — властная поза.

Жесты, часто используемые преподавателем: указательные, описывающие, вспомогательные, поддержки, угрозы, запрещающие.

Красивая, выразительная осанка преподавателя выражает внутреннее достоинство личности. Прямая походка, собранность говорят об уверенности педагога в своих силах, знаниях. Сутулая спина, висящие вдоль тела руки, опущенная голова — говорят о неуважении к себе (к потере уважения, нежеланию вас слушать). Если собеседник смотрит невидящим или задумчивым взглядом прямо в глаза, тело напряжено, ноги всей ступней стоят на полу, голова приподнята — человек вас не слушает, думает о своем. Поза, при которой ноги расставлены, туловище отклонено назад, голова высоко поднята, затрудняет общение.

Сопровождение речи хаотическими, неопределенными жестами, размахивание руками, ухудшает восприятие, создает впечатление, что говорящий человек

не владеет собой, нервничает, волнуется. Каждое движение преподавателя должно выражать достоинство. Жесты должны быть легкими, уверенными и в то же время энергичными. Плохое настроение недопустимо при обучении. А.С. Макаренко увольнял педагогов с формулировкой: «Постоянно разводит в колонии грусть».

Мимика. Мимика — искусство проявлять свои мысли, чувства, настроение, состояние движением мускулов лица. Лицо может выражать радость, гнев, огорчение, сожаление, сочувствие, ожидание, внимание.

По нижней части лица можно опознать гнев, страдание, радость и т.д. По средней части лица — удивление, страдание, страх. Отсутствие сочетания разных зон лица — неискренность. Одна из наиболее информативных частей лица — глаза. Лев Николаевич Толстой описывал 85 оттенков выражений глаз: хитрые, лучистые, грустные, холодные... Выражение глаз зависит от величины зрачков. Зрачки расширены — заинтересованность, возбуждение; суженные зрачки сигнализируют о расстройстве, враждебной настроенности, мрачности, сердитости. Зрачки блестящие выражают любовь, сентиментальность, бегающие — страх, желание скрыть, умолчать, ложь, виновность.

При улыбке нижнее веко не приподнято, нижняя часть кругового мускула глаза напряжена — улыбка неискренна. Быстрые, короткие, повторяющиеся взгляды — сигнал к установлению контакта. Смотрит, склонив голову набок, — заинтересованность. Выпрямление головы, блуждание взглядом по потолку, стенам, поднимание и опускание плеч — потеря мысли. Долгий, неподвижный взгляд в глаза собеседнику — стремление подчинить его себе. Взгляд вниз, под ноги — стремление подчиниться. Взгляд в сторону — неудовлетворенность, пренебрежение к партнеру. Медленное снятие очков, тщательное протирание стекол, сосание кончика дужки очков — стремление выиграть время или получить дополнительную информацию. Взгляд поверх очков — недовольство. Выражение лица преподавателя должно соответствовать характеру речи, отношений.

Техника речи. Процесс восприятия и понимания речи медицинской сестры пациентами тесно связан со сложным процессом общения, на которое приходится приблизительно $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ части времени. Поэтому ясно, что процесс правильного восприятия учебного материала зависит от совершенства речи обучающего. Современная экспериментальная физиология утверждает, что качество голоса можно коренным образом улучшить. Разработана система упражнений по технике речи, которая, опираясь главным образом на опыт театральной педагогики и представляя собой комплекс навыков в речевом дыхании, голосообразовании и дикции, позволяет преподавателю донести до обучающегося человека все богатство содержания своего слова.

Голос. Каждый человек наделен голосом, который может стать сильным, гибким, звучным. Голос образуется в результате прохождения выдыхаемого воздуха через гортань, где после смыкания и размыкания голосовых связок возникает звук — голос. Медицинской сестре, как педагогу, важно использовать свойства голоса: силу, полет звука, гибкость, подвижность, диапазон, тембр.

Сила звука зависит от активности работы органов речевого аппарата. Чем больше давление выдыхаемого через голосовую щель воздуха, тем больше сила звука.

Полет звука — способность посылать свой голос на расстояние и регулировать громкость.

Гибкость, подвижность — изменение голоса по высоте, тональному уровню.

Диапазон — объем голоса. Границы его определяются самым высоким и самым низким тоном. Сужение диапазона голоса ведет к появлению монотонности. Однообразие звучания притупляет восприятие, усыпляет.

Тембр — окраска звука, яркость, а также его мягкость, теплота, индивидуальность. В звучании голоса всегда присутствует основной тон и ряд обертонов, т.е. дополнительных звуков, более высокой, чем в основном тоне, частоты. Чем больше дополнительных тонов, тем ярче, красочнее, сочнее звуковая палитра человеческого голоса.

Дикция — это ясность и четкость в произношении слов, слогов и звуков. Она зависит от слаженной и энергичной работы всего речевого аппарата, который включает губы, язык, челюсти, зубы, твердое и мягкое небо, маленький язычок, гортань, заднюю стенку глотки (зев), голосовые связки. Активное участие в речи принимают язык, губы, мягкое небо, маленький язычок и нижняя челюсть, поэтому их можно тренировать.

Ритмика — скорость в целом и длительность звучания отдельных слов, слогов, а также пауз в сочетании с ритмической организованностью, размеренностью речи, что составляет ее темп и ритм. Это очень важные элементы речи, так как «интонация и паузы сами по себе, помимо слов, обладают силой эмоционального воздействия на слушателя» (К.С. Станиславский).

Скорость речи зависит от индивидуальных качеств педагога, содержания его речи и ситуации общения. Оптимальный темп речи составляет около 100 слов в минуту. Длительность звучания отдельных слов зависит не только от их длины, но и от значимости их в данном контексте. Чем важнее слово, тем медленнее речь.

Для достижения выразительности звучания следует мастерски пользоваться паузами, логическими и психологическими. Без логических пауз речь безграмотна, без психологических — безжизненна. Паузы, темп и мелодика речи в совокупности составляют интонацию. Монотонная речь вызывает скуку, снижение внимания и интереса.

3.2. Методы и средства обучения в сестринском деле

Здоровье и просвещение в сестринском деле — это широкие понятия, которые включают в себя задачи:

1. Информирование населения о роли медицинской сестры.
2. Осуществление контактов с другими работниками здравоохранения.
3. Развитие межличностных отношений с пациентами и его родственниками.
4. Проведение кампаний, связанных с охраной здоровья ребенка и различных групп населения.
5. Развитие доступных, соответствующих местным условиям информационных ресурсов здравоохранения.

Для решения вышеперечисленных задач медицинская сестра должна владеть методами обучения и использовать различные средства обучения.

Рассмотрим некоторые варианты применения методов обучения в сестринской практике:

- беседа с родителями и их детьми с опорой на правила, законы, например, по проблеме наркомании, табакокурения;
- рассказ, лекция о половом развитии, профилактике инфекционных заболеваний;
- упражнение, выполнение заданий по образцу с последующим обобщением применяются, к примеру, для выработки умений по уходу за новорожденными, рекомендаций для пациентов и родственников по уходу;

- объяснение причин различия в подобных событиях, явлениях, фактах, процессах (объяснение причин бесплодия, влияния алкоголя на плод и т.д.);
- сообщение двух подобных правил (алгоритмов выполнения практического действия) с последующим анализом разного поведения пациента, разного развития событий, явлений, процессов;
- поиск примеров, фактов, подтвержденных на основании событий, законов, правил (примеры выздоровления пациентов с онкологическими заболеваниями, больных наркоманией, ознакомление населения с литературой по вопросам охраны здоровья);
- радио- и видеовыступления по актуальным вопросам охраны здоровья;
- организация лекториев для родителей, пациентов и их родственников;
- обсуждение вместе с родителями, пациентами и их родственниками проблем со здоровьем;
- организация деловых игр с родителями, различными группами населения по обучению их методам профилактики различных заболеваний, ухода, популяризации здорового образа жизни.

Медицинская сестра должна владеть методами и приемами обучения, к которым относятся:

- словесный (устное изложение, рассказ, беседа);
- наглядный (иллюстрация — медицинский атлас, видеофильм, различные виды шприцев, ингаляторы и др.);
- практический метод — отработка самих манипуляций (измерение артериального давления, смена повязок, введение инсулина и т.д.).

Обучение может быть формальным и неформальным. Обучение пациента в организации здравоохранения или дома относится к формальному способу, когда медицинская сестра обучает навыкам, приемам выполнения привычных (повседневных) действий (умывания, одевания, приема пищи). Примером неформального обучения является ситуация, когда медицинская сестра при выполнении своих обязанностей беседует о волнующих людей проблемах (как уберечь себя и близких от ВИЧ-инфекции, гепатита С и др.), предоставляет информацию, необходимую для привития навыков сохранения и укрепления здоровья и ЗОЖ. В некоторых случаях медицинская сестра помогает пациенту закрепить навыки, полученные им у других специалистов (инструктора ЛФК, массажиста, диетолога и др.).

Процесс обучения должен быть мотивирован, поскольку стимулируется отношение пациента к обучению с целью сохранения, укрепления и восстановления своего здоровья. Мотивы — побудительные эффекты делятся на три группы:

- 1) социальные мотивы (пациент и общество);
- 2) мотивы, связанные с самой учебной деятельностью, то есть познавательный интерес;
- 3) связанные с творчеством (например: пациент левша, как бы мы его не пытались обучить действовать по алгоритму, он будет делать по-своему).

Практика свидетельствует о том, что недооценка социально-психологических свойств личности, работающей над изменением мировоззрения других или преподнесением новых знаний людям, может отрицательно сказаться на результатах ее труда.

В связи с этим, выделяют 3 группы качеств обучающего лица: индивидуальные (чувство юмора, деликатность, интуиция); определяющие взаимодействие

с обучаемым (эмпатия, рефлексия, идентификация). Также сюда относят качества, формирующие рефлексивный уровень педагогических способностей (чувство такта, меры, причастности, ориентации, объекта, ситуации). Предлагают также ориентироваться на иные свойства: социальную готовность, общекультурную и специально-предметную готовность педагога.

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

Таким образом, попытки сформулировать профессиональные требования к медикам, занимающимся педагогической деятельностью по ФЗОЖ сложны и многовариантны. Можно рассматривать разновидности медицинской и педагогической компетенции: социальную, информационную, экологическую, валеологическую. Ключевые компетенции — знания, умения и способности для адаптации и продуктивного преподавания.

В связи с этим модель педагога медицинского профиля состоит из двух частей: личности и его деятельности. В модель личности входят 3 группы социально-психологических и профессиональных качеств (знаний, умений, навыков) для работы педагогом. Модель деятельности описывает профессиональные задачи, условия труда (профессиограммы), определяет объем и содержание методической подготовки.

В рамках учебно-воспитательной деятельности методика включает решение таких задач, как подготовка и проведение занятия по проблеме, написание и прочтение лекции перед разнородной непрофессиональной аудиторией, анализ проведенного занятия (перекрестно с другим слушателем по разработанным критериям выступления). Проводится выбор наилучших рекомендаций, которые позитивно могут быть восприняты населением, изложение в доступной форме, наглядность и ориентация на его возрастной состав.

Особенности работы с детьми различного возраста должны быть учтены при формировании цели занятия, проведении лекции и в непосредственно живом общении с детьми в конце занятия. Наилучшей формой работы с ребятами считается игровая, поэтому разработка ситуаций на определенные темы является сложной учебно-методической задачей для преподавателя.

Управление педагогом работой группы (команды) преследует иные цели, задачи, полномочия, сроки выполнения и методы. Индивидуализация подобной работы является показателем высоких профессиональных качеств педагогов.

Должностные инструкции сестринского руководителя или иного исполнителя не содержат раздела о научном исследовании, не являясь обязательным. Однако публикации в периодических изданиях для среднего медицинского персонала («Медицинские знания», «Мир медицины») отражают творческий поиск, хотя и разной научно-практической значимости. Востребованные слушателями и их преподавателями навыки развиваются при предоставлении возможности проведения информационного поиска по избранным темам, обзора литературы, определения актуальности, новизны и научно-практической значимости. Сбор, обработка и анализ полученных результатов с последующим разбором в форме обсуждения (дискуссии), а также формулирование предложений для практического использования формируют научный подход к проблемам сестринского дела в области образовательных программ.

Ценным качеством является выражение личного отношения к проблеме, путем ее решения в теории и личной практике.

Сестринская педагогика — это область деятельности, в которой можно проявить творческий потенциал, опираясь на профессионализм. Эта деятельность сталкивает медицинскую сестру с рядом проблем, требующих терпения, такта и специальных знаний.

Как известно, от 10 до 30% рабочего времени медицинской сестры занимает профилактическая работа. Существуют резервы повышения качества санитарного просвещения, проводимого медицинскими сестрами, помощниками врача, фельдшерами и акушерками:

- осуществление адресного санитарного просвещения, с учетом индивидуальных пожеланий пациента;
- определение уровня готовности пациента к сохранению и укреплению здоровья;
- учет фактора мотивации индивидуума к профилактике и ЗОЖ, который прямо пропорционален ухудшению состояния здоровья и увеличению числа болезней;
- сроки, объемы и формы проведения работы с пациентами должны зависеть от его готовности и мотивации к укреплению или сохранению здоровья;
- планирование оздоровительных, профилактических и реабилитационных мероприятий осуществлять не в состоянии болезни, а в период практического здоровья;
- привлечение к реализации плана профилактических мероприятий индивида, его друзей и членов семьи;
- контроль оценки состояния здоровья при выполнении пациентом врачебных рекомендаций по первичной или вторичной профилактике болезней или нивелированию факторов риска их развития.

Потребность иметь жизненные ценности существует у каждого человека. Опираясь на ценности жизни, здоровья, общества, детей, работы, которые нуждаются в сохранении и укреплении, строится деятельность по ФЗОЖ, борьбе с вредными привычками.

3.3. Педагогика и управление в сестринском деле

Под управлением в сестринском деле понимают:

1. Целенаправленное воздействие на пациента, ведущее к улучшению его здоровья или развития в соответствии с принятыми критериями.
2. Многогранную распорядительно-исполнительную деятельность, направленную на совершенствование сестринской работы.

Рассмотрим управление как целенаправленное воздействие на пациента, ведущее к улучшению его здоровья или развития в соответствии с принятыми критериями. Оно может быть названо управлением в случае, если строится сознательно, с учетом поставленной цели, критериев ее достижения, а также состояния пациента.

Обучение пациента самостоятельному уходу или формированию навыков полезного для здоровья поведения можно рассматривать как процесс управления. В настоящее время имеется реальная возможность при анализе и организации сестринского процесса использовать общую теорию управления. Управлять — это не подавлять, не навязывать этому процессу ход, противоречащий его природе, а учитывать природу процесса. В связи с этим можно изменить функции медсестры в сестринском процессе. Разумное применение теории управления в сестринском деле может стимулировать его развитие, обогащая новыми понятиями, ставя перед ним новые практически важные задачи.

В сестринской практике различают 2 основных типа учения: 1) метод проб и ошибок; 2) сознательное овладение знаниями. Первому типу учения соответствуют знания, не достаточные для правильного выполнения нового действия. Например, пациент (родственник) не может с первого раза ввести определенную дозу инсулина шприцем, если получил неполную ориентировку и плохо представляет себе, как выполнять действия; ему остается самостоятельно разработать схему действий или действовать «наугад», методом проб и ошибок. Следовательно, медсестра не может опираться на этот тип обучения пациента.

Второй, более высокий тип учения начинается с полной схемы действий, данной пациенту в готовом виде. Полную схему действий можно обеспечить для любого знания-умения.

Различают два вида управления, используемых медицинскими сестрами: *разомкнутое* и *циклическое*. При циклическом управлении имеется обратная связь. Медицинская сестра знает, как пациент усваивает информацию, имеет возможность вносить коррективы.

При разомкнутом управлении обратной связи нет и процесс практически неуправляем (пример: медсестра при посещении ребенка дает советы по вскармливанию, не проводя сбора информации, не выяснив состояния ребенка).

Различают два вида передачи информации: *рассеянный* (неправильный, обезличенный) и *направленный*. От медсестры к пациенту, который находится в палате из семи человек, идет одинаковая информация о вреде алкоголя, не учитывающая индивидуальных особенностей каждого — пример информационного процесса рассеянного вида. При направленном виде передачи информация подается каждому пациенту в соответствии с его индивидуальными возможностями.

Управление деятельностью пациента или родственников может осуществляться непосредственно медсестрой (речь, наглядные пособия, требующие объяснения), либо без непосредственного участия медсестры. Этими средствами становятся аудиовизуальные средства: кино, телевидение, радио, печатные издания: книга, инструкция, обучающие программы.

3.4. Личностно-ориентированные технологии обучения

По определению Б.Т. Лихачева «технология обучения — это совокупность психолого-педагогических установок, методов, способов, приемов, обучающих и воспитательных средств; она есть организационно-методический инструментарий педагогического процесса».

При обучении медицинским сестрам можно рекомендовать следующие личностно ориентированные технологии обучения: обучение в сотрудничестве и развивающее обучение.

Обучение в сотрудничестве. Обучение в малых группах используется давно — это важный элемент прагматического подхода к образованию в философии Дж. Дьюи (1970), его проектного метода. Это одна из технологий гуманистического направления в педагогике (используется в Германии, Нидерландах, Великобритании, Австрии, Израиле, Японии, но детально разработана американскими педагогами Славиным, Р. Джонсон и Д. Джонсон). Метод возник в 20-е годы в США. Первоначально назывался методом проблем и был связан с идеями гуманистического направления в философии и образовании. Сущность метода заключается

в акцентировании важности проблемы, знакомой и значимой для обучаемого человека, взятой из реальной жизни. Для решения проблемы необходимо приложить как полученные знания, так и новые, которые нужно приобрести. Обучаемый должен самостоятельно (с направляющими действиями учителя) решить проблему.

Теория развивающего обучения берет свое начало в работах И.Г. Песталоцци, А. Дистервега, К.Д. Ушинского. В основе его — развитие познавательных навыков, умений, развитие мышления, ориентация на самостоятельную деятельность обучаемого: индивидуальную, парную, групповую.

Требования к использованию метода:

1. Наличие значимой в исследовательском, творческом плане проблемы, требующей интегрированного знания.
2. Познавательная значимость предполагаемых результатов.
3. Самостоятельная деятельность обучаемого лица.
4. Структурирование содержательной части проекта (с указанием поэтапных результатов).
5. Использование исследовательских методов: определение проблемы, вытекающих из нее задач исследования, выдвижение гипотезы решения, обсуждение методов исследования, анализ полученных результатов.

Технология развивающего обучения подразумевает совершенствование человека не как развитие отдельных психологических процессов: внимания, памяти, мышления, воображения, а как общее развитие личности — развитие воли, ума и чувств. Не только усвоение, но и переработка знаний, в которых участвуют различные виды умственной деятельности — логическое мышление, наблюдательность, различные виды памяти, воображение характеризуют развитие ума. При этом нужно опираться на веру в каждого пациента, в его силы. Он воспринимается таким, каков он есть, учитывается, что уровень развития каждого индивидуален.

Во все времена мечта преподавателя — чтобы все, что он преподавал, усваивалось его учениками. Существует закон искажения: «Мысль изреченная — есть ложь», т.е. восприятие у всех разное. Нужно найти методы приема, исправляющие искажение. Мету искажения необходимо понимать и учитывать. В системе обучения степень искажения должна быть минимальной (диктовка лекций, раздаточный материал). Обучение основано на передаче учебного материала от одного к другому (разработка преподавателем учебного материалов для индивидуального обучения). Во главе угла — решение заданий и задач.

ГЛАВА 4

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА И ПРОФЕССИОНАЛИЗМА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-РУКОВОДИТЕЛЯ

4.1. Общие подходы к созданию творческой рабочей обстановки

Повышение спроса на медицинские услуги происходит на фоне возрастающего дефицита материальных, финансовых и человеческих ресурсов, дисбаланса между работой врача и сестринского персонала, технологичностью методов оказания помощи. Высокие нагрузки, неумение адаптироваться к профессиональному стрессу, отсутствие навыков делового общения, невысокий уровень организационной культуры среди сестер, а также нехватка высококвалифицированных

сестер-педагогов — главные сегодняшние проблемы. Их можно решить, правильно применяя достижения науки.

Приоритеты реформы в здравоохранении свидетельствуют о том, что в их реализации науке отводится основополагающая роль, и в современных социально-экономических условиях имеющийся потенциал научных кадров системы здравоохранения используется достаточно эффективно.

Единство цикла «научное исследование — практическое здравоохранение» может быть обеспечено широким использованием в повседневной практике результатов таких исследований, как «Стандарты сестринской практики» (Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения), «Стандарты сестринского ухода и оценка результатов работы» (УЗ «Минская областная клиническая больница»). «Программа практической подготовки медицинских сестер и молодых специалистов — выпускников средних медицинских учебных заведений» (Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии) также заслуживает внимания.

На курсе «Организация сестринского дела» главными задачами для подготовки кадров здравоохранения, способных проводить политику ФЗОЖ в сестринском деле, поставлены: совершенствование коммуникаций в системе «врач-сестра-пациент» и психологии делового общения, развитие лидерских качеств, формирование личностной устойчивости сестер-руководителей. Взаимодействие с руководителями и подчиненными, разграничение сфер деятельности врача и медицинской сестры, воспитание руководящих сестринских кадров согласно требованиям науки, стимуляция личного творчества полезно для обучающихся в системе дополнительного образования взрослых.

Для создания творческой рабочей обстановки в организации здравоохранения можно с успехом применить «концепцию здоровой компании», которая включает формирование корпоративного духа в медицинских коллективах.

Например, организационная культура в Республиканском центре медицинской реабилитации и бальнеолечения складывается из принятых всем коллективом ценностей:

- личной ответственности каждого за порученный участок деятельности от регистрации до лечения;

- степени риска медика, исходя из интересов пациента;

- достижений целей центра по обеспечению высочайшего уровня реабилитации населения, проживающего на загрязненных радионуклидами территориях, либо отселенного из этих мест;

- координационного взаимодействия внутри центра всех структурных отделов в соответствии с целями лечебно-диагностического процесса;

- четкой схемы управленческого руководства, обеспечивающей свободное взаимодействие подразделений между собой, помощь и поддержку со стороны руководства;

- строгого контроля деятельности медиков по выполнению ими должностных обязанностей, типовых правил, стандартов общения, коллективного договора;

- идентичности каждого сотрудника с центром («мой центр», «мой курс», «моя работа»);

- гибкой системы вознаграждения, отраженной в трудовом соглашении и обеспечивающей поощрение учебно-педагогической деятельности сестер, качество и интенсивность выполнения труда специалистом, профессиональную квалификацию;

– конфликтности сотрудников в той мере, которая позволяет открыто выражать свое мнение руководству, не бояться идти на конфликт и его последствия, как для работы, так и для личности;

– модели взаимодействия сотрудников внутри центра, которая обеспечивается путем совершенствования культуры общения, плановой учебной средней медперсонала по вопросам этики и деонтологии в течение года, работой Совета сестер, Белорусского общественного объединения медицинских сестер (БелООМС).

Можно отметить, что комбинация этих характеристик в любой организации здравоохранения может быть разнообразной, однако следствием их соблюдения является непередаваемый дух коллективизма, который служит истинным мерилом зрелого коллектива.

В коллективах прогрессивных организаций практического здравоохранения и слушателей курса «Организация сестринского дела» на современном этапе их существования, в соответствии с требованиями времени проводится маркетинговая деятельность, включающая:

– пропаганду медицинских реабилитационных процедур по основным видам заболеваний;

– популяризацию отдельных медицинских работников амбулаторно-поликлинических и больничных организаций, врачей и медсестер;

– формирование ЗОЖ у населения на основе личного примера руководителя организации здравоохранения, а также специальных программ, например, по реабилитации детей и подростков, оперированных по поводу рака щитовидной железы.

Медицинская услуга, предоставляемая в стенах организации здравоохранения, является продуктом общественной деятельности коллектива в целом, поэтому руководство повышает конкурентоспособность за счет диверсификации амбулаторно-поликлинических, профилактических и медицинских услуг в едином комплексе, используя мощь своей материально технической базы. Согласно направлениям хозяйственной деятельности по расширению объема и качества медицинских услуг для населения в сторону их доступности, ежегодно объем платных медицинских услуг в стране возрастает.

Повышению творческого потенциала медицинской сестры по ФЗОЖ способствуют вопросы, изучаемые на практических занятиях: общение с разнородной аудиторией, управление временем, организация непрерывного процесса обучения сестер, стандарты деловой коммуникации, технология проведения совещания, организация работы Совета сестер.

Профилактическая работа сестры основывается также на понимании и разъяснении основных нормативных правовых документов по сохранению общественного здоровья, Государственных программ и Концепции реализации государственной политики формирования здорового образа жизни населения Республики Беларусь на период до 2020 г.

Изложение указанных вопросов осуществляется с учетом контингента обучающихся, медицинского образования, стажа работы, индивидуальных запросов и профессиональных интересов.

С учетом описанных резервов медицинскими сестрами при поддержке врачей-специалистов разработана, организована и осуществлена инновационная программа «Адаптация пациентов, перенесших операцию на щитовидной железе». Высоко актуальная по проблеме и высокотехнологичная по исполнению, эта программа получила одобрение у 90% анкетированных подростков и 93% их

родителей. Участвовать в новой просветительской программе изъявили желание 100% детей и их родственников. Элементами новизны в этой программе стали:

- личная инициатива медицинских сестер;
- разработка ими анкеты и программы адаптации;
- привлечение к работе с группой подростков их родителей и родственников;
- использование методов социальной психологии, услуг психолога, видеосюжетов.

В основу образовательной модели обучения ЗОЖ легли представления о стадиях принятия решения о своем здоровье как ценности. Обычно их описывают таким образом:

- 1) всесторонний анализ возможного альтернативного поведения;
- 2) выделение всех целей, которые могут быть достигнуты, и оценка пользы, которая связана с совершаемым выбором;
- 3) тщательный анализ всех последствий, обусловленных выполнением каждого действия;
- 4) поиск информации, важной для оценки возможных альтернатив;
- 5) оценка поступающей информации и мнений экспертов, даже если они идут вразрез с тем образом действий, к которому изначально был готов принимающий решение человек;
- 6) повторная оценка последствий всех известных альтернатив, даже тех, которые вначале рассматривались как неподходящие, осуществляется до того, как будут приняты окончательные решения;
- 7) составление детального плана для осуществления поведения, учет возможного его применения в случае проявления нежелательных последствий.

Оперируя известными стимулами, медицинские сестры-исполнители программы достигли поставленных целей по адаптации к реальностям жизни после операции на щитовидной железе подростков и их родителей, проживавших на загрязненных радионуклидами территориях.

Подобный пример не единичен, роль и значение медицинских сестер в проведении санитарно-экологического просвещения возрастают по мере роста их самосознания, уровня знаний по экологии, психологии, профилактической медицине.

Позитивный опыт инноваций подобного рода, инициированный сестрами, поддержан организаторами здравоохранения на всех уровнях, обеспечив сестрам не только благоприобретенные навыки педагогической деятельности, но и улучшив карьеру, взаимоотношения с администрацией, привнес оптимистический настрой в их ответственную работу.

4.2. Методика формирования пространства, сберегающего здоровье

ВОЗ определяет здоровье человека как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Здоровье человека, по мнению ведущих специалистов общественного здоровья, в значительной степени зависит от:

- образа жизни (50–55 %);
- генетических особенностей организма (15–20%);
- состояния окружающей среды (20–25%);
- организаций здравоохранения (10–15%).

Сберегающая здоровье окружающая среда организации здравоохранения — это совокупность материальных и социальных условий и факторов содержания данной

организации, направленных не только на выполнение определенного объема лечебно-профилактической помощи населению, но и способствующих восстановлению и укреплению физического и духовного здоровья работников этой организации.

Таким образом, формирование здоровой среды направлено не только на более эффективное лечение пациентов, но и на обучение их сохранять и укреплять здоровье, а также на здоровье самих медицинских работников. Это особо актуально в связи с тем, что средние медицинские работники входят в группу повышенного риска, показатели их здоровья имеют тенденцию к ухудшению.

Для создания среды, сберегающей здоровье, в организации здравоохранения необходимо:

1. Создание благоприятных социальных, материальных условий и оптимального психологического микроклимата.
2. Проведение в отношении медработников, сотрудников и пациентов психологической коррекции в целях повышения их самосознания в вопросах ценности здоровья, формирование потребности в проведении профилактических и реабилитационных мероприятия для поддержания и сохранения здоровья.
3. Повышение квалификации медицинских работников по вопросам теории, практики и обучения формированию ЗОЖ.
4. Создание и использование технологий, сберегающих здоровье в рабочем процессе.

5. Формирование и поддержание на высоком уровне лечебно-охранительного режима. Реализация модели пространства, сберегающего здоровье, зависит от следующих факторов:

- личности медработника и его собственной ориентации по вопросу приоритета своего здоровья и здоровья окружающих;
- материально-технических возможностей организации здравоохранения для внедрения технологий, сберегающих здоровье в рабочий процесс;
- творческого потенциала сотрудников коллектива;
- всестороннего производственного мониторинга.

Работу по сохранению и укреплению здоровья персонала можно представить в виде трех интегральных направлений:

- создание научно-обоснованных санитарно-гигиенических условий и материально-технической азы организации здравоохранения, способствующих сохранению, восстановлению и укреплению здоровья;
- формирование осознанного отношения сотрудников к приоритету здоровья в жизни человека;
- соблюдение работниками органов здравоохранения профессиональных этических и деонтологических стандартов деятельности.

Руководство процессом формирования среды, сберегающей здоровье в организации здравоохранения, должны взять на себя главные врачи и главные медицинские сестры, которые являются лидерами, влияющими на сознание сотрудников путем умелого применения методов руководства.

Непосредственными организаторами такого пространства должны стать заведующие отделениями и старшие медицинские сестры, которые активно участвуют в создании условий труда персонала.

Алгоритм планирования работы по созданию пространства, сберегающего здоровье

- 1) поиск проблемы, т.е. выявления дефектов деятельности организации здравоохранения, которые сказываются на здоровье сотрудников;
- 2) анализ для определения главных причин появления и существования недостатков;
- 3) проведение планирования мер по устранению причин;
- 4) оценка действий и дальнейшее планирование.

Этапы мониторинга по формированию пространства, сберегающего здоровье

I — стартовая диагностика материально-технической базы организации здравоохранения, медицинской активности и психологической готовности к восприятию идей ЗОЖ.

Цель: планирование и работа по формированию пространства, сберегающего здоровье, с учетом имеющихся возможностей.

II — экспресс-диагностика основных характеристик пространства, сберегающего здоровье.

Цель: обоснованная коррекция работы и оперативное управление деятельностью организации здравоохранения.

III — итоговая диагностика за период (для каждого направления, определяемого отдельно).

Планируемые результаты:

1. Интеграция всех направлений пространства, сберегающего здоровье.
2. Своевременная коррекция каждого процесса («Мы любим движение», «У нас не курят» и т.п.).
3. Прогноз результатов (снижение заболеваемости органов дыхания, отсутствие случаев внутрибольничной инфекции).
4. Оптимальная среда для сохранения здоровья.

Организации, участвующие в создании пространства, сберегающего здоровье: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь, Министерство спорта и туризма Республики Беларусь, служба защиты прав потребителей, БелООМС, центры медицинской профилактики, комитеты профсоюзов вузов и средних медицинских образовательных учреждений.

Первостепенным направлением в создании среды для сохранения здоровья в организации здравоохранения является создание материально-технической базы с соответствующими санитарно-гигиеническими нормами.

Шаги, связанные с поиском и внедрением технологий, сберегающих здоровье

1. Анализ директивных документов, научно-методической литературы.
2. Пересмотр должностных обязанностей с включением в них функций охраны труда на своем рабочем месте.
3. Оптимальное построение рабочего процесса с учетом физиологических норм, принципов, СанПиН; рациональное распределение дневной и недельной нагрузки, обеспечение адекватного восстановления сил.
4. Создание мотивации (модой, личным авторитетом и др.) к высокопроизводительному творческому труду; возможность кадрового роста и повышения зарплаты.
5. Коррекция деятельности каждого сотрудника в зависимости от личных характеристик, стажа, возраста и образования.

6. Обеспечение научно-методической и профессиональной литературой для обоснованной деятельности на рабочем месте.

7. Привлечение максимально большего числа сотрудников к участию в конференциях, семинарах и других общественно значимых мероприятиях.

8. Выполнение республиканских и областных программ, направленных на укрепление и сохранение духовного и физического здоровья людей.

9. Стимулирование сотрудников за личный вклад в формирование ЗСС (материальное и моральное).

По роду своей профессиональной деятельности медицинские работники призваны не только сохранять и укреплять здоровье других, но и свое собственное. Только здоровый и успешный человек способен на максимальную отдачу и эффективность заданной работы.

На основании интеграции всех этапов мониторинга характеристик среды, сохраняющей здоровье, создана оптимальная среда для здоровья пациентов и сотрудников организаций здравоохранения.

Примером выполнения шагов по внедрению технологий сохранения здоровья явилось проведение в канун юбилеев великой Победы над фашизмом и Международного дня медицинской сестры в ряде организаций здравоохранения страны конкурса «Медицинские сестры за здоровый образ жизни».

В этом зрелищном мероприятии, организованном Советом медсестер приняли участие не только все свободные от приема пациентов медицинские работники, но и обучающиеся на курсе «Организация сестринского дела» БелМАПО.

Две команды медицинских сестер «Ангелы здорового образа жизни» и «Источник здоровья» соревновались в красивом зале, украшенном плакатами «Здоровье — мудрых гоним» и др. Конкурс проходил в 5 этапов. Первый этап назывался «Визитная карточка» и его девизом были следующие лозунги: «Когда здоровый образ жизни мы ведем, энергия в нас бьет ключом» и «Здоровье — жизни не помеха, а 100% залог успеха». Уже этот этап показал силу обеих команд, которые на протяжении второго этапа (тестовой оценки знаний по пропаганде ЗОЖ) выступали с минимальным отрывом друг от друга. На третьем и четвертом этапах команды демонстрировали умение проведения бесед медсестер с пациентами по пропаганде ЗОЖ и спортивные навыки в эстафете. Судьи провели подсчет баллов каждого из участников конкурса. Ведущая конкурса под бодрые спортивные марши рассказывала участникам и зрителям юмористические истории о вредных привычках и необходимости здорового образа жизни. В острой борьбе, с отрывом в 1 балл, победила команда «Ангелы здорового образа жизни». Как отметил в выступлении главный врач, опыт проведения мероприятий подобного рода важен не только для сотрудников центра, но и является предметным руководством в практике сестринских организаторов БелМАПО. Апробированная на конкурсе технология деловой беседы медицинской сестры с пациентом мотивирована на укрепление здоровья всех его участников.

Проведение конкурса «Медицинские сестры за здоровый образ жизни» — это прекрасная реклама деятельности организации здравоохранения.

4.3. Технология организации и проведения совещания

Совещание (заседание) — это коллективное обсуждение актуальных проблем, с неперменным условием повышения эффективности и качества работы,

улучшения руководства коллективом. Прежде чем проводить совещание, надо быть убежденным в том, что оно необходимо. Это наиболее распространенная форма управленческой деятельности, которую медицинские руководители осуществляют в повседневной работе. Знание принципов его подготовки и проведения необходимо не только организаторам, но и их участникам.

Руководитель должен помнить, что заседание — один из самых дорогостоящих видов служебной деятельности.

Выделяют следующие типы совещаний:

- учебное (конференция), цель которого дать участникам необходимые знания и повысить квалификацию;
- информационное, необходимое для обобщения сведений и изучения различных точек зрения на возникшие проблемы;
- разъяснительное, в ходе которого руководство стремится убедить сотрудников в правильности проводимой хозяйственной политики и неизбежности принятых шагов;
- проблемное, которое собирается для того, чтобы выработать метод решения существующих проблем (в настоящее время такие совещания приобретают все большее значение и созываются все чаще).

Совещание представляет собой работу коллектива, возглавляемую руководителем, который является не только представителем администрации, но и социальным лидером.

По классификации американских исследователей, заседания делятся на диктаторские, автократические, сегрегативные, дискуссионные и свободные.

Заседания считаются *диктаторскими*, если их ведет и фактическим правом голоса пользуется только руководитель, который знакомит присутствующих со своим распоряжением, точкой зрения, постановлениями или приказами вышестоящих организаций. Остальные участники заседания принимают к сведению полученную информацию. Иногда им разрешается задать вопросы. На таком заседании нет дискуссии и борьбы мнений. Диктаторские заседания могут быть и малочисленными, и весьма многочисленными.

Автократическое заседание — разновидность диктаторского. На нем руководитель задает вопросы поочередно каждому участнику и выслушивает ответы. Такая процедура требует резкого ограничения числа участников. Хотя каждый присутствующий имеет возможность высказывать свое мнение, большую часть времени, до тех пор, пока не пройдет его очередь включиться в диалог, он остается пассивным. В случае несогласия с мнением руководителя он поневоле оказывается поставленным в условия спора один на один, при этом может возникнуть неприязнь к руководителю.

Структура *сегрегативного* заседания такова: сначала руководитель или кто-либо по его поручению делает доклад, потом проводятся прения, в которых участвуют один или несколько работников по выбору руководителя. Прочим слова не предоставляется. Сегрегативное заседание имеет псевдо дискуссионную структуру, неминуемо влечет за собой серьезные отрицательные последствия (раскол коллектива, чувство антипатии к руководителю и к тем, кто удостоен чести выступать). Стремление к проведению сегрегативных заседаний характеризует руководителя как не вполне компетентного или недобросовестного.

Самое демократичное по своей структуре — *дискуссионное* заседание. Оно сводится к свободному обмену мнениями, к выработке общего решения, принимаемого голосованием, с последующим утверждением руководством.

На дискуссионном заседании все могут высказать свои мысли, включая несогласие с точкой зрения руководителя. Встречается и такая форма дискуссионного совещания, которая сводится только к обсуждению вопроса (созидательная конфронтация). Решение принимает руководитель, обдумав все предложения.

Структура *свободных* заседаний более аморфна. Они проводятся без четко сформулированной повестки дня, а иногда и без председателя, являются наименее эффективными.

Алгоритм действий при проведении совещания

Для подготовки совещания необходимо провести следующие мероприятия и ответить на основные вопросы:

1. Подготовить повестку дня («Что и как обсуждать?»).

Определить главную тему и цели совещания, которые должны характеризовать его сущность. Для этого необходимо решить кто и какую подготовительную работу должен вести. Порою целесообразно создать рабочую группу из двух лиц и более, которая готовит повестку дня, проводит предварительные краткие совещания в подразделениях.

2. Определить участников («Кто?»).

Основное требование состоит в присутствии на совещании заинтересованных людей, которые могут внести вклад в достижение цели заседания.

Участников необходимо информировать о совещании с указанием главной темы, цели, основной информации, места, продолжительности совещания и фамилий руководителя и участников. Разрабатывая программу совещания, нужно составить ее так, чтобы на нем присутствовали лица, непосредственно связанные с обсуждаемой проблемой.

После завершения обсуждения очередного вопроса лица, не занятые в обсуждении следующих вопросов, отпускаются. Нежелательно отпускать человека временно, а потом снова приглашать. Это требование дисциплинирует руководителя и участников совещания и заставляет придерживаться лимита времени.

3. Определить продолжительность совещания («Сколько времени?»).

Продолжительность совещания зависит не только от количества, но и от содержания вопросов в повестке дня. Вначале совещание протекает более обстоятельно. Вопросам, стоящим в конце повестки дня, уделяется меньше времени, поэтому целесообразно включать 1–2 проблемных вопроса или 3–4 вопроса меньшей значимости в конце повестки дня.

Сообщение руководителя о времени окончания совещания сокращает его продолжительность на 10%, играя определенную активизирующую и дисциплинирующую роль. Если на проведение совещания запланировано больше часа, то через 50 минут надо делать перерыв и, по возможности, менять формы работы (индивидуальная, групповая, дискуссия, выступления).

4. Определить место проведения совещания («Где?»).

Место проведения во многом зависит от вида совещания. Оперативное совещание рекомендуется проводить на рабочем месте его участников. Для проведения производственных совещаний и собраний подходит большое помещение или актовый зал. Более высокие требования предъявляются к месту проведения проблемного совещания, при этом наиболее распространенными являются два варианта:

– проблемное совещание проводится 1–2 раза в месяц продолжительностью 2–3 часа в конце рабочего дня в специально предусмотренном для этого помещении;

– проблемное совещание проводится 1 раз в квартал или полугодие как выездное, продолжительностью 2–2,5 дня, причем местом его проведения, как правило, является база отдыха предприятия, гостиница.

Позиция руководящих органов в настоящее время состоит в максимально возможном сокращении количества и продолжительности совещаний в рабочее время.

5. Определить время проведения совещания («Когда?»).

Время проведения совещания должно быть традиционным, отклонения допускаются в исключительных случаях.

Подходящим временем для начала оперативного совещания является первый час после начала рабочего дня. Производственное совещание и собрание лучше всего провести до обеденного перерыва, а проблемное перед окончанием рабочего дня, но не позднее, чем за час.

Руководитель должен проверять все этапы подготовки совещания, в осуществлении которых он сам лично не участвует.

Форма проведения совещаний может быть традиционной, с докладом, однако, последний не должен занимать более 15–20 минут и должен быть нацелен на ознакомление с необходимой информацией и стимулирование участия в обсуждении. Рекомендуется во вступительной части выступления (3–5 минут) сформулировать суть проблемы, ее характер, масштаб, срочность, основные направления; в основной (12–15 минут) изложить дополнительные аргументы и факты по существу проблемы, анализ причин сбоя в работе и основные направления поиска решения; в заключительной (2–3 минут) установить порядок обсуждения. Необходимо нацелить участников на то, что выступать следует лишь в случаях, если есть предложения или несогласие с внесенным предложением, если есть дополнение или новое, более оригинальное решение проблемы. Продолжительность выступления в прениях 3–5 мин. При разговоре не по существу руководитель должен направить выступающего вопросом, репликой или лишить его слова. Порядок выступлений — от младших к старшим, чтобы мнение руководителя не довлело над подчиненными.

Более предпочтительной является форма проведения совещания без доклада, при которой тезисы доклада рассылаются заблаговременно, или участники могут ознакомиться за 2–3 дня со справкой, актом, приказом и, следовательно, заранее обдумать предложения, просчитать необходимые данные. В этом случае порядок проведения в основном такой же, как в совещаниях с докладами. Нет необходимости в многочисленных выступлениях, т.к. считается, что мнений семи экспертов достаточно, чтобы решить сложную проблему.

В последнее время шире применяется совещание в виде «мозговой атаки». Руководитель, в течение 5–10 минут охарактеризовав суть и изложив необходимую информацию по проблеме, просит участников в течение 10–15 минут продумать варианты решения, и каждому в письменном виде подать их руководителю. Если кто-либо может предложить 2–3 варианта, то каждый записывает их на отдельном листке. По мере поступления записок руководитель знакомится с предлагаемыми вариантами, группирует их по общим признакам (ресурсные, организационные, психологические и т.д.) и отбирает 2–3 наиболее интересные. Затем благодарит всех за активное участие в обсуждении и просит сосредоточить внимание на выработке окончательного решения на основе отобранных вариантов, которые зачитывает присутствующим. Категорически

не рекомендуется допускать критические замечания в адрес тех, кто предложил слабые варианты решения, ибо, в силу разных причин, не каждый участник может быть в форме и полностью проявить свой творческий потенциал именно в данный момент. Благожелательное отношение руководителя к таким сотрудникам будет хорошим стимулом для более плодотворной работы на последующих совещаниях.

Правила проведения совещаний

- Никогда не назначайте совещания без цели.
- Заранее готовьте повестку, участников, регламент и проект решения.
- Начинайте работу с обсуждения предыдущего совещания.
- Критикуйте идею, а не людей.

При соответствующем уровне подготовки и проведения совещание является эффективным методом управленческой деятельности, поскольку в основе принимаемых решений по различным проблемам лежит коллективное обсуждение и рекомендации. Совещание может стать формальным и безрезультативным, если не будет обеспечено правильное руководство его ходом.

Существует восемь факторов успешного проведения совещания:

1. Групповая работа. Если на совещании рассматриваются сложные проблемы, то надо непременно обеспечить коллективный умственный труд присутствующих.
2. Отсутствие конфликтов, мешающих работе. На совещании может возникнуть благоприятная почва для возникновения различных конфликтов между участниками. Если суть этих конфликтов не совпадает с рассматриваемыми проблемами, то они мешают ходу совещания.
3. Наличие атмосферы непринужденности и деловитости. Атмосфера на совещании прямо зависит от руководителя. Для ее создания надо, чтобы его участники чувствовали себя равными, ощущали значимость рассматриваемых проблем. Рассмотрение проблемы неприятного содержания ставят в конец повестки дня и делают это по возможности коротко.
4. Обеспечение активности. Руководитель совещания тактично следит за регламентом выступлений, не упуская из вида темы совещания, может специально дать слово менее активным участникам.
5. Умение слушать. Важнейшим качеством участников совещания является умение слушать. Внимательное прослеживание хода мыслей выступающего с одновременным их осмыслением определяется процессом слушания, объединяющим всех участников.
6. Обсуждение основных мнений. Одной из гарантий успеха совещания является результат, получаемый путем учета мнений всех участников. Часть мнений и предложений могут оказаться ошибочными, в этом случае председатель совещания должен коротко объяснить причины ошибочного мнения.

Второй гарантией успеха совещания является часть мнений, которые стремятся расширить или наоборот, сузить выдвинутое предложение или проблему. Это и есть особые мнения, требующие обсуждения. Как правило, они являются ценными и позволяют достигнуть положительных результатов. На совещании не прибегают к голосованию, ибо в таком случае это уже не совещание.

7. Критиковать точки зрения, а не людей. Поскольку носителями определенных мнений являются конкретные люди, на совещаниях создаются предпосылки

для отрицательного явления — критики конкретного человека, вместо того, чтобы направить основное внимание на суть проблемы.

8. Выступление. Искусство выступления — это самостоятельная, обширная область деятельности. Выступление на совещании имеет свои требования: краткость, конкретность, эмоциональная уверенность. Реплики не должны прерывать ход мышления выступающего (дельные реплики подаются после высказанной мысли, когда оратору к сказанному нечего добавить), и должны относиться к данной мысли, уточнять, расширять, сужать, иллюстрировать ее. Руководитель совещания должен судить, кому из участников соблюдение вышеприведенных требований затруднительно, в индивидуальном порядке обратить на это внимание.

При подготовке выступления необходимо провести анализ основных интересов слушателей. Начинать следует с того, что заведомо интересует аудиторию.

Внимание к докладу с самого начала усиливает ясно сформулированная основная идея выступления. Она является связующим звеном для отдельных положений речи. Выступление может иметь несколько основных идей, но не более трех (если только они не взаимно связаны).

При попытке «втиснуть» слишком много материала в ограниченное время может возникнуть просрочка времени или перескакивание с одного на другое. Нередко трудно использовать в выступлении весь имеющийся материал, поэтому он должен быть отобран, исходя из степени убедительности. Об остальном можно только упомянуть и предложить желающим ознакомиться после доклада.

Предварительно записанные ключевые слова и фразы, возможно даже отрепетированные, помогут четкому изложению материала. Важно уметь увидеть или услышать себя со стороны. Этому может помочь магнитофонная запись репетиции выступления. Особенно отчетливо недостатки заметны, если прослушивание происходит спустя несколько дней после репетиции. Можно пригласить на одну из заключительных репетиций кого-либо из своих друзей, чтобы выяснить недостатки выступления, манеру держаться и в особенности повторение слов-паразитов («так сказать», «это самое»). Доброжелательные замечания приносят пользу при подготовке выступления.

Если выступающий читает текст доклада, слушателям трудно долго удерживать внимание, так как письменный и устный язык различаются по эмоциональному восприятию.

Пожелания для успешного выступления:

- выступающему не стоит волноваться;
- не перебивать ни оратора, ни лиц, задающих вопросы из аудитории;
- узнать больше информации об аудитории для адаптации языка выступления;
- готовить тезисы выступления;
- затрагивать не более 3 проблем в одном выступлении;
- избегать профессиональных терминов и жаргонных слов;
- быть лаконичным, логичным и последовательным, строить выступление коротко и ясно;
- использовать спектр интонаций выступления от мажорной, беспечной, шутиливой, сердитой, мрачной, торжественной, предостерегающей или иной, в зависимости от цели выступления.

Многие выступающие обнаруживают свое волнение тем, что, получив слово, сразу начинают выступление, хотя аудитория еще не настроилась на восприятие.

Поэтому вначале необходима некоторая пауза — достаточная для установления тишины. Для большей выразительности паузы можно пристально смотреть на людей, которые еще не успокоились. Не стоит делать замечания или просить тишины, так как указания противопоставляют людей.

Фразы вступления должны быть наиболее тщательно подготовлены и отработаны, так как от начала в значительной степени зависит успех. Нередко оно более всего запоминается слушателям.

Выступление должно включать название доклада и формулирование основной идеи для точного определения содержания. Однако не следует «засиживаться» на вступлении, а переходить к основной части изложения.

Основная часть выступления опирается на стержневую идею, рассматриваются различные аспекты, способствующие лучшему осмыслению слушателями сказанного. При этом главное не перерасходовать время, обязательно оставив его для заключения.

«Лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать» — это утверждение справедливо и для выступлений. К тому же, как считают психологи, человек запоминает в среднем 10% того, что слышит и 50% того, что видит. Поэтому для облегчения усвоения слушателями излагаемого материала применяются такие наглядные пособия, как диаграммы, рисунки, схемы, графики. Наглядный материал помогает докладчику не сбиться с порядка изложения, он должен быть оформлен крупным шрифтом и хорошо читаться. Цифровые данные лучше демонстрировать для облегчения восприятия посредством таблиц и графиков, а не злоупотреблять их зачитыванием.

Важным средством донесения до обучающихся людей основной мысли и ее запоминания являются повторения. В выступлении они психологически оправданы, недаром говорят: «Повторение — мать учения».

В выступлении не рекомендуется использовать усложненные слова с целью произвести впечатление на слушателей. Впечатляющими фразами можно разрушить основную идею и оттолкнуть аудиторию.

Шутки являются эффективным инструментом речи. При продолжительном выступлении они снимают усталость слушателей, дают новый импульс напряженной работе. Однако необходимо знать меру. Лучше шутить мало, чем много, иначе докладчика сочтут легкомысленным человеком.

Правила выступлений

- Устанавливайте регламент выступлений и придерживайтесь его. Учитесь излагать суть вопроса, проблемы по возможности кратко, не увлекайтесь цитатами.
- Старайтесь выступать убедительно и аргументированно.
- По возможности, излагайте мысль своими словами, руководствуясь лишь планом выступления. Нежелательно читать заранее подготовленный текст.
- Старайтесь сохранять контакт с участниками совещания, наблюдайте за их реакцией на ваши слова.
- Обращайтесь к участникам совещания по имени и отчеству, по возможности подчеркивайте их опыт и компетентность по соответствующему вопросу.
- Остерегайтесь использовать в ходе совещания плоские шутки, непродуманные реплики в адрес участников.
- Выступая, не поучайте, не изрекайте прописных истин.

Хорошо подготовленное совещание может быть менее эффективным, если выступающий не владеет ораторским искусством.

Зарубежные методики по ораторскому искусству дают следующие советы:

- говорите негромко и медленно;
- не торопитесь с ответом — сначала убедитесь, что правильно поняли вопрос;
- будьте готовы к возражениям и замечаниям со стороны тех, кто не с вами;
- имейте под рукой справочный материал для тех, кто хочет получить подробное обоснование ваших предложений;
- будьте готовы к ответам на вопросы;
- не показывайте раздражительность, когда вам задают вопрос о том, что уже отмечалось в выступлении или вторично просят ответить на вопрос, может быть вас не поняли;
- отвечайте на вопросы лаконично, ясно и по существу;
- благодарите за любой интерес к своему выступлению.

Любое совещание украшает дискуссия. Умение ее организовать и провести является показателем культуры и эрудиции ведущего.

Существует три типа вопросов: информационные, нейтральные и антагонистические.

Технология ответов на вопросы аудитории:

- Внимательно выслушайте или запишите вопрос, поблагодарите.
- Отвечайте только на один вопрос.
- Отвечайте просто и по существу (в идеале: да-нет-вы правы).
- Никогда не бойтесь сказать: «Я не знаю».
- Перед ответом сделайте паузу.
- Не делайте высокомерный вид.
- В знакомой аудитории вопросы старайтесь готовить заранее.
- Не ввязывайтесь в спор на этапе задавания антагонистических вопросов.
- Благодарите за вопрос.

Организация группового обсуждения на собраниях

Групповые обсуждения на собраниях основаны на достижении взаимного согласия, обеспечении единства мнений. Они могут быть подчинены задаче формулирования плана действий. В ходе группового обсуждения принимается точка зрения всех участников. Принимать активное участие в групповом обсуждении — особый и трудоемкий навык. Многие горят желанием доказать, что они правы, а кто-то не прав, а не создать групповое мнение, отвечающее задачам собрания. Даже интеллигентные и воспитанные люди нередко поспешно высказывают свое мнение и яростно его отстаивают. Предубеждения и преждевременно сформулированные мнения исключают взаимное согласие.

При проведении совещания следует исходить из того, что зачастую приходится иметь дело с характерными типами участников дискуссии. Зная их особенности, можно обеспечить большую заинтересованность обсуждения или нейтрализовать отрицательные проявления:

1. Спорщик. Следует предоставить группе возможность опровергать его утверждения.
2. Оптимист. Можно предложить ему подведение итогов, сознательно втянуть в дискуссию.

3. Всезнайка. Эффективно призвать группу занять определенную позицию по отношению к его утверждениям.

4. Словоохотливый. При затягивании времени можно тактично прерывать и напоминать о регламенте.

5. Застенчивый. Желательно ставить несложные вопросы, укрепить его уверенность в своих силах.

6. Негативист. Следует признать, оценить его знания и опыт, в том числе и негативный.

7. Человек, не проявляющий интереса. Можно спросить о его работе. Привести примеры из его сферы интересов.

8. «Крупная шишка». Важно избегать прямой критики, применять технику «да, но».

9. Расспрашивающий. Следует адресовать его вопросы группе.

Для оптимального достижения необходимых результатов собрания организатору следует тщательно подготовиться. Для этого необходимо:

- составить представление о целях группового обсуждения;
 - оценить то, что уже известно по обсуждаемому вопросу;
 - подобрать материал, на основании которого можно сформулировать первоначальное суждение, проверить и оценить его;
 - сформулировать свою первоначальную позицию. Свободна ли она от предубеждений;
 - тщательно отобрать участников собрания, исходя из целей обсуждения; заранее определить их сильные и слабые стороны (степень консерватизма, оптимизма, пессимизма, идеализма, прагматизма и качеств, которые трудно поддаются изменению);
 - заранее распространить повестку дня, узнать мнение о ней участников собрания.
- В процессе обсуждения вопросов, выдвинутых на повестку дня, руководителю важно:***
- дать четкое определение используемым в ходе дискуссии терминам, с тем, чтобы они были правильно поняты и с ними согласились все члены группы;
 - строго соблюдать дисциплину и регламент;
 - не допускать поспешности, легкомыслия и пустоты обсуждения, пресекать проявление чрезвычайных эмоций, фривольности и вульгарных выражений;
 - следить, чтобы основные факты обозначались точно и полно, предшествовали обмену мнениями, а материал представлялся в стиле, соответствующем теме, обстановке и участникам собрания;
 - сохранять постоянный контакт с участниками собрания, анализировать их реакцию на ход обсуждения;
 - следить за тем, чтобы обсуждаемый вопрос рассматривался с различных точек зрения;
 - контролировать ход дискуссии, чтобы она протекала в рамках сформулированной темы, а спорные вопросы соответствовали общему смыслу и конструктивности обсуждения;
 - принципиальные разногласия делить на составляющие и изучать их в отдельности;
 - выражать свою идею понятно и четко, доказывая ее справедливость;
 - в случае попыток возразить, попросите выслушать вас до конца и только

потом высказывать свое мнение;

- отказаться от попыток выиграть спор или прийти к компромиссу, который не означает нужного решения;
- преодолевать собственные предубеждения, быть готовым отказаться от своей позиции или изменить ее, если окажется, что она не отвечает условиям задачи или не поддерживается большинством участников обсуждения;
- смотреть на других как на коллег, пытаться понять их точку зрения; быть готовым признать истину и логику в их мнениях, сотрудничать с ними в поиске наилучшего группового решения;
- найти несколько принципиальных моментов, с помощью которых можно согласовать расхождения во мнениях;
- во время дебатов не акцентировать внимание только на слабых сторонах мнения оппонентов, думать об общих интересах, а не своих собственных;
- следить за тем, чтобы никто не монополизировал дискуссию и все желающие смогли выступить;
- экономить время, кратко подводя промежуточные итоги, а также объявляя для обсуждения следующий вопрос.

Ошибки, допускаемые при подготовке и проведении совещания

Наиболее часто допускаются следующие ошибки:

- отсутствие главной темы совещания;
- участникам предварительно не разъяснена суть обсуждаемой проблемы;
- совещания проводятся наспех при недостаточных информационных данных;
- не регламентируется продолжительность совещания;
- в повестку дня включены вопросы разного объема и содержания;
- не удастся придерживаться повестки дня, отступают от нее и рассматривают стихийно возникшие побочные темы;
- большая длительность совещаний, неадекватная результатам;
- несоблюдение времени начала совещания, опоздания участников;
- неумение кратко и ясно излагать мысли;
- 2/3 времени выступает руководитель, из-за чего ограничивается возможность для выступлений других;
- на обсуждение выносятся вопросы, не требующие этого (в 30% случаев), и 10–15% вопросов дублируются;
- много совещаний проводится в кабинете руководителя;
- в ходе совещания ведутся телефонные разговоры, принимаются посетители;
- царит нервная атмосфера — вместо поиска решений идет поиск и проработка «виновных»;
- помещение для совещания не оборудовано соответствующим образом;
- проведение оперативного совещания сразу после начала рабочего дня;
- проведение совещания после окончания рабочего дня.

На эффективность совещаний, а следовательно, и процесс управления оказывает влияние 3 группы факторов — организационные, санитарно-гигиенические и социально-психологические.

Организационные факторы оптимизации совещаний включают планирование: выбор вопросов для обсуждения, определение участников, сроков начала

и продолжительности совещания, формы его проведения, наличие вспомогательной аппаратуры, множительной техники, средств связи.

Санитарно-гигиенические факторы успешности совещаний объединяют необходимые условия комфортности для их участников. Необходимо обеспечить оптимальные уровни освещенности, температуры, воздухообмена помещения, удобные сидячие места, исключить посторонние шумовые помехи. Следует учитывать требования, предъявляемые к помещению: цвет стен зала, размещение мебели и участников.

Социально-психологические факторы включают психологический климат и особенности личности председательствующего. Эти факторы зависят от культуры межличностных отношений участников, культуры управления и социально-психологической компетентности руководителя.

Создание и поддержание деловой, творческой атмосферы при обсуждении проблем является первоочередной задачей руководителя. Продуманный доклад, корректное ведение совещания, уважительное, товарищеское отношение ко всем участникам поощряют активный поиск необходимого решения. И, наоборот, грубое одергивание говорящих не по существу или высказывающих критику в адрес руководителя, замечания, унижающие личное достоинство оппонентов, невнимательность к выступающим, поиск «виновных» и их «избиение» разрушают фундамент взаимопонимания и взаимодействия.

Поддержанию хорошего климата способствует выдержка руководителя, умение удачным экспромтом с юмором разрядить напряжение при обсуждении неприятных вопросов.

Постоянно находясь лицом к своим подчиненным, председательствующий должен заботиться о своем внешнем виде: быть скромным и аккуратным в одежде, избегать дорогих и броских украшений, следить за прической (не говоря уже о бритье). Невзирая на настроение, проявлять сдержанность, приветливость и вежливость в обращении с сотрудниками (французы говорят: «Руководитель дарит подчиненным то, что имеет сам»).

Планирование собрания

Перед собранием:

- тщательно планируйте собрание: кто, что, когда, где, регламент;
- заранее подготовьте и разошлите повестку дня;
- приходите пораньше и приготовьтесь к собранию.

В начале собрания:

- начинайте вовремя;
- позвольте участникам представиться и рассказать о своих ожиданиях от собрания;

- четко определите роли;
- проверьте, измените и приведите в порядок повестку дня;
- установите четкие границы времени;
- еще раз вспомните вопросы, требующие действия, с прошлого собрания.

Во время собрания концентрируйтесь на одной проблеме, одним и тем же способом, в одно и то же время.

В конце собрания:

- определите вопросы, требующие действия: кто, что, где;
- проверьте еще раз запоминание группы;

- установите дату и место следующего собрания и разработайте предварительную повестку дня;
- оцените собрание;
- заканчивайте ясно и на положительной ноте;
- приберите в аудитории и расставьте все по местам.

Работа по организации конференции должна начинаться за 12–18 месяцев. Необходимо создать команду, которая будет отвечать за процесс планирования конференции.

Подведение итогов совещания

Важным моментом проведения совещания является его завершение. Необходимо добиваться, чтобы у участников сложилось позитивное впечатление об его итогах, о том, что время потрачено не зря. Для этого руководитель обязан кратко подытожить, какие вопросы рассмотрены, какие решения по ним приняты, можно высказать напутствия или пожелания исполнителям. Если вследствие недостатка информации или компетентности присутствующих решение не удалось принять, необходимо это отметить и указать, кому поручается дальнейшая проработка вопроса, в какой срок и кому должны быть представлены результаты. В заключение следует поблагодарить всех за участие в работе совещания.

В заключительной части совещания можно использовать следующие варианты:

- призвать всех к выполнению планов, программ, к достижению целей, намеченных в результате дискуссии;
- положительно оценить наиболее деловые выступления и удачные предложения;
- найти подходящую шутку, реплику, которая может «к месту» разрядить обстановку напряжения и скованности, если участники не пришли к желаемому результату;
- привести подходящую цитату, изречение;
- акцентировать внимание участников на самом важном, самом нестандартном подходе, решении, которое достигнуто на совещании.

Полезно, если фраза, мысль, с которой вы начали совещание, будет использована и при его завершении.

Результаты совещания необходимо зафиксировать в протоколе и разослать всем заинтересованным лицам. Каждое совещание оформляется документально в «Журнале оперативных совещаний», который должен вестись постоянным секретарем в форме протокола. Если в результате совещания были приняты определенные решения, то на организаторе лежит обязанность точно установить, кто, что, когда и как должен сделать, чтобы эти решения были воплощены в жизнь.

В заключение хочется отметить, что чем выше руководитель поднимется по служебной лестнице, тем более значительным элементом его работы становятся совещания — чем выше пост, тем более широкими проблемами приходится заниматься, а значит, с большим числом людей необходимо согласовать и координировать работу. В этой связи важно преодолеть неприязнь к совещаниям, научиться делать их максимально эффективными.

ГЛАВА 5

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ: НАСТАВНИЧЕСТВО

Наставничество — общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или

людей, проходящих этап адаптации к новой работе. Это доверие руководства новыми сотрудниками опытному работнику в целях улучшения качества профессиональных навыков. Это наиболее эффективная форма обучения, передачи накопленного опыта и знаний персоналом организации на рабочем месте, применяемая для развития профессиональных навыков и достижения необходимого уровня компетентности.

Движение наставничества получило распространение в 60–80-е гг. XX века в основном в производственных коллективах. В настоящее время появилась настоятельная необходимость возрождения этого явления в связи с возрастанием требований к качеству медицинской помощи и уровню подготовки медицинских сестер.

В сестринском деле наставникам также принадлежит важная роль, задача которой — обучать медицинских сестер работе с пациентами на основе следующих психологических подходов:

1. Информация должна быть позитивной, ненавязчивой. Надо сосредоточиться на тех положительных эффектах, которые дает соблюдение ЗОЖ.
2. Рекомендации по изменению поведения должны носить конструктивный, а не запрещающий характер.
3. Информация должна обладать определенной степенью новизны. Одинаково неблагоприятно отсутствие новой информации, а также ее избыток.
4. Эмоциональная окраска информации (фрагменты литературных произведений, мыслителей, философов) позволяет преодолеть психологический барьер восприятия.
5. Информация должна иметь конкретного адресата (возраст, пол, профессия, образовательный уровень).
6. Информация должна включать социально-трудовые рекомендации для человека. Потеря любимой профессии может явиться более сильным стрессом, чем сама работа.
7. Обращать внимание пациента на его индивидуальные особенности, предрасположенность, факторы риска. Так, гиперстеники в 2–3 раза чаще болеют ИБС, чем астеники.

5.1. Цель и задачи наставничества как формы повышения качества сестринских навыков

В многоступенчатой системе базового обучения и дополнительного образования взрослых медицинских работников существует слабое звено: становление индивидуальных профессиональных навыков. Между тем, в течение ряда лет в учреждении образования «БГМК» и государственном учреждении «РЦМРиБ» осуществляет работу «Школа наставничества», в которой проходят обучение молодые специалисты и сотрудники, вновь принятые в организацию.

Цель этой школы — систематизация и популяризация позитивного опыта работы, а ее задачами являются:

- разработка основных функций наставника согласно принципам и стилям общения и обучения;
- обучение наставников планированию работы;
- внедрение стратегий обучения новичков (специалистов) с помощью наставника;
- разработка критериев оценки работы наставника по организации адаптации специалиста;

- подготовка рекомендаций по проведению индивидуальной формы совершенствования качества сестринских навыков.

Подготовка специалиста к профессиональной деятельности в оптимизируемой системе организации сестринского дела — это обучение навыкам самообразования, самосовершенствования и систематическое повышение профессиональных навыков в последипломный период.

Постепенно в педагогике осуществляется переход от традиционной модели обучения к личностно-ориентированной, что позволяет влиять на качество получаемых профессиональных навыков через систему наставничества.

Планирование работы наставника строится с учетом таких условий, как:

- личностно-ориентированный подход;
- использование современных педагогических и информационных технологий;
- формирование у молодого специалиста мотивации и целостного отношения к собственному образованию;
- развитие технологий обучения и воспитания в соответствии с требованиями ГОСТ.

Организационное руководство наставничеством осуществляет администрация организации здравоохранения. Ответственность за работу с молодыми специалистами и их адаптацию по учреждению в целом возлагается на заместителя руководителя по управлению персоналом (заместителя главного врача по кадрам, старшего инспектора отдела кадров), за организацию наставничества по сестринскому персоналу — на главную медсестру или лицо, ответственное за развитие наставничества в Совете медсестер. Утверждаются основные документы: «Положение о наставничестве», «Положение о Совете наставников» (если таковой избирается), «Положение о присвоении почетного звания «Лучший наставник», Программа деятельности или план работы по наставничеству (приложения 1–6).

Наставничество осуществляется на основании соглашений, заключаемых между наставником и наставляемым. Права и обязанности обеих сторон устанавливаются в вышеназванных документах. Мероприятия по развитию наставничества вносятся в коллективный договор.

Положение о наставничестве в трудовом коллективе, как правило, включает в себя следующие вопросы:

- цели наставничества в организации;
- функции администрации и профсоюзной организации по обеспечению успешной деятельности наставников и развитию наставничества;
- порядок работы подкомитета Совета сестер или Совета наставников, его взаимоотношения с администрацией и общественными организациями ОЗ;
- формы наставничества, применяемые в коллективе;
- порядок подбора, выдвижения и утверждения наставников, их отчетности о своей работе;
- права и обязанности наставников;
- порядок определения контингента молодежи, нуждающейся в наставничестве, закрепления молодых сотрудников за наставниками;
- формы завершения работы наставника с подопечным;
- системы морального и материального поощрения наставников молодежи, пропаганды наставничества.

В небольшой организации необходимость в наставничестве возникает в случаях прихода нового сотрудника или изменения должностной позиции прежнего работника в результате его горизонтального или вертикального перемещения.

5.2. Принципы обучения наставничеству

Обучающийся взрослый человек строит свою деятельность на личном опыте, он мотивирован, ценит навыки, которые можно немедленно использовать. Такой человек склонен к конкретным решениям, имеет систему ценностей и установок, влияющих на обучение, у него сильное самосознание, множество обязанностей за пределами организации.

Учебная программа для наставников сестринского персонала предусматривает рассмотрение вопросов, связанных с педагогической деятельностью (средства, способы, мотивация и особенности обучения взрослых); с обучением работе в командах, межличностным общением, планированием выступлений, стандартизацией сестринской деятельности, с изучением нормативных документов, написанием реферата по формированию ЗОЖ.

Наставник — это врач или медсестра, наделенная полномочиями и ответственностью за организацию профессиональной клинической ориентации молодого специалиста, проведение индивидуального обучения, оказание ему социальной и психологической поддержки. Это не руководитель, а друг, советник, помогающий утвердиться в профессиональном мастерстве, который умеет выслушать, учит ненавязчиво, помогает молодому специалисту участвовать в смене ролей, осваивать смежные специальности, способный поддержать, разобраться в себе, создает условия, поощряет развитие профессиональных навыков. Служа примером для медсестер, наставник в качестве посредника помогает адаптироваться новым сотрудникам в коллективе отделения, организации, выполняя одновременно функцию педагога — планирует, внедряет, оценивает процесс обучения.

Характеристика наставника. Наставником может быть медицинская сестра с клиническим опытом, квалификационной категорией, навыками межличностного общения. Это практикующий специалист, обладающий терпением, энтузиазмом, с не осуждающей и не угрожающей установкой, непредубежденностью, развитым самосознанием и уважением к старшим. Наставник способен спрогнозировать поведение людей, обладает терпением и тактом, владеет приемами вербальной и невербальной коммуникации.

Согласно всем этим качествам и подбирают людей для роли наставников. При этом необходимо учитывать ряд критериев:

1. Умение оценить качества новичка, опираясь на которые следует развивать нужные навыки.
2. Готовность оказать помощь и поддержку.
3. Желание помочь новичку успешно адаптироваться к новому окружению.
4. Умение демонстрировать применение современных методов обучения в конкретных ситуациях.
5. Способность действовать в качестве положительного примера.

В ходе наставничества решаются следующие задачи:

- в сфере повышения профессионализма — овладение специальностью, повышение квалификации, приобретение знаний, умений и навыков (ЗУН) по смежным профессиям, качественное выполнение производственных задач;

• в области соблюдения норм трудового коллектива — выработка дисциплинированности, организованности и навыков соблюдения правил техники безопасности, восприятие единых для всего персонала деловых ценностей, привитие нравственных устоев и традиций коллектива.

Таким образом, функция наставника — помочь молодому специалисту в адаптации, освоении ЗУН, соединив теорию с практикой. При постановке целей наставник учитывает, что они должны быть важными, индивидуальными и измеримыми для подопечного.

Наставник (медсестра-эксперт) «Школы наставничества» владеет технологией воспитательного процесса, которая включает:

- позитивное восприятие ученика: верим в него, но ничего за него не делаем;
- восприятие без принуждения и насилия, без претензии на абсолютную истину;
- педагогическую поддержку, позволяющую принимать человека таким, каков он есть;
- обращение личности к самой себе, самовоспитание;
- воспитывающую ситуацию, в которой важна роль педагога.

Занимаясь развитием навыков молодого специалиста и совершенствованием его личности, наставник должен знать и уметь использовать оптимальный метод обучения (табл. 5.1).

Наставнику нужна конструктивная обратная связь с наставляемым, которая основывается на ведении записей о приобретенных навыках, отражающих достижение поставленных целей.

Таблица 5.1

Методы обучения (по Lemon)

Тип	Любит	Способности	Оптимальный метод обучения
Люди, усваивающие материал на слух, через музыку — «Аудиал»	Читать, рассказывать, петь, напевать мелодии, слушать музыку	Запоминание мест, имен, дат, мелодий, тембра, соблюдения ритма	Произношение вслух, музыка прослушивание, ритм мелодии
Обучающийся через логику/математику — «Логик»	Проводить опыты, находить решения, работать с числами, задавать вопросы, изучать модели и отношения	Математика, дискуссии, логика, решение проблемы	Работа с абстрактными моделями/отношениями, схемами, классификациями, таблицами
Ученик с пространственным восприятием — «Интуитивный»	Рисовать, строить, разрабатывать и создавать вещи, мечтать, смотреть фильмы, слайды, фотографии	Воображение, чувство изменений, лабиринты/головоломки, изучение карт, графиков	Наглядное представление, использование мысленного представления, работа с цветами, фотографиями
Ученик, воплощающий материал в движение — «Тактильный»	Двигаться, дотрагиваться и описывать предметы, пользоваться мимикой и жестами	Двигательная активность: спорт, танцы, ремесла, медицинские манипуляции	Ощущение, передвижение, работа с пространством, тонкие манипуляции

Тип	Любит	Способности	Оптимальный метод обучения
Обучающийся через общение — «Общительный»	Иметь много друзей, разговаривать с людьми, присоединяться к группам	Понимание людей, вовлечение других, организация, общение, манипуляция, урегулирование конфликтов	Участие в совместной работе, сравнение, рассказ, сотрудничество, опрос других, урегулирование разногласий
Ученик, лично переживающий обучение — «Индивидуал»	Работать в одиночку, преследовать собственные интересы	Понимание самого себя, сосредоточение на собственных ощущениях, следует инстинктам, оригинален	Самостоятельная работа, индивидуальные проекты, обучение в собственном темпе, предоставление личного «пространства»

Задачи наставника по отношению к обучаемому:

1-й этап:

- заключение взаимного добровольного согласия;
- выяснение ожиданий и мотивов обучаемого лица;
- выяснение профессионального уровня;
- определение продолжительности испытательного срока (или адаптации).

2-й этап:

- контроль достигнутого человеком с использованием обратной связи;
- достижение запланированного уровня готовности к самостоятельной деятельности.

3-й этап:

- систематический отчет перед Советом сестер;
- мотивация и формирование ЗУН индивидуальным обучением.

Мотивация — это процесс стимулирования себя и других к деятельности направленной на достижение личностных целей и целей организации. В создании побудительных мотивов для продуктивного выполнения наставниками обязанностей, связанных с наставничеством, используется материальное вознаграждение: повышение заработной платы или размера премии; доплаты или надбавки; льготное предоставление путевок на отдых или лечение. Нематериальное вознаграждение разнообразно и проявляется в предоставлении возможностей:

- участия в управлении производством и руководстве коллективом;
- выработки и принятия решения;
- заниматься престижными видами труда;
- удовлетворять потребности работников в уважении со стороны коллег (выражение благодарности, похвалы на общем собрании, награждение грамотами, знаками отличия, присвоение звания «Лучший Наставник»).

Внутренние мотивационные факторы включают ответственность, свободу действий, возможность использовать и развивать свои навыки и умения, интересную работу, самоуважение, значимость дела. Наставник формирует внутреннюю мотивацию у опекаемого сотрудника с помощью создания условий работы, предоставления свободы выбора действий. Необходимым условием достижения желаемых результатов является единство требований со стороны наставника и трудового коллектива. Поэтому важно, чтобы коллектив знал о воспитательных задачах и был подготовлен к их решению.

При постоянных контактах с подшефным наставник ставит перед собой конкретные педагогические цели: отвечает на вопросы воспитанника; устраняет

замеченные у него недостатки в работе; помогает в рациональной организации труда. При этом он систематически анализирует деятельность подшефного и ищет пути ее совершенствования. Например, в начале работы анализируется организация рабочего времени; в течение рабочего дня — целесообразность применяемых приемов и методов работы, методы контроля и самоконтроля; в конце рабочего дня — правильность его завершения, качество ухода и выполнение всех требований.

Обучение наставников и наставляемых проводится в разных формах. Для подготовки наставников формируется группа для обучения основам педагогики, психологии, а также повышающая профессиональные знания на основе современных требований. Эта форма работы востребована, подходит для стабильного состава наставников ОЗ или педагогического состава образовательного учреждения. Частота занятий — 2 раза в месяц по 1 академическому часу. Как правило, учебная программа утверждается руководителем учреждения и составляет 20 учебных часов.

Формы обучения наставников:

1. Учеба в группах наставников.
2. Обучающий тренинг с психологом.
3. Заключительный «Круглый стол» со специалистами.
4. Отчет перед Советом сестер 1 раз в год.

Приемы, используемые наставниками в БГМК и РЦМРиБ, включают лекции педагогов, индивидуальные беседы, дискуссии, ролевые игры, деловое взаимодействие участников в процессе совместной деятельности, демонстрацию видеосюжетов об истории организации, изучение поведения персонала в нештатных ситуациях, групповые тренинги с психологом, празднование Дня вступления в профессию.

В совершенствовании качества сестринских навыков открываются новые возможности, связанные с технологиями, способствующими управлению ЗУН обучаемых.

В подготовку следует включать активные формы работы в виде деловых игр и тестирования. Источником новаций является самостоятельный творческий поиск наставниками форм и методов работы с каждым наставляемым индивидуально.

Осуществление обучающей программы для наставников включает:

- анкетирование и тестирование в начале и в конце обучения (письменно);
- информацию об индивидуальной форме повышения квалификации;
- самодиагностику будущих наставников;
- самостоятельную подготовку рефератов и планов внедрения навыков, учебу в соответствии с разработанной программой;
- моральное и материальное стимулирование наставников по итогам адаптации и приобретения ЗУН обучаемыми лицами в ближайшие и отдаленные сроки.

Ближайшая цель наставляемого — обучение ЗУН и адаптация, отдаленная — сдача экзамена на 2-ю квалификационную категорию, участие в конкурсе на звание лучшего по профессии.

Подготовка наставников из числа успешных медсестер строится в определенной логической последовательности:

1. Вводная самодиагностика и тестирование дают возможность наставникам оценить имеющуюся подготовку.
2. Вводные занятия создают условия для осмысления и выбора вариантов программы (полностью или частные разделы).

3. Знакомство с передовым опытом и предложение своих практических или творческих наработок, что в конечном итоге служит основой модели будущей деятельности медсестер в качестве наставников,

4. Организация и проведения итогового семинара. Достигается выполнение трех задач: уточнение понятий, отработка навыков, анализ и осмысление собственной коммуникационной и мыслительной деятельности.

Итогом является использование системы представлений, учитывающей место, специфику и особенности личности будущего ученика.

Второй вариант обучения, используемый для наставляемых (адаптируемых) — проведение повторяющихся циклов занятий с постоянным расписанием, составленным с учетом интересов учеников. Они посещают занятия по мере прихода в организацию, подключаясь к циклически повторяющимся занятиям, что эффективно для больших организаций с высокой текучестью кадров. Частота занятий — 1 раз в неделю: закрепление ЗУН по итогам 30-минутного собеседования и демонстрация ЗУН на практике. Практические методики наставник дает в определенной и всегда индивидуальной для наставляемого лица последовательности.

Взаимодействуя с коллективом, наставник усиливает его воспитательное воздействие на молодую медицинскую сестру. При этом он применяет следующие методы:

- информирует коллектив об индивидуально-психологических особенностях личности подшефного, о задачах, ходе и результатах воспитательной работы, имеющихся трудностях и путях их преодоления;

- устраняет затруднения (психологическую напряженность), возникающие при общении молодого сотрудника с членами коллектива (с этой целью проводятся беседы, консультации, совместный отдых);

- привлекает членов коллектива для решения тех или иных воспитательных задач;

- предупреждает и регулирует конфликтные ситуации, возникающие между подопечным и отдельными членами коллектива.

Наставник по определению не имеет права использовать иной, кроме позитивного, стиль общения, однако знание иных стилей в виде негативного или агрессивного, позволяет избежать ошибок взаимодействия с наставляемым лицом (табл. 5.2).

Таблица 5.2

Стили общения (по Lemon)

Характеристика	Позитивный	Негативный	Агрессивный
Отношение к себе и другим	Мне хорошо — вам хорошо	Мне плохо — вам плохо	Мне хорошо — вам плохо
Принятие решений	Решения принимаются самостоятельно	Позволяет другим принимать решения за себя	Принимает решения за других
Поведение в проблемных ситуациях	Открытая честная конфронтация	Уклоняется, уступает	Открытый, атакующий тип
Вербальное поведение	Четкое прямое выражение пожеланий: объективные высказывания; честное выражение ощущений	Попытки извиниться, подстраховаться, бесвязные выражения, невозможность объяснить значение	Повышенный тон обвинения, чувство собственного превосходства, высокомерное выражение, оскорбление других

Характеристика	Позитивный	Негативный	Агрессивный
Общий характер невербального поведения	Уверенные, адекватные реакции	Действия вместо слов (без упоминания о своих ощущениях), выглядит так, как будто говорил не то, что имел в виду	Атмосфера превосходства, легко мысленный, саркастический тон
Голос	Твердый, мягкий, уверенный	Слабый, удаленный, тихий, колеблющийся	Напряженный, резкий, громкий, холодный, требовательный
Взгляд	Теплый, контактный, честный	Отводит взгляд, подавленный, со слезами в глазах, просящий	Невыразительный, холодный, прищуренный, пристальный
Поза	Расслабленная	Склоненная, чрезмерная надежда на поддержку	Руки на бедрах, ноги расставлены
Руки	Адекватная по времени жестикуляция	Суетливые, влажные	Удары кулаками или сжатые кулаки
Характер отношений	Высокого мнения о себе, но при этом не принижает других	Принижает свое значение	Высокого мнения о себе, при этом принижает других
Реакция других лиц	Взаимное уважение	Неуважение, вина, гнев, разочарование	Обида, стремление защититься, унижение
Последствия стиля общения	Я выигрываю, вы выигрываете, стремится к решениям с обоюдным выигрышем или при отсутствии проигрыша	Я проигрываю, вы проигрываете, успех достигается только за счет везения или помощи других лиц	Я выигрываю, вы проигрываете, победить других любой ценой

1. Используйте факты, а не собственное мнение, когда беседуете с сотрудником, чья эффективность неудовлетворительна.

2. Подстройка под индивидуальный стиль сотрудника является важным качеством наставника (гибкость поведения).

3. Задавайте вопросы. То, как руководитель задает вопросы, служит ориентиром для наставляемого при работе с пациентом. Вопросы должны касаться личных потребностей, целей и ожиданий, подталкивать сотрудника к генерации собственного решения.

Главным методическим приемом и стержнем работы «Школы наставничества» является переход от авторитарно-указующей модели воздействия к партнерской, где часть полномочий и ответственности передается самому наставляемому (адаптируемому, ученику), а наставник выступает в роли опытного «дирижера». В нашей практике это достигается вовлечением в дискуссию при решении ситуационных задач из имеющихся сборников, совместным отдыхом.

Формы работы с наставляемым:

- стажировка на рабочем месте без права самостоятельной работы;
 - индивидуальные консультации, выявление потребностей наставляемого;
 - индивидуальные беседы: ежедневно по 3–5 минут по итогам работы за день; еженедельно 20–25 минут по итогам работы за неделю;
 - поддерживающее обучение: стажировка с правом самостоятельной работы.
- Оговоренные в коллективном договоре или Положении о наставниках

полномочия наставников, позволяют выполнять функции по формированию ЗУН и трудовому воспитанию молодых специалистов.

Как правило, наставник:

- а) контролирует обеспеченность молодого специалиста предметами медицинского назначения и инфекционной безопасности;
- б) создает совместно с администрацией благоприятные условия труда;
- в) вносит предложения о поощрении за достижение высоких показателей в работе и учебе молодого специалиста.

Наставник имеет право:

- вносить индивидуальные предложения по улучшению качества навыков наставляемого;
- осуществлять обучение наставляемого (адаптируемого) работника в оговоренные сроки;
- способствовать личным примером мотивации на саморазвитие обучаемого работника;
- осуществлять контроль организации труда, выполнение должностных обязанностей наставляемым лицом;
- 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;
- получать возможность повышения квалификации в образовательных учреждениях.

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

Приемы обучения на рабочем месте

- Побуждение сотрудников к качественному анализу работы путем постановки вопросов, относящихся к профессиональной деятельности.
- Делегирование обязанностей и полномочий с соответствующим контролем. Оно позволяет убедиться, что специалисты не только знают, чего от них ждут, но и понимают объем необходимых знаний и умений для выполнения задания.
- Использование любой ситуации, дающей возможность для обучения или профессионального развития обучаемого.
- Поощрение сотрудников к позитивному восприятию и развитию.
- Обсуждение способов повышения качества сестринской помощи пациенту.
- Обучение ведению сбора и анализа информации о потребностях, возникающих у посетителей и пациентов организации.

Основным методом обучения является сравнительный анализ трудовой деятельности наставника и его воспитанника, совместный поиск лучших вариантов выполнения задания, использование практического опыта наставника.

Таким образом, основные функции сестры-наставника следующие:

- образцовая функция — формируется собственным примером;
 - посредническая функция — определяется помощью в адаптации и установлении социальных связей;
 - педагогическая функция — реализуется в процессе обучения.
- Адаптация к новым требованиям у наставляемых людей может занимать разное время.

Таким образом, используемую нами программу обучения наставников можно воспринимать не только как информацию, но и как средство педагогического и психологического воздействия, повышающее у наставников и обучаемых ответственность за результат.

Критерии оценки эффективности обучения наставников:

1. Оценка результатов труда:

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

2. Оценка деловых и личных качеств:

- уровень специальных знаний;
- психологическая установка на педагогическую деятельность;
- общая подготовка, эрудиция;
- личностные качества;
- соблюдение требований этики и деонтологии;
- наличие мотивации на саморазвитие.

3. Оценка влияния в группе:

- на результат работы группы «здесь и сейчас»;
- влияние на развитие отделения в целом.

5.3. Рекомендации по организации процесса адаптации новых сотрудников

Адаптация молодого специалиста — сложный период приспособления к новым условиям рабочей среды, освоение навыков работы с пациентами, «вхождение» в коллектив с учетом сложившихся в организации правил, стандартов деятельности и другие значимые моменты.

Управление процессом адаптации включает:

- определение профессионального уровня новичка;
- выяснение мотивов и планов нового работника;
- составление мнения о личностно-психологических особенностях (обратить внимание на умение молодого специалиста разрешать конфликтные ситуации);
- определение личностных качеств новичка, нуждающихся в развитии;
- действие личным примером (обладать терпением, энтузиазмом, желанием работать и т. п.).

Цели адаптации:

1. Скорейшее достижение рабочих показателей и нормативов.
2. Безболезненное вхождение работника в рабочий коллектив, его освоение в неформальных отношениях и ощущение себя членом организации.
3. Облегчение процессов идентификации новичка с организацией, принятие групповых норм, корпоративных ценностей и формирование собственной позиции в общении с коллегами и клиентами.

Задачи адаптации:

1. Овладение (совершенствование) системой знаний и навыков, полное соответствие уровня профессиональной подготовки сотрудника требованиям работы.
2. Овладение своей профессиональной ролью, включающей установки, ценности, поведение в соответствии с ожиданиями других.

3. Выполнение требований трудовой и исполнительской дисциплины, исключение таких негативных проявлений, как несвоевременная отчетность, несоблюдение стандартов работы, производственные конфликты.

4. Самостоятельность при выполнении должностных функций.

5. Удовлетворенность содержанием выполняемой работы, ее условиями, статусом, оплатой труда.

6. Интерес к работе. Работник видит возможность реализации своего потенциала.

7. Стремление к совершенствованию в рамках выбранной профессии.

8. Информированность по важнейшим вопросам, связанным с выполняемой работой (функциональные обязанности, особенности коллектива, карьерные перспективы).

Результаты адаптации новых сотрудников:

- достижение социально-психологической адаптации: вхождение в коллектив, установление хороших взаимоотношений с коллегами;

- ощущение психологического комфорта и безопасности, уверенность в своих силах, в завтрашнем дне;

- чувство справедливости совершаемых обменов (труд, отношение к работе, получаемые вознаграждения);

- взаимопонимание с руководством;

- приобретение практических ЗУН.

Решение целей и задач позволяет наставникам:

- 1) представить схему стимулирования, используемую в их организации, отделении;

- 2) выявить у своего подопечного предпочитаемую им систему стимулирования;

- 3) определить «разрыв» между реальной и предпочтительной системами стимулирования.

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 удастся 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 нехватку практики. Временной диапазон адаптации от одного года до трех лет (при прочих равных условиях) зависит от специфики должности.

Самым эффективным методом наставники считают оказание помощи, как словом так и делом. Получение информации «из первых рук» и обучение действием превращает начинающего специалиста в практика.

Оценка работы наставника основывается на достижении поставленных целей и задач, а не на компетенции наставника. Еженедельные конференции со старшей сестрой и наставляемым позволяют обсуждать опыт, проблемы, делиться идеями, устанавливать новые цели и задачи, контролировать прогресс достижения намеченного уровня компетенции, практических навыков, манипуляций, работы с инструментами, дают возможность для обратной связи по всем направлениям между наставником, ориентируемым и старшей сестрой.

Критерии оценки работы наставника:

1. Достижение целей и задач наставничества.

2. Владение технологией воспитательного процесса.

3. Положительная роль в самостоятельном решении нестандартных ситуаций.
4. Умение мотивировать, делегировать полномочия, развивать целеполагание наставляемого лица.
5. Психологическая оценка адаптации и восприятия культуры организации.

5.4. Рекомендации по созданию программы наставничества

1. Наставничество — общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или сотрудников, проходящих адаптацию к новой работе. Осуществляя функцию лидера, наставник:

- обеспечивает эффективную адаптацию к работе в новом коллективе, совершенствование учебно-педагогического процесса с целью становления индивидуальных профессиональных навыков, снижения уровня сестринских ошибок и повышения качества медицинской помощи;
- способствует усилению роли коллектива в поддержке молодых специалистов;
- стимулирует мотивацию самообразования наставляемого и рост самооценки молодого специалиста.

2. При планировании программы наставничества администрации учреждения и Совету сестер необходимо:

- прийти к договоренности между администрацией и наставником (педагогом) о том, что наставничество является наилучшим способом подготовки учащихся или молодых специалистов и действовать в соответствии с Положением о наставничестве (приложение 1);
- коллективу быть в курсе работы «Школы наставничества», чтобы поддерживать этот процесс в организации. Оформляет соглашение о сотрудничестве между наставником и молодым специалистом (приложение 5);
- рабочей группе (старшие и штатные сестры, сестры-эксперты) разработать программу, включающую план по наставничеству (приложение 2), примерный план наставника (приложение 4), оценки воздействия (приложение 3) и выводы по индивидуальной подготовке специалиста (приложение 6), поддержание программы финансами и кадрами, которые определяют роль и ответственность наставников.

3. Целесообразно разработать программу подготовки наставников и сестер, работающих в школах пациентов (типа «Сахарный диабет», «Бронхиальная астма»), включающую мероприятия по развитию педагогических и коммуникационных навыков, повышению профессионального мастерства.

4. Наставником может быть медицинская сестра (фельдшер, акушерка, лаборант), имеющая первую или высшую квалификационную категорию, опыт работы по специальности и в конкретной организации не менее 5–7 лет и особые личностные качества: позитивный стиль общения и мировосприятия, педагогические навыки, умение решать проблемы, способность выделять приоритеты, обладающая личным влиянием и авторитетом. 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; способность применять современные подходы к обучению; служить положительной моделью в профессии и общении.

6. Мерилом работы наставника является: владение технологией воспитательного процесса, умение осуществлять функции управления в виде целеполагания наставляемого, мотивации и планирования его обучения и достижение цели 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 сестер, выполняющие следующие функции:

- подбор наставников, представление кандидатур и создание их резерва (на утверждение);
- определение количества молодых специалистов, нуждающихся в наставниках;
- контроль за прохождением наставничества, его завершением и проведением посвящения в профессию;
- в случае необходимости внесение предложений об отстранении медицинской сестры от выполнения функций наставника.

9. Количество наставников и длительность периода адаптации зависят от потребностей организации 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.

Использование современных технологий обучения способствует повышению качества и 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 является наставничество.

ГЛАВА 6

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ПРОСВЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

6.1. Принципы и методы обучения в «Школах пациентов»

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что люди хотят иметь больше информации именно от медицинских работников о том, как снизить риск вреда здоровью, какой образ жизни следует вести, чтобы не заболеть. Опрос, проведенный среди медицинских работников, показал, что они также считают целесообразным больше заниматься профилактикой и просвещением пациентов, но не имеют для этого достаточно знаний и времени.

Наиболее важными являются знания о том, как обучать пациентов, как проводить профилактические информационные кампании среди населения. Это актуально для медицинских работников, осуществляющих первичную помощь, особенно для семейных врачей, которые по характеру своих обязанностей не только оказывают квалифицированную медицинскую помощь, но и консультируют всю семью по многим социальным и бытовым проблемам.

Процесс обучения пациентов с хроническими заболеваниями предусматривает особые, не свойственные обычным функциям медицинской сестры знания и умения из области педагогики и психологии. Необходимость их приобретения медицинскими работниками, как и высокая эффективность привлечения пациентов к активному участию в лечебном процессе, стали очевидны в последние 2–3 десятилетия.

В 1998 г. был опубликован Отчет рабочей группы ВОЗ, в котором приводится список заболеваний и состояний, при которых обучение составляет существенную часть лечебного процесса. Это аллергические и онкологические заболевания, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, последствия инсульта, перемежающаяся хромота, цирроз печени, болезнь Аддисона, сахарный диабет, ожирение, нарушения функции щитовидной железы, ВИЧ-инфекция, алкогольная и лекарственная зависимость, табакокурение, болезнь Альцгеймера, депрессия, артрит, состояния после ампутации конечностей, остеопороз, эпилепсия, глухота, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, снижение зрения, слепота, бронхиальная астма, почечная недостаточность, необходимость проведения регулярных сеансов диализа, пересадка органов и т.д.

Предупредить эти заболевания может каждый человек, но он должен знать, как это делать. Но не только для предотвращения заболеваний нужно обучать пациентов, не меньше нуждаются в просвещении и те, кто уже заболел. Психология каждого заболевшего человека заключается в надежде на излечение и стремлении к тому качеству жизни, которое он имел до болезни. А для того, чтобы контролировать течение своего заболевания, избегать обострений, пользоваться специальными приспособлениями и предупреждать побочные действия лекарственных препаратов, нужно знать симптомы ухудшения, показатели состояния, за которыми должен следить пациент, как и за режимом, рационом питания и т. д.

Цель обучения — помощь пациенту в формировании адекватного заболеванию медицинского поведения (регулярный прием медикаментов, модификация питания, проведение контрольных мероприятий и т.д.), улучшение его качества жизни.

Процесс просвещения — это активный процесс, предполагающий участие пациента. Пациент должен хорошо понимать взаимосвязь между своим поведением и здоровьем. Чтобы определить степень понимания, нужно хорошо расспросить пациента, что он знает о взаимосвязи между факторами риска и здоровьем. Если не учитывать психологических особенностей больного и индивидуальных обстоятельств его жизни, эффективность обучения может быть сведена к нулю.

Пациент, несмотря на формально полученное «обучение» (пройдя «школу»), может по-прежнему быть лишь пассивным участником лечения своего заболевания. Для получения положительных результатов обучение должно быть научно обоснованным и четко организованным процессом, основывающимся не только на медицинской, но также на психологической и педагогической основе.

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 мер заболеваний, причин болезни и методов лечения, а не сам процесс лечения должны стать ведущими.

В своей работе с пациентами медицинская сестра опирается:

- на компетентность пациента;
- эффективность методов обучения больного человека;
- учет модальности восприятия информации.

Гуманистический подход в медицинской психологии определяет особое внимание к индивидуальности больного, к развитию активной позиции каждого больного с учетом его особенностей и возможностей. Основные направления биопсихосоциальной модели лечения — профилактическое и коррекционное.

Компетентность пациента — это одна из основных категорий современных инновационных технологий лечения и определяющий фактор при формировании индивидуальной или групповой работы с ним.

Стадии наращивания компетентности:

- 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. Они формируются в течение жизни под влиянием культурной среды, образования, профессионального и социального статуса, личного опыта, а также информации, поступающей из различных источников. Процесс приобретения знаний представляет собой не просто заполнение «вакуума сознания». Освоение новых знаний может вступать в противоречие с существующими представлениями, и это обязательно надо учитывать при обучении пациентов.

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.

Для того, чтобы обучение было эффективным, оно должно, с одной стороны, строиться на четкой организационно-методологической основе, а с другой — подчиняться определенным теоретическим принципам. Методологической основой обучения являются специально разрабатываемые программы. Они разделены на учебные единицы, а внутри их — на «учебные шаги», с четко определенным объемом и последовательностью изложения, постановкой учебных целей для каждого «шага». Такие программы содержат необходимый набор наглядных материалов и педагогических приемов, направленных на усвоение, повторение и закрепление знаний и навыков. В их разработке принимают участие специалисты разных направлений: эндокринологи, диетологи, педагоги и психологи.

Программы должны быть адаптированы к условиям региона и адресованы определенному контингенту пациентов. Особые варианты программ создаются для больных с различными сопутствующими заболеваниями. По специальной программе обучают детей и их родителей.

Направленность программы обучения 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 с больными имеют форму не лекции, а беседы, что предполагает обратную связь.

Согласно ВОЗ обучение пациентов:

- должно предоставлять пациенту возможность овладеть 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.

Работа врачей и медицинских сестер по таким программам требует для эффективного лечения активного участия пациента. С помощью медицинских работников пациенты могут быть вовлечены в борьбу с болезнью и вести продуктивный, физически активный образ жизни.

Медицинские работники в «Школе пациентов» должны научить их:

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

Совместно с пациентом врач пишет индивидуальный план лечения, который должен служить практическим руководством для пациента.

План лечения должен охватывать:

- предупредительные меры для длительного контроля;
- информацию о том, какие медикаменты необходимо принимать ежедневно;
- сведения о том, каких факторов необходимо 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 врача или клиники.

Необходим индивидуальный подбор методов обучения пациентов. Как известно, врач в ходе ведения «Школы пациента» использует такие традиционные методы, как лекция и демонстрация наглядного материала. При этом у слушателей

школы задействованы такие сенсорные каналы как слуховой и зрительный. Эти классические методы не дают высоких результатов усвоения знаний.

В настоящее время разработаны инновационные обучающие технологии, которые значительно повысили эффективность реабилитационного процесса пациентов и активизировали ответственность за собственное здоровье.

Процесс обучения пациентов во многом зависит от учета их модальности восприятия информации и способа передачи информации.

Обучение — предполагает совместную учебную деятельность врача, сестры и пациента, характеризует процесс передачи знаний, навыков, умений от вмедиков к людям.

Учение — относится к учебной деятельности, но при его использовании в науке обращается внимание в основном на то, что в составе учебной деятельности приходится на долю больного. Речь идет о предпринимаемых больным действиях, направленных на приобретение необходимых знаний, навыков и умений.

Научение — характеризует факт приобретения пациентом новых психологических качеств и свойств. Это понятие включает в себя все то, чему действительно может научиться индивид в результате обучения и учения.

Эффективность усвоения знаний пациентами обеспечивается при условии сохранности у них основных психических процессов. В процессе обучения используется ряд средств и методов: лекции, чтение, аудиовизуальные средства, наглядные изображения, обсуждение в группах, обучение практикой действия.

Лекция — наиболее быстрый способ передачи информации. Возможность большой аудитории делает лекцию популярной формой обучения пациентов. Его недостатки: пациенты находятся в положении пассивных слушателей, информация может быть малопонятной, отсутствует учет индивидуального запроса больного человека, большой объем информации не способствует пониманию материала, появляется усталость сенсорных каналов при слушании.

Чтение — распространенный метод обучения пациентов. Издание «памяток» и информационных листов помогает закрепить информацию. Индивидуальное чтение является необходимым элементом реабилитационного процесса, но само по себе не позволяет достигнуть глубокого усвоения материала.

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

Наглядные изображения — таблицы, плакаты, диафильмы и т.п. оказывают существенную помощь в обучении пациентов, активизируют внимание.

Обсуждение в группах представляет собой субъект-субъектное взаимодействие врача, сестры 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.), пациент при этом занимает активную позицию.

Активное участие пациента в реабилитационном процессе и принятие ответственности за здоровье на себя повышает процент усвоения необходимой информации в ходе «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 необходимо сочетать многие подходы: это и снабжение его обширной информацией, индивидуальное обучение, групповые занятия, аудиовизуальные средства, привлечение семьи и общественности. Программа обучения пациента должна быть гибкой, адаптированной к его 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.

Существует опыт применения различных моделей обучения: групповое и индивидуальное; проводимое в амбулаторных условиях и на базе больничной организации (табл. 6.1).

Письменные материалы, обращенные к пациенту, должны быть составлены доступным для него языком. С другой стороны, несмотря на свою очевидную пользу, письменные материалы не заменят устной беседы с пациентом. Как показали зарубежные и отечественные исследования, люди больше предпочитают получать информацию о профилактике и факторах риска из бесед с медработниками, нежели из средств массовой информации или книг.

Использование разных методов: обсуждений с врачом и медсестрой, демонстраций, печатных материалов, групповых занятий, видео-аудиокассет, групп поддержки пациентов — помогает работе «Школ пациента».

Все сотрудники, начиная от медрегистратора до консультантов, должны быть в курсе совместных с пациентом действий и поддерживать их не только формально. Нельзя допускать шуточных и ироничных замечаний по поводу образа жизни пациента. Необходимо, чтобы поведение персонала соответствовало принципам ЗОЖ. Медицинские сестры, пропагандирующие здоровый образ жизни, должны, прежде всего, следить за своим здоровьем, подавая пример своим подопечным.

Таблица 6.1

Преимущества и недостатки группового и индивидуального обучения

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	Экономия времени	Затруднения пациентов в самовыражении

Индивидуальное обучение		Групповое обучение	
Преимущества	Недостатки	Преимущества	Недостатки
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

Таким образом, содержание основных положений обучения пациентов предполагает расширение рамок деятельности медицинской сестры и охват психологических и социальных аспектов хронического заболевания. Пациент обсуждает с сестрой 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. Поэтому лица, страдающие хроническими заболеваниями, нуждаются не только в медицинской, но и психологической поддержке.

Медики зачастую предпочитают беседовать с пациентами, задающими много вопросов, но именно неактивные люди больше нуждаются в информации. Порой предстоит приложить немало усилий, чтобы максимально информировать пациента любого пола, возраста, социального и экономического положения. Не следует говорить с пациентом на языке, насыщенном медицинскими терминами, которые они в силу недостаточности образования, не воспринимают.

Знания — важный, но недостаточный стимул для пациента. Чтобы убедить человека изменить свое поведение, необходим индивидуальный подход и мотивация к изменениям. Но для этого пациент должен быть искренен с медицинской сестрой, а ей полезно быть достаточно осведомленной о его личной и семейной жизни. Однако для многих медицинских сестер такая дополнительная функция педагога и психолога пока непривычна, тем более что традиции профессиональной подготовки медицинских кадров этому не способствуют. Одним из наиболее очевидных недостатков в этом плане является перегруженность речи медицинской терминологией при обращении к пациенту. Не принимая во внимание уровень подготовленности человека, медицинский работник ведет с ним разговор на привычном для себя профессиональном языке. Исследования показали, что около четверти пациентов не понимают значения часто употребляемых врачами слов из предлагаемого списка, а около трети полагают, что понимают, но фактически приписывают им неверные значения.

Другой особенностью общения медицинского работника и пациента является передача информации слушателю без обратной связи, подобно тому, как это происходит при чтении лекций. При этом необходимы два условия: готовность слушателей к восприятию предлагаемой информации и сходная система представлений в области обсуждаемого предмета. Эти условия зачастую отсутствуют, когда медицинский работник, привыкший мыслить в системе медицинских знаний, беседует с пациентом, чьи представления о здоровье и болезни формировались в иной социально-культурной среде.

Каждый раз, встречаясь с пациентом, необходимо помогать ему решать возникающие проблемы, отвечать на вопросы, давать своевременные и грамотные советы. Пациенты часто сомневаются в правильности своих действий, легко теряют

уверенность в себе. Медицинским сестрам необходимо умение ободрять и проявлять теплоту, возвращая пациентам утраченную уверенность.

При разговоре с пациентами важно уметь выслушать и дать почувствовать, что они вас интересуют. Эти умения универсальны. Попробуйте применять эти навыки в жизни, и результаты вас удивят и обрадуют.

Используйте невербальное общение. Вы показываете заинтересованность в общении, отношение к пациенту своей позой, выражением лица, жестами. Это поможет пациенту больше рассказать вам о себе и своих проблемах. Не спешите и не начинайте разговор «на бегу». Предложите собеседнику сесть и сядьте сами, чтобы не занимать доминирующей позиции. Необходимо развернуться к пациенту так, чтобы носки ног смотрели на него, поза 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».

«Открытые» вопросы обычно самые полезные, отвечая на них, пациент сообщает вам некоторую информацию. Эти вопросы обычно начинаются вопросительными словами: как, когда, где, почему и так далее. Закрытые вопросы менее полезны, они подкалывают ожидаемые ответы. На эти вопросы 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 слышали от пациента, — в нескольких словах, сочетая собственные слова с теми, что произнес пациент. Этим вы покажете пациенту, что слышали его, и подбодрите продолжать разговор. Кроме того, повторение важного ключевого слова, сказанного собеседником, позволяет последнему услышать то, что он произнес. Впервые услышав собственные слова, человек может их более ясно осознать. Например: пациент: «Я очень боюсь предстоящей операции». Сестра: «Бойтесь?» (повторяет ключевое слово). Пациент: «Да, понимаете, не знаю, как я смогу перенести боль и...». Пациент продолжает беседу, осознавая причины своих страхов и сообщая сестре дополнительную информацию.

Избегайте частого употребления оценивающих слов.

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

Принимайте все то, что думает и чувствует пациент.

Принимать — значит реагировать спокойно, не выражая согласия или несогласия. Иногда точка зрения пациента бывает ошибочной, вы не согласны с ней.

Иногда пациенты расстраиваются по пустякам, и вы знаете это. Если вы сразу дадите понять, что повода для тревоги нет, пациент будет думать, что вы его не понимаете, и это снизит его уверенность в себе. Уверенность также уменьшится, если вы выскажете свое несогласие, будете критиковать.

Гораздо полезнее в этих ситуациях сначала с пониманием отнестись к чувствам пациента и 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. Они видят в основном только то, что отклоняется от нормы, и исправляют это. Медицинской сестре 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: вы сформируете у пациента уверенность в своих силах и стремление продолжать делать то, что у него получается. Он будет доверять вашим советам.

Оказывайте практическую помощь.

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

Давайте немного необходимой информации.

Необходимая информация — та, что полезна в данную минуту. Рассказывайте о том, что можно сделать сейчас, 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, сам будет он делать это или нет. Самостоятельное принятие решения позволит ему обрести уверенность в себе.

При умелом поведении сестры 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. Снижение массы тела является важной целью для больных сахарным диабетом с ее избытком. Достижение этой цели и сохранение результата в течение длительного времени доказывает эффективность обучения.

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

3. Медико-социальные параметры: число дней временной нетрудоспособности и число временно нетрудоспособных больных людей.

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

Идея школы для пациента состоит во взаимной ответственности пациента и медперсонала, культуре поддержания и улучшения здоровья, культуре общения. Создание школ здоровья вызывает дополнительные обязанности от УЗ: обучение, разработка процедуры поддержания и (или) улучшения состояния, медицинское обеспечение и документирование данного процесса.

В 1987 г. в Новой Зеландии состоялось совещание национальных представителей Международного Совета сестер, на котором было принято определение: «сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и уходе лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами, как в лечебных, так и в любых других организациях здравоохранения, а также на дому, везде, где есть в ней потребность».

В целом система оказания медицинской помощи ориентирована на пациента. Подход к оказанию помощи, в котором полностью учитывается позиция пациента: уважение к его ценностям, предпочтениям, высказанным потребностям; координация и интеграция помощи ему; информация, обучение и просвещение; физический комфорт, эмоциональная поддержка и устранение страха или беспокойства; вовлечение семьи и друзей, преемственность и непрерывность.

Пациент — не пассивный потребитель процедур и медикаментов. Сделать его равноправным участником концепции постоянного усовершенствования (Михайлова Н.В., 2004) — задача медицинского работника. Суть состоит в том (Э. Деминг, 2000), что назначенное лечение представляет собой метод и средство достижения конкретной цели (улучшение, ремиссия, реабилитация, выздоровление) и нужно не только добросовестно соблюдать рекомендации, но и, отслеживая нюансы своего состояния и информируя о негативных фактах лечащего врача, быть активным участником процесса собственной реабилитации.

Цепная реакция Деминга показывает, что адекватно организованное (согласно методологии международных стандартов) здравоохранение может и должно быть рентабельным не за счет экономии на пациенте, а за счет взвешенного использования ресурсов с максимальной пользой для человека.

Дневник самоконтроля (аналогичный уже разработанному для пациентов с сахарным диабетом) отражает диагноз и состояние конкретного пациента. Именно медицинские сестры должны объяснить пациенту или его родственникам цель, задачи, методику лечения, схему приема медикаментов и ее обоснование, а также цель самоконтроля: помочь сравнить результаты лечения, своевременно внести коррекцию для устранения негативных последствий.

6.2. Формирование здорового образа жизни: современные подходы

Работа медицинской сестры с пациентом базируется на философии постоянно совершенствования, активизации воли пациента для того, чтобы сделать его активным помощником в процессе профилактики, лечения, реабилитации.

Долгие годы потребительского отношения к медицине и медицинским работникам сделали нынешних пациентов среднего возраста пассивными потребителями,

в то время как настоящее состояние технологии сохранения здоровья требует от человека активности. Научить пациента «бороться» и нести ответственность за свое здоровье — очень сложная задача. В этом процессе не должно быть мелочей. «Сумей схватить за хвост самого маленького черта, и он укажет, где притаился наибольший», — эта старая китайская пословица указывает на значение анализа симптомов болезни для определения и понимания главных ее проявлений.

Активное наблюдение за своим состоянием и осознание позитивных и негативных симптомов подвигает пациента к необходимости изменения привычек, убеждений, а иногда и образа жизни. Когда это делается по внутреннему убеждению, всегда есть эффект. Насилие и давление положительных результатов не дает. Целью медицинской сестры становится поддержание стабильного состояния пациента на возможном благоприятном для него уровне. Только такой подход может сделать медицину эффективной, рентабельной и повысит роль упреждающих мероприятий.

Такая установка направлена на удовлетворение потребности всех заинтересованных сторон: пациента, медика, семьи, общества, государства и соответствует требованиям международных стандартов.

Как известно, культура выражает меру осознания и овладения человеком своего отношения к самому себе, к обществу, природе, а также степень и уровень саморегуляции его сущностных потенций. Духовная составляющая культуры является ее главной частью. Направленность общества на личностное развитие подчеркивает уровень его духовного развития и состояние воспитательных систем. Культурное общество стремится обеспечить себе здоровое будущее.

Сегодня изучены осознанные и неосознанные представления медицинских работников о ЗОЖ (Оксанич С.И., 2004). Составляющие ЗОЖ по этим данным расположены в следующей последовательности: общение с природой, оптимизм к жизни, саморазвитие, семья; отсутствие привычки к алкоголю и наркотикам, правильное питание.

Первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья все же принадлежит самому человеку, его образу жизни, ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Главными понятиями в данном вопросе являются свобода и ответственность.

Воспитание личности свободной по отношению к внешним обстоятельствам жизни и себе самой достигается целенаправленной и длительной воспитательной работой.

Поведение определяется различными факторами: собственными ценностями, переживанием стресса, давлением средств массовой информации или влиянием сверстников. Свобода состоит в возможности занять по отношению к жизненным провокациям (психоактивные вещества, алкоголь, поведенческие девиации) ту или иную личностную позицию. Предоставление личности возможностей выбора, признание альтернатив влечет за собой необходимость принятия ответственности за собственные решения и совершаемые поступки. В пропаганде здорового образа жизни среди молодежи большую часть времени занимает обучение принятию решений и формированию понимания возможных последствий тех или иных поступков. Зрелая и здоровая личность аутентична, спонтанна и внутренне свободна.

Одним из факторов реформирования сестринских функций является возрастание количества старых и больных людей, предъявляющих новые требования к навыкам и стандартам практики. Увеличение доли потребителей медицинских услуг

предполагает возрастание числа медицинских работников, осуществляющих санитарное просвещение, в том числе о ЗОЖ, а также перенос акцентов общества с приоритетов болезни на приоритет здоровья в подрастающем поколении людей.

Этот вызов меняющаяся жизнь бросает и медикам, и населению в целом, поэтому нужно достойно принять его, обучая медицинских сестер правилам и нормам воспитания людей в духе профилактики заболеваний на этапе здоровья, что эффективнее и в 2–3 раза дешевле, нежели вторичная профилактика на фоне болезни.

В документах ВОЗ отмечено, что одной из проблем, которая несомненно отразится на образовательных программах в XXI веке, станет возрастание числа людей, страдающих от болезней, вызванных неправильным образом жизни. Учитывая этот прогноз, медицинские работники обязаны адаптировать свою деятельность по сохранению и укреплению здоровья народа.

До недавнего времени ФЗОЖ идентифицировалось с физическим воспитанием, однако в век стрессов, неврозов и эмоциональной напряженности физическому воспитанию с этими проблемами не справиться. Происходит развитие самостоятельной области обучения — здравоохранительной или формирование ЗОЖ.

Таким образом, понятие ЗОЖ гораздо шире, чем отсутствие вредных привычек, режим труда и отдыха, система питания, различные закаливающие и развивающие упражнения. В него также входит система отношений к себе, к другому человеку, к жизни в целом, а также осмысленность бытия, жизненные цели и ценности. Следовательно, для сохранения здоровья необходимо как расширение представлений о нем, так и умелое использование всех факторов, влияющих на составляющие здоровья, овладение оздоровительными, природой целесообразными методами и технологиями, формирование установки на здоровый образ жизни.

Методология управления качеством медицинских технологий по ФЗОЖ базируется на следующих положениях:

1. Концепции постоянного усовершенствования Э. Деминга.

2. Жизненном цикле медицинской помощи.

3. Цепной реализации Э. Деминга (повышение качества медицинской помощи приводит к уменьшению затрат).

Следует иметь в виду, что только комплексный системный подход как методология обеспечит качество работы. Кроме того, принципиальной особенностью качества обучения и медицинской помощи является поддержание уровня знаний, позволяющих сохранять здоровье на должной высоте.

Различные подходы к понятию «здоровье» определяют и различную его реализацию. Взгляды людей на здоровье зависят от исторического ответа социально-экономического состояния общества, а также профессиональной точки зрения.

Образовательные программы в области здоровья, согласно теории (Д. Сиерес, В. Гаведня, Г. Зайцев), могут осуществляться по следующим направлениям:

- взгляд на здоровье, где состояние благополучия — это данность, что соответствует информационному типу (трансляция знаний с биологической и медицинской точек зрения);

- здоровье — благополучие, достигаемое включением превентивного стиля образования в необходимость здорового поведения;

- здоровье как способность к развитию, что подразумевает образование

и собственную ответственность при трансляции культуры здоровья на индивидуальное развитие;

– здоровье — промежуточная холистическая и глобальная концепция образования (с позиций социального развития).

Каждое из этих направлений определяет особый подход к образовательному процессу, осуществляемому медицинскими сестрами населению.

Реализация валеологического подхода может осуществляться по-разному:

- с акцентом на повышение валеологической грамотности (содержательный аспект);
- формирование валеологического поведения (подход к деятельности);
- повышение уровня валеологической культуры.

При обучении медицинских сестер-руководителей используются все 3 аспекта валеологического подхода, поскольку такая педагогическая стратегия способствует выработке самостоятельных убеждений слушателей на основе их собственного опыта и базисных знаний; благодаря убеждениям педагогов создается устойчивая мотивация ЗОЖ, самоконтролируемая активность в сознании здоровья и легко вписываемая в долговременную программу жизнедеятельности.

Обучение людей, преподающих основы ЗОЖ населению, базируется:

- на обязательном преподавании основ психогигиены и психологии общения;
- на тестировании модели личности (описание социально-психологических и профессиональных свойств, знаний, навыков);
- на тестировании модели педагогической деятельности (описание свойств профессии, задач, условий труда, т.е. профессионализма).

Содержание методической подготовки, апробированное нами в ходе обучения слушателей курса «Организация сестринского дела» ФЗОЖ среди населения в целом, можно свести к следующему:

1) Объем и содержание предлагаемой информации о ЗОЖ, синдроме экологической дезадаптации соотносимы с уровнем образования (высшее или среднее специальное), профессиональной информированности и сферой интересов.

2) В соответствии с повышением уровня общего образования объем научной информации о ЗОЖ, проблемах экологии и путях их разрешения в рамках медицинской деятельности возрастает.

3) При преподавании наряду с общими закономерностями раскрываются вопросы ФЗОЖ различных возрастных групп населения.

Примером валеологического подхода к образовательному процессу могут служить мероприятия, проведенные в 2008–2011 гг. в рамках проекта «Снижение экологического риска — забота о будущем новых поколений»:

- обучающие семинары для медсестер с участием ведущих специалистов в области эндоэкологии, распространение рекомендаций по снижению негативного влияния экологических факторов;
- подготовка, издание и распространение памятки для родителей по питанию детей;
- распространение информации о влиянии неблагоприятных экологических факторов на здоровье населения.

К выполнению проекта были привлечены ведущие специалисты в области педиатрии и эндоэкологии, государственные и общественные организации. Возрос престиж БелООМС вследствие реализации проекта и распространения информации

о деятельности. Слово «проект» приобрело практическую значимость у медсестер, и многие из них занялись выполнением своих личных проектов.

При выполнении проекта выяснилось, что всем медсестрам необходима предварительная подготовка для эффективного выполнения задач. Данная работа позволила медицинским сестрам получить дополнительные знания в области эндоэкологии, приобрести навыки профессиональной беседы с родителями, детьми об организации правильного питания и последствиях вредного экологического воздействия неблагоприятных факторов.

ГЛАВА 7

ПРИМЕР СЕСТРИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ: ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Одним из важных вопросов демографической политики нашего государства является повышение рождаемости и связанная с ним проблема грудного вскармливания. Женское молоко — идеальный продукт питания для новорожденных и детей 1–2-го года жизни, поскольку качественный и количественный состав грудного молока создает оптимальные условия для переваривания и усвоения. Идет ли речь о белках, лактозе, представляющей собой естественный сахар, жирах, минеральных солях, витаминах — все эти вещества способствуют гармоничному развитию ребенка. Хорошо известно, что именно определенный состав грудного молока (в частности секреторный иммуноглобулин А, Т-лимфоциты, лактоферрин, лизоцим, интерферон, пребиотики и т.д.) позволяют обеспечить и поддержать местный и общий иммунитет у новорожденных и грудных детей, иммунная система которых в первые недели жизни не вполне совершенна. Считается, что вскармливание младенцев грудным молоком позволяет предотвратить развитие аллергии и кишечных инфекций. Сравнительно недавно было обнаружено, что грудное молоко и естественное вскармливание действуют как «натуральный анальгетик», способствующий уменьшению болевой чувствительности в период новорожденности. Грудное вскармливание занимает отдельное место в обеспечении взаимодействия между иммунной, эндокринной и нервной системами ребенка. Этому способствуют уникальный аминокислотный состав белков и содержащиеся в молоке длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (ДЦПНЖК). Витамины, минеральные вещества и другие составляющие грудного молока в совокупности с другими пищевыми веществами обеспечивают сложное многофакторное взаимодействие, приводящее к более гармоничному развитию ребенка. Естественное вскармливание оказывает положительный эффект на настроение и поведение ребенка, а также улучшает его последующую способность к обучению.

В разные периоды молоко меняет состав и на каждом этапе роста ребенка только молоко мамы обеспечивает его всем необходимым именно для конкретного возраста. Несмотря на распространенное мнение о том, что не все женщины могут кормить ребенка грудью, практически любая мать способна к этому, за исключением отдельных случаев, связанных с медицинскими противопоказаниями или плохим физическим состоянием. Медикам известно, что чаще всего недостаточность грудного вскармливания связана с отсутствием достаточной мотивации и уверенности в том, что мама может выкормить ребенка грудью. В связи с этим акушерам и сестрам важно уделять особое внимание мотивации беременной женщины

на естественное вскармливание, поскольку успех этого закладывается задолго до появления ребенка. Очень важно, чтоб мама получала поддержку от членов своей семьи, медицинских работников (участкового гинеколога, помощника врача, участкового педиатра, врача общей практики, патронажной сестры).

Особое внимание необходимо уделять первому прикладыванию, и если нет противопоказаний к его осуществлению, то ребенок должен быть приложен к груди в первые часы после родов. В родильных отделениях нередко встречается формальный подход к первому прикладыванию: ребенок прикладывается сразу после родов к груди на одну секунду, в документах отмечается, что первое прикладывание осуществлено. Однако, для того, чтоб произошла качественная стимуляция процессов лактации, ребенка необходимо прикладывать к груди не менее чем на 5–10 минут, что благотворно сказывается, и на ребенке, и на матери. Эмоциональная составляющая от подобной процедуры остается в памяти женщины на всю жизнь.

Первую неделю материнский организм вырабатывает молозиво, густую жидкость желтоватого цвета, вырабатываемую в небольшом количестве (30–50 мл в сутки), что объясняется физиологическими потребностями детского организма. Важно обращать на это внимание мамы, поскольку может создать дополнительные трудности лактации психологического характера, и преждевременному введению смесей. Следующие 2–3 недели вырабатывается переходное молоко, объем его увеличивается, консистенция становится более жидкой.

К концу первого месяца после родов начинает вырабатываться зрелое молоко для всего последующего периода кормления грудью. Зрелое молоко содержит все необходимое для гармоничного развития ребенка до 4–6 месяцев, поэтому вводить прикормы ранее этого возраста здоровым детям нецелесообразно.

Необходимо помнить, что кормить ребенка с самого первого дня надо только по требованию. Насильственно устанавливать режим ребенку нельзя, поскольку это противоречит физиологическим потребностям ребенка. Частота и режим кормлений отрегулируется несколько позже, когда увеличится объем желудка ребенка, он научится сосать и адаптируется к внешним факторам, новым для него. Объем молока, которое высасывает ребенок, каждый раз иной. Если ребенок в одно кормление съел меньше обычного, то не следует беспокоиться, т.к. он доберет этот объем в следующий раз. Надо помнить о ночных кормлениях, т.к. большинство детей еще долго нуждаются в них. Важным является то, что ночные кормления обеспечивают мать достаточным количеством молока на последующий день, поскольку ночью вырабатывается максимальное количество гормона пролактина.

Нет необходимости взвешивать малыша после каждого кормления, поскольку никакой важной информации эти действия не несут, а добавить маме неуверенности в себе могут. Определить, достаточно ли молока у мамы, можно по следующим признакам:

- Ребенок мочится не менее 6–8 раз в сутки. Моча почти прозрачная, без выраженного запаха. При этом важно, чтоб ребенок не получал дополнительного питья.
- Кожные покровы ребенка розовые, кожа влажная, тургор в норме. Ребенок активный, проявляет признаки хорошего настроения.
- Ребенок набирает около 125–500 г в неделю, поэтому взвешивать ребенка чаще 1 раза в неделю нецелесообразно. Кроме того, в различные возрастные

периоды первого года жизни скорость прибавки массы тела у детей меняется, это учитывается педиатром при оценке физического развития младенца. Об этом маме следует знать от медицинских работников.

- Стул у ребенка на естественном вскармливании частый, зачастую равен количеству кормлений, но может быть и 1 раз в 2–3 дня. Если ребенка ничего не беспокоит, нет других признаков недоедания, это считается вариантом нормы.

- Стул при достаточном поступлении молока имеет светло-желтую окраску, кисловатый молочный запах, консистенцию негустой сметаны.

Прикладывать ли ребенка к одной груди или к обеим? Однозначного ответа для каждой пары «мать-ребенок» нет.

Правила ухода за грудью и кормления ребенка

Для обеспечения правильного вскармливания грудью необходимо придерживаться нескольких простых правил:

- Соблюдение мамой гигиенических процедур. Ежедневный душ, смена нательного белья, мытье рук перед кормлением.

- Не рекомендуется обмывать грудь перед каждым кормлением, достаточно ватным диском или чистой салфеткой удалить первые капли молока из млечных протоков перед прикладыванием ребенка к груди.

- Мать при кормлении должна занять удобное положение для себя и для ребенка. Сосок перед подачей ребенку необходимо сформировать между указательным и средним пальцами, носик ребенка свободен.

- Вкладывать сосок ребенку в рот необходимо только после того, как ребенок широко открыл рот (как будто зеваает).

- При подаче груди мать ребенка приближает к груди, а не сама наклоняется к ребенку.

- Положение тела ребенка при кормлении должно соответствовать правилу: ушко, плечико и бедро ребенка должны при сосании находиться на одной линии, независимо от того, из какого положения мама кормит ребенка.

- При сосании важно контролировать правильность захвата ребенком груди. Необходимо следить за тем, что бы младенец захватывал сосок с околососковым кружком — ареолой.

- После кормления соски обрабатываются кремом для сосков «AVENT», особенно при трещинах сосков, или несколькими каплями молока.

С гигиенической целью, рекомендуется использовать вкладыши для бюстгалтера при подтекании молока для предотвращения мокнутия и мацераций сосков, использовать могут как одноразовые, так и многоразовые вкладыши. Одноразовые вкладыши для бюстгалтера Philips AVENT имеют особую четырехслойную структуру с дышащим, водонепроницаемым наружным слоем. Внутри вкладыша находятся два слоя поглощающего материала: мягкая абсорбирующая подкладка и плотный слой абсорбента. Таким образом, внутренний слой, соприкасающийся с кожей, остается сухим, что снижает риск воспаления сосков. Углубление для соска делает вкладыш еще более удобным, а специальная «липучка» надежно удерживает его на месте.



Многоразовые вкладыши для бюстгалтера Philips AVENT имеют мягкую, приятную на ощупь ворсистую подкладку. Внутренний слой поглощает влагу и удерживает ее внутри. Изящная наружная отделка кружевом предотвращает скольжение. Вкладыши допускают машинную стирку и сушку.



Длительность кормления строго не регламентируется, у самых маленьких оно может длиться 10 минут, у более старших детей — 30–40 минут.

Лактационный криз

Особое внимание необходимо уделить возникающим у матери лактационным кризам. В большинстве своем мамы не знают о том, что в определенные периоды может быть уменьшение количества молока, этому процессу необходимо уделить особое внимание в просветительской работе. Лактационные кризы являются основной причиной перевода детей на искусственное вскармливание потому, что мама считает этот процесс необратимым. Она думает, что молоко стало пропадать. Лактационные кризы случаются чаще всего на 3–4 неделе, 3–4, 6–7 и 9 месяцев после родов. Важно помнить, что лактационные кризы совершенно безопасны для ребенка и длятся, как правило, 3–4 дня, иногда затягиваются до недели.

В этот период самое главное — увеличить частоту прикладывания ребенка к груди с обязательным кормлением его по ночам, что стимулирует лактацию за счет повышения уровня пролактина. Необходимо также увеличить объем выпиваемой матерью жидкости.

Питание матери

Чего нельзя?

Всем женщинам, кормящим ребенка грудью, независимо от состояния здоровья, наличия аллергии не рекомендуется:

- * употреблять алкоголь (в том числе, пиво) и курить (алкоголь и никотин оказывают токсическое действие на ребенка);

- * есть продукты с «дурной славой» аллергенов (шоколад, крабы, раки, скумбрию);

- * пить крепкий чай и кофе, возбуждающе действующие на нервную систему ребенка;

- * употреблять в пищу лук, чеснок. Сильный специфический запах этих продуктов может не понравиться ребенку.

Здоровым женщинам следует ограничить, а тем, кто страдает аллергическими заболеваниями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и перенесшими поздний гестоз — исключить из своего рациона на время кормления ребенка грудью следующие продукты:

- цитрусовые, клубнику, малину, тропические фрукты (манго, авокадо, папайю и др.);

- молоко, яйца, мед, орехи и сахар, деликатесные виды рыбы. Эти продукты, употребляемые в большом количестве, могут вызвать у ребенка аллергию.

- продукты, содержащие значительное количество искусственных консервантов и красителей (например, безалкогольные газированные напитки, кондитерские изделия);

- копчености, закусочные консервы, майонез;

– черный хлеб, бобовые и виноград Они могут привести к усиленному газообразованию в кишечнике у ребенка, особенно в первые три месяца его жизни;

– сало и жирные сорта мяса. Эти продукты содержат большое количество, так называемых, насыщенных жирных кислот, вредных для здоровья, и плохо перевариваемых в желудочно-кишечном тракте.

Что можно кормящей матери?

– Молочные продукты:

- кисломолочные продукты (кефир, простокваша, бифидокефир, йогурты без фруктовых добавок) — до 600–800 мл в день;

- молоко — не более 200 мл в день (лучше использовать его для приготовления различных блюд — каш, пюре и т.д.);

- творог и неострый сыр.

Рекомендуемая жирность молочных продуктов составляет 2,5%, то есть очень жирных продуктов есть не полезно, но и продукты нулевой жирности кормящей маме не подходят. Оптимальная жирность творога — 5–9%.

– Мясо и рыба:

- нежирные сорта говядины;

- нежирные сорта свинины;

- кролик;

- птица;

- рыба — любые виды речной и морской рыбы, кроме упомянутых в первом перечне.

– Жиры:

- сливочное масло;

- сливочные сорта маргарина (ограниченно);

- растительные масла (все виды).

– Любые крупы, хлеб — лучше с отрубями.

– Кондитерские изделия — сухое печенье, крекеры, пастила, зефир, мармелад.

– Овощи и фрукты, за исключением, приведенных в первом перечне.

– Напитки:

- чай (некрепкий черный и зеленый)

- травяные чаи с душицей, мятой, чабрецом (эти травы стимулируют образование молока);

- некрепкий кофе;

- компоты;

- морсы;

- столовая негазированная минеральная вода.

- Общее количество выпитой жидкости должно составлять 1,5–2 л.

Что нужно добавить к рациону кормящей мамы?

Существуют специализированные продукты для кормящих матерей. К ним относятся:

- напитки и соки для беременных женщин и кормящих матерей;

- чаи для беременных и кормящих;

- каши быстрого приготовления для беременных и кормящих;

- сухие белково-витаминно-минеральные комплексы для кормящих матерей;

– витамины для беременных и кормящих женщин.

Эти продукты увеличивают лактацию, восполняют дефицит витаминов и минеральных веществ, а некоторые — и белка.

Как избежать проблем с грудью у кормящей женщины

Среди основных проблем при грудном вскармливании чаще всего встречаются трещины сосков и лактозастой (застой), которые могут стать причиной отказа от грудного вскармливания. Профилактика этих состояний является приоритетной задачей медицинских работников при налаживании естественного вскармливания.

Профилактика трещин сосков

За 2–4 недели до родов соски необходимо начинать готовить к кормлению грудью. Для этого требуется смазывать соски после принятия гигиенического душа 2 раза в сутки увлажняющим кремом для сосков «AVENT». Такая подготовка необходима для того, чтоб к моменту родов соски стали эластичными и все имеющиеся микротравмы исчезли. После родов необходимо соблюдать правила ухода за грудью (см. выше).

Для профилактики травмы сосков особое внимание необходимо уделить обучению молодой матери правилам прикладывания ребенка к груди. Оказывать матери помощь при первом прикладывании, чтоб ребенок захватил ореолу и не травмировал сосок обязана каждая акушерка, помощник врача, сестра.

Лечение трещин сосков

При трещинах сосков прекращать кормление не рекомендуется. Для предотвращения боли кормить ребенка необходимо через силиконовые защитные накладки «PHILIPS AVENT», они изготовлены из мягкого силикона, не имеющего вкуса и запаха. Благодаря особой форме накладок малыш во время кормления по-прежнему ощущает тепло и запах материнской груди, а своим сосанием будет стимулировать выработку молока, как обычно. Когда соски заживут, ребенок легко перейдет на кормление грудью без накладок.

После каждого кормления потрескавшиеся соски необходимо смазать Увлажняющим кремом для сосков «AVENT». Он содержит Medilan TM — медицинский ланолин высшего качества, который проникает в верхние слои кожи и улучшает ее состояние. Содержит кокосовое масло, экстракт алоэ Вера — натуральные ингредиенты, которые увлажняют и питают кожу, способствуют скорейшему ее заживлению. Перед кормлением ребенка остатки крема не требуется смывать.

Для обеспечения комфорта маме и более быстрого заживления трещин далее рекомендуется использовать накладки для сбора грудного молока «PHILIPS AVENT». Эти мягкие накладки вставляются в чашечки бюстгалтера, чтобы защитить соски от трения о ткань, что предотвращает дальнейшее травмирование сосков, вытирание крема об одежду,



собрать подтекающее молоко. Вентилируемые накладки с отверстиями защищают воспаленные или потрескавшиеся соски, что ускоряет их заживление. Небольшое давление на грудь, создаваемое накладками, приносит облегчение при переполнении груди молоком. Отверстия для вентиляции обеспечивают циркуляцию воздуха.

Профилактика лактостазов

Лактостаз — застой молока в протоках молочных желез, чаще возникают у первородящих в первые недели и месяцы после родов.

Причины возникновения лактостазов:

- Недостаточное опорожнение молочных желез, вследствие неправильного прикладывания ребёнка, как результат — не все грудные доли опорожняются;
- Потребление большого количества жидкости в первые дни после родов, что приводит к тому, что молоко прибывает сразу очень обильно;
- Нерегулярное и недостаточное опорожнение груди;
- Тесный бюстгальтер;
- Сон на животе;
- Трещины сосков;
- Отказ от кормления грудью, переход на искусственное вскармливание, при сохранении лактации;
- Узкие протоки молочных желез;
- Чрезмерная выработка молока;
- Обезвоживание;
- Травмы и ушибы груди;
- Переохлаждение;
- Курение

Исключая эти факторы при кормлении грудью, можно избежать лактостазов.

Лечение лактостазов

Для устранения лактостаза необходимо:

- Проверить правильность прикладывания малыша к груди.
- Чаще прикладывать малыша к больной груди, не забывая о здоровой.
- Перед прикладыванием приложите теплую примочку на сосок и ареолу на 3–5 минут, чтобы расширить центральные протоки и облегчить отделение молока.
- После кормления прикладывайте холод на 15–20 минут. Это уменьшает отек, боль и воспаление.

• После кормления необходимо сцеживать остатки молока руками или молокоотсосом PHILIPS AVENT. Благодаря тому, что молокоотсос PHILIPS AVENT имеет уникальный запатентованный лепестковый массажер и силиконовую диафрагму, молокоотсос PHILIPS AVENT действует очень бережно и эффективно, он позволяет справиться с лактостазом и маститом эффективно и бережно, имитируя прикладывание к груди младенца. Силиконовая диафрагма обеспечивает разрежение, достаточное для эффективного и быстрого сцеживания. Лепестковый



массажёр, надеваемый на воронку молокоотсоса, имеет пять лепестковый секций, которые сжимаются и разжимаются синхронно с ритмом работы молокоотсоса PHILIPS AVENT, бережно массируют область вокруг соска и помогают стимулировать естественное выделение молока. В результате исследований, проведенных в Великобритании, была доказана их эффективность на уровне электрических молокоотсосов, применяемых в стационарах. Молоко при сцеживании молокоотсосом PHILIPS AVENT, собирается непосредственно в бутылочку или контейнер VIA для хранения молока в холодильнике или морозильнике. Таким образом, все сцеженное молоко может быть использовано в пищу ребенку, когда это понадобится, если мамы нет рядом или она серьезно болеет.

- Адекватный водно-солевой режим, ограничение употребления жидкости.
- При повышении температуры тела до 38 градусов надо обратиться за консультацией к специалисту: к акушерке в женской консультации, к маммологу, медицинской сестре, т. к, лактостаз, не устраненный в течение двух дней, может привести к маститу.

Эмоциональные ощущения младенца при кормлении грудью.

В первые недели жизни новорожденный находится в состоянии едва ли не полной зависимости от матери. Периоды активности, которые в основном выражаются плачем, сменяются периодами покоя, особенно после кормления, так как главное в этом возрасте ребенка — удовлетворять свои потребности. Насытившись, новорожденный вновь обретает состояние покоя и блаженства. Лишь с 4-й недели жизни у ребенка начинают проявляться проблески познания окружающего мира через получаемое питание и постоянные раздражители, идущие от матери.

Благодаря физическому контакту с телом и грудью матери, ее теплу, запаху, словам и любви малыш начинает воспринимать мать как источник уюта. Постепенно его улыбка становится все более и более осмысленной и первое время обращена только к матери, что свидетельствует о важности ее голоса, слов, которыми должны постоянно сопровождаться все мгновения материнства. Обмен эмоциями между матерью и ребенком будет становиться все более выраженным. Вскоре он превзойдет понятие пары «мать-ребенок» и обратится к внешнему миру.

Смешанное вскармливание

Некоторые мамы довольно рано начинают кормить малыша из бутылочки. Одни сцеживают собственное грудное молоко, чтобы ребенка мог покормить кто-то еще. Другим педиатр или патронажная сестра рекомендуют докармливать ребенка из бутылочки, а кто-то не может кормить своего ребенка по медицинским показаниям.

К выбору бутылочки и соски подходить необходимо со всей серьезностью. Бутылочки и соски должны отвечать всем требованиям безопасности, удобства и гигиеничности. В современных условиях рекомендуется использовать бутылочки с антиколиковой системой. К таковым относятся бутылочки PHILIPS AVENT. Во время кормления система цельного клапана в юбке соски, открываясь и закрываясь в естественном ритме сосания ребенка, клапан пропускает в бутылочку воздух, который замещает выпитое молоко. Малыш может сосать непрерывно, как при кормлении грудью, и может выпить целую порцию, не отрываясь.



Во время кормления от соски поднимаются пузырьки — это означает, что воздух поступает в бутылочку, а не в животик младенца, а ведь именно воздух, заглатываемый ребенком при кормлении, может вызвать дискомфорт, плач и беспокойство — признаки желудочных колик.

Благодаря «приталенной» форме, широкому горлышку, четкой шкале и отсутствию мелких деталей, бутылочки PHILIPS AVENT удобны в использовании и их легко мыть.

Форма соски Philips AVENT также отвечает всем современным требованиям. Малыш при кормлении захватывает ее широко раскрытым ртом, совершая такие же сосательные движения, как при кормлении грудью. Вот почему переход от груди к бутылочке и, самое главное, обратно, происходит легко и незаметно. Поэтому совмещать естественное и искусственное вскармливание там, где это необходимо особенно легко.

Подготовка бутылочки с соской:

Бутылочки, соски, крышка для сосок должны быть стерильными, их надо тщательно промывать, прополаскивать и стерилизовать. Бутылочки и соски следует стерилизовать горячим способом, либо кипячением в отдельной, только для этого отведенной емкости, либо стерилизацией паром под давлением в специально для этого разработанных стерилизаторах.



Рекомендуется использовать как электрические стерилизаторы, так и стерилизаторы для СВЧ печей. Стерилизаторы Philips AVENT (электрические или для микроволновой печи) используют для быстрого уничтожения микроорганизмов интенсивный жар водяного пара. В стерилизатор необходимо налить 90 мл воды при помощи мерного стаканчика, входящего в комплект, разместить стерилизуемые принадлежности и включить прибор. Строгое соблюдение режима гигиены — важнейшая составляющая ухода за новорожденными. Недостаточная чистота принадлежностей для кормления младенца может привести к желудочно-кишечным заболеваниям. Рекомендуется стерилизовать все принадлежности для кормления детей первого года жизни.

Приготовление питания

Смесь строго дозируется из расчета одна мерная ложка (прилагается к пакету смеси) на 30 гр. воды, причем такая дозировка установлена для большинства видов искусственной смеси. Для получения правильного раствора сначала наливают до нужного уровня кипяченую воду, затем в нее досыпают соответствующее количество сухой смеси.

Режим кормления может меняться, но у ребенка, родившегося в срок, кормление в скором времени начинает довольно регулярно повторяться каждые 3 часа, с получасовым отклонением в ту или иную сторону. Порции смеси могут не соответствовать возрасту ребенка, но должны обязательно отвечать его потребностям, причем самым важным показателем в этом является масса тела при рождении.

Ребенку с первых месяцев наряду с молочным питанием можно давать молочнокислые продукты, начиная с кефира, творога. Для кормления новорожденных

детей используются искусственные смеси, изготавливаемые из коровьего молока и обработанные таким образом, чтобы они были как можно ближе по своему составу к материнскому молоку.

Беспокойство родителей не должны вызывать:

Отрыжка, которая представляет собой выход части воздуха, заглатываемого при сосании молока из груди или из бутылочки с соской:

- она может появляться как во время приема пищи, так и позже;
- может быть единичной или многократно повторяющейся;
- вертикальное положение тела ребенка после кормления провоцирует ее проявление.

Икота, которая является следствием шумных сокращений дыхательных мышц:

- длится от нескольких минут до более продолжительного времени;
- практически всегда у младенцев икота связана с кормлением, а не с каким-то заболеванием;
- чаще всего возникает после кормления через соску;
- исчезает обычно, когда пища становится разнообразной.

Вред курения, лекарств

Всем известно, курение вредит здоровью матери и ребенка. Вред наносит также и курение находящихся вокруг людей: в семьях, где курят в доме, дети чаще болеют простудными заболеваниями, бронхитами и астмой. Если в закрытом помещении кто-то курит, лучше отнести ребенка в другую комнату, либо попросить курящего выйти и покурить в другом месте. В период грудного вскармливания не рекомендуется принимать лекарства без предварительной консультации с врачом.

Таким образом, постепенное ознакомление мамы, кормящей своего ребенка грудью, с правилами этой процедуры, является зоной особого внимания и ответственности медицинских работников. Акцент на физиологическую и эмоциональную составляющую процесса лактации является важным для мамы мотивирующим фактором для кормления ребенка с помощью грудного молока. В этом значителен вклад сестер и акушерок, который не переоценить.

ГЛАВА 8

ОСНОВЫ ПРАВОВЫХ ЗНАНИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

8.1. Основные институты медицинского права

8.1.1. Права и обязанности пациента

Пациент — это лицо, обратившееся за медицинской помощью, либо получающее медицинскую помощь, либо находящееся под медицинским наблюдением. При этом не имеет значения организационно-правовой статус организации здравоохранения, в которую обратилось лицо, а также состояние здоровья этого лица (это может быть здоровый человек). Пациентом также будет считаться лицо, обратившееся к врачу частной практики.

Теория права под понятием «субъект правоотношений» понимает индивида или организацию, которые на основании норм права могут быть участниками правоотношений, носителями субъективных прав и обязанностей. Исходя из природы

правоотношений, можно выделить две большие категории субъектов, а именно — физические лица и организации (юридические лица). К физическим лицам, как к участникам правоотношений, относятся граждане данного государства, а также находящиеся на его территории иностранцы и лица без гражданства.

Поскольку правовое регулирование предполагает наличие определенных качеств у субъектов той или иной отрасли права, в теории права выработалась такая категория, как правосубъектность. Данная категория определяет, какими качествами должны обладать субъекты правового регулирования для того, чтобы иметь права и нести обязанности в соответствующей области права.

Правосубъектность тесно связана с признаками, индивидуализирующими конкретный субъект права. Индивидуализация субъектов может осуществляться различными признаками, тесно связанными с тем, идет ли речь о гражданах, юридических лицах или иных субъектах. Так, государство будет индивидуализировать территория, органы государственной власти и т.п., юридических лиц — фирменное наименование, место регистрации, товарный знак и т.д., а граждан — имя, место жительства и акты гражданского состояния.

Имя. Невозможно представить нормальное осуществление прав и обязанностей пациента без четкого представления о том, с кем именно происходит вступление в медицинские правоотношения. Индивидуализация каждого отдельного гражданина осуществляется, прежде всего, по его имени. Имя гражданин получает при рождении. Как правило, если иное не предусмотрено законом или национальным обычаем, имя состоит из фамилии, собственно имени и отчества. Все права пациент вправе приобретать только под своим собственным именем. Имеют место случаи, предусмотренные законом, когда гражданин имеет право получать медицинскую помощь анонимно. Оказание медицинской помощи анонимно — это диагностика, лечение, медицинская реабилитация, профилактика и протезирование граждан в организациях здравоохранения без занесения их точных паспортных данных в медицинскую документацию. В настоящее время в республике действует постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июля 2002 г. № 46 «Об утверждении положения о порядке и условиях оказания медицинской помощи анонимно».

Гражданам Республики Беларусь оказываются анонимно следующие виды медицинской помощи:

- лечение алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- лечение наркомании с медицинским применением лекарственных средств;
- психокоррекционное лечение алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- лечение табакокурения;
- диагностика и лечение с применением нетрадиционных методов;
- обследование на наличие инфекций, передающихся половым путем;
- обследование на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека;
- лечение инфекций, передающихся половым путем, кроме сифилиса;
- косметологические услуги.

Анонимно могут быть оказаны и другие виды медицинской помощи. Медицинская помощь оказывается анонимно по желанию пациента в государственных и частных организациях здравоохранения. На пациентов, обращающих-

ся за медицинской помощью анонимно, оформляется медицинская карта амбулаторного (стационарного) больного, в которой указываются названные пациентом фамилия, возраст и место жительства (место пребывания) без предъявления паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, место работы.

Лекарственные средства таким пациентам выписываются на рецептурных бланках установленной формы на названную пациентом фамилию. При этом запрещается выписывать лекарственные средства, содержащие наркотические средства и психотропные вещества, а также лекарственные средства списка «А».

Пациентам, получающим медицинскую помощь анонимно, медицинская документация, подтверждающая лечение анонимно не может быть выдана по их просьбам, или по просьбам их законных представителей. В исключительных случаях в интересах пациента выдается на руки памятка, содержащая информацию об опасности нарушений врачебных предписаний. По желанию пациента, которому медицинская помощь оказывается анонимно, при предъявлении им паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, организацией здравоохранения листок нетрудоспособности или справка о временной нетрудоспособности выдается в установленном порядке.

Гражданство. Гражданство означает принадлежность человека к народу определенной страны, вследствие чего он находится в сфере юрисдикции данного государства и под его защитой. От наличия гражданства зависит правовой статус физического лица. Применительно к медицинскому праву следует иметь в виду, что иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, имеют право на доступное медицинское обслуживание наравне с гражданами Республики Беларусь, если иное не определено законами и международными договорами (ст. 5 Закона «О здравоохранении»). В случае, если иностранные граждане и лица без гражданства пребывают или проживают в Республике Беларусь временно, они имеют право на доступное медицинское обслуживание за счет собственных средств, либо средств юридических лиц и иных источников.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь в письме от 11 января 2007 г. № 02-3-12/738 прокомментировало некоторые вопросы оказания медицинской помощи иностранным гражданам.

В частности, по вопросу оказания медицинской помощи гражданам Союзного государства Беларуси и России указано, что 24 января 2006 года в г. Санкт-Петербурге председателями Правительств Беларуси и России подписано Соглашение между Правительством Республики Беларусь и Правительством Российской Федерации о порядке оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в организациях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь.

Статьей 4 Соглашения предоставляются равные права Героям Советского Союза и кавалерам ордена Славы трех степеней из числа граждан Беларуси и России, постоянно проживающих или временно находящихся на территории другого государства, на получение медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации и Республики Беларусь.

Статьей 5 закреплены равные права с гражданами другого государства, временно пребывающих и временно проживающих на другой территории

(в отношении граждан Республики Беларусь, временно проживающих на территории Российской Федерации и граждан Российской Федерации, временно проживающих на территории Республики Беларусь), на получение бесплатной скорой медицинской помощи и медицинской помощи в случае возникновения у них в период пребывания на территории другого государства заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Для данной категории граждан плановая медицинская помощь будет оказываться на платной основе.

Статья 6 обеспечивает равные права гражданам Беларуси и России, временно находящимся на территории другого государства и работающим там в учреждениях (организациях) по трудовым договорам, с гражданами другого государства, работающими в данных учреждениях (организациях), на получение медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации и Республики Беларусь.

По вопросу оказания медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств (СНГ) отмечено, что в соответствии со статьями 2 и 3 Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств (подписано 27 марта 1997 года) гражданам государств СНГ оказывается:

- скорая и неотложная медицинская помощь — беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме;

- плановая медицинская помощь, включая медико-социальную, — на платной основе за счет направляющей стороны или личных средств граждан, а также за счет благотворительных взносов и пожертвований организаций, предприятий, в том числе международных, и других внебюджетных источников.

Оказание медицинской помощи гражданам дальнего зарубежья. Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. N 530 «О страховой деятельности», главы 13, пункта 207, «иностранцы граждане при въезде в Республику Беларусь обязаны иметь договор обязательного медицинского страхования, заключенный с белорусской страховой организацией, или договор медицинского страхования, заключенный с иностранной страховой организацией, на случай оказания им скорой и неотложной медицинской помощи медучреждениями».

Наличие договора обязательного медицинского страхования подтверждается наличием страхового полиса. Оказание иностранным гражданам скорой и неотложной медпомощи осуществляется на основании страхового полиса. При обращении иностранного гражданина в медучреждение персонал обязан выяснить, имеет ли иностранный гражданин страховой полис, и, в случае его отсутствия, оплата этой помощи и транспортных услуг, связанных с ее оказанием, производится медучреждению за счет собственных средств гражданина или за счет средств направляющей (приглашающей) стороны.

Если иностранный гражданин постоянно проживает в Республике Беларусь и имеет разрешение на постоянное жительство, медицинская помощь ему оказывается так, как и гражданам Республики Беларусь.

Министерством здравоохранения Республики Беларусь также дан комментарий об оказании скорой и неотложной медицинской помощи иностранным гражданам (письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 июля 2007 г. № 08-2-04/2648).

В нем указывается, что согласно пункту 235 Положения о страховой деятельности в Республике Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. № 530 «в случае отсутствия у иностранного гражданина страхового полиса, а также невозможности документально подтвердить его право на получение бесплатно скорой и неотложной медицинской помощи в Республике Беларусь оплата этой помощи и транспортных услуг, связанных с ее оказанием, производится медучреждению, оказавшему такую помощь, иностранным гражданином за счет собственных средств, либо в случае его отказа от оплаты — за счет средств направляющей (приглашающей) стороны в соответствии с утвержденным в установленном порядке прејскурантом на медицинские услуги, оказываемые медучреждениями иностранным гражданам».

В соответствии с пунктом 208 Положения о страховой деятельности в Республике Беларусь «не подлежат обязательному медицинскому страхованию главы и сотрудники дипломатических представительств и консульских учреждений, сотрудники аппарата военных атташе, торговых представительств иностранных государств, а также члены их семей».

В соответствии со статьей 13 Закона Республики Беларусь «О правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства в Республике Беларусь» «иностранцам, временно пребывающим и временно проживающим в Республике Беларусь, медицинская помощь оказывается на платной основе в соответствии с законодательством Республики Беларусь, если иное не определено международными договорами Республики Беларусь».

В соответствии с Соглашением об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников СНГ от 27 марта 1997 г. скорая и неотложная медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни пациента или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности оказывается гражданам СНГ беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности.

В письме Министерства иностранных дел от 13 ноября 2006 г. № 19-18/11086-к сообщается, что граждане Аргентины, Бразилии, Великобритании, Иордании, Ливана, Сербии, Черногории, Боснии и Герцеговины в соответствии с пунктом 208 Положения о страховой деятельности в Республике Беларусь, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 25 августа 2006 г. № 530, «не подлежат обязательному медицинскому страхованию как иностранные граждане государств, в которых установлены в отношении граждан Республики Беларусь аналогичные условия на взаимной основе».

Великобритания официально признает Республику Беларусь в качестве правопреемника СССР в отношении Соглашения между Правительством Союза Советских Социалистических Республик и Правительством Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии о сотрудничестве в области медицинской науки и здравоохранения от 17 февраля 1975 г., не требует наличия у граждан Республики Беларусь, временно проживающих на территории Великобритании, полиса медицинского страхования и оказывает им скорую

и неотложную помощь на безвозмездной основе. Правопреемство Республики Беларусь в отношении вышеназванного Соглашения признано Законом Республики Беларусь от 5 января 2008 г. № 318-З.

Возраст. В юридической практике с возрастом связаны такие понятия как правоспособность и дееспособность.

Правоспособность означает способность иметь права и нести обязанности, и признается в равной степени за всеми гражданами с момента рождения и до смерти (даже новорожденный ребенок уже имеет определенный комплекс прав и обязанностей, например, право на медицинскую помощь, на бесплатное обеспечение лекарствами).

Правоспособностью обладают в равной мере все пациенты. Правоспособность возникает один раз и прекращается также только один раз. Она возникает с момента рождения ребенка и прекращается смертью гражданина.

Дееспособность означает способность своими действиями приобретать и осуществлять права, создавать для себя обязанности и исполнять их. Для правового регулирования медицинских правоотношений необходимо соблюдение условия, чтобы они складывались из осознанных волевых действий сторон, поэтому дееспособность пациентов возникает, как правило, с момента достижения определенного возраста, а в полном объеме — с восемнадцати лет, т.е. совершеннолетия.

С точки зрения медицинского права наиболее существенным элементом содержания дееспособности граждан является возможность самостоятельного принятия решения о согласии на медицинское вмешательство. В Республике Беларусь информированное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних детей дается их родителями или иными законными представителями. Однако несовершеннолетние в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство. Такой подход также закреплен в ст. 6 принятой Советом Европы Конвенции о правах человека и биомедицине.

По общему правилу, родители не могут отказаться от лечения ребенка, жизнь которого находится в опасности. Так, согласно федеральному законодательству США о дурном обращении с детьми, отказ от лечения и кормления больных детей является дурным обращением с детьми и преследуется в уголовном порядке. Инструкция департамента здравоохранения по применению этого закона допускает отказ от лечения в случаях, когда ребенок находится в необратимом коматозном состоянии или когда лечение может лишь продлить умирание, но не улучшить угрожающее жизни состояние и само по себе является негуманным. В Нидерландах, наряду с таким же подходом, практикуется и активная эвтаназия (в среднем в отношении десяти младенцев в год). В 1993 г. голландский врач Х. Принс сделал смертельную инъекцию новорожденной по просьбе ее родителей. Девочка, родившаяся с серьезными физическими и психическими нарушениями, страдала от сильной боли и была обречена на смерть в течение нескольких недель или месяцев; операция могла продлить ее жизнь, но качество жизни было бы столь низким, что врачи приняли решение не оперировать ребенка. Альтернативой смертельной инъекции было применение наркотических средств, которые оказали бы двойной эффект — устранение боли и ускорение смерти ребенка. В этом случае врач не столкнулся бы с правовыми проблемами. Однако

Х. Принс сознательно пошел на риск привлечения к уголовной ответственности, поскольку счел, что немедленное прекращение жизни наилучшим образом отвечает интересам ребенка. Против него было возбуждено уголовное преследование, однако он был оправдан: суд первой инстанции решил, что осуществление эвтаназии по просьбе родителей ребенка правомерно, а суд второй инстанции посчитал, что деяние было совершено под влиянием необходимости.

Так как в отличие от правоспособности дееспособность связана с совершением гражданином волевых действий, что предполагает достижение определенного уровня психической зрелости, законом в качестве одного из критериев дееспособности предусмотрен возраст гражданина. Полная дееспособность признается за совершеннолетними гражданами, то есть достигшими восемнадцатилетнего возраста. Из указанного правила допускаются два исключения. Полная дееспособность может возникнуть у гражданина и до достижения им восемнадцатилетнего возраста в случаях:

- вступления в брак таким лицом, если ему в установленном законом порядке был снижен брачный возраст;
- объявления несовершеннолетнего, достигшего 16 лет, если он работает по трудовому договору либо с согласия родителей (опекунов) занимается предпринимательской деятельностью, полностью дееспособным (эмансипация).

В последнее время все большее распространение получает убеждение, что и неэмансипированным несовершеннолетним, способным понимать информацию медицинского характера, должна быть предоставлена возможность выразить свое мнение. Это законодательно закреплено в ряде европейских стран (Нидерланды, Норвегия, Финляндия, Франция). Законодательство некоторых стран признает за несовершеннолетними, начиная с определенного возраста (12–14 лет), право обращаться за медицинской помощью без согласия родителей в тех случаях, когда это бесспорно соответствует их интересам. Более чем в половине штатов США действует законодательство, предоставляющее несовершеннолетним право самостоятельно, без согласия родителей обращаться за медицинской помощью в случаях беременности, заболевания наркоманией и в некоторых других случаях, когда по вполне понятным причинам дети стремятся скрыть свое состояние от родителей.

В 70-х годах во многих штатах США были приняты законы, в которых необходимым условием правомерности искусственного прерывания беременности несовершеннолетним признавалось согласие одного или обоих родителей. Врачи, участвовавшие в производстве аборта без соблюдения этого условия, подвергались судебным преследованиям. В 1976 г. при рассмотрении дела *Planned Parenthood v. Danforth* Верховный суд США указал, что подобные законы являются конституционными только в том случае, когда несовершеннолетним предоставляется право при несогласии родителей или вместо получения их согласия или уведомления обратиться в суд. В соответствии со стандартами, установленными в решении по делу *Bellotti v. Baird*, судья должен санкционировать производство аборта, если убедится, что несовершеннолетняя достаточно развита для того, чтобы самостоятельно дать согласие на аборт, или если сочтет, что прерывание беременности наилучшим образом отвечает интересам несовершеннолетней. Такие законы критиковались за дискриминацию несовершеннолетних по признаку пола, установление длительной и травмирующей несовершеннолетнюю процедуры.

Хотя по достижении гражданином восемнадцатилетнего возраста он получает дееспособность в полном объеме, возможны ситуации, когда способности гражданина к волевым осознанным действиям могут быть нарушены вследствие заболевания. В данном случае может иметь место признание гражданина недееспособным — если вследствие психического расстройства гражданин не может понимать значения своих действий или руководить ими. Согласие на медицинское вмешательство в отношении данного лица дает опекун. Если же, скажем, происходит улучшение психического состояния гражданина до такой степени, при которой он становится в состоянии руководить своими действиями и нести ответственность, суд вправе вынести решение о признании гражданина дееспособным или об отмене ограничения его дееспособности, а так же отменить опеку и попечительство над таким гражданином.

Состояние здоровья. Законодателем в ряде случаев при определении правового статуса гражданина учитывается состояние здоровья. Прежде всего это касается психического здоровья. Как уже указывалось, гражданин, который страдает психическим заболеванием и не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным. Его правовой статус меняется: он не может лично совершать юридические действия, в том числе обращаться за медицинской помощью, определять ее объем, заключать договор на оказание платных медицинских услуг.

Иногда на права гражданина влияет и наличие соматических заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции. Так, в соответствии со ст. 28 Закона «О здравоохранении» установлены особенности оказания медицинской помощи пациентам, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека. В отношении таких лиц государственными организациями здравоохранения предписано осуществлять специальные меры по оказанию медицинской помощи.

По решению организации здравоохранения с санкции прокурора принудительному освидетельствованию в государственных организациях здравоохранения могут быть подвергнуты лица, в отношении которых есть достаточные основания считать, что они имеют заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека и уклоняются от медицинского освидетельствования. Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения. 7 января 2012 г. принят Закон Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека», определяющий порядок принудительного обследования и лечения отдельных категорий лиц.

Кроме того, в соответствии со ст. 30 Закона «О здравоохранении» на основании постановления органов внутренних дел возможно принудительное обследование лиц в целях установления диагноза хронического алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также по решению суда их принудительное лечение.

Семейное положение. Этот признак имеет важное значение при реализации права на оказание медицинской помощи. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» предусматривает получение согласия супруга в отношении лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения:

- при применении научно обоснованных, но еще не разрешенных к применению методов оказания медицинской помощи;
- при получении согласия на медицинское вмешательство;
- при отказе от оказания медицинской помощи;
- при предоставлении информации о состоянии здоровья пациента.

Семейное положение пациента может иметь значение при определении гражданско-правовой ответственности организации здравоохранения за вред, причиненный здоровью гражданина или за вред, возникший в связи со смертью кормильца.

Также семейное положение может учитываться при реализации репродуктивных прав гражданина. Например, применение вспомогательных репродуктивных технологий допускается только при наличии письменного согласия супруга.

Пол. В законодательстве часто присутствуют нормы, касающиеся отдельных групп граждан, в зависимости от их половой принадлежности. Так, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» регулирует искусственное прерывание беременности, оказание медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в восстановительный период после родов. Ряд норм трудового законодательства содержат особенности труда женщин. В уголовном праве пол учитывается при назначении вида наказания.

Место жительства. Наряду с именем, место жительства позволяет более точно конкретизировать субъекта медицинского права. Довольно часто встречаются случаи полного совпадения имен граждан, включая фамилии и отчества. Однако полное совпадение места жительства при этом встречается крайне редко. Кроме того, в соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» в целях своевременного оказания медицинской помощи граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными организациями здравоохранения по месту их жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения — также и по месту работы, службы или учебы. Порядок оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь вне места их жительства регламентируется постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июня 2002 г. № 29.

Установлено, что скорая медицинская помощь оказывается пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастный случай, травма, отравление, другие состояния и заболевания), и оказывается гражданам Республики Беларусь независимо от места их проживания безотлагательно, беспрепятственно и в полном объеме на территории Республики Беларусь государственной службой скорой медицинской помощи. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая стоматологическую (за исключением зубопротезирования), для всех категорий граждан Республики Беларусь вне места их жительства оказывается беспрепятственно государственными организациями здравоохранения по месту временного проживания граждан. Основанием для оказания такой помощи является письменное заявление граждан о временном их прикреплении для оказания медицинской помощи руководителю государственной организации здравоохранения по месту временного проживания граждан. Стационарная медицинская помощь по направлениям государственных организаций здравоохранения системы Министерства здравоохранения для всех категорий граждан Республики Беларусь вне места их жительства оказывается беспрепятственно

государственными организациями здравоохранения по месту временного проживания граждан, а также организациями здравоохранения областного или республиканского подчинения.

Содержание основных прав пациента. Права пациента можно подразделить на общие права и права пациентов в отдельных направлениях медицинской деятельности (психиатрия, трансплантология, иммунопрофилактика и др.).

Всемирная Медицинская Ассоциация в 1980 году предложила для использования во всех системах здравоохранения перечень конкретных правил взаимоотношений «медработник — пациент», соблюдение которых дает человеку минимальные гарантии контроля за происходящим вокруг него и непосредственно с ним в медицинской организации. С момента, когда данные правила вошли в законодательство, то есть стали обязательными к применению, они получили юридический статус прав человека в сфере медицинской помощи — прав пациента.

Первыми странами, включившими права пациента в свое законодательство, в Европе стали Финляндия и Нидерланды (в середине 80-х годов XX века). Эта модель отношений в сфере медицинской помощи показала свою эффективность и получила очень высокую оценку и пациентов, и медработников. С конца 80-х годов права пациента как обязательная норма отношений в сфере медицинской помощи введены в законодательство всех европейских стран.

Пациент, кроме общих прав гражданина на охрану здоровья, рассмотренных выше, обладает рядом дополнительных прав. Согласно статьи 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» пациент имеет право на:

- получение медицинской помощи;
- выбор лечащего врача и организации здравоохранения;
- участие в выборе методов оказания медицинской помощи;
- пребывание в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям и позволяющих реализовать право на безопасность и защиту личного достоинства;
- уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения;
- получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- выбор лиц, которым может быть сообщена информация о состоянии его здоровья;
- отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных законом;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учетом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения;
- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований;
- реализацию иных прав в соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» и иными актами законодательства.

Знание прав пациентов важно как для медицинских работников, так и для остальных граждан. По мнению Г.Я. Лопатенкова (2002) «в связи с тем, что содержание (совокупность медицинских технологий) и форма (совокупность прав пациентов) оказания помощи категории взаимосвязанные, у пациента имеется возможность влиять на уровень качества помощи через воздействие на уровень соблюдения его прав. Не являясь специалистом в области медицинских технологий, но зная перечень и суть своих прав, сам пациент, и любые заинтересованные в его судьбе лица способны получить представление о том, насколько в конкретном случае можно быть спокойным, по крайней мере, за самый важный параметр жизнедеятельности — за личную безопасность человека».

Ниже мы охарактеризуем права пациента, отраженные в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении».

Право на получение медицинской помощи. Это право обеспечивается системой организации медицинской помощи. Организация медицинской помощи в Республике Беларусь осуществляется на основании устанавливаемых законодательством государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения.

Оказание медицинской помощи пациентам осуществляется на основании клинических протоколов или методов оказания медицинской помощи. Организации здравоохранения обеспечивают оказание пациентам медицинской помощи в соответствии со своими лечебно-диагностическими возможностями, а также в случае необходимости направляя их для получения медицинской помощи в другие организации здравоохранения.

В целях своевременного оказания медицинской помощи граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными организациями здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), а при наличии ведомственных организаций здравоохранения — также и по месту работы (учебы, службы).

Как указывалось выше, граждане Республики Беларусь также имеют право на получение медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения вне их места жительства (места пребывания).

Граждане Республики Беларусь, в случае отсутствия возможности оказания им необходимой медицинской помощи в своем государстве, направляются для получения такой помощи за пределы страны в соответствии с требованиями постановлений Совета Министров Республики Беларусь от 29 октября 1998 г. № 1655.

Право на выбор лечащего врача и организации здравоохранения. Это право является мощным морально-этическим фактором, поскольку не «привязывает» пациента к одному врачу, с которым не достигнуто терапевтическое сотрудничество. Каждый гражданин Республики Беларусь имеет право получить медицинскую помощь в любой организации здравоохранения и у любого медицинского работника частного здравоохранения по своему выбору.

Реально выбор лечащего врача стационара возможен при плановой госпитализации пациента и при предварительном согласовании этого вопроса с заведующим отделением, куда будет осуществлена госпитализация. По нижеперечисленным критериям (оценка должна даваться с учетом совокупности полученных результатов) можно дать приблизительную оценку квалификации лечащего врача (врача поликлиники, стационара, семейного врача, платного врача, консультанта):

- стаж по специальности, предшествующие места работы;

- врачебная квалификационная категория (высшая, первая, вторая), ученая степень (кандидат мед. наук, доктор мед. наук);
- преподавательская работа и ученое звание (ассистент, доцент, профессор);
- заведование отделением или специализированным центром;
- членство в международных медицинских ассоциациях и обществах;
- зарубежные стажировки;
- наличие печатных работ, изобретений по специальности;
- отзывы коллег и пациентов;
- личное впечатление от общения.

Право на участие в выборе методов оказания медицинской помощи. Данное право пациента является свидетельством изменения модели взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками. Доминировавшая длительное время патерналистская модель, когда врач единолично определял лучший для пациента способ и метод лечения, а пациенту была предопределена пассивная роль исполнителя его предписаний, претерпела существенные изменения.

Право на пребывание в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям и позволяющих реализовать право на безопасность и защиту личного достоинства. В любой организации здравоохранения должны быть созданы условия, безопасные с позиций санитарных норм и правил, при которых внешние факторы среды обитания не будут создавать угрозу жизни и здоровью человека. С этой целью организация здравоохранения должна выполнять обязанности, предусмотренные статьей 31 Закона Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Право на уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения. Внимание на необходимость уважительного и гуманного отношения к пациенту обращается законодателем любой страны. Рассматриваемые явления имеют тесную связь с вопросами врачебной этики, деонтологии и биоэтики. Уважение и гуманность медиков по отношению к своим пациентам подразумевают под собой уважение больного человека как личности, которая в связи с заболеванием претерпевает определенные сложности, а также чувство сострадания и человеколюбия по отношению к отдельно взятому пациенту, позволяющие последнему почувствовать, что причина обращения за медицинской помощью близка и понимаема врачом, и что он предпримет все усилия, чтобы помочь человеку. Вместе с тем необходимо заметить, что нарушения в данной области важны как сами по себе, так и в качестве первоосновы для последующих нарушений законодательства о здравоохранении. Будучи порой внешне малозаметными, таковые очень часто лежат в основе профессиональных ошибок и профессиональных преступлений в сфере медицинской помощи.

Получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи. Согласно статьи 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» лечащий врач предоставляет в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья. Эта информация должна включать сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского

вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях.

Информация о состоянии здоровья пациента излагается лечащим врачом в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения. По просьбе несовершеннолетнего, либо в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний по согласованию с его законным представителем, лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния ребенка.

По желанию пациента, уполномоченных им лиц или лиц, которым может предоставляться информация, организации здравоохранения выдают выписки из медицинской документации, справки и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента.

Таким образом, законодательство однозначно решает вопрос, который почему-то до сих пор является предметом дискуссий в медицинской и немедицинской среде на тему «говорить ли больному, что у него рак?». Вместе с тем в законе подчеркнуто, что информация должна сообщаться в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии.

Пациент также должен обладать всей полнотой информации о лечащем враче с тем, чтобы в случае необходимости защитить свои права, обратиться с жалобой или воспользоваться правом выбора другого лечащего врача. Важность данного права объясняется также следующими обстоятельствами:

- является отображением конституционно гарантированных прав и свобод человека в различных областях жизнедеятельности;
- предоставляет пациенту право лечиться у специалиста, к которому он относится с большей степенью доверия.

Право на выбор лиц, которым может быть сообщена информация о состоянии его здоровья. Законом предусмотрено право пациента определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Информация о состоянии здоровья:

- несовершеннолетнего пациента предоставляется его законному представителю;
- недееспособного лица — опекуну;
- пациентов, по состоянию здоровья не способных принять осознанное решение, — супругу или одному из близких родственников (родителям, совершеннолетним детям, родным братьям (сестрам), внукам, деду (бабке).

Право на отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных законом. Это право регламентировано статьей 45 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении».

При отказе пациента от медицинского вмешательства необходимо соблюдать ряд условий:

- пациенту или его законным представителям в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа;

— отказ от медицинского вмешательства, а также от госпитализации с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его законными представителями, а также лечащим врачом.

Пациент имеет также право на отзыв согласия на медицинское вмешательство. Отзыв согласия на простое медицинское вмешательство осуществляется лицами, давшими его. Отметка об отзыве согласия на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинской документации. Согласие на сложное медицинское вмешательство может быть отозвано пациентом за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны, или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента.

Отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство и информация о невозможности удовлетворения отзыва с указанием причин оформляются записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законными представителями и лечащим врачом.

Право на отказ от оказания медицинской помощи и от госпитализации не распространяется на граждан, которые подвергаются принудительному освидетельствованию и принудительной госпитализации и лечению в соответствии со ст.28 и 30 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». Граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, в отношении которых есть достаточные основания полагать, что они имеют заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, вирус иммунодефицита человека, в случае их уклонения от обязательного медицинского освидетельствования по заключению врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения и с санкции прокурора могут быть подвергнуты принудительному медицинскому освидетельствованию в государственных организациях здравоохранения.

Правом на отказ от лечения имеет также гражданин, страдающий психическим расстройством (заболеванием) или его законный представитель, за исключением случаев принудительной госпитализации и лечения.

Основанием для принудительной госпитализации и лечения является решение суда о принудительной госпитализации и лечении. Решение суда о принудительной госпитализации и лечении выносится в случае нахождения лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения, в состоянии, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- его беспомощность;
- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Уклонением от лечения являются:

- отказ от госпитализации в психиатрический стационар;
- несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с его согласия или согласия его законного представителя.

Отказ от медицинского вмешательства или госпитализации может быть вызван причинами религиозного или иного характера (например, автору известен случай отказа от медицинской помощи осужденным, длительное время находившимся в состоянии голодовки и имевшим клинические показания для интенсивной терапии). В таких случаях встает очень непростой вопрос: как поступать врачу в подобных ситуациях и не будут ли расценены действия врача как пассивная эвтаназия? С юридической точки зрения при соблюдении врачом вышеуказанных условий закона «О здравоохранении» медицинские работники ответственности за последствия отказа пациента от лечения не несут. С другой стороны следует помнить о наличии в законе статьи 20, согласно которой пациенту, находящемуся в критическом для жизни состоянии, медицинская помощь должна оказываться в объеме лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь, с проведением необходимых организационных и консультативных мероприятий.

Право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учетом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения. Закон обязывает медработников принять все необходимые меры (а при развитом ныне медицинском рынке это широкий перечень возможностей) по облегчению боли. В то же время существуют определенные проблемы, возникающие при употреблении с целью устранения боли сильных наркотических, анальгетических лекарственных средств. Прежде всего это формирование физической и психической зависимости к наркотику. Поэтому важен правильный выбор анальгетика в разных клинических ситуациях для достижения полноценной анальгезии без побочных эффектов и осложнений, при котором следует руководствоваться основными принципами использования наркотических средств:

- установление показаний к назначению наркотических средств;
- правильный выбор и определение срока терапии наркотическим средством при конкретном болевом синдроме;
- подключение дополнительных ненаркотических средств с целью повышения эффективности и безопасности обезболивания;
- дифференцированный подход к назначению этих дополнительных средств в зависимости от характера болевого синдрома.

Право на допуск к пациенту священнослужителя (при нахождении на стационарном лечении), а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований. Согласно ст. 31 Конституции Республики Беларусь каждый имеет право самостоятельно определять свое отношение к религии, единолично или совместно с другими исповедовать любую религию или не исповедовать никакой, выражать и распространять убеждения, связанные с отношением к религии, участвовать в отпращивании религиозных культов, ритуалов, обрядов, не запрещенных законом. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» создает механизм реализации пациентом его конституционного права на свободу вероисповедания.

Пациент имеет возможность беспрепятственной встречи со священнослужителем в любое время суток. Указана единственная причина по которой администрация лечебной организации может воспрепятствовать отправлению религиозных обрядов — это

случай, когда такие действия могут привести к нарушению нормального функционирования учреждения. Появление в отечественном законодательстве подобного права пациентов отражает движение правовой культуры в направлении европейских стандартов. Основным документом, регулирующим политику в области прав пациентов в Европе, является «Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе» (1994 г.). В ней, в частности, установлено что «... каждый человек имеет право иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения (п. 1.5). В процессе лечения и ухода пациент имеет право на поддержку семьи, родственников и друзей, а также на духовную и пастырскую помощь (п. 5.9)».

Права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре, изложены в Законе Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Пациенту, находящемуся в психиатрическом стационаре, должны быть разъяснены основания и цели его помещения в психиатрический стационар, его права и установленные в психиатрическом стационаре правила. О проведенном разъяснении делается запись в медицинской документации. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

- обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки и соблюдения прав, предоставленных им настоящим Законом и иным законодательством Республики Беларусь;
- подавать обращения в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- встречаться наедине со своими представителями;
- исполнять религиозные обряды; соблюдать религиозные каноны, включая пост; иметь религиозную атрибутику и литературу, не запрещенные законом; встречаться наедине со священнослужителем официально зарегистрированной конфессии;
- выписывать и получать журналы и газеты;
- получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушениями интеллектуального развития, если пациент не достиг восемнадцати лет;
- получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

Пациент также имеет следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом психиатрического стационара в случаях, когда их осуществление представляет непосредственную опасность для этого пациента и (или) окружающих:

- вести переписку;
- получать и отправлять посылки, бандероли, денежные переводы;
- пользоваться телефоном;
- принимать посетителей;
- иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

Обязанности пациента

В юридическом аспекте обязанности пациента — это все его конституционные обязанности гражданина, а также его обязанности соблюдать правила внутреннего

распорядка медицинской организации, в которую он обращается. В соответствии со ст. 42 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» пациент обязан:

- заботиться о собственном здоровье, принимать своевременные меры по его сохранению, укреплению и восстановлению, принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;
- уважительно относиться к работникам здравоохранения и другим пациентам;
- выполнять рекомендации медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинским персоналом при оказании медицинской помощи;
- сообщать медицинским работникам о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека, а также соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами;
- информировать медицинских работников о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, наследственных и перенесенных заболеваниях, об обращениях за медицинской помощью, а также об изменениях в состоянии здоровья;
- соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, бережно относиться к имуществу организации здравоохранения;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные законом и иными актами законодательства.

Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» также содержит положения об обязанностях граждан (в том числе пациентов):

- соблюдать законодательство в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- проводить или участвовать в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- выполнять предписания органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор;
- заботиться о состоянии личного здоровья и здоровья своих детей;
- исполнять иные обязанности, предусмотренные законом и другими актами законодательства.

Белорусское законодательство налагает ряд обязанностей на доноров крови и доноров органов и тканей. Гражданин, давший согласие стать донором крови и ее компонентов, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных им заболеваниях и заболеваниях, которыми он страдает, а также об употреблении им наркотических средств. Донор, давший согласие на пересадку своих органов или тканей, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных либо имеющихся у него болезнях и вредных привычках.

Обязанности пациента отражены также в постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 июня 2002 г. № 32 «Об утверждении типовых правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов» (они соответствуют обязанностям, содержащимся в Законе «О здравоохранении»). Следует иметь в виду, что в локальных актах медицинских организаций могут быть установлены обязанности пациентов, за неисполнение которых они подлежат выписке из лечебных учреждений. При этом необходимо подчеркнуть, что несоблюдение

пациентом правил внутреннего распорядка больничной организации и последовавшая за этим выписка не должны оставить его без медицинской помощи, и руководитель ОЗ совместно с лечащим врачом обязан разъяснить ему порядок лечения в домашних условиях, выписать рецепты на необходимые лекарственные препараты, дать рекомендации о прохождении тех или иных медицинских процедур в амбулаторно-поликлинической организации. Подобная предусмотрительность необходима на тот случай, если впоследствии пациент будет обжаловать действия медицинской организации, ссылаясь на отказ от оказания ему необходимой помощи.

8.1.2. Права и обязанности медицинских работников

Права медицинских работников условно разделяют на две группы. К первой относятся конституционные права, включающие личные, политические, экономические и социальные права, закрепленные в Конституции Республики Беларусь. Вторую группу составляют права, связанные с профессиональной медицинской деятельностью, которые приобретаются при выполнении определенных условий (получение специального образования, достижение определенного профессионального уровня, работа в системе здравоохранения).

Перечень прав и обязанностей медицинских и фармацевтических (далее — медицинских) работников при осуществлении профессиональной деятельности содержится в статьях 50, 51, 56 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении». В соответствии с этими нормами, медицинские работники имеют право на:

- занятие должностей медицинских работников;
- обеспечение условий труда в соответствии с требованиями законодательства о труде;
- защиту профессиональной чести и достоинства;
- присвоение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем профессиональных знаний и практических навыков;
- повышение квалификации и переподготовку за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, а также за счет средств нанимателей и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими своих должностных обязанностей, которое осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- создание медицинских общественных объединений в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- иные права, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

Работникам здравоохранения также гарантируются условия труда, обеспечивающие надлежащее выполнение должностных обязанностей, заработная плата, трудовой отпуск, пенсионное обеспечение, выплата выходного и других единовременных пособий, иные меры материального и социального обеспечения в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Кроме того, местные исполнительные и распорядительные органы в пределах своей компетенции могут осуществлять иные меры по созданию надлежащих условий для осуществления медицинской деятельности и социального обеспечения работников здравоохранения.

В соответствии со ст. 63 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» при угрозе жизни человека медицинские работники имеют право использовать любой вид транспорта, имеющийся в данной обстановке, для проезда к месту его нахождения либо для транспортировки его в ближайшую организацию здравоохранения.

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью имеют лица, получившие специальное образование, постоянно проживающие в Республике Беларусь и соответствующие требованиям, установленным законом Республики Беларусь «О здравоохранении» и иными актами законодательства Республики Беларусь. Право на занятие должности врача-специалиста (провизора-специалиста) имеют лица, получившие высшее медицинское (фармацевтическое) образование и постоянно проживающие в Республике Беларусь, при условии прохождения интернатуры и сдачи после ее прохождения квалификационного экзамена. В некоторых случаях право на занятие должностей медицинских работников имеют лица, не имеющие медицинского образования. Особый порядок допуска к занятию должностей медицинских работников установлен для лиц, получивших медицинское образование за рубежом.

Рассматривая право на обеспечение условий труда в соответствии с требованиями законодательства о труде, следует отметить, что на медицинских работников в полном объеме распространяются требования Трудового кодекса Республики Беларусь, в то же время в соответствии с действующим законодательством имеется ряд особенностей правового регулирования их труда.

Например, с медицинскими и фармацевтическими работниками для работы в районах, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате аварии на Чернобыльской АЭС, в обязательном порядке заключаются трудовые контракты (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 ноября 1998 г. № 1842 и постановление Министерства труда Республики Беларусь от 23 декабря 1998 г. № 107). Для медицинских работников предусмотрены дополнительные гарантии по оплате труда. В частности, Указом Президента Республики Беларусь от 26 декабря 2005 г. № 619 предусмотрено повышение тарифных окладов врачам государственных организаций здравоохранения, имеющим высшую и первую квалификационные категории, осуществляющим высокотехнологичные и сложные медицинские вмешательства, а также интенсивную терапию больных лиц. В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 28 декабря 1999 г. № 770 руководителям организаций, финансируемых из бюджета, предоставлено право устанавливать работникам надбавки в размере до 50% должностного оклада за высокие творческие достижения в работе, сложность и напряженность труда, а также за выполнение особо важных (срочных) работ. Этим же Указом предусмотрено повышение тарифных ставок и должностных окладов до 30% за стаж работы по специальности.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июля 2000 г. № 26 утвержден перечень организаций здравоохранения, подразделений и должностей, за продолжительность непрерывной работы в которых устанавливаются надбавки. Имеется отдельный нормативный документ, регламентирующий оплату труда медицинских работников, выезжающих для работы с учащимися и воспитанниками в места оздоровления — постановление Министерства труда Республики Беларусь от 5 мая 2000 г. № 71.

Особенности исчисления стажа работы по специальности основных категорий специалистов организаций здравоохранения, финансируемых из бюджета,

отражены в постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 ноября 2000 г. № 50.

Законодательством предусмотрено право на компенсации и льготы за особые условия труда медицинских работников. В случае работы по оказанию медицинской помощи, выполняемой медицинскими работниками сверх установленной для них продолжительности рабочего времени, оплата осуществляется за фактически отработанное время: в обычные дни недели в одинарном размере, в государственные праздники и праздничные дни, установленные и объявленные Президентом Республики Беларусь нерабочими, и в выходные дни — в двойном размере. При этом продолжительность указанной работы не должна превышать 900 часов в год, для работающих в организациях здравоохранения, расположенных в зонах радиоактивного загрязнения в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также врачей участковых больниц и амбулаторий, расположенных в сельской местности — 1800 часов в год.

Право на защиту профессиональной чести и достоинства может быть реализовано в случае различных обвинений медицинского работника не только со стороны пациентов, но и со стороны нанимателя с целью увольнения или перевода с должности и со стороны коллег в случае публичной критики методов лечения или деятельности какого-либо врача. Для обеспечения этого права важны механизмы его реализации. Наиболее распространенным способом защиты чести и достоинства в настоящее время является судебный, который требует больших материальных и временных затрат, что не всегда удовлетворяет граждан, в том числе медицинских работников. Для полноценной реализации права на защиту профессиональной чести и достоинства предлагается развивать административный и общественный механизмы.

По мнению российских ученых административный механизм может быть реализован посредством создания конфликтных комиссий при администрациях организаций здравоохранения. Такие комиссии должны рассматривать претензии к медицинским работникам со стороны пациентов. Решение конфликтной комиссии не в пользу пациента не лишает его права дальнейшего обращения в суд, однако при квалифицированном разборе значительная часть подобных конфликтов разрешается без привлечения суда. Большую роль в реализации права на защиту профессиональной чести и достоинства должны играть общественные организации, в том числе профессиональные союзы и ассоциации по защите прав медицинских работников. Ряд авторов предлагает осуществлять функции защиты прав медицинских работников в рамках деятельности комитетов по этике. На наш взгляд, это несколько противоречит требованиям белорусского законодательства. Так, в соответствии со ст. 48 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» комитеты (комиссии) по вопросам медицинской этики и деонтологии могут создаваться в целях защиты прав пациентов для участия в разработке норм медицинской этики и деонтологии, а также рассмотрения вопросов, связанных с нарушением этих норм. Таким образом, можно полагать, что защита прав медицинских работников комитетами (комиссиями) по этике может осуществляться лишь косвенно.

Медицинские работники имеют право на присвоение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем профессиональных знаний и практических навыков. В настоящее время данное право реализуется достаточно активно, так как наличие квалификационной категории является основанием для дополнительных

финансовых выплат. Порядок присвоения квалификационных категорий медицинским работникам регламентируется постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2008 г. № 232. В инструкции, утвержденной этим документом, установлен перечень квалификационных документов, порядок работы квалификационных комиссий, проведения квалификационного экзамена на присвоение квалификационных категорий медицинским работникам, действия квалификационных категорий, лишения и снижения квалификационных категорий, обжалования решений квалификационных комиссий.

Для обеспечения права медицинских работников на повышение квалификации и переподготовку постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2004 г. № 31 утверждена Инструкция о порядке организации повышения квалификации и переподготовки работников системы здравоохранения. В соответствии с этим документом головным учреждением образования по всем направлениям и видам повышения квалификации и переподготовки кадров для работников с высшим и средним специальным медицинским образованием является Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Обязательное периодическое повышение квалификации руководителей и специалистов системы здравоохранения осуществляется не реже 1 раза в 5 лет. Органы здравоохранения обязаны создавать условия медицинским и фармацевтическим работникам для повышения их профессиональных знаний. Врачи, провизоры, средний медицинский и фармацевтический персонал, не работавшие по своей профессии более трех лет, допускаются к медицинской и фармацевтической деятельности только после прохождения переподготовки. Переподготовка — это образовательный процесс по приобретению новой квалификации соответствующего профиля работниками, имеющими высшее (среднее специальное) медицинское (фармацевтическое) образование. Повышение квалификации — образовательный процесс, направленный на углубление и повышение качества профессиональных знаний, умений и навыков работников по ранее полученной специальности.

Повышение квалификации и переподготовка кадров проводятся по направлениям органов государственного управления и организаций здравоохранения в соответствии с годовыми планами и заключенными договорами, а также по заявлениям специалистов. Ответственность за своевременное прохождение повышения квалификации и переподготовку врачей (провизоров) несут руководители соответствующих органов государственного управления здравоохранением и руководители организаций.

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» медицинский работник имеет право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими своих должностных обязанностей, которое осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

На наш взгляд, формулировка законодателем данного права вызывает у медицинских работников и юристов много вопросов и не позволяет его реализовывать полноценно. Проблема состоит в том, что юридического понятия врачебной (или профессиональной врачебной) ошибки нет. Хотя с другой стороны, рассматриваемую норму закона можно считать своего рода формулировкой данного понятия:

«профессиональная ошибка медицинского работника — такое деяние, в результате которого причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанное с небрежным или халатным выполнением медицинским работником должностных обязанностей». Тем не менее, эта формулировка недостаточно отражает смысл врачебной ошибки. Вероятно, разработчики закона ориентировались на отсутствии в действиях врача вины (умысла или неосторожности), но применили не совсем корректное словосочетание «небрежное или халатное выполнение медицинским работником должностных обязанностей». На наш взгляд, в перечень прав медицинских работников следует включить право на страхование профессиональной ответственности. Наиболее оптимальным вариантом видится принятие отдельного закона «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников», в котором следует определить механизм обязательного страхования профессиональной ответственности за вред, причиненный здоровью или жизни пациента, а также установить источники получения финансовых средств для выплаты страховых взносов.

Статья 51 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» определяет обязанности медицинских и фармацевтических работников. Медицинские и фармацевтические работники обязаны:

- квалифицированно выполнять свои профессиональные обязанности;
- хранить врачебную тайну;
- уважительно и гуманно относиться к пациентам, соблюдать их права;
- соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии;
- повышать уровень профессиональных знаний;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством.

Медицинские (фармацевтические) работники обязаны также оказывать скорую (неотложную) медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения.

В ст. 17 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» закреплены права и обязанности лечащего врача. Лечащим врачом является врач-специалист, который организует и оказывает медицинскую помощь пациенту в период его медицинского наблюдения и лечения в организации здравоохранения, а в случае необходимости:

- направляет пациента для оказания ему медицинской помощи к другим врачам-специалистам, работающим в данной организации здравоохранения;
- предоставляет пациенту или его законным представителям, информацию о состоянии его здоровья;
- ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости проведения врачебных консультаций (консилиумов);
- ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости направления пациента в другие организации здравоохранения;
- осуществляет другие мероприятия, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

В случае несоблюдения пациентом врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов (далее — правила внутреннего распорядка для пациентов) лечащий врач с разрешения руководителя организации здравоохранения может отказаться от оказания медицинской помощи пациенту, если это не угрожает жизни пациента или здоровью окружающих.

Ответственность за организацию дальнейшего оказания медицинской помощи пациенту возлагается на руководителя организации здравоохранения.

Похожая статья имеется и во вновь принятом Законе Республике Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» от 7 января 2012 г.: согласно статьи 26 в случае несоблюдения пациентом врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка врач-специалист с разрешения руководителя организации здравоохранения может отказаться от оказания психиатрической помощи этому пациенту, за исключением случаев наличия у пациента психического расстройства (заболевания), которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- беспомощность пациента, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

Ответственность за организацию дальнейшего оказания психиатрической помощи пациенту возлагается на руководителя организации здравоохранения.

В Законе Республике Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» подчеркнута независимость врача при принятии своих решений при оказании психиатрической помощи. Согласно ст. 27 указанного закона врач при принятии решений «руководствуется медицинскими показаниями, врачебным долгом, требованиями медицинской этики и деонтологии и актами законодательства».

К дополнительным обязанностям медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь, относится обязанность при выявлении злоупотреблений, допущенных в отношении пациента его законным представителем, и (или) при выявлении фактов невыполнения законным представителем пациента своих обязанностей принять меры по извещению об этом органа опеки и попечительства по месту жительства (месту пребывания) пациента.

Регламентация прав и обязанностей медицинских работников также нашла отражение в Законе Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека» от 7 января 2012 г. Так, в соответствии со статьей 25 указанного закона медицинские работники при оказании медицинской помощи пациенту имеют право на:

- обеспечение средствами индивидуальной защиты от инфицирования социально опасными заболеваниями, ВИЧ;
- обеспечение безопасности при применении специальных мер по оказанию медицинской помощи.

В соответствии с указанным законом медицинские работники при оказании медицинской помощи пациенту обязаны в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, создавать условия для осуществления пациентом его прав, в том числе:

- обеспечивать пациента необходимой медицинской помощью;
- хранить врачебную тайну;
- предоставлять возможность ознакомления с текстом Закона «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека», правилами внутреннего распорядка для пациентов организации здравоохранения, адресами и телефонами

государственных органов, общественных объединений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

– обеспечивать возможность осуществления пациентами прав, предусмотренных законодательством.

Таким образом, в действующих нормативных правовых актах правовой статус медицинского работника в целом определен, однако в ряде случаев права медицинского работника носят общий характер, не всегда являются специфическими и перекликаются с правами работников, определенными Трудовым кодексом Республики Беларусь. Для полноценной реализации некоторых прав медицинских работников необходимо уточнение и детализация существующих правовых норм.

8.1.3. Информированное согласие на медицинское вмешательство

Вопрос информированного согласия на медицинское вмешательство является центральным в системе юридического обеспечения медицинской деятельности. Добровольное согласие информированного пациента является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства. Тем не менее, более чем в половине так называемых «врачебных дел», которые расследуются по поводу неблагоприятных исходов медицинских вмешательств, в той или иной мере имеются погрешности в процедуре получения информированного согласия пациента. С точки зрения медицинского права под информированным согласием на медицинское вмешательство следует понимать добровольное, компетентное принятие пациентом предложенного варианта лечения, основанное на получении им полной, объективной и всесторонней информации о предстоящем лечении, его возможных осложнениях и альтернативных методах лечения.

Термин «добровольное согласие» появился во второй половине 40-х годов, после Нюрнбергского процесса, когда внимание акцентировалось на добровольном участии испытуемых в проведении медицинских экспериментов. Распространение термина «информированное согласие» получило после судебного иска М. Сальго против Стэнфордского университета (США, 1957 г.). Пациент, парализованный в результате транслюмбальной аортографии, выиграл данный процесс. В суде выяснилось, что если бы пациент был информирован о возможности такого осложнения, то он не дал бы согласие на проведение аортографии.

По общему правилу пациент не обязан подвергаться какому-либо лечению. Чтобы дать согласие на проведение какой-либо процедуры, пациент должен быть проинформирован о своем состоянии и прогнозе развития заболевания, о сущности, назначении и характере процедуры, связанных с ней болевых ощущениях и неудобствах, вероятности благоприятного исхода, возможных рисках, альтернативах и последствиях отказа от лечения, знать имена и квалификацию медицинского персонала.

Информация о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов сообщается их родителям, усыновителям, опекунам, попечителям (т.е. законным представителям); о состоянии здоровья лиц, признанных в установленном порядке недееспособными — их опекунам; информация о состоянии здоровья лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения — супругу или одному из близких родственников (родителям, совершеннолетним детям, родным братьям (сестрам), внукам, деду (бабке). Совершеннолетний пациент вправе

определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Информация должна сообщаться в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения.

Определенную этическую проблему составляют случаи необходимости информирования неизлечимо больного пациента. С юридической точки зрения пациенту необходимо предоставить полную и правдивую информацию. Речь может идти о распоряжении по поводу своего имущества, оформления брачных отношений, развода, завершения начатой работы и др. С другой стороны, имеются многочисленные сторонники (как правило, врачи) принципа «ложь во благо», согласно которого «врачебная правда — только та, которая полезна больному». Действительно, от подхода врача к сообщению больному правды о прогнозе его болезни зависит очень многое. Когда раненый на дуэли А.С. Пушкин спрашивал у каждого из своих врачей (а их было пять), каковы его перспективы, выдающийся хирург и лейб-медик А.А. Арендт ответил кратко: «Надежд на Ваше выздоровление я не имею». А В.И. Даль, врач и писатель, сказал: «Дела тяжелые, но мы, брат Пушкин, на тебя надеемся!» И именно Даль принял последний вздох Пушкина, и ему был завещан простреленный на дуэли сюртук, который хранился у В.И. Даля как реликвия до самой его смерти.

Причины, влияющие на добровольность информированного согласия:

- принуждение к согласию путем угроз;
- психологическое давление, оказываемое со стороны родственников, иных лиц;
- служебная зависимость;
- давление со стороны медицинского персонала, утверждающего о возможности отказа в дальнейшем в проведении данного медицинского вмешательства.

Принуждение к согласию путем угроз может быть проиллюстрировано примерами из практики в области трансплантологии.

Фактор служебной зависимости наглядно выходит на первый план в военно-медицинской практике. Высокая посещаемость медпункта в дни донора, когда более 90% всего личного состава дают кровь, на первый взгляд свидетельствует о высокой степени сознательности солдат, однако нередко имеют место случаи недобровольного принятия решения о сдаче крови.

Медицинским вмешательством считается любое воздействие и (или) иная манипуляция, выполняемые медицинским работником при оказании медицинской помощи.

Формы выражения информированного согласия — устная и письменная. Согласно ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» согласие на простое медицинское вмешательство дается устно, но отметка об этом делается медицинским работником в медицинских документах. Несовершеннолетние в возрасте от шестнадцати до восемнадцати лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство. Перечень простых медицинских вмешательств установлен постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 мая 2011 г. № 49.

Письменное согласие пациента обязательно для сложных медицинских вмешательств. Согласие оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом, либо его законными представителями (в отношении

несовершеннолетних и недееспособных), супругом или близкими родственниками (в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения).

В случае, если сложное медицинское вмешательство должно быть выполнено срочно (неотложно), а законные представители пациента, супруг или близкие родственники отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается врачебным консилиумом, а при невозможности его проведения — лечащим врачом с оформлением записи в медицинских документах. Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное сложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также законных представителей пациента, супруга или близких родственников.

Письменная форма выражения согласия пациента на медицинское вмешательство регламентирована также требованиями закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека»: донор дает письменное согласие, удостоверенное нотариально, реципиент также выражает свою волю о согласии на пересадку органа или тканей в письменной форме.

Письменное согласие пациента на медицинское вмешательство может иметь вид соответствующей записи в истории болезни, заверенной подписью самого пациента, отдельной расписки или заявления, подписанного пациентом.

Такое заявление представляет собой личное письменное свидетельство пациента о том, что он понял цель операции, смысл ее этапов и предоперационного обследования, осознал необходимость послеоперационного лечения, соблюдения режима и выполнения рекомендаций врача. В заявлении должно быть выражено согласие на риск, на возможные изменения первоначального плана лечения и неприятные ощущения, сопровождающие лечение. Пациент также должен заявить об информированности об альтернативных вариантах лечения, возможных результатах.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента. Отзыв согласия оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом, либо его законными представителями (в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения — супругом или близкими родственниками).

Пациент, либо его представители имеют право отказаться от госпитализации, медицинского вмешательства или потребовать их прекращения. В таком случае в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ от медицинского вмешательства, а также от госпитализации с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его представителями, а также лечащим врачом.

Согласие на оказание психиатрической помощи дается и оформляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. «Об оказании психиатрической помощи». В соответствии со статьей 17 указанного закона при добровольном обращении за оказанием психиатрической помощи пациент или его законный представитель дают согласие на оказание психиатрической

помощи, которое оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом. Несовершеннолетнему пациенту в возрасте до четырнадцати лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается в порядке, установленном законом, с письменного согласия законного представителя.

В случае возражения одного из родителей, усыновителей (удочерителей) несовершеннолетнего пациента в возрасте до четырнадцати лет или при их отсутствии либо отсутствии иного его законного представителя, а также при отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оказание психиатрической помощи осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

Основанием для принудительной госпитализации и лечения лица, страдающего психическим заболеванием, является решение суда о принудительной госпитализации и лечении (статья 36 Закона «Об оказании психиатрической помощи»). Решение суда о принудительной госпитализации и лечении выносится в случае нахождения лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения, в состоянии, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- его беспомощность;
- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Уклонением от лечения являются:

- отказ от госпитализации в психиатрический стационар;
- несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с согласия пациента или согласия его законного представителя.

Таким образом, к основным принципам информированного согласия пациента относятся следующие:

- информированное согласие — это право пациента и обязанность медицинского работника, осуществляющего медицинское вмешательство;
- информированное согласие необходимо получать на любой вариант медицинского вмешательства, начиная от измерения артериального давления и заканчивая сложной хирургической операцией;
- получение информированного согласия свидетельствует об уважении прав и законных интересов пациента;
- информированное согласие обуславливает активное участие самого больного в процессе лечения;
- благодаря информированному согласию повышается степень ответственности медицинского работника при оказании медицинской помощи.

8.1.4. Врачебная тайна

Врачебная тайна — защищаемые в соответствии с законодательством сведения о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти и информация о результатах патологоанатомического исследования.

Пациенты являются одной из «уязвимых» категорий субъектов права, поскольку они, как правило, не обладают профессиональными знаниями в области медицины. Они веряют врачам информацию о своей частной сфере, несанкционированное распространение которой может причинить им значительный ущерб, а также такие бесценные блага, как жизнь и здоровье, и имеют ограниченные возможности самостоятельного осуществления своих прав и их защиты.

Исторически институт врачебной тайны берет начало у этики Гиппократов, однако не во все времена он соблюдался. Известный музей Санкт-Петербурга Кунсткамера пополнялся экспонатами врожденных уродцев, в том числе посредством разглашения врачебной тайны. Во времена Петра I повивальным бабкам под угрозой уголовной ответственности было предписано доносить о подобных случаях в их практике. Первый народный комиссар здравоохранения Н.А. Семашко выступал против врачебной тайны: «Врачебной тайны не должно быть. Это вытекает из нашего основного лозунга, что болезнь не позор, а несчастье». В дальнейшем, оставив государственную службу, он признавал ошибочность отрицания врачебной тайны, однако такой подход сохранялся в советском здравоохранении вплоть до 1970 г.

Основные субъекты сохранения врачебной тайны:

- лица с высшим медицинским или фармацевтическим образованием (врачи, провизоры);
- лица со средним медицинским или фармацевтическим образованием (фельдшеры, медицинские сестры, фармацевты);
- младший медицинский персонал (санитары, няни);
- лица, находящиеся в процессе обучения (студенты медицинских вузов и колледжей);
- немедицинский персонал организации здравоохранения (работники кадровых, юридических, финансовых, хозяйственных служб и др.);
- должностные лица органов управления здравоохранением (главные врачи, руководители структурных подразделений министерств, управлений, комитетов здравоохранения);
- сотрудники правоохранительных органов, которым информация, составляющая врачебную тайну, стала известной в силу профессиональных обязанностей.

В соответствии со статьей 46 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими (фармацевтическими) работниками распространяется также на лиц, которым в установленном законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Случаи правомерного разглашения врачебной тайны (без согласия пациента или его законных представителей):

- по запросу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, осуществления в пределах их компетенции контроля за правильностью ее оказания или при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора;

- по запросу организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

- по письменному запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

- по запросу органов внутренних дел о явке (неявке) лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, в государственную организацию здравоохранения для прохождения медицинского осмотра, а также о прохождении (непрохождении) этим лицом медицинского осмотра;

- по письменному запросу органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, в связи с осуществлением такой деятельности.

Кроме случаев, указанных выше, без согласия лица, обязанного возмещать расходы, затраченные государством на содержание детей, находящихся на государственном обеспечении, государственная организация здравоохранения предоставляет засвидетельствованную копию заключения врачебно-консультационной комиссии о наличии либо отсутствии заболеваний, при которых родители не могут выполнять родительские обязанности:

- по запросу управлений (отделов) образования местных исполнительных и распорядительных органов — в случаях, когда дети находятся на государственном обеспечении в детских домах семейного типа, опекунских семьях, приемных семьях;

- по запросу детских интернатных учреждений, детских деревень (городков), государственных специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации, государственных учреждений, обеспечивающих получение профессионально-технического, среднего специального, высшего образования, — в случаях, когда дети находятся на государственном обеспечении в этих учреждениях;

- по запросу прокурора.

При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, информация, составляющая врачебную тайну, сообщается в правоохранительные органы.

8.2. Особенности правового регулирования труда медицинских работников

Трудовые отношения, складывающиеся между нанимателем и медицинским работником, регулируются в первую очередь Трудовым кодексом Республики Беларусь, а также рядом подзаконных документов, в том числе ведомственных. Знание основных положений трудового законодательства необходимо каждому, в особенности руководителю любого уровня. В рамках данной главы мы рассмотрим самые важные правила регулирования трудовых отношений, вызывающие вопросы у практических работников.

Заключение трудового договора. Трудовой договор — это соглашение между работником и нанимателем, в соответствии с которым работник обязуется выполнять работу по одной определенной или нескольким профессиям и соблюдать внутренний трудовой распорядок, а наниматель обязуется предоставлять работнику обусловленную трудовым договором работу, обеспечивать условия труда, своевременно выплачивать заработную плату. В настоящее время предусмотрено только письменная форма заключения трудового договора. По сроку действия трудовые договоры можно подразделить на срочные и договоры, заключаемые на неопределенный срок. К разновидности срочных трудовых договоров относятся контракты, которые в последнее время стали заключаться очень широко.

Заключение трудового договора допускается с лицами, достигшими шестнадцатилетнего возраста, однако при наличии письменного согласия одного из родителей трудовой договор может быть заключен с лицами, достигшими 14 лет. При этом должно соблюдаться следующее условие: выполнение легкого труда, не нарушающее процесса обучения. В области охраны труда, рабочего времени, отпусков и некоторых других условий труда несовершеннолетние пользуются гарантиями, установленными Трудовым кодексом. Так, запрещается привлекать работников моложе восемнадцати лет к ночным и сверхурочным работам, работам в государственные праздники, праздничные и выходные дни; трудовые отпуска предоставляются в летнее время или, по желанию несовершеннолетнего, в любое другое время года; заработная плата работникам моложе восемнадцати лет при сокращенной продолжительности ежедневной работы выплачивается в таком же размере, как работникам соответствующих категорий при полной продолжительности ежедневной работы.

Трудовой договор по соглашению сторон может быть заключен с условием предварительного испытания, срок которого не может превышать трех месяцев (не считая периода временной нетрудоспособности и других периодов, когда работник отсутствовал на работе). Предварительное испытание не устанавливается:

- для работников, не достигших восемнадцати лет;
- молодых рабочих по окончании профессионально-технических учебных заведений;
- молодых специалистов по окончании высших и средних специальных учебных заведений;
- инвалидов;
- временных и сезонных работников;
- при переводе на работу в другую местность либо к другому нанимателю;
- при приеме на работу по конкурсу, по результатам выборов;
- в других случаях, предусмотренных законодательством.

Как работник, так и наниматель имеет право расторгнуть трудовой договор до истечения срока предварительного испытания (предупредив письменно другую сторону за три дня) или в день истечения этого срока. При этом наниматель обязан указать причины, послужившие основанием для признания работника не выдержавшим испытания.

Особенности контрактной системы найма работников. Широкое распространение трудового контракта как специфического вида трудового договора в Беларуси началось с принятия Декрета Президента Республики Беларусь от 26 июля 1999 г. № 29 «О дополнительных мерах по совершенствованию трудовых отношений,

укреплению трудовой и исполнительской дисциплины», который предоставил нанимателям право заключать контракты с любыми категориями работников. До этого момента контракты могли заключаться только с отдельными категориями работников (государственными служащими, руководителями организаций, научными работниками и некоторыми другими).

Контракт отличается от обычного трудового договора следующими признаками:

- он всегда заключается на определенный срок;
- содержит особенности по сравнению с общими нормами законодательства о труде, которые могут как улучшать, так и ухудшать правовое положение работника. К особенностям, которые предусматриваются в контракте и ухудшают положение работника, можно отнести: срочный характер контракта, невозможность увольнения работника по собственному желанию, включение в контракт дополнительных оснований его расторжения по инициативе нанимателя, особые случаи лишения премии работника. К пунктам, которые улучшают правовое положение работника, по сравнению с общими нормами законодательства о труде относят: предоставление дополнительного поощрительного отпуска до 5 календарных дней, повышение тарифной ставки до 50%, также могут предусматриваться иные дополнительные меры стимулирования труда;
- контракт предусматривает, что работнику выплачивается минимальная компенсация за ухудшение его правового положения при досрочном расторжении контракта по вине нанимателя. Данная особенность не распространяется на лиц, имеющих право на трудовую пенсию (кроме пенсии по инвалидности и по случаю потери кормильца).

По общему правилу, контракты заключаются на срок от 1 до 5 лет. Перевод на контракт должен быть обоснован, мотивирован. Просто так, без оснований «переводить» работника на контракт неправомерно. Нормы законодательства указывают — для перехода на контракт в наличии должны быть обоснованные: а) производственные, б) организационные, либо в) экономические причины. Возможны ситуации, когда в наличии будет присутствовать весь комплекс причин — и производственных, и организационных, и экономических. Однако не будет противоречить законодательству и наличие только одного рода причин, например, только экономических, только организационных или только производственных.

Перевод работника на контракт является изменением существенных условий труда. Поэтому при заключении контракта с работником, ранее принятым по трудовому договору на неопределенный срок, наниматель обязан предупредить работника об изменении существенных условий труда письменно не позднее, чем за один месяц. Если по истечении срока предупреждения работник согласился перейти на контрактную форму найма, то наступает следующая стадия — подписание трудового контракта. Перед подписанием трудового контракта работник и наниматель должны согласовать условия проекта трудового контракта, подготовленного нанимателем. Следует иметь в виду, что работник может предлагать нанимателю включить в контракт более выгодные для себя условия по отдельным пунктам трудового контракта. Наниматель может соглашаться, а может и не принимать предложения работника. Важно соблюдать правило — должны быть выдержаны и соблюдены все минимальные стандарты трудового законодательства.

При отказе работника заключить контракт, наниматель по истечении месячного срока предупреждения вправе издать приказ о прекращении трудового

договора по п.5 ст. 35 ТК. Увольнение по данному основанию требует, чтобы работнику было выплачено выходное пособие в размере не менее двухнедельного среднего заработка.

Трудовой контракт может быть прекращен по следующим группам оснований:

- по основаниям, установленным ТК (ст. 35, 47 и др.);
- по дополнительным основаниям, предусмотренным в пп. 2.10 Декрета № 29;
- по основаниям, предусмотренным специальным законодательством о контрактах с отдельными категориями работников.

Декрет № 29 предусматривает, что действие контрактов может быть прекращено до истечения их срока по основаниям, предусмотренным не только законодательством, но и контрактами. Однако на практике данная норма толкуется ограничительно.

Дополнительно к обязательным условиям, включаемым в трудовой договор в соответствии со ст. 19 ТК, контракт должен предусматривать:

- срок и периодичность (не реже одного раза в месяц) выплаты заработной платы;
- обеспечение нанимателем повышения квалификации работников;
- проведение аттестации не реже одного раза в три года, если Президентом Республики Беларусь не установлен иной срок;
- зависимость мер поощрения от соблюдения правил внутреннего трудового распорядка;
- дополнительные меры стимулирования труда (в том числе предоставление дополнительного оплачиваемого отпуска с сохранением заработной платы до пяти календарных дней; повышение тарифной ставки, но не более чем на 50%, если больший размер не предусмотрен законодательством);
- уменьшение (лишение) премий всех видов независимо от привлечения к дисциплинарной ответственности за отсутствие на рабочем месте без уважительной причины, несвоевременное выполнение или невыполнение трудовых обязанностей без уважительных причин; за использование государственного имущества не в служебных целях;
- уменьшение работнику отпуска в соответствующем году на число дней прогула или умышленного неисполнения им трудовых обязанностей более трех часов в течение рабочего дня без уважительных причин (при этом отпуск должен быть не менее 21 календарного дня);
- полную материальную ответственность за ущерб, причиненный нанимателю по вине работника излишними денежными выплатами (за исключением случаев счетной ошибки), неправильным учетом и хранением материальных или денежных ценностей, их хищением, уничтожением;
- возможность понижения в классе (звании) за нарушение правил внутреннего трудового распорядка.

В п. 2.10 Декрета № 29 сформулированы 10 дополнительных оснований расторжения контракта по инициативе нанимателя по сравнению с основаниями, предусмотренными законодательством о труде. Эти основания являются дополнительными, поскольку применяются к работникам, работающим на основании контрактов, дополнительно к общим (ст. 35 ТК) и дополнительным основаниям (ст. 47 ТК), предусмотренным в ТК. Все основания расторжения контракта, содержащиеся

в п. 2.10 Декрета № 29, связаны с инициативой нанимателя, поэтому волеизъявление работника в этих случаях юридического значения не имеет:

- нарушение без уважительных причин порядка и сроков выплаты заработной платы, пенсий и (или) пособий;
- причинение в связи с исполнением трудовых обязанностей государству, юридическим и (или) физическим лицам имущественного ущерба, установленного вступившим в законную силу решением суда или решением о привлечении к административной ответственности, принятым иным уполномоченным государственным органом (должностным лицом);
- неоднократное нарушение установленного законодательством порядка рассмотрения обращений граждан, а также неправомерный отказ в рассмотрении относящихся к компетенции соответствующего государственного органа обращений граждан;
- незаконное привлечение к ответственности граждан и юридических лиц;
- неоднократное представление в уполномоченные органы неполных либо недостоверных сведений;
- непринятие необходимых мер для своевременного поступления выручки по экспортным контрактам или оплаченного товара по импортным и бартерным контрактам;
- не обеспечение надлежащей трудовой дисциплины подчиненных, а равно сокрытие фактов нарушения ими трудовой и исполнительской дисциплины либо не привлечение без уважительных причин виновных лиц к установленной законодательством ответственности за такие нарушения;
- распитие спиртных напитков, употребление наркотических или токсических веществ в рабочее время или по месту работы;
- нарушение правил по охране труда и технике безопасности, повлекшее увечье или смерть другого работника;
- непринятие без уважительных причин в срок, установленный законными предписаниями правоохранительных или контрольных органов, мер по устранению выявленных нарушений, а также по возмещению материального ущерба, причиненного государству в результате нарушения действующего законодательства.

Изменение трудового контракта. После заключения контракта могут возникнуть различные причины и обстоятельства для его изменения. Это перевод на другую работу в порядке повышения по службе, в порядке трудоустройства при сокращении прежней должности, переезд вместе с нанимателем в другую местность, поручение работы в другом структурном подразделении, изменение режима работы организации и др. Поскольку контракт является разновидностью срочного трудового договора, то на отношения, связанные с изменением контракта, распространяются все правила Трудового кодекса об изменении трудового договора, включая нормы о переводах, перемещениях и изменении существенных условий труда.

Продление контракта на новый срок и его преобразование в бессрочный трудовой договор. В момент истечения срока контракта стороны могут принять одно из следующих решений:

- 1) продлить контракт или перезаключить его на новый срок;
- 2) преобразовать его в бессрочный трудовой договор;
- 3) прекратить трудовые отношения в связи с истечением срока контракта (по п. 2 ст. 35 ТК).

Продление или перезаключение контракта возможно только при наличии обоюдного согласия сторон. Если хотя бы одна из сторон возражает против такого решения, сторонам следует рассмотреть другие варианты поведения (перейти на бессрочный трудовой договор или прекратить трудовые отношения). Процедура продления (перезаключения) трудового контракта следующая: работник, как правило, подает соответствующее заявление нанимателю, последний издает приказ. При продлении контракта, на его последней странице, вносится (отпечатывается) запись о продлении контракта с указанием срока и под ней расписываются работник и наниматель, либо его уполномоченное должностное лицо.

Перезаключение контракта может быть обусловлено необходимостью приведения его в соответствие с изменившимся законодательством, решением сторон внести в его текст те или иные изменения, отсутствием места для внесения записей о продлении и другими причинами.

Продление контракта в пределах максимального срока его действия (по общему правилу — 5 лет) осуществляется по соглашению сторон на срок не менее одного года. На меньший срок контракт продлевается с письменного согласия работника. По истечении максимального срока действия контракта, а также в случае перевода работника с его согласия на другую работу по договоренности сторон заключается новый контракт на срок не менее одного года.

Каждая из сторон, заключивших контракт, не позднее, чем за две недели до истечения срока его действия письменно предупреждает другую сторону о решении продолжить или прекратить трудовые отношения.

С работающей женщиной, находящейся в отпуске по беременности и родам или находящейся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет, контракт продлевается или заключается на срок не менее чем до окончания указанных отпусков. С работником предпенсионного возраста (женщины — 53 года, мужчины — 58 лет), добросовестно работающим и не допускающим нарушений трудовой и исполнительской дисциплины контракт продлевается или заключается на срок не менее чем до достижения общеустановленного пенсионного возраста (женщины — 55 лет, мужчины — 60 лет) и получения им права на пенсию по возрасту.

Контракты с беременными женщинами, женщинами, имеющими детей в возрасте до 3 лет (детей-инвалидов — до 18 лет), трудовые договоры с которыми были заключены на неопределенный срок, не заключаются, если они не дали согласия на заключение таких контрактов. Контракт с беременной женщиной с ее согласия продлевается на период беременности либо иной срок по соглашению сторон.

Преобразование контракта в трудовой договор на неопределенный срок возможно двумя способами в зависимости от юридических фактов, влекущих подобные правовые последствия:

а) активное волеизъявление работника и нанимателя. Оно оформляется подобно продлению контракта: работник подает нанимателю заявление с просьбой о заключении с ним бессрочного трудового договора; наниматель издает приказ о заключении такого договора и стороны подписывают обычный трудовой договор на неопределенный срок.

б) молчаливое согласие сторон на преобразование контракта в бессрочный трудовой договор. Законодательство в этом случае действует по принципу: молчание —

знак согласия. Если по истечении срока действия контракта трудовые отношения фактически продолжаются и ни одна из сторон не потребовала их прекращения, то контракт преобразуется в трудовой договор, заключенный на неопределенный срок.

8.3. Юридическая ответственность и правонарушения: основные понятия

Юридическая ответственность — одна из форм социальной ответственности. Сущность социальной ответственности состоит в обязанности индивида выполнять требования, предъявляемые к нему обществом, государством, людьми. Кроме юридической в обществе действуют и иные формы социальной ответственности: моральная, политическая, организационная, общественная, партийная и иная. Организационная и политическая ответственности знают такие формы как отчет, отставка, моральная — осуждение общественным мнением, партийная — исключение из партии и т.п. В совокупности все эти виды и предназначаются для обеспечения упорядоченности, стабильности общественных отношений в различных сферах жизнедеятельности общества.

Юридическая ответственность — это установленные законом меры воздействия на правонарушителя, содержащие неблагоприятные для него последствия, применяемые государственными органами в порядке, также установленном государством.

Юридическая ответственность, являясь одной из форм социальной ответственности, в то же время по целому спектру признаков отличается от всех других видов:

- она всегда оценивает прошлое: это ответственность за действие (бездействие), которое уже имело место, произошло, то есть юридическая ответственность — ответственность ретроспективная. Этим юридическая ответственность отличается от организационной, политической и других видов ответственности, обращенных в будущее (например, в постановлении какой-либо общественной организации определяется, что «товарищ К. отвечает за проведение мероприятия»). Здесь налицо либо организационная, либо политическая ответственность и речь идет об ответственности товарища К. в будущем, если это мероприятие будет сорвано;

- юридическая ответственность устанавливается за нарушение правовых требований, а не за их выполнение. Весьма часто можно встретить штампы, когда «прописывают» в законопроектах ответственность за соблюдение правовых положений: за достоверную информацию (а надо за недостоверную), за выполнение договорных обязательств (а надо за нарушение и т.п.);

- связь юридической ответственности с государством: только государство устанавливает меры этой ответственности и только органы государства их осуществляют в порядке, который также устанавливается государством;

- юридическая ответственность сочетается с государственным осуждением, порицанием поведения правонарушителя. Именно государственное осуждение помогает вызвать такие чувства, которые могут оказать существенное воспитательное воздействие на лиц, допустивших противоправное деяние. Например, помещение больного в психиатрическую больницу или таможенный досмотр лиц, пересекающих границы государств, или изъятие имущества его собственником у добросовестного приобретателя не сопровождаются осуждением, порицанием этих лиц, хотя и носят не совсем благоприятный для них характер;

Юридическая ответственность характеризуется следующими основными признаками:

- 1) она опирается на государственное принуждение, на особый аппарат; это конкретная форма реализации санкций, предусмотренных нормами права;
- 2) наступает за совершение правонарушения, связана с общественным осуждением;
- 3) выражается в определенных отрицательных последствиях для правонарушителя типа личного, имущественного, организационно-физического характера;
- 4) воплощается в процессуальной форме.

Указанные признаки юридической ответственности являются обязательными: отсутствие хотя бы одного из них свидетельствует об отсутствии юридической ответственности и позволяет отграничивать ее от других правовых и не правовых категорий.

Таким образом, юридическая ответственность представляет собой возникшее из правонарушений правовое отношение между государством в лице его специальных органов и правонарушителем, на которого возлагается обязанность претерпевать соответствующие лишения и неблагоприятные последствия за совершенное правонарушение, за нарушение требований, которые содержатся в нормах права.

Основные функции юридической ответственности — охрана правопорядка и воспитание людей. Обе эти функции преследуют конкретную цель - предупреждение правонарушений. Она достигается только через исправление и перевоспитание правонарушителей, воспитание всех граждан в духе уважения законов.

8.3.1. Правонарушение как основание юридической ответственности.

Признаки и состав правонарушения

Деятельность человека состоит из поступков. Поступок — главный элемент человеческих взаимоотношений, в котором проявляются различные качества личности, как хорошие, так и дурные, отношение к проблемам действительности, к окружающим людям. В сфере правовых отношений поступок может иметь двойное значение. Основную часть актов поведения личности составляют поступки правомерные, то есть соответствующие нормам права, требованиям законов. Антиподом *правомерного* поведения является поведение *неправомерное*, то есть противоречащее нормам права. Неправомерное поведение выражается в правонарушениях — актах, нарушающих право, противных ему.

Понятие «*правонарушение*» состоит из совокупности признаков, раскрывающих социальную природу и юридическую форму определенного рода деяний.

1. Правонарушение — такое поведение людей, которое выражается в действии или бездействии. Не могут быть правонарушениями мысли, чувства и желания человека, его интеллектуальная деятельность, если они не воплотились в определенных поступках и не регулируются правом. Бездействие является правонарушением, если человек должен был совершить определенные действия, предусмотренные нормой права, но не совершил (например, врач не оказал помощь пострадавшему).

2. Правонарушение — такое поведение человека, которое противоречит нормам права, то есть направлено против тех общественных отношений, которые регулируются и охраняются этими нормами (получило название противоправности). То есть оно направлено против интересов других лиц, находящихся под защитой закона, но не все интересы человека охраняются законом, поэтому их нарушение не противоправно (конкуренция, самооборона).

3. Правонарушениями считаются деяния только деликтоспособных людей. Деликтоспособность есть сознательный выбор определенной линии поведения и возможность предвидения социальных и индивидуальных последствий своих поступков. Так субъектами правонарушений (теми, кто совершил противоправные действия) не могут быть малолетние и душевнобольные.

4. Винодность деяния, как признак правонарушения, есть сознательное, ответственное отношение человека к своим поступкам и окружающей действительности. Причем противоправное поведение лица при обстоятельствах, лишающих его выбора иного варианта поведения (самозащита), не является правонарушением. Противоправный поступок становится правонарушением, если есть вина.

5. Правонарушение влечет за собой применение к правонарушителю мер государственного воздействия. Правонарушение — поведение, причиняющее вред обществу, государству, гражданам, то есть оно наносит ущерб политическим, трудовым, имущественным, личным правам и свободам граждан, экономическим интересам организаций.

Таким образом, правонарушениями являются виновные противоправные общественно опасные деяния деликтоспособных людей, влекущие за собой юридическую ответственность.

Вред — неперенный признак каждого правонарушения. Характер вреда может различаться по объекту, размеру и другим признакам, но правонарушение всегда имеет социальный вред. Он может иметь материальный или моральный характер, быть измеримым или нет, более или менее значительным, ощущаемым отдельным человеком, коллективом и обществом в целом. Правонарушения различны по степени вредности и поэтому различны по степени общественной опасности. Именно по этому критерию и происходит разделение правонарушений на преступления и проступки. Преступление характеризует большая степень общественной опасности, что не исключает, однако, наличие отдельных административных, трудовых, гражданских проступков весьма высокой степени общественной опасности.

В юридической науке создана система *признаков правонарушения*, позволяющая зафиксировать его как юридический факт. Эта система признаков называется составом правонарушения и включает объект, субъект правонарушения, объективную и субъективную стороны правонарушения. Наличие всех четырех компонентов состава правонарушения необходимо и достаточно для применения юридической ответственности.

Объектом правонарушения считаются явления окружающего мира, на которые направлено противоправное деяние. Об объекте конкретного правонарушения можно говорить предметно. Объектами посягательства при этих правонарушениях являются: жизнь человека, его здоровье, имущество гражданина, организации, атмосфера, загрязняемая правонарушителем, уничтожаемый лес и др. Наиболее общим объектом правонарушения является правопорядок.

Субъектом правонарушения признается лицо, совершившее виновное противоправное деяние. Им может быть индивид или организация. Важно, чтобы они обладали всеми необходимыми для субъекта права качествами (правоспособность, дееспособность, деликтоспособность).

Правоспособность — это обусловленная правом способность лица иметь субъективные юридические права и обязанности, то есть быть участником правоотношения. Таким образом, может быть достаточно одной правоспособности, чтобы вы-

ступить стороной в правоотношении. Так, общая гражданская правоспособность индивида возникает в момент его рождения, и участником гражданско-правового отношения (например, правоотношения наследования) может быть младенец.

Дееспособность — это обусловленная правом способность своими собственными действиями (бездействием) приобретать субъективные юридические права и обязанности, осуществлять и прекращать их.

Разновидностью дееспособности является деликтоспособность, которая представляет собой способность лица нести юридическую ответственность (исполнять соответствующие юридические обязанности) за совершенные правонарушения (деликты).

Объективная сторона правонарушения — внешнее проявление противоправного деяния, его общественно вредные последствия. Именно по такому проявлению можно судить о том, что произошло, где, когда и какой вред причинен. Объективная сторона правонарушения — очень сложный элемент состава правонарушения, требующий для его установления много сил и внимания суда или другого правоприменительного органа. Элементами объективной стороны правонарушения являются:

- а) деяние (действие или бездействие);
- б) противоправность, т.е. противоречие его предписаниям правовых норм;
- в) вред, причиненный деянием, т.е. неблагоприятные и потому нежелательные последствия, наступающие в результате правонарушения (утрата здоровья, имущества, умаление чести и достоинства, уменьшение доходов государства и др.);
- г) причинная связь между деянием и наступившим вредом, т.е. такая связь между ними, в силу которой деяние с необходимостью порождает вред. Именно на выяснение причинной связи направлены действия, допустим, следователя, устанавливающего, предшествовало ли по времени то или иное поведение наступившему результату или нет;
- д) место, время, способ, обстановка совершения деяния.

Субъективная сторона. Ее составляют вина, мотив, цель. Вина — это психическое отношение лица к совершенному им общественно-опасному деянию, предусмотренному нормативно-правовыми актами, и его общественно опасным последствиям. Элементами вины являются сознание и воля, которые образуют ее содержание. Значит, вина характеризуется двумя компонентами: интеллектуальным и волевым. Различные сочетания интеллектуального и волевого элементов, предусмотренные законом, образуют две формы вины — умысел и неосторожность. Различие в интенсивности и определенности интеллектуальных и волевых процессов, протекающих в психике субъекта преступления, лежит в основе деления вины на формы, а в пределах одной и той же формы — на виды. Вина реально существует только в определенных законодателем формах и видах, вне их вины быть не может.

Уголовное законодательство рассматривает деление умысла на прямой умысел и косвенный. Преступление признается совершенным с прямым умыслом, если лицо сознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность или неизбежность наступления общественно опасных последствий и желало их наступления. Преступление признается совершенным с косвенным умыслом, если лицо осознавало общественную опасность своих действий (бездействия), предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, не желало, но сознательно допускало эти последствия, либо относилось к ним безразлично.

Неосторожность — индивид предвидел наступление общественно опасных последствий, но надеялся на их предотвращение, либо не предвидел, но мог и должен был предвидеть. Деяния, совершенные по неосторожности, делятся в уголовном праве на совершенные по легкомыслию и по небрежности. Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывало на предотвращение этих последствий. Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть эти последствия (табл.8.1).

Таблица 8.1

Формы вины в уголовном праве

	Умысел		Неосторожность	
	прямой	косвенный	легкомыслие	небрежность
Осознание лицом общественной опасности деяния	Осознавало	Осознавало	Осознавало	Не осознавало
Отношение лица к общественно-опасным последствиям	Предвидело и желало их наступления	Предвидело, не желало, но допускало их или относилось к ним безразлично	Предвидело, но рассчитывало на их предотвращение	Не предвидело, но должно было и могло предвидеть

В субъективную сторону правонарушения входят также мотив и цель совершенного деяния. Под первым понимаются осознанные побудительные причины поступка, под вторым — результат, которого хочет достичь человек, совершающий правонарушение. Эти элементы сознания и представляют субъективную сторону правонарушения, дающую возможность охватить все психологические характеристики деяния.

Любое противоправное деяние, как уже отмечалось, влечет за собой юридическую ответственность. Однако из этого общего правила имеются исключения, связанные с особенностями криминогенных общественных отношений, когда законодательством специально оговариваются такие обстоятельства, при наступлении которых ответственность исключается.

Невменяемость. Обусловленная болезненным состоянием психики или слабостью неспособность лица отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими в момент совершения правонарушения. Законодатель выделяет два критерия невменяемости: медицинский (биологический) и юридический (психологический).

Медицинский критерий предполагает следующие расстройства психической деятельности лица: хроническая душевная болезнь; временное расстройство деятельности; слабоумие; иное болезненное состояние психики.

Под *юридическим критерием* понимается такое расстройство психической деятельности человека, при котором он теряет способность отдавать отчет в своих действиях либо не способен руководить своими действиями. Отсутствие

способности отдавать отчет в своих действиях образует интеллектуальный момент юридического критерия.

Не подлежит также наказанию лицо, совершившее преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения судом приговора заболевшее душевной болезнью, лишаящей его возможности отдавать отчет в своих действиях или руководить ими.

Необходимая оборона. Она имеет место при защите гражданином своих прав и законных интересов, а также прав и законных интересов другого лица, общества, государства от преступного посягательства, независимо от возможности избежать его либо обратиться за помощью к другим лицам или органам власти.

Защита от нападения, не сопряженного с насилием, опасным для жизни обороняющегося или другого лица, либо с угрозой применения такого насилия, является тоже правомерной, если при этом не было допущено превышения пределов необходимой обороны.

Крайняя необходимость. Этот вид противоправного деяния допустим в случаях устранения опасности, угрожающей интересам государства, общественным интересам, личности или правам данного лица или других граждан, если эта опасность не могла быть устранена другими средствами, а причиненный вред является менее значительным, чем предотвращенный. Действие в состоянии крайней необходимости становится общественно полезным актом только при соблюдении ограничительных условий, относящихся к опасности и к мерам по ее устранению. Одно из условий крайней необходимости — наличие опасности, угрожающей интересам государства, общественным интересам, личности. Источниками опасности могут быть стихийные силы природы, животные, различного рода механизмы, человек и др.

Второе условие состоит в наличии опасности, которая уже начала превращаться в действительность в форме причинения вреда или создания реальных условий, при которых охраняемым интересам грозит неминуемая опасность.

Причинение вреда можно считать оправданным только тогда, когда у человека не было другого выхода, и он мог спасти более ценное благо лишь путем причинения вреда охраняемому правом интересу. Для подавляющего большинства граждан совершение действий в состоянии крайней необходимости является субъективным правом.

Малозначительность правонарушения, не представляющего общественной опасности. Вопрос о признании деяния малозначительным решается на основе совокупности фактических обстоятельств каждого конкретного дела. Здесь учитывается характер деяния, условия его совершения, отсутствие существенных вредных последствий, незначительность причиненного ущерба и т.д. Кроме того, действие или бездействие признается малозначительным только в том случае, если совершившее его лицо не только не причинило существенного вреда общественным отношениям, но и не намеревалось его причинить.

Казус — это факт, который возникает не в связи с волей и желанием лица. Казус может быть как природным явлением (наводнение, пожар), так и результатом проступков других людей и даже результатом своих собственных действий, которые человек не осознавал либо не предвидел возможные последствия. Казус — это всегда невиновное причинение вреда, хотя по некоторым формальным признакам случай сходен с правонарушением. Будучи лишен вины (умышленной или неосторожной), он не влечет ответственности лица, по отношению к которому рассматривается. С медико-правовых позиций к казусам следует отнести несчастный

случай — неблагоприятный исход врачебного вмешательства, в результате которого не удастся предвидеть, а, следовательно, и предотвратить его из-за объективно складывающихся случайных обстоятельств, хотя врач действует правильно и в полном соответствии с принятыми в медицине правилами и методами лечения.

8.3.2. Виды юридической ответственности

В медицинском праве выделяют пять основных видов юридической ответственности: уголовную, административную, гражданско-правовую, дисциплинарную и материальную.

Каждый из видов имеет специфическое основание (вид правонарушения), особый порядок реализации, специфические меры принуждения.

Уголовная ответственность наступает за преступления и поэтому представляет собой наиболее суровый вид юридической ответственности. Только наличие в действиях индивида состава уголовного преступления служит основанием возникновения уголовной ответственности. Возлагается она специальным правоприменительным актом — приговором суда, определяющим соответствующую деянию меру наказания. Уголовная ответственность воздействует непосредственно и прямо на личность преступника, даже если при этом наказание сопровождается ограничением его личных имущественных прав. Уголовное судопроизводство осуществляется в строго регламентированной процессуальной форме, обеспечивающей установление объективной истины по делу и наказание действительно виновных.

Гражданско-правовая ответственность предусмотрена за нарушение договорных обязательств или за причинение внедоговорного имущественного ущерба. Она имеет свои характерные черты, определяемые спецификой данной отрасли права и предмета ее регулирования. Наиболее характерные санкции здесь сводятся к возмещению правонарушителем имущественного вреда и восстановлению нарушенного права. Закон предусматривает также возможность взыскания с виновного в нарушении договорных обязательств неустойки в виде штрафа или пени, и в этом проявляется ее компенсационный, восстанавливающий право характер.

Административная ответственность следует за административные правонарушения. Через институт административной ответственности реализуются нормы различных отраслей права (административного, трудового, хозяйственного, финансового и др.), поэтому круг актов, имеющих к ней отношение, весьма многочислен. Центральное место среди них занимает Кодекс об административных правонарушениях, где предусмотрены следующие виды административных взысканий: предупреждение, штраф, возмездное изъятие или конфискация определенных предметов, временное лишение специального права, исправительные работы, административный арест.

Дисциплинарная ответственность наступает вследствие совершения дисциплинарных проступков. Дисциплинарными санкциями могут быть замечание, выговор, увольнение с работы. Осуществляется дисциплинарная ответственность через должностных лиц, обладающих дисциплинарной властью.

В уставах и положениях, действующих в некоторых министерствах и ведомствах наряду с общими мерами, содержатся специальные нормы с более жесткими санкциями, распространяющиеся на служащих строго определенного министерства или ведомства.

Материальная ответственность наступает за ущерб, причиненный предприятию, учреждению, организации рабочими и служащими при исполнении ими своих трудовых обязанностей.

ГЛАВА 9

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКОГО РУКОВОДИТЕЛЯ

9.1. Роль и место руководителя сестринского дела в системе формирования здорового образа жизни населения

В любой организации здравоохранения особенно востребована личность руководителя, который не только должен адаптироваться к происходящим переменам, но и уметь практически оценить происходящее и наметить место других лиц в этих рамках. Новое время изменило представление об идеале образованного специалиста, которым сейчас считают не столько знающего человека со сформировавшимся мировоззрением, сколько ориентирующегося в проблемах профессии и отрасли. Современная эволюция образовательного подхода заключается в замене убеждения «человека знающего» на парадигму «человека, подготовленного к жизни, человека действующего» (В.А. Янчук, 1998). Подготовка такого специалиста, способного творчески работать на благо общества — одна из целей дополнительного образования взрослых.

До недавнего времени в Беларуси осуществлялось образование поддерживающего типа, однако сейчас востребовано альтернативное образование, основанное на междисциплинарной интеграции, культуре, системном мышлении, возрастании значения личности руководителя. Учитывая это, в данном разделе предпринята попытка отразить инновационный подход к обучению в подготовке организатора сестринского дела, что позволяет оптимизировать пути педагогического воздействия. Мы основываемся на идеологии активного саморазвития, базирующегося на нравственно-этических нормах.

Жесткий лимит времени обучения в системе дополнительного образования взрослых до двух недель поставило задачу оптимизации учебно-педагогического процесса при подготовке медицинских сестер-организаторов. В то же время, долгом каждого специалиста является не только непрерывное самообразование, но и обучение азам здоровой жизни населения.

В подготовку медицинских сестер ранее не входило обучение формированию у населения активной позиции к своему здоровью, что потребовало развития новых умений у организаторов сестринского дела. В этой связи формирование у них педагогических навыков является, несомненно, актуальным.

Исходя из приоритетов развития общества, Республика Беларусь проводит социально-ориентированную политику в области образования, что закреплено в нормативных документах Президента Республики Беларусь, Правительства, определивших основные направления развития национальной системы образования.

В частности, расширение доступности в получении качественного образования является одним из ведущих приоритетов социальной политики в области образования. Обеспечение права наименее защищенных слоев общества на образование является важным приоритетом в деятельности Министерства образования. Примером служит адресная социальная помощь студентам и учащимся, получающим образование на платной основе. Приоритетная роль образования наиболее

ярко проявляется в реализации функции обеспечения общественного прогресса. На решение этой задачи направлены преобразования в системе образования и здравоохранения.

Организация сестринского дела как предмет преподавания и наука важны для подготовки сестринского руководителя, обладающего прогрессивным научным мировоззрением. Будущее сестринской деятельности связано с таким аспектом, как профилактика и ФЗОЖ, исследовательская работа, возрастание ответственности за свою роль в первичной медицинской помощи. Профилактика начинается с уровня индивида, а медицинские сестры часто бывают первыми работниками, с которыми встречается пациент, поэтому необходимо расширять рамки их компетентности в области укрепления здоровья.

Идея активного использования знаний и опыта медсестер в такой сфере деятельности, как популяризация ЗОЖ не нова и уже активно вошла в жизнь. Первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит самому человеку, его образу жизни, ценностям, установкам, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. Вместе с тем, современный человек в большинстве случаев перекладывает ответственность за свое здоровье на медицинских работников, что является неверным. Задачи первичной и вторичной профилактики являются приоритетными в деятельности медиков, для их решения необходимо владеть специальными знаниями и методами убеждения, навыками просветительской деятельности среди населения.

Современный эффективный руководитель должен обладать отличительными личными качествами и разносторонними знаниями, уметь быстро находить необходимую информацию и на ее основе формировать новые знания. Приобретение этих качеств возможно только путем постоянного, системного и целенаправленного образования.

9.2. Задачи государственной системы формирования эффективного руководителя

Для этого необходима образовательная подсистема, являющаяся основой государственной системы формирования эффективного руководителя, позволяющая решать следующие задачи:

- выявление лиц, способных по своим физиологическим и психологическим качествам стать эффективным руководителем при благоприятных для этого условиях, учитывая, что не каждый может им стать, как не каждый может стать музыкантом или математиком;
- разработка индивидуальных образовательных программ для выявленных лиц, включающая вузовскую подготовку, обучение в высшем учебном заведении и систему дополнительного образования взрослых;
- обучение согласно разработанным программам;
- проведение мониторинга развития личности отобранных людей;
- корректировку образовательных программ с учетом достижения личности и возникающих у нее трудностей.

9.3. Методология деятельности по формированию здорового образа жизни

Объединенная единой методологией и информационной базой, такая подсистема может формироваться из следующих блоков:

1. Блок диагностики физиологических, психологических и социальных качеств личности, базирующийся на физиологических и психологических методиках.

2. Блок общего образования, в рамках которого люди получают общие знания об окружающем мире: приобретают навыки получения новых знаний (учатся учиться); происходит формирование ценностных ориентаций руководителя.

3. Блок специального образования, в который входят занятия школьников в специализированных учебных заведениях; изучение специальных дисциплин при получении высшего образования; систематизированное ознакомление с достижениями научной управленческой мысли в послевузовском образовании; обучение посредством стажировок внутри страны и за рубежом действующих руководителей.

4. Блок мониторинга, предназначенный для отслеживания результатов деятельности руководителя, его достижений и неудач.

5. Информационный блок.

Для создания подсистемы образования необходимо:

- реформирование существующей системы среднего образования для дифференциации обучения;

- реализация национальной системы диагностики личностных характеристик молодежи;

- разработка и реализация национальной программы государственной поддержки талантливых детей и молодежи;

- разработка и реализация целевой комплексной программы формирования руководителя. Обязательной составной частью этой программы должна быть подготовка преподавателей для работы на всех ступенях управленческого образования.

Воспитание здорового человека осуществляется в единстве с умственным, нравственным, эстетическим и патриотическим образованием. Для того, чтобы решать эту задачу, медицинская сестра должна понимать общую цель и задачи воспитания, разбираться в содержании, методах и формах воспитания и обучения, умело применять педагогические знания в практике своей сестринской деятельности.

Решение одной из главных задач педагогики в сестринском деле — воспитание осознанного отношения человека к вопросам здоровья — требует от медицинской сестры специальных сестринских знаний о здоровье, а также владение методиками обучения знаниям и умениям по охране здоровья населения. Метод обучения должен использоваться медицинскими сестрами в семьях, в учреждениях по уходу за детьми, школах, больницах, прочих организациях, где люди живут или работают вместе. Метод обучения — действенный способ оказания помощи человеку, нуждающемуся в инструктаже для развития знаний или выработке определенных навыков. Использование обучения в качестве вспомогательного метода подразумевает точное понимание того, что должен знать нуждающийся в помощи человек. Например, если сестра не знает, известны ли пациенту питательные компоненты и содержание калорий в различных продуктах, она не сможет помочь пациенту научиться подбирать пищу в соответствии с предписанной диетой. Сестре следует принимать во внимание квалификацию пациента, его опыт, образ жизни и повседневные привычки, стиль мышления и восприятия; передавая ему знания, ей нужно опираться на его осведомленность в области ухода за собой.

Поскольку дети и взрослые подходят к задачам восприятия учебного процесса по-разному, метод оказания помощи посредством обучения должен использоваться с учетом возрастного фактора, а также образованности и опыта обучаемого.

Работа по ФЗОЖ, взаимодействию организаций здравоохранения проводится на основе современных подходов к гигиеническому обучению и воспитанию населения. В настоящее время рассматриваются два направления формирования здорового образа жизни:

- 1) создание, развитие, усиление, активация полезных для здоровья условий, факторов, обстоятельств. Все вместе это. формирование потенциала общественного здоровья;
- 2) преодоление, уменьшение факторов риска: низкой трудовой и физической активности, эмоциональной и психической напряженности, низкой социальной и экологической активности, несбалансированного питания.

Стратегической целью развития сестринского дела является усиление роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи населению, постепенное формирование профилактической направленности своей деятельности.

9.4. Задачи и методы по улучшению качества сестринской медицинской помощи в циклической модели обучения ЗОЖ

Качество медицинской помощи, оказываемой сестрами, зависит от решения следующих задач:

- совершенствование качества подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела;
- совершенствование модели взаимодействия врач — сестра — пациент — партнеры;
- внедрение новых сестринских технологий и формирование благоприятной среды для работы среднего медицинского персонала.

Изучение опыта развитых зарубежных стран позволило пересмотреть место и роль сестринского дела в системе здравоохранения. В настоящее время образ сестры-исполнителя устарел, поскольку перестал отвечать таким признакам профессии, как наличие языка профессионального общения, возможность карьерного роста в рамках профессии, право принятия решений в рамках очерченных полномочий, научные исследования.

Одним из элементов циклической модели обучения ЗОЖ является выбор методов обучения.

Следующие предлагаемые методы могут комбинироваться:

- подражание (копирование) — медицинская сестра прикрепляется к более опытному коллеге, учится, копируя его действия;
- ротация для получения дополнительной профессиональной квалификации, когда медицинская сестра переводится на новую работу или должность на срок от нескольких дней до нескольких месяцев;
- наставничество — совершенствование индивидуальных навыков специалиста на рабочем месте с помощью профессионала;
- метод усложняющихся заданий — расширение объема заданий и повышенная сложность по специальной программе рабочих действий, выстроенных по степени важности;
- использование учебных методик и изучение инструкций по работе с аппаратурой;

- лекции и практические занятия;
- дистанционное обучение.

На курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО внедрена система педагогической деятельности, использующая различные методы обучения.

В рамках педагогического процесса осуществляются:

- планирование обучения согласно программам курса «Организация сестринского дела»;
- диагностирование проблем обучающегося и выявление условий повышения эффективности обучения: тестирование лидерства, конфликтности, стратегии поведения в конфликте, «самочувствие, активность, настроение» (САН), тревожности (тест Спилбергера–Ханина);
- организационная деятельность по учебно-воспитательному и организационно-методическому обеспечению работы;
- обучающая деятельность: создание мотивации непрерывного повышения квалификации педагогов и сестер, участие в работе семинаров и конференций;
- информационная работа, консультации в учебно-методическом кабинете по вопросам обучения педагогике, психологии, санитарно-противоэпидемическому режиму, нормативам, санитарным правилам и нормам;
- психологическая работа — создание условий для развития творческого потенциала личности слушателя (тренинг-семинары);
- содержательная деятельность по реализации связи обучения с практическим здравоохранением (работа в «Школах старшей медицинской сестры» в РЦМРиБ, в госпитале МВД и др.).

9.5. Компоненты, функции и принципы системы сестринской педагогики

Компоненты комплекса сестринской педагогики скоординированы и влияют на качество обучения в системе дополнительного образования взрослых. Предоставлением учебным заведениям прав по формированию гибких программ положительно сказывается на качестве подготовки сестринского руководителя (рис. 9.1).

Примененные подходы предусматривают выполнение основных принципов преподавания: воспитательного характера, научного подхода, систематичности, наглядности, активности, индивидуальности, доступности, профилактики стрессов и конфликтов, сознательной мотивации на обучение, опережающего принципа. Таким образом, у обучающихся наблюдается все 4 уровня деятельности при осуществлении ими научно-исследовательской работы по ФЗОЖ (В.Г. Беспалько, 1983):

- I уровень знания — знакомство;
- II уровень знания — воспроизводство;
- III уровень знания — умения;
- IV уровень знания — творчество.



Рис. 9.1. Компоненты системы педагогической деятельности сестер

Принцип концептуальности при формировании деятельности по ЗОЖ сестринских руководителей позволяет повысить уровень их практической, теоретической и научной подготовки. При этом делается акцент на ознакомлении обучающихся лиц с педагогическими функциями медицинской сестры в сестринской практике: гностической, информационной, инструктивно-методической.

Гностическая функция.

Прежде чем приступить к выполнению медицинских процедур, медсестра изучает режим труда и отдыха, домашние условия, поведение пациента, то есть проводит сестринское обследование. В ходе беседы медсестра использует 4 основных метода ведения беседы: прямой вопрос, незавершенный вопрос, определение проблемы, решение проблемы.

Информационная функция.

Объяснение, консультации, беседы — это те методы работы медсестры, которые она использует в своей ежедневной деятельности при уходе за пациентами, в профилактической и лечебной работе.

Инструктивно-методическая функция.

Это обучение пациентов приемам самостоятельного ухода за собой, способам осуществления различных процедур, консультации (индивидуальные, групповые по вопросам ухода, самоухода, профилактики вредных привычек, различных заболеваний), демонстрация последовательности всех операций, составляющих то или иное сложное действие. Медицинская сестра использует разнообразные методы и средства для реализации поставленных целей.

Макет (образец) учебно-методической разработки занятия по теме «Основы профилактической медицины»

1. Титульный лист.
2. Дисциплина — организация сестринского дела.

3. Объект изучения: здоровье населения.
 4. Предмет изучения: факторы, влияющие на общественное здоровье.
 5. Цель обучения: дать понятие об управляемых факторах, влияющих на состояние общественного здоровья.
 6. Задачи (сформулировать).
 7. Контингент обучающихся лиц: главные (старшие) медицинские сестры с высшим и средним специальным образованием.
 8. Продолжительность обучения: 3 академические часа.
 9. Тема занятия: «Основы профилактической медицины».
 10. Актуальность темы: обусловлена возрастанием заболеваемости от условно управляемых факторов, влияющих на общественное здоровье.
 11. Вид занятия: (лекция, практическое занятие, деловая игра, видеоролик).
 12. Иллюстративный материал: слайды, видеоролик, раздаточный материал.
 13. ТСО: кодоскоп или мультимедиа-проектор, видеомагнитофон.
 14. Литература.
 15. Рекомендации по выступлению перед профессиональной аудиторией и перед населением, разнородным по составу.
 16. Выходной контроль.
 17. Задания для самостоятельной работы.
 18. Рекомендации к подведению итогов: выступления слушателей на учебной конференции по теме.
- Формы и методы занятий, используемые при подготовке медицинских сестер-организаторов:
- лекции с использованием ТСО;
 - деловые игры и ситуационные задачи;
 - видеосюжеты;
 - психологическое тестирование с помощью опросников САН и Спилберга–Ханина;
 - определение качества жизни по экспресс-методике NAIF (New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life. P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 1995).
- Возможность управления процессом обучения позволяет использовать для медицинского персонала следующие принципы обучения:
- системность, подразумевающую взаимодействие компонентов для разрешения общей задачи;
 - научность, базирующуюся на научно-обоснованных методиках;
 - прочности обучения (ценнее знать не много, а важное);
 - программно-целевой — наличие цели программы и системы средств для ее достижения;
 - связи с жизнью, т.е. практическая направленность;
 - обучения от простого к сложному понятию, от доступного всем к индивидуальному;
 - наглядность обучения (лучше один раз увидеть, чем пять раз услышать);
 - эмоционального интереса.
- Вместе с тем, в дополнительном обучении взрослых имеется специфика, несвойственная при получении базовых знаний.
- Базовое образование дает знания в готовом виде для усвоения, в системе до-

полнительного образования взрослых необходимо опираться на фундаментальные навыки и опыт человека. Это позволяет добиваться инновационного подхода к получению обучающимися знаний самостоятельно при написании рефератов и планов внедрения полученных навыков, знаний и умений, что формирует навыки работы специалиста-исследователя.

- Инвариантный подход универсален при современном состоянии перманентных реформ в здравоохранении и обществе и большом количестве разной информации. Формируется умение найти, отфильтровать нужное и в случае необходимости использовать информацию.

- Деятельный подход — универсальный принцип, навык которого формируется у обучающихся при выборе тематики и написании реферата в рамках заданной общей темы семинара, соответствующей учебному разделу.

- Ориентация обучающихся на связь с жизнью поддерживается приемами целеполагания и мотивации, направленными на связь с конкретной работой индивида.

- Принцип индивидуализации особенно важен, поскольку стартовые условия в момент начала дополнительного образования взрослых у слушателей различны: высшее сестринское или среднее специальное образование, возраст, семейное положение, обремененность бытовыми проблемами; квалификационная категория и другие факторы, влияющие на качество самообучения.

Не каждый медицинский работник, имеющий высокие квалификационные характеристики, может быть успешным педагогом. В процессе преподавания необходимо выполнять 3 функции: воспитательную, управленческую и исследовательскую.

В учебный план повышения квалификации главных медицинских сестер в системе дополнительного образования взрослых включены вопросы, связанные с экологией и охраной окружающей среды для специалистов естественнонаучного и гуманитарного профиля, согласованные и утвержденные Министерством образования, Министерством природных ресурсов и охраны окружающей среды Республики Беларусь.

ГЛАВА 10

ИННОВАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ: МЕНТАЛЬНОСТЬ К СЕМЬЕ

10.1. Ментальность к семье в белорусском обществе

Проблемой для здравоохранения многих стран Европейского региона стал рост стоимости медицинского обслуживания населения. Этот процесс был обусловлен такими факторами, как старение населения, рост уровня заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, появлением новых дорогостоящих методов лечения и медицинских технологий, а также растущими ожиданиями населения.

Большинство стран, столкнувшихся с данной проблемой, приняли ряд мер по сдерживанию роста расходов, оптимизации сети посредством приоритетного развития первичной медицинской помощи (ПМП), профилактических технологий ее амбулаторно-поликлинического звена.

ПМП является основным видом помощи, предоставляемой с помощью научно обоснованных, экономически и социально приемлемых методов и технологий, одним из которых является ФЗОЖ с акцентом на деятельность помощника врача,

фельдшера, акушерки, медицинской сестры. Проблемы народонаселения, обусловленные деформацией возрастной структуры жителей страны, касаются каждого, в связи с чем, способствовать выполнению положений Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь является долгом каждого медицинского работника. Однако следует учитывать, что национальная безопасность страны в области демографии предполагает создание в обществе таких условий, которые способствовали бы мобилизации и оптимальному использованию знаний медицинских работников о сохранении здоровья, прежде всего в семье.

Одним из элементов для системы дополнительного образования взрослых (организаторов сестринского дела) должен стать новый подход в обучении, базирующийся на ментальности белорусов по отношению к семье.

Термин «менталитет» (или ментальность) означает способ мышления, мировосприятия отдельного человека или какой-либо общности людей. Считается, что менталитет отражается в специфическом представлении людей о пространстве и времени, суждениях о самом себе (самосознании), представлениях других групп населения, отношении к труду, религии, семье.

Менталитет белорусов как своеобразной этнической общности приобретал типичные черты в определенных условиях социально-экономической, общественно-политической и духовно-культурной жизни. Характерными особенностями менталитета белорусов являются привязанность к родным местам.

Исходя из исторического опыта (А.П. Смолина, 2001, В.В. Кириенко, 2000) в сознании медиков сохраняются патриархально-традиционные ценности, велико их трудолюбие, доверчивость и патриотизм. Общинно-коллективистский тип сознания предписывает в кризисных ситуациях (реформах) объединять усилия, заниматься производственной деятельностью совместно.

В течение 2009 г. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО проведены исследования, касающиеся некоторых проблем семейно-брачных отношений и определения уровня воздействия медицинских работников на брачность и рождаемость среди населения и внутри своей профессии, среди коллег.

На основании проведенного ранжирования качеств девочек-подростков, наиболее важных при подготовке к будущей семейной жизни, были отмечены в порядке значимости: добродетель, желание сохранения здоровья членов семьи, целомудрие, домоводство, педагогика, миротворчество, законопослушание, музыка и поэзия. Из установленного ранжирования следует, что главными качествами девушки — матери в будущем являются ее внутренняя и внешняя чистота, нравственные качества — добродетель и целомудрие, которые создают фон для создания необходимого уровня здоровья, что обусловлено акцентом на здоровье и его сохранность в семьях медицинской грамотностью респондентов.

Все остальные качества — только прикладные к духовно-нравственной основе. В Беларуси рождается новая семья, приближающаяся по модели к семье европейской, ориентированной на 1–2 детей. Однако, эта модель не позволяет решать проблемы демографических угроз. Для сохранения демографической безопасности страны важен переход к рождению в каждой молодой семье трех детей. Только такая политика воспроизводства населения в обозримом будущем позволит решить проблему перспектив существования белорусов как нации. Для этого необходимо

проведение большой работы без сроков давности. Для совершенствования педагогических аспектов системы дополнительного образования взрослых в обучение сестер-руководителей введены такие стратегически важные вопросы, как духовное благополучие семьи и отношение Церкви к браку, семье, разводам, абортam.

В занятиях с организаторами сестринского дела по проблемам демографической безопасности рассматриваются, например, такие запретительные меры, призванные ограждать семью от распада как Заветы, вручаемые Моисею. 3 статьи из десяти посвящены фундаментальным принципам семейного бытия: «Почитай отца твоего и мать твою... Не прелюбодействуй... Не убивай...». Медицинские работники более, нежели другие категории населения, понимают глобальные последствия от несоблюдения этих библейских истин.

Человек как личность реализуется в общении. Возможность самореализации всех членов возрастает безгранично только в семье. Любовь до самопожертвования является единственной силой, которая строит семьи. Это главная сила, противостоящая эгоизму. Одна шутка точно отражает первопричины семейных разногласий: «Это была большая любовь. Они очень сильно любили... он — себя, она — себя». Безграничный эгоизм во многом является двигателем, толкающим семью к разводу.

Люди не способны бесконечно нуждаться друг в друге. В основе кризиса семьи лежит духовное одиночество. Из-за этого происходят отклонения в психике, взаимное отчуждение супругов. Вклад супругов в счастливое детство их детей — самый важный пример для подражания подросткам. На вопрос, касающийся того, какие качества следует развивать в семье у девочек и мальчиков, ответы респондентов распределились следующим образом:

- у мальчиков следует развивать двигательнo-координационные и механические навыки, честность, дисциплину, трудолюбие, защиту слабых;
- защита слабых людей поставлена на третье место, что обусловлено менталитетом анкетирuемых женщин;
- у девочек следует развивать — умственно-творческие качества, любовь к детям, трудолюбие, законопослушание, миротворчество. Эти приоритеты отразили пол и профессию респондентов. Воплощение данного тезиса в реальность только среди медицинских работников, составляющих около 9% населения страны, может стать мощным отправным пунктом для развития навыков строительства здоровья в семье.

Вопросы биомедицинской этики, касающиеся полового донорства, наркомании, проституции встают перед многими людьми, залогом иммунитета от них является семейное воспитание.

В связи с психическим инфантилизмом подрастающей молодежи отсутствуют навыки противостоять трудностям, брать на себя ответственность. Это становится причиной возрастания гражданских браков среди молодежи. Мнение медицинских сестер — организаторов осуждает гражданские браки. Среди анкетированных лиц не оказалось ни одного человека, исповедующего эту идеологию.

Сегодня все ищут идеалы, чтобы спасти семью. «Если они не найдут идеала в наших христианских семьях, то они не найдут его нигде», — пишет Владыка Филарет, Митрополит Минский и Слуцкий, Патриарший Экзарх всея Беларуси.

10.2. Задачи медицинских работников в повышении грамотности населения по вопросам семьи и брака

Одной из задач деятельности медицинских работников становится повышение грамотности населения в вопросах семьи и брака, в том числе, личным примером в собственной семье, а также мотивация к популяризации здоровья и предупреждению заболеваний, передающихся половым путем.

По данным статистики, лишь каждый четвертый ребёнок рождается здоровым. Уже в глубокой древности закреплено учение о том, что жизнь человека начинается со дня зачатия. Тертулиан ещё в III веке сказал: «Тот, кто будет человеком, уже человек». Эта жизнь уже во чреве матери имеет свои отличия. В Библии об этом написано: «Прежде всего Я образовал тебя во чреве. Я познал тебя, и прежде, нежели ты вышел из утробы. Я освятил тебя: пророком для народов поставил тебя» (Иер. 1, 5). То, что тело человеческое триедино, а духовный мир существует, признаётся наукой. Практика свидетельствует о воздействии духовного мира на мир физический. В Библии говорится, что в браке мужчина и женщина «плоть одна», т.е. духовное единство обнаруживается и в мире физическом. Так, в счастливом браке жена неумовимо становится похожа на мужа и наоборот. Духовная литература свидетельствует о том, что чистота физическая имеет корни в чистоте духовной.

Общепризнанным в мире фактором предупреждения генетических инверсий является ответственность родителей перед детьми в вопросах морали, нравственной и физической добрачной чистоты. Не случайно прогрессивный мир возвращается к пуританской чистоте нравов и вновь осознает незаменимую ничем иным ценность жизни в браке.

В недалекие времена высшими духовными достоинствами женщины являлись кротость, целомудрие, стыдливость, страх Божий. «Истинная красота познается не по внешнему виду, а по нравам и пристойному поведению» (Святитель Иоанн Златоуст).

И.С. Тургенев писал: «Если ты можешь не поцеловать женщину, которую любишь, то только тогда ты имеешь право ее поцеловать». Противоречие разрешается настоящим чувством, которое выше, чем потребность сближения с любимой, и если это так, то можно попытаться соединить с такой женщиной свою судьбу.

В настоящее время стало известно, какой глубокий смысл заложен в высокой нравственности женщины.

Связь девственности с качеством потомства смогли примерно 150 лет назад объяснить генетики профессор Флинт и Ф. Ледантек. Ими был установлен феномен телегонии (теле — далеко, гони — рождение), состоящий в том, что на потомство женщины влияют все ее предыдущие половые партнеры. Феномен телегонии позволяет передаваться не только внешним, но и внутренним качествам первого сексуального партнера. Таким образом, наука установила, что даже через несколько лет после внебрачных связей дети несут промежуточную генетическую родословную о партнерах матери, которые не являются их биологическими отцами.

С точки зрения науки этот феномен объяснить нельзя. С духовной точки зрения известно влияние Души на Тело. Акушерам известен факт, что эмоциональные впечатления матери на зачатого ребенка обязательно отражаются на рожденном ребенке. Дети появляются похожими на того, кого она полюбила в первый раз. Это незабываемое чувство очень сильно. Святой Амвросий Медиоланский назвал его «даром первого брака» от Бога. Качества первого мужчины, которого

женщина полюбила глазами, не через физическую близость, передаются детям даже при условии их рождения от биологического донора — официального мужа. Поистине: женщины любят глазами и ушами. Первый в жизни женщины половой акт оставляет след на всю жизнь не только потому, что в ее тело попадают гормоны и ферменты, изменяющие механизм наследственности до конца детородного периода. Воздействие на психику (душу) влияет на генетику тела.

Омар Хайям писал: «Мы источник веселья и скорби рудник, мы вместилище скверны и чистый родник...» Одновременное осознание нравственной чистоты и низости человека присутствует в культуре многих народов и религий. «При красоте тела невольно веришь и в красоту души; при красоте души не замечаешь физического несовершенства», — писал И.Шевелев. С подобным философским постулатом сталкивалось не одно поколение тех, кто вступает в брак. Одним из вопросов, который задают себе молодые люди, пожелавшие создать семью, является: какими будут наши дети? Люди, вступающие в брак, в большинстве хотят иметь здоровых детей и именно от своего супруга. Достойное поведение девушки перед замужеством и женщины в браке приветствовалось многими еще 50 лет назад.

Врожденные пороки развития в 2006 г. занимали второе место в структуре младенческой смертности. От врожденных аномалий умирало 30,95 % детей до года.

Проблему появления в семье детей с генетическими заболеваниями традиционно рассматривали с точки зрения женской ответственности. Между тем, данное положение отвергнуто наукой, доказавшей паритетную ответственность супругов за свое потомство.

Зная, что репродуктивная система женщины нежна и подвергается мутациям, девушкам противопоказаны курение, алкоголь, наркотики. Народная мудрость о запрете для молодоженов даже капли спиртного базируется на научном факте выведения его из человеческого организма за шесть месяцев.

Особенности репродуктивного поведения мужчины, установленные учеными, свидетельствуют о рискованном или вовсе безнравственно-безответственном поведении мужчин вследствие трудности психологического контакта по вопросам половой гигиены, нравственного табу на обращение к врачу за медицинской помощью и алкоголизации.

Добрачное воздержание и целомудрие — залог человеческого счастья на всю жизнь. Однако навязываемая извне идея сексуальной свободы разрушает у белорусов стыд, о котором писал Преподобный Иоанн Лествичник: «...благий Господь и в том являет великое о нас промышление, что бесстыдство женского пола удерживает стыдом, как бы некой уздой: ибо если бы женщины сами прибегали к женщинам, то не спаслась бы никакая плоть».

Одной из черт современной цивилизации является провозглашение сексуальности любыми способами и средствами. Это реклама, мода, парфюмерия. Сексуальная революция на Западе вызвала новые виды бизнеса: современные СМИ, телевидение и Интернет позволяют за короткое время сконцентрировать большой объем греховных образов, разрушающих усилия воспитания. Об этом писал преподобный Иоанн Лествичник: «Одним оком, и простым взглядом, и осязанием руки, и слышанием песни без всякой мысли и помысла душа может любодействовать страстно».

Исходя из слов Спасителя, что «всякий, кто смотрит на женщину с вожделением, уже прелюбодействовал с нею в сердце своем» (МФ. 5, 28), можно приравнивать про-

смотр по телевидению фильма с недостойным сюжетом с фактом греха, совершаемого зрителем. В силу огромного воздействия эмоций на душу, следует помнить об этом: «Очи твои право да зрят, и всяцем хранением блюди свое сердце» (Притч. 4, 23, 25)

Последствия греха, принесенного «сексуальной революцией» из США значительны. У них рождается поколение, творчески, интеллектуально бесплодное, поэтому они восполняют интеллект в Европе, России, Индии, Китае. Одной из задач современной педагогики является воспитание культуры половых отношений и нравственных табу.

Нравственная личность, считал И.Ф. Гербарт, немецкий философ, должна руководствоваться в своем поведении определенными идеалами. Им предложено пять нравственных идей: внутренней свободы, нрава, благорасположения, совершенства, справедливости. Общую задачу воспитания он выражал словом нравственность, целью — гармонию воли с этическими идеями. Выработку многостороннего интереса воспитания творческой личности возможно, по его мнению, только на пути управления, обучения и нравственного воспитания.

Этот педагог дает советы о воспитании нравственности у подрастающих детей: осуществлять контроль становления и развития в семье и в обществе; умение донести знания о грозящих опасностях неправильного поведения; нравственное табу на определенные формы отношений, которые поддерживались бы большинством людей. Это умение заполнить время образованием, творчеством, самореализацией, которое должно иметь определенные рамки. Запреты и наказания могут выполнять только дети родителей, имеющих собственные нравственные ценности.

«Чтобы превратить обучение и воспитание в единый процесс развития личности, — необходимо ученику передавать не «голые» знания, а сформировать у него интерес и положительное эмоциональное отношение к знаниям. В результате этой педагогической работы у ученика должен развиваться интерес и стремление к творческой, поисковой, познавательной деятельности, что и обеспечивает восприятие и усвоение знаний без внешнего принуждения» (3).

И.Ф. Гербарт считал, что обучение дает массу представлений, которые ребенок не в состоянии приобрести сам, что обучение и воспитание неразрывны. Учение без нравственного воспитания есть средство без цели, а нравственное воспитание без обучения есть цель, лишенная средств. Должен быть единый процесс — воспитывающее обучение. Согласно Р. Декарту, французскому философу, освоение человеком жизненного пространства начинается с проблемы духовной идентификации и освоения ценностей и норм поведения.

В образовании каждого индивида отражается духовная работа целого как солнце в капле росы, и, с другой стороны, образование «вносит свою долю в образование целого, подобно тому, как из росы образуются облака и реки. Нет ничего более величественного, как это глубокое, не знающее перерывов, вечно рождающееся взаимодействие духовной жизни отдельных лиц и целого, нет ничего, что настойчивее призывало бы индивидуальный разум к смирению». По мере превращения образования в социальный институт, в государственное учреждение, ученик, по мнению В.В. Розанова, больше никогда не оставался наедине со своим учителем, учитель, подчеркнуто говоря лицу, обращался только к толпе. Все индивидуальное, что было в одном и другом заботливо пряталось. В силу этого утверждения невозможно переоценить родительский подвиг индивидуального воспитания ребенка в семье.

В качестве основной цели воспитания В.В. Розанов выделял воспитание индивидуальности на основе усвоения личностью духовной культуры общества. Он считал, что культура есть внутреннее и особенное внимание к чему-либо, предпочтение всему остальному. «Культурен тот, кто не только носит в себе культ, но и кто сложен, т. е. не прост, не однообразен в идеях своих, в чувствах, в стремлениях индивида в навыках и всем складе жизни». По его мнению, культура начинается там, где начинается любовь, где возникает привязанность. Предметом культа может быть все, это синтез всего желанного в истории: религии, государства, искусства, семьи, склада жизни. Исходя из этого, В.В. Розанов выделяет 3 главных принципа образования: индивидуальности; целостности; единства типа или исторической культуры.

Эти принципы не стали господствующими в современной педагогике, однако хотелось бы повернуть к ним внимание тех, кто не снизил творческий потенциал собственной личности.

Воспитание детей — естественный христианский подвиг. Апостол Павел говорил: «Жена спасется чадородием, если пребудет в вере, любви и святости с целомудрием» (Тим. 2, 1.5).

«Родители без веры в Бога на детей своих смотрят, как на игрушку, вещь или даже скот, выкармливаемый только для того, чтобы потом пустить в работу. Они не думают об образовании ума и сердца своих детей, не внушают им правила, полезные для духовной жизни, а своим дурным примером только развращают их. Так действуя, они умерщвляют духовную жизнь детей».

Альберт Швейцер, выдающийся врач, мыслитель и миссионер сказал: «Поистине нравственен человек только тогда, когда он повинуется внутреннему побуждению помогать любой жизни, когда он может помочь и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред. Добро — это сохранять жизнь, содействовать жизни. Подвиг семейной жизни поднимает в полный рост человеческое достоинство. Стремясь любить и отдавая всего себя другому человеку и детям, он становится счастливым сам. «Женщина наделена даром сочувствия, деликатности, умением вдохновлять. Это делает ее похожей на посланницу Христа с миссией облегчить человеческие страдания и горести» (А.Ф. Романова).

10.3. Функции семьи в современном обществе

Полноценная семья призвана выполнять основные функции:

- рождение и воспитание детей (репродуктивная, воспитательная);
- поддержание существования всех членов семьи, заботу о здоровье и продолжительности жизни детей и престарелых (хозяйственно-бытовая и социальная);
- обеспечение стабильности семьи (стабилизирующая);
- эмоционально-психологическая.

В своих дневниковых записях последняя Российская царица А.Ф. Романова так писала об этом: «Смысл брака в том, чтобы приносить радость. Подразумевается, что супружеская жизнь — самая счастливая, полная, чистая, богатая. Это установление Господа о совершенстве».

Далее она пишет: «Долгом в семье является бескорыстная любовь. Каждый должен забыть свое «Я», посвятив себя другому. Каждый должен винить себя, а не другого, когда что-нибудь идет не так. Необходимы выдержка и терпение, нетерпение

может все испортить». Множество произведений искусства и литературы подтверждают этот тезис, как, например, роман М.Пруста «Нетерпение сердца».

Между тем, медики все чаще встречаются с последствиями новых моделей семейных отношений, оказывающих большое влияние на репродуктивные установки. Так, в 1990 гг. идеальной считались семьи с 2–3 детьми, в последние годы нормы рождения детей уменьшились, что, в совокупности с другими демографическими и социально-экономическими причинами, привело к резкому снижению рождаемости.

Известно, что на рождение первенца в семье в значительной мере воздействует эмоционально-психологическая составляющая: «Нет ничего сильнее того чувства, которое приходит к нам, когда мы держим на руках своих детей. Их беспомощность затрагивает в наших сердцах благородные струны. Для нас их невинность — очищающая сила. Когда в доме новорожденный, брак как бы рождается заново. Ребенок сближает семейную пару так, как никогда прежде... На их руки возложена святая ноша, бессмертная жизнь, которую им надо сохранить, и это заставляет их задуматься. «Я» больше не центр мироздания. У них есть новая цель, для которой надо жить, цель настолько великая, чтобы заполнить всю их жизнь», — писала А.Ф. Романова.

Половые различия детей в семье вызывают потребность развивать в семье их особые качества. Как писала об этом последняя Российская царица А.Ф. Романова: «Надо, чтобы руки мужа, вдохновленные любовью, умели делать все». В то же время качества, нуждающиеся в развитии у девочек, иные: «Верной жене не нужно быть ни мечтой поэта, ни красивой картинкой, ни эфемерным созданием, до которого страшно дотронуться. А нужно быть здоровой. Сильной, практичной, трудолюбивой женщиной, способной выполнять семейные обязанности и отмеченной все-таки той красотой, которую дает душе высокая и благородная цель». Из анализа литературы следует, что население сохраняет традиционные для белорусского менталитета ценности, перенося их на воспитание детей в семье.

Немаловажную роль в желании вступать в брак имеет мотивация на создание семьи. Их возможных вариантов ответов респонденты избрали семью и брак как личную ценность, традиции. На третьем месте поставлена надежда на опору в старости, которая является самой эгоистической из иных вариантов ответов.

Семья уже не является традиционной личной ценностью каждого жителя страны, что снижает мотивацию в этом направлении у подрастающих поколений. Не все осознали, что единственной формой брачных отношений является семья, позволяющая наиболее полно и гармонично существовать и воспитывать детей. Медицинские знания об анатомо-физиологических особенностях развития детей помогают в правильной подготовке ребенка к будущим семейным обязанностям с учетом пола. Утраченные нравственные критерии снизили уровень духовности современного человека. «Духовность — это не посещение культурных заведений или просмотр телепередач, а связь с высшим духовным миром через молитву, мысль о Боге, совесть», — писал Б. Ганаго.

Какие же советы дают Святые отцы Церкви:

- * прекрасны добродетели: великодушие, кротость, смирение;
- * дом и семья для нас должны быть второй церковью, ... в ней ты должен жить и общаться также с благоговением и чистотой;
- * приятно видеть семью, где отец любит своих детей, дети — родителей, где каждый охотно выполняет свои обязанности;

* у каждого ...свои священные обязанности в отношении к семейству, ... мы должны, умеряя всякие порывы гнева, прихотливости и требовательности, соблюдать мир и тишину,... при уступчивости и любви — мир всегда возможен;

* чти отца твоего и мать твою, да благо тебе будет, и да долголетен будешь на Земле (Исх. 20,12), — сказано в пятой заповеди Закона Божья. Эта заповедь легка в исполнении, поскольку с любовью к родным и близким неразрывно связана любовь к Богу. «Не любящий брата своего, которого видит, как может любить Бога, Которого не видит? (1 Иоан.4,20).

С этими советами перекликаются те, которые даются традиционной медициной. Исследованием ученых Кембриджского университета, проведенным в 1993–2007 гг., установлены четыре правила по продлению жизни на 14 лет:

*не курить;

*умеренная физическая активность;

*умеренность в еде с преобладанием периодически фруктов и овощей;

*умеренность в приеме спиртных напитков (в неделю не более 0,25 литра пива, или бокала сухого вина или 20,0 более крепкого напитка). Соблюдение лишь двух правил снижает риск смерти в 2 раза против тех людей, которые их не соблюдают.

Факторы, косвенно способствующие увеличению продолжительности жизни:

— умеренный достаток и культура привычек в еде, питье, физической активности;

— медицинское динамическое наблюдение с 40–45 лет;

— жизнь в браке продлевает жизнь женщин на 1600 суток, а холостая жизнь мужчин сокращает продолжительность жизни на 3500 суток (А. Ткаченко, 2004)

— качество жизни пожилых людей (стрессы и способы реагирования на них, пренебрежение амбулаторным приемом лекарств).

С точки зрения врача, опыт наших дедов в соблюдении нравственных заповедей, поста, культуры труда и отдыха свидетельствует об их актуальности до настоящего времени.

Хотелось бы, чтобы данные размышления о семье не показались назиданием. Как написано было преподобным Иоанном Кинович: «Я никогда не творил своей воли и никого не учил тому, что сам прежде не исполнил». Это мудрое наставление не только медицинским работникам. Прежде, чем поучать других, исполним заветы целомудрия в собственном браке и научим своим примером собственных детей. Зная, как отражается на детях феномен телегонии, мы серьезно должны пересмотреть собственное родительское поведение.

Факт официального сотрудничества Белорусской Православной Церкви и Министерства образования Республики Беларусь свидетельствует об осознании необходимости воздействия морального авторитета православной церкви на молодое поколение и признание веры отцов определяющей в становлении и развитии духовных и культурных традиций белорусского народа.

Дети несут непосильный груз и расплачиваются своим здоровьем за грехи и ошибки родителей. Аборты и контрацепция — результат навязанной человечеству идеологии «планирования» жизни. «Где блуд, невоздержание и нечистая жизнь, там естественно рождается и пьянство, и беспечность, и великая несправедливость, и лихоимство, и множество зла», — писал И. Златоуст. История человечества несет множество примеров суда Божьего над народами за распушенную греховную

жизнь, «ибо открывается гнев Божий с неба на всякое нечестие и неправду человека, подавляющих истину неправды» (Рим, 1, 18). В Священном писании приводятся свидетельства того, как Господь призывал людей к чистоте и целомудренности жизни. Это история Ноева ковчега и Всемирного потопа, являющегося наказанием за бунт против добра. С лица земли исчезли уничтоженные огнем пять городов: Содом, Гоморра, Адма, Севоим и Сигор. (Быт, 19, 25; с. 29, 23) за возмутительное и противоестественное растление нравов. На этом месте — Мертвое море, в котором не водится ни одно живое существо, ни в недрах, ни на берегах. «Так как люди, населяющие эту землю, принесли много плодов беззакония, то и земные плоды сделались непригодными к употреблению, чтобы истребление плодов земных служило памятником для последующих поколений, и чтобы бесплодие земли всем напоминало о беззаконии обитавших здесь людей» (Описано свят. Иоанном Златоустом).

В картине Верещагина «Апофеоз войны» изображено семь пирамид голов, по 200 тыс. в каждой за грех половой распущенности мужчин из Багдада и Дамаска. В XIV в. Тамерлан приказал их уничтожить, а «если какой воин пожалеет злодея, пусть сам останется без головы».

Таким образом, за нравственным поведением девушек и юношей стоит глубочайший по смыслу опыт, предупреждающий о рождении неполноценного потомства.

Для уменьшения числа больных с генетическими отклонениями, снижения заболеваемости подростков болезнями, передающимися половым путем, необходимо вновь пропагандировать семейные ценности и нравственное здоровье. Задача родителей — не только родить, но и воспитать детей. Помимо адекватной социальной политики, важным является правильное обучение девочек и мальчиков на медицинских и исторических примерах поведению, которое обеспечит здоровое продолжение себя в вечности.

Правила нравственного воспитания детей для родителей

**Nosce te ipsum* — познай самого себя. Поняв и проанализировав свои собственные слабости и страсти, их легче увидеть у ребенка. Часто они те же, что и у родителей, ибо «привычка — вторая натура». Кроме этого, самопознание требует труда покаяния.

*Внимательно слушать, что о ребенке говорят другие, не впадая при этом в грех обиды, гордыни. Это особенно полезно на ранних этапах его развития.

*Любите детей благоразумно. Тщательно следите за детьми тогда, когда они об этом не знают. Это дает много информации для диагностики их самолюбия, из которых происходят зависть, похвальба, презрение, ложь, воровство. Пресекать, а не культивировать детский эгоизм. В этом педагоги и родители должны объединиться.

*Не впадать в ропот, осуждение и уныние. Находить сообщества родителей с подобными проблемами, объединяясь, помогать другим. Мы по своей нераскаянности, по привычке винить в бедах других, не думать о грехах, ропщем на Бога.

Основные направления программы по профилактике смертности детей в Республике Беларусь рассматривают на государственном, межведомственном и семейном уровнях.

К государственным задачам относят координацию секторального сотрудничества в профилактике детской смертности, в том числе от генетических болезней. Законодательная база в Республике Беларусь значительна: ужесточены меры борьбы с информационным сутенерством, работоторговлей, проституцией.

В стране наметилась тенденция к увеличению количества заключенных браков. Впервые за последние десятилетия одновременно с увеличением рождаемости, снизилась смертность.

Целенаправленная политика государства по сохранению семейных ценностей и восстановлению белорусских традиций, бережного отношения к родителям, семье и детям начинает давать плоды.

Использование ранее неэффективных форм пропаганды семейных ценностей среди подростков, а также укоренение в части нашего общества идей «пробного брака» привел в 2007 г. к двукратному росту болезней, передающихся половым путем в г. Минске. Сегодня благодаря активизации деятельности по ФЗОЖ среди подростков БППП в этой группе населения значительно уменьшилась.

Задача медицинских, педагогических, социальных работников и всей интеллигенции в целом — помочь в сохранении приоритета семьи, направленного на сохранение ценности каждой жизни, что позволит пройти испытания, достойно и с меньшими потерями для них самих и для общества. Способствуя демографической политике государства, мы обеспечиваем счастливое процветание для будущих поколений. Самым лучшим для реализации этого тезиса может стать демонстрация личной приверженности к идеям семейных ценностей все большим числом образованных людей.

Меры, направленные на укрепление здоровья детей и снижение их заболеваемости и смертности предусмотрены в Национальной стратегии устойчивого социально-экономического развития на период до 2020 г.

Ментальность белорусов к семье является отправной точкой, тем рычагом, который поможет строить семью по нравственным критериям и с учетом интересов семьи и всего общества.

ГЛАВА 11

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ПЕР- СПЕКТИВЫ В СЕСТРИНСКОЙ ПЕДАГОГИКЕ

11.1. Роль дистанционного обучения и информационных технологий в формировании здорового образа жизни населения

Изменение роли граждан в сохранении и укреплении своего здоровья становится одной из актуальных проблем здравоохранения в Европе в 21 веке. «Общественное здравоохранение становится наукой и практикой предупреждения болезней, продления жизни, укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом» (D. Acheson, 1988).

В резолюции Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (EUR/RC59/R3) «Здравоохранение в период глобального экономического кризиса: последствия для Европейского региона ВОЗ» предложено «...продолжать использовать эффективные механизмы предоставления индивидуальных и общественных услуг здравоохранения...».

В настоящее время хронические неинфекционные заболевания являются причиной 86% случаев смерти в Европейском регионе. Опыт деятельности систем здравоохранения развитых государств свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигается не путем улучшения качества

лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики. Особое место в этой работе отводится медицинскому персоналу со средним специальным и высшим сестринским образованием, что определяется усилением профилактической направленности отрасли.

На 64 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Варшава, 2011) отмечено, что медсестры и акушерки составляют большинство трудовых ресурсов в системах здравоохранения многих стран и оказание ими квалифицированных услуг по охране здоровья позволяет довести до максимума физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие отдельных людей, семей и общества. На заседании ВОЗ прозвучал призыв к государствам-членам проявить приверженность делу укрепления сестринского и акушерского дела посредством ряда практических действий.

Разработка навыков для образовательной и технической подготовки медицинских сестер и акушерок и систем поддержания этих навыков, а также достижение надлежащего уровня опыта и знаний исследователей, преподавателей и администраторов является важнейшей задачей образования этой когорты медицинского персонала. В соответствии с этими рекомендациями совершенствование методик ФЗОЖ с помощью отряда из 107 тыс. специалистов среднего звена невозможно без применения новых образовательных технологий в обучении.

При практическом применении подобных технологий следует помнить о проблемах, которые следует решить с наличием материально-технической базы организаций здравоохранения и учреждений образования. Особенностью применения компьютерных средств дистанционного обучения является активное использование мультимедиа и гипертекста. Для учета этого необходима разработка электронного мультимедийного учебного пособия, которое включало бы текстовый материал согласно программе, видео фрагменты, мультимедийные эпизоды с аудио сопровождением.

В связи с использованием таких форм обучения, сестринская деятельность может превратиться в ключевой компонент медицинского обслуживания, что подтверждает исследование «Оценка модели первичной медико-санитарной помощи в Беларуси», проведенное в 2009 г. Европейским региональным бюро ВОЗ в Европейском регионе.

В системе дополнительного образования взрослых (сестринских руководителей организаций здравоохранения) использованы элементы повышения компьютерной грамотности, соответствующие стратегическим преобразованиям в системе здравоохранения на перспективу. Учитывая, что компьютерная грамотность является одной из слагаемых качества образования, а также выявление положительной динамики квалификационных категорий у руководителей сестринского дела, разработчики программ дополнительного образования взрослых могут отводить вопросу повышения компьютерной грамотности при ФЗОЖ большой отрезок времени. Недостаточная техническая оснащенность рабочих мест сестринских руководителей медицинских организаций и отсутствие электронных учебников может затормозить процесс применения современных информационных технологий и сказаться на качестве сестринской педагогики.

Использование Интернет-технологий для дистанционного обучения может применяться в подготовке специалистов руководителей сестринского дела.

Преимущество такой формы дополнительного образования взрослых проявляется, в первую очередь, в прямом экономическом эффекте в сфере здравоохранения, но оно практически не реализуется. Требуется разработка нормативной

правовой базы и приобретение достаточного опыта учебно-методической работы в области дистанционного обучения.

11.2. Нормативное обеспечение дистанционного обучения медицинских работников в странах СНГ и Республике Беларусь

Нами проведена оценка нормативного обеспечения дистанционного обучения медицинских работников в странах СНГ и Республике Беларусь.

В процессе исследования использовался сравнительный метод, широко используемый, в юридической науке и практике.

В результате анализа состояния нормативной базы стран СНГ и Республики Беларусь по вопросу дистанционного обучения установлено, что на межгосударственном уровне эта проблема нашла отражение в решениях Совета глав правительств СНГ от 21.11.2006 г., от 22.11.2007 г. и от 20.11.2009 г.

Последним решением утвержден план взаимодействия государств-участников СНГ по расширению применения дистанционных образовательных технологий на период до 2012 г., однако учреждения образования медицинского профиля в число исполнителей плана не вошли. В Кодексе Республики Беларусь «Об образовании» дистанционная форма образования рассматривается как вид заочной формы обучения, когда получение образования осуществляется преимущественно с использованием современных коммуникационных и информационных технологий. Подзаконных нормативных документов в нашей республике по реализации медицинскими работниками данной нормы в образовательном процессе на сегодняшний день нет.

Следует отметить, что в российском законодательстве чаще применяется термин «дистанционные образовательные технологии», как элемент реализации дистанционного обучения. Подобное обучение проводят согласно ряду приказов Министерства образования и науки Российской Федерации:

*«О порядке разработки и использования дистанционных образовательных технологий от 1 марта 2005 г. № 63;

*«Об использовании дистанционных образовательных технологий» от 6 мая 2005 г. № 137;

* «О временных требованиях, предъявляемых к образовательным учреждениям среднего, высшего и дополнительного профессионального образования при проведении лицензионной экспертизы и проверки их готовности к реализации образовательных программ с использованием в полном объеме дистанционных образовательных технологий» от 2 августа 2005 г. № 218).

На практике учреждения образования медицинского профиля Российской Федерации самостоятельно решают вопросы разработки и использования технологий дистанционного обучения в соответствии с Государственным образовательным стандартом и Квалификационной характеристикой специалиста. В Украине Национальной медицинской академией последипломного образования (НМАПО) имени П.Л. Шупика разработаны Положения о дистанционном обучении в системе последипломного медицинского образования, а также учебные программы тематического усовершенствования для повышения квалификации преподавателей: «Дистанционное обучение в медицине» и «Организация дистанционного

обучения в фармации». Приказом ректора академии утверждено Положение о научном учебно-методическом Центре дистанционного обучения НМАПО.

Для более интенсивного внедрения дистанционного обучения в сферу здравоохранения следует разграничить образовательные задачи по двум направлениям:

- дистанционное обучение как элемент комплексного повышения квалификации врача (сестры, помощника врача);
- обучение специалиста (врача, помощника врача) с применением дистанционных образовательных технологий в рамках телемедицины.

Первое направление предполагает организацию специальных тематических курсов в учреждениях дополнительного образования взрослых, наличие учебных программ, системы контроля знаний и выдачу официального документа.

Мероприятия в рамках второго направления могут включать ряд новых форм дистанционного обучения:

- *теленаставничество (дистанционная личная помощь учителя своему ученику);
- *научно-практические семинары для оперативного обмена информацией о новых методах диагностики и лечения, доступной в настоящее время только специализированным учреждениям здравоохранения;
- *тренинг пользователей при освоении новых медицинских методов и информационных технологий;
- *проведение телевизионных лекций и телевизионных семинаров;
- *дистанционное наблюдение за ходом диагностических и лечебных манипуляций, операций в режиме реального времени.

Таким образом:

- использование современных информационных технологий позволяет перевести процесс обучения медицинских работников на качественно более высокий уровень;
- в Республике Беларусь законодательно закреплено понятие дистанционной формы обучения, в то же время механизм ее реализации на уровне подзаконных нормативных актов отсутствует, что не позволяет учреждениям образования, в том числе медицинского профиля, интенсифицировать работу по внедрению дистанционного обучения;
- дистанционные образовательные технологии в здравоохранении следует рассматривать как инструмент непрерывного профессионального образования медицинского работника;
- использование Интернет-технологий для дистанционного обучения может в перспективе применяться в подготовке специалистов руководителей сестринского дела по разделу сестринской педагогики, благоприятно для совершенствования такого рода деятельности.

Концепция устойчивого развития и методы расчета основных показателей, принятые Организацией Объединенных Наций, опираются на индекс человеческого развития, одним из компонентов которого является образованность общества. Возрастание компьютерной грамотности обучающихся в ГУО «БелМАПО» является одной из задач дополнительного образования взрослых, что согласуется с «Направлениями стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг.».

11.3. Закономерности между квалификационными категориями и компьютерной грамотностью сестринских руководителей

С целью выявления закономерностей между квалификационными характеристиками и компьютерной грамотностью сестринских руководителей, обучающихся на курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО из всех областей и из г. Минска в 2002 и 2009 гг. проведен выборочный анализ «Анкет слушателя курса» в период их дополнительного образования.

Метод исследования: случайная выборка 200 «Анкет слушателя курса» за 2002 и 2009 г.г

Проанализирована динамика квалификационных характеристик главных медицинских сестер (рис. 11.1), из которых следует снижение числа обучающихся без квалификационных категорий с 33,4% до 12,7%.

Рост числа сестер-руководителей со второй квалификационной категорией составил 12,4% до 19,7%. Соответственно с первой категорией от 34,7% до 40,7%, а с высшей — от 22,5% до 26,9%. Это обусловлено изменением возрастного состава обучающихся.

С целью установления компьютерной грамотности уточнены сведения о владении персональным компьютером (ПК). В 2002 г. пользователей ПК было 1,8%, $\pm 0,94$, а в 2009 г. — 17,9%, $\pm 2,71$. При этом обучающиеся осуществляли обучение на рабочем месте, получив ПК, используя внутриорганизационную сеть, что дает основание предположить наличие зависимости между ростом компьютерной грамотности сестер-руководителей с их квалификационными характеристиками.

С 2007 г. в БелМАПО введено входное и заключительное компьютерное тестирование по программам обучения, в связи с которым проводится инструктаж. Это стало основным мотивирующим фактором для самообразования слушателей курса.

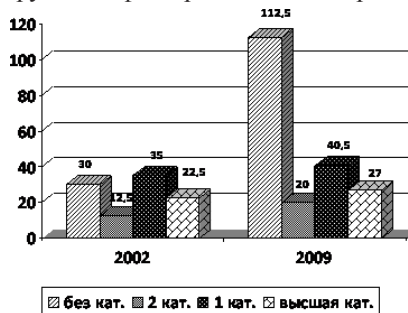


Рис. 11.1. Квалификационные характеристики сестер-руководителей в 2002 и 2009 г. (%)

В ходе исследования были получены следующие данные (табл. 11.1.). Сравнивая количество человек без квалификационной категории за 2002г. и 2009 г. по критерию χ^2 , получено значение критерия 18,3 с уровнем значимости $p < 0,01$. Таким образом, с вероятностью 99% можно утверждать, что количество человек без категории существенно снизилось в 2009 г. в сравнении с 2002 г.

При сравнении количества человек, с высшей и первой квалификационной категорией за 2002 и 2009 гг. по критерию χ^2 получено значение критерия 4,69

с уровнем значимости $p=0,03$. Таким образом, с вероятностью 95% можно утверждать, что количество человек с высшей и первой квалификационной категорией существенно выше в 2009 г.

Таблица 11.1.

Динамика квалификационных характеристик
сестер-руководителей в ГУО «БелМАПО» в 2002 г. и 2009 г.

	2002 г. Абс. числа	2009 г. Абс. числа	2002 г. $P \pm m$	2009 г. $P \pm m$	Темп роста, %	Темп прироста, %
Без категории	60	25	30,0+3,24	12,5+2,34	41,7	-58,3
Вторая	25	40	12,5+2,34	20,0+2,83	160,0	60,0
Первая	70	81	35,0+3,37	40,5+3,47	115,7	15,7
Высшая	45	54	22,5+2,95	27,0+3,14	120,0	20,0

Из табл. 11.1. видно, что самый высокий темп прироста квалификационных характеристик в 2009 г. в сравнении с 2002 г. наблюдался для второй квалификационной категории, что позволяет сделать выводы:

1. В дополнительном обучении сестринских руководителей медицинских организаций использованы элементы повышения компьютерной грамотности, что соответствует стратегическим преобразованиям в системе здравоохранения.

2. Учитывая, что компьютерная грамотность является одной из составляемых качества образования, а также выявление положительной динамики квалификационных характеристик, разработчики программ последипломного обучения должны ответить вопросу повышения компьютерной грамотности больший отрезок времени.

3. Факт самообразования по изучению компьютерных технологий сестринскими руководителями должен быть использован для расширения диапазона пользователей и создания форм и методов обучения этой категории обучающихся через систему специализированных центров.

Таким образом, повышение компьютерной грамотности сестринского руководителя снимает психологический барьер страха перед экзаменом, сопровождающимся компьютерным тестированием и опосредованно влияет на мотивацию к повышению квалификационных характеристик, а также благоприятно для совершенствования деятельности медицинских регистраторов амбулаторно-поликлинических организаций по новым требованиям.

Роль организаторов сестринского дела будет совершенствоваться с учетом возможностей для дистанционного обучения по вопросам профилактической медицины и ФЗОЖ. Развитие первичной медицинской помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья требует особых форм деятельности сестры и помощника врача.

Использование элементов дистанционного обучения и усиление компьютерной грамотности сестринского руководителя благоприятно для совершенствования деятельности по ФЗОЖ согласно новым требованиям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В своей профессиональной деятельности медицинская сестра должна использовать не только медицинскую компетенцию, но и различные педагогические

приемы, современные формы мотивации коллег и пациентов, навыки преодоления барьеров коммуникации, умение делового общения и выступления перед разнородной аудиторией, применять новые информационные технологии в ФЗОЖ.

Особую роль при работе с социально значимыми пациентами приобретают для медицинской сестры навыки пропаганды здорового образа жизни. Поэтому в существующей системе обучения медицинских сестер есть потребность восполнить пробел знаний по педагогике. Дать гигиенические знания по использованию элементов профилактической медицины и ЗОЖ могут преподаватели, обладающие высокой медицинской квалификацией и педагогическими знаниями.

Профессиональные требования к сестрам, излагающим для населения основы ЗОЖ, содержат личностные и профессиональные характеристики. В модель личности входят 3 группы социально-психологических и профессиональных качеств (знания, умения, навыки) для работы педагогом. Модель деятельности описывает особые профессиональные задачи, объем, содержание и форму методики преподавания, адаптированную к особой аудитории.

Активное использование медицинских сестер в просветительской деятельности по поводу предупреждения болезней у населения имеет ряд преимуществ:

- на характер взаимоотношений, отношение к своему здоровью и дальнейшее поведение пациента в медицинском учреждении во многом влияет первый контакт с медицинским работником, которым чаще всего является медицинская сестра;
- повышается роль и значимость сестры в медицинской деятельности;
- благоприятствует повышению внутренней самооценки ряда медицинских сестер.

Таким образом, сестринская педагогика представляет собой сложный и важный институт, базирующийся на инициативе, потребности общества, обновленных информационных технологиях дистанционного обучения. Особую государственную значимость оно приобретает в контексте социальной медицины. Элементы сестринской педагогики и дистанционного обучения основам профилактики болезней являются платформой, на которой базируется взаимодействие медицинских работников с населением. Это должна понимать каждая медицинская сестра и стремиться к тому, чтобы ее деятельность полностью соответствовала современным требованиям, которые содержатся в определении ВОЗ: «Сестринское дело — это помощь отдельным людям, семьям и группам населения в определении и раскрытии их физического, интеллектуального и социального потенциала с учетом условий, в которых им приходится жить и работать. Медицинская сестра должна уметь реализовать функции, способствующие укреплению и поддержанию здоровья, а также предупреждению заболеваний. Сестринское дело включает также планирование и предоставление ухода в период болезни и реабилитации, охватывая физические, интеллектуальные и социальные аспекты жизни в той мере, в которой они влияют на здоровье, возникновение болезни, трудоспособность и смерть. Сестринское дело требует владения специфическими знаниями и умениями и их практическим применением».

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

Ф.И.О.

«__» _____ 200 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о наставничестве в организации

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Наставничество — общественное явление, направленное на совершенствование качества индивидуального обучения молодых специалистов или сотрудников, проходящих адаптацию к новой работе. Это школа профессионального воспитания, являющаяся одним из основных разделов воспитательной деятельности трудового коллектива.

2. Цель наставничества — повышение профессионального мастерства молодых специалистов (врачей, медицинских сестер) в первых 2 года их работы в медицинской организации, овладение нормами медицинской этики и деонтологии, повышение культурного уровня, привлечение к участию в общественной жизни, приобретение или совершенствование индивидуальных знаний, умений, навыков.

3. При необходимости наставничеством могут быть охвачены принятые на работу уже имеющие опыт работы специалисты с целью изучения специфики новой работы и адаптации в коллективе.

4. Наставником может быть опытный специалист, имеющий I или высшую квалификационную категорию со стажем работы не менее 5–7 лет.

5. Кандидатуры наставников определяются заведующим структурных подразделений, главной медсестрой, заместителями главного врача (по курации) в соответствии с особыми личностными качествами: позитивным стилем общения и мировосприятия, педагогическими навыками, умением решать проблемы, способностью выделять приоритеты, с личным влиянием и авторитетом.

6. Списочный состав наставников и Совет наставников утверждаются главным врачом организации.

7. Наставник может быть назначен главным врачом согласно приказу и типовому договору о сотрудничестве на основании добровольного согласия сторон и вследствие доверия руководства. Сроки наставничества устанавливаются индивидуально от 2 недель до 3 месяцев и более при необходимости.

8. За наставником закрепляются не более двух молодых специалистов.

9. 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; способность применять современные подходы к обучению; служить положительной моделью в профессии и общении.

10. Мерилом работы наставника является: владение технологией воспитательного процесса, умение осуществлять функции управления в виде целеполагания

наставляемого, мотивации и планирования его обучения и достижение цели в запланированные сроки.

11. На весь период наставничества между наставником и молодым специалистом заключается устное соглашение о безусловном выполнении обязанностей обеими сторонами, а также соглашение (приложение 5) .

12. Наставник составляет план и проводит оценку работы молодого специалиста (приложения 4, 6).

13. Администрация, профсоюзный комитет имеют право поощрять наставников за проводимую ими успешную работу с молодыми специалистами.

ЗАДАЧИ

1. Организация и проведение работы по оказанию помощи молодым специалистам в овладении профессией, нормами медицинской этики и деонтологии, повышении общеобразовательного и культурного уровня, привлечению к участию в общественной жизни, приобретению индивидуальных знаний, умений и навыков.

2. Воспитание молодых специалистов на примерах работы лучших работников организации, достигших высоких производственных показателей.

3. Ознакомление молодых специалистов с историей учреждения, этапами его деятельности, задачами по оказанию медицинской помощи населению.

4. Организация и проведение трудовых праздников (посвящение в профессию, первый рабочий день, чествование передовиков и ветеранов здравоохранения).

5. Использование личного примера наставника в воспитании молодых специалистов.

6. Ознакомление с условиями быта и оказание моральной поддержки, совет молодому специалисту по его просьбе в решении сложных для него производственных проблем.

7. Вовлечение молодых специалистов в выполнение научно-практической работы.

8. Формирование у молодых специалистов высокой ответственности за выполняемую работу, стремления к постоянному совершенствованию, изучению и внедрению в практику новых современных методов лечения, диагностики.

9. Постоянное совершенствование форм и методов наставничества.

10. Изучение и внедрение передового опыта наставничества других организаций здравоохранения.

11. Ведение установленной документации (планы, дневник наставника и др.).

12. Подведение итогов работы по наставничеству за год.

ОБЯЗАННОСТИ

В своей работе наставник руководствуется действующим законодательством Республики Беларусь, положением о наставничестве, договором о трудовом сотрудничестве, должностной инструкцией.

Наставник обязан

- Максимально индивидуализировать процесс воспитания молодого специалиста.

- Составлять план работы с молодым специалистом и оценивать ее эффективность с регистрацией результатов в дневнике.

- Просто и доступно заострять внимание молодого специалиста на проблемных для него вопросах и своевременно их устранять, ненавязчиво поддерживать, помогать утвердиться в профессиональном мастерстве, уметь выслушать.
- Получить представление об отношении молодого специалиста к труду, дисциплине, самопознанию, самоконтролю и др. личностных способностях.

Молодой специалист обязан:

- Выполнять правила внутреннего трудового распорядка организации и руководствоваться в работе должностной инструкцией.
- В соответствии с задачами, овладеть необходимыми профессиональными навыками, изучить положения Устава организации, получить и использовать в работе необходимую информацию о действующих законодательных и нормативных документах, регламентирующих деятельность организации и конкретного специалиста.
- Максимально использовать опыт и знания наставника для овладения профессией, ознакомления с особенностями работы в организации, уточнения неясных для себя вопросов производственной деятельности.

ПРАВА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Права и ответственность наставников и молодых специалистов основываются на правах и ответственности сотрудников медицинских организаций, определенных законодательством Республики Беларусь и их должностными обязанностями.

Главная медицинская сестра

_____ Ф. И.О.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

Ф. И.О.

«__» _____ 200__ г.

ПЛАН

работы по наставничеству в организации здравоохранения

на 200__–200__ гг.

№ 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 медсестра Ф.И.О.	
2.	Обсуждение работы совместно со старшими медсестрами		Ст. медсестра Ф.И.О.	
3.	Ознакомление с правилами внутреннего распорядка			
4.	Ознакомление с функциональными обязанностями			
5.	Беседы по этике, деонтологии, психологии больного человека			
6.	Изучение приказов по санитарно-противоэпидемическому режиму			
7.	Непрерывный процесс обучения (чтение медицинской литературы, изучение новых технологий, посещение конференций, лекций и т. д.)			
8.	Профессиональное мастерство; отработка технических навыков в соответствии со стандартами			
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 медсестры; в) обмен опытом работы.			
11.	Повышение квалификации, освоение смежных профессий			
12.	Санитарное просвещение: документация. Здоровый образ жизни			
13.	Подведение итогов работы за год			
14.	Оформление протоколов собраний по наставничеству			
15.	Составление плана работы на следующий год			
16.	Охрана труда			

Председатель Совета

наставников

Подпись наставника

**Критерии оценки овладения навыками работы учащегося или
молодого специалиста в организации**

Медсестра _____

Дата _____

№	Критерии	Выполнены	Не выполнены
МЕДИКАМЕНТЫ			
1.	Проверить сроки годности		
2.	Правильность хранения		
3.	Учет лекарств		
4.	Таблица противоядий		
5.	Своевременная выписка требований		
6.	Оформление рецепта Наркотические препараты		
ИЗМЕРЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ			
1.	АД, ЧСС		
2.	Рост		
3.	Вес		
4.	Измерение размеров таза		
ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ			
1.	Амбулаторная карта ф. 025 / У (внешний вид)		
2.	Форма № 30 (соответствие записей в ф. 30 и амбулаторной карте)		
3.	Анализ: своевременная доставка из лаборатории, подклейка, ознакомление врача		
ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ			
1.	Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима		
2.	Правильность укладывания материала в бикс для стерилизации		
3.	Правильность проведения дезинфекции мед. инструментария		
4.	Правильность проведения инъекций, забора крови на исследование		
5.	Правильность взятия мазка на цитологию, степень чистоты влагалища		
6.	Правильность взятия мазка из зева на дифтерию, флору и чувствительность к антибиотикам		
7.	Оказание неотложной помощи при различных состояниях		
8.	Правильность влагалищного исследования (для акушеров)		
НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ			
1.	Умение собрать анамнез		
2.	Постановка сестринского диагноза		
3.	Соблюдение этики в общении с пациентами		
4.	Соблюдение деонтологических принципов в работе с коллегами		
ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ (по профилю УЗ)			

Перечень критериев оценки зависит от направления сестринской деятельности, может быть сужен или, наоборот, расширен.

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

Ф. И.О.

«__» _____ 200__ г.

Примерный план работы наставника (ФИО) _____
с молодым специалистом (ФИО) _____ на 200__–200__ гг.

№ п/п	Мероприятия	Сроки	Ответ- ствен- ный	Отм. об испол- нении
1.	Ознакомление с должностной инструкцией и правилами внутреннего распорядка организации, трудовой дисциплиной в коллективе.			
2.	Изучение действующих нормативных документов по: диспансеризации контингента пациентов; санитарно-противоэпидемическому режиму; правилам выписывания рецептов; охране труда; проблемам здравоохранения. Изучение других приказов, инструкций, методических рекомендаций по организации и выполнению обязанностей, данным специалистом.			
3.	Освоение и совершенствование практических навыков в работе специалиста.			
4.	Диспансеризация больных, порядок ее проведения и оформление медицинской документации. Специальные навыки по профилю УЗ. Порядок предоставления отчетов в кабинет медицинской статистики.			
5.	Изучение вопросов медицинской этики и деонтологии.			
6.	Оказание консультативной помощи в работе по специальности.			
7.	Изучение медицинской литературы.			
8.	Посещение сестринских конференций, Совета сестер и семинаров (лекций).			
9.	Ознакомление с положением о санитарном просвещении, формами пропаганды здорового образа жизни.			
10.	Контроль за своевременным прохождением наставляемыми медицинских осмотров, проведением прививок.			
11.	Участие в проводимых в организации конкурсах, других общественных мероприятиях (спорт. соревнования и др.).			
12.	Ведение документации по наставничеству.			
13.	Обновление стенда по наставничеству.			
14.	Участие в заседаниях совета наставников для координации работы.			
15.	Организация работы по оказанию молодым специалистам помощи в овладении профессией, нормами медицинской этики и деонтологии, в повышении общеобразовательного и культурного уровня, привлечение к участию в общественной жизни учреждения.			
16.	Оформление альбома по истории организации.			

Председатель Совета наставников

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.

Дата _____

подпись наставника

Я, молодой специалист, _____ обязуюсь овладеть необходимыми профессиональными навыками, изучить цели и задачи диспансера, максимально использовать опыт и знания наставника для овладения профессией.

Дата _____

подпись молодого специалиста

Заведующая отделением _____

Главная медсестра _____

Приложение 6

Выводы по результатам индивидуальной подготовки молодого специалиста

Молодой специалист _____

Специальность _____

Наставник _____

Дата приема на работу _____

№ п/п	Мероприятия по плану	Дата проведения	Оценка

Итоговая оценка и рекомендации по дальнейшему трудоустройству

1. _____
2. _____

Подписи членов комиссии _____

1. Алехина Е.А. Психология делового преуспевания // М.: Владоспресс, 2001. — 304 с.
2. Белогузова В.А. Научная организация учебного процесса. — Москва, 2003. — 295 с.
3. Ванюшина Т.В. Формирование здоровьесберегающего пространства в лечебно-профилактических учреждениях // Докл. участников II Всеросс. съезда средних мед. работников на пленуме и заседаниях. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. — С. 69–72.
4. Гончаров В.И. Менеджмент. — Минск: Мисанта, 2003. — 248 с.
5. Гресь Н.А., Аринчин А.Н. Синдром экологической дезадаптации у детей Беларуси и пути его коррекции // Медицинские новости. — 2001. — № 5. — С. 9–10.
6. Дефицит магния у детей с синдромом дефицита внимания и его коррекция препаратом Магне В₆ // Рецепт. — 2004. — № 6 (38). — С. 69–74.
7. Егоров К.Н., Дуброва В.П., Федоренко Н.М., Огризко Н.Н. Терапевтическое сотрудничество врача общей практики с пациентом. — Витебск: ВГМУ, 2002. — С. 666–668.
8. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. — Копенгаген, 2001. — № 5. — 39 с.
9. Задоровский Г.И., Тищенко Е.М. Охрана репродуктивного здоровья женщин и девочек-подростков, как одна из основных проблем демографического развития Беларуси. Гродно, 2006. — 63 с.
10. Иванова В.И., Матвейчик Т.В. «Методы работы сестринского персонала при обучении пожилых людей в «Школе здоровья третьего возраста» // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи населению», г. Минск, 2 ноября 2010 г. — Минск: Белпринт, 2010. — С. 88–92.
11. «Использование методик модификации образа жизни для пациентов с сахарным диабетом 2 типа» инструкция по применению, утвержденная министерством здравоохранения Республики Беларусь / Ярошевич Н.А., Романовский А.А., Лущик М.Л. и др. (рег. № 065-0611 от 22.07.2011 г.).
12. Калинина Т.В., Тяхлова И.Н. Преподавание вопросов общественного здоровья руководителей органов и организаций здравоохранения Республики Беларусь // Матер. респ. науч.-практ. конф., посв. 100-летию И.А. Инсарова. — Минск, 2003. — С. 62 – 63.
13. Калюжный А.А., Саутенкова М.Ю. Формирование эмоциональной культуры преподавателя // Матер. междунар. конф. «Медицинское образование XXI века». — Витебск: ВГМУ, 2002. — С. 669 – 670.
14. Кириенко, В.В. Негосударственное предпринимательство в Беларуси. Менталитет современных белорусов // Социология. — 2000. — №3. — С.68.
15. Колоколов Г.Р., Косолапова Н.В., Никульникова О.В. Основы медицинского права. Курс лекций: Учебное пособие для вузов. — М.: Издательство «Экзамен», 2005. — 320 с.
16. Кралько А.А. Юридическая ответственность медицинских работников и виды правонарушений в медицинской практике // Вестн. пенитенциарной медицины. — 2005. — № 1 (7). — С. 53 – 59.
17. Кралько А.А., Матвейчик Т.В., Пилипцевич Н.Н. Сборник ситуационных задач и деловых игр по основам права, медицинской этике и деонтологии (для слушателей курсов «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей): учебно-методическое пособие / А.А. Кралько, Т.В. Матвейчик, Н.Н. Пилипцевич. — Минск: БелМАПО, 2011. — 68 с.

18. Кралько А.А. Правовое регулирование охраны здоровья в Республике Беларусь. — Минск: РОО «Пенитенциарное здоровье», 2009. — 294 с.
19. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и среднего медицинского персонала / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА); [Н. Е. Акола, А.А. Кралько и др.; редколлегия: Е. М. Русакова (главный редактор) и др.]. — Минск: Альтиора — Живые краски, 2011. — 256 с.
20. Кулагина Г.В. О выполнении проекта «Снижение экологического риска — забота о будущем новых поколений» // Медицинские новости. — 2001. — № 5. — С. 8 — 9.
21. Лекторов В.Н., Михалевич П.Н. К вопросу о приоритетах в современном здравоохранении // Материалы респ. науч.-практ. конф., посв. 100-летию И.А. Инсарова. — Минск, 2003. — С. 86 — 89.
22. Лисицин Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 520 с.
23. Лопатенков Г.Я. Права пациента. Практические рекомендации. — СПб.: БХВ-Петербург, 2005. — 160 с.
24. Лунькова М.М., Тарасов Г.А., Баранова Н.А., Иванова Л.Ф. Опыт воспитания принципов здорового образа жизни в студенческой среде // Докл. II Всеросс. съезда средних мед. работников. Матер. междунар. конф.. — Москва: ГОУ ВУНМЦ, 2004. — С. 334 — 337.
25. Матвейчик Т.В., Ржеутский В.А. Здоровый образ жизни как норма поведения медицинских работников // Сб. науч. тр. в 2-х т. — Т.2. — Минск, 2002. — С. 375 — 276.
26. Матвейчик Т.В., Ржеутский В.А. Опыт единства научного исследования и практического здравоохранения // Матер. науч.-практ. конф. — Минск, 2002. — С. 69 — 72.
27. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Особенности личностного портрета в организации последипломного обучения сестринского руководителя // Мат. респ. науч.-практ. конф., посв. 100-летию И.А. Инсарова. — Минск, 2003. — С. 210 — 212.
28. Матвейчик Т.В., Иванова В.И., Фонотова Э.А., Кулагина Г.В., Ржеутский В.А. Способы общения медицинской сестры с пациентами разного типа // Учебно-методическое пособие. — Минск, 2003. — 90 с.
29. Матвейчик Т.В. Взаимодействие главного врача и главной медицинской сестры как резерв эффективности управления // Матер. респ. науч.-практ. конф., посв. 100-летию И.А. Инсарова. — Минск, 2003. — С. 212 — 216.
30. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Сборник деловых игр, тестов и ситуационных задач по курсу «Организация сестринского дела». — Минск: БелМАПО, 2004. — 56 с.
31. Матвейчик, Т.В., Иванова, В.И., Кралько, А.А. и др. Медицинская сестра и социально значимый пациент: основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, А.А. Кралько, В.И. Завадский.— Мн.: ДИН МВД Республики Беларусь, 2005.—162с.
32. Матвейчик Т.В, Иванова, В.И. Организация сестринского дела: учебное пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова.— Мн.: Выш.шк.,2006.—301с.
33. Матвейчик, Т.В. Дистанционное обучение для организаторов здравоохранения: проблемы организации и становления процесса / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, А.П. Клюев /Дистанционное обучение — образовательная среда XXI века: материалы VI международной научно-методической конференции. — Минск, 22–23 ноября 2007 г. — С. 34–38.

34. Матвейчик, Т.В., Вальчук Э.Э. Управление сестринским процессом в стационаре: монография. – Минск, 2009. – 216с.
35. Матвейчик, Т.В. Формирование навыков здорового образа жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. — 2010. — № 4. — С. 58—64.
36. Матвейчик Т.В., Билодид И.К., Романовский А.А. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета»: учебно-методическое пособие /Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид, А.А. Романовский. – Минск: Ковчег, 2010.-132с.
37. Матвейчик Т.В., Пецевич - Шченсна Г.Е., Романова А.П. Влияние развития медицинской помощи населению на становление сестринского дела // Здравоохранение- 2010.- №6.-С.72-75.
38. Матвейчик Т.В., Пецевич-Шченсна Г.Е., Романова А.П. Особенности организации помощи пожилым людям за рубежом //Здравоохранение— 2010.— №7.—С.24—27.
39. Матвейчик Т.В., Михалевич П.Н., Шевцов Д.Е. Проблемы и перспективы работы помощника врача //Военная медицина.— 2010.— №1.—С.97—101.
40. Матвейчик Т.В., Михалевич П.Н. Состояние, проблемы и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода //Мир медицины.—2010.—№4 (126).—С.3—5.
41. Матвейчик Т.В., Михалевич П.Н. Состояние, проблемы и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода //Мир медицины.—2010.—№5 (127).—С.6—8.
42. Матвейчик, Т.В. Влияние компьютерной грамотности на квалификационные характеристики сестер-руководителей / Т.В. Матвейчик, Л.В. Шваб // Медэлектроника-2010. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии : сб. тр. 6-й Междунар. науч.-тех. конф. — Минск, 2010. — С. 159—161.
43. Матвейчик Т.В. Угроза безопасности пожилых пациентов: сестринские ошибки // Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной дню пожилых людей «Ассоциированные с возрастом заболевания в клинической практике». – Минск: БелМАПО, 2010.—С.70—74.
44. Матвейчик Т.В. Проблемы первичной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста//Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи населению», г. Минск, 2 ноября.2010 г.— Минск: Белпринт,2010.— С. 127—133.
45. Матвейчик Т.В. Роль международного сотрудничества в поддержке научных исследований и образовательных инноваций в сестринском деле //Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи населению», г. Минск, 2ноября.2010г.— Минск: Белпринт,2010.—С. 134—140.
46. Матвейчик Т.В., Иванова В.И., Романова А.П., Вальчук Э.Э., Марченко-Тябут Д.А. [и др.] «Содействие здоровому образу жизни»: учебно-методическое пособие с грифом РИПО /Т.В. Матвейчик [и др.]; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – Минск: РИПО,2011.—276с.
47. Матвейчик Т.В., Петров В.И., Кралько А.А. «Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины»: учебно-методическое пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. – Минск: БелМАПО,2011.—237с.
48. Матвейчик Т.В. «Организация медико-социального ухода за пациентами на дому»: рук. для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность: учеб. пособие для слушателей системы последиplomного медицинского образования /Матвейчик Т.В., Иванова В.И., Кралько А.А., Вальчук Э.А., Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011.—368с.

49. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Профилактика суицидального поведения подростков // *Веснік адукацыі*.—2011.— №2.—С.59–64.
50. Матвейчик Т.В., Иванова В.И. Жизнь без наркотиков: советы педагогам и родителям // *Веснік адукацыі*.—2011.—№5.—С.52–63.
51. Матвейчик Т.В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи (для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела», медицинских вузов и колледжей) монография / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб, – БелМАПО – ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», 2012 – 88 с.
52. Мороз, А.И. Национальный менталитет и экономико-организационные особенности управления процессом перехода к рыночным отношениям в Беларуси. // Материалы 2 межд. научн. конференции «Менталитет славян и интеграционные процессы истории, современности, перспективы А.И. Мороз, С.Н. Чернецкая, Гомель, 2001. — С.358–359.
53. Оксанич С.И. Культурологические аспекты здоровья // Докл. II Всеросс. съезда средних мед. работников. Матер. междунар. конф. — Москва: ГОУ ВУНМЦ, 2004. — С. 351 – 353.
54. Пшеничная Л.Ф. Педагогика в сестринском деле / Серия «Учебники, учебные пособия». — Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. — 352 с.
55. Реализация программы Европейского бюро ВОЗ «Здоровье-21» – один из основных путей улучшения здоровья женщин.// Приложение к информационному бюллетеню № 2 Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) «Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности». — Мн.; июнь 2001. — 29с.
56. Саватеева Л.А. Модель педагога медицинского профиля // Матер. респ. науч.–практ. конф., посв. 100-летию И.А. Инсарова. – Минск, 2003. – С. 89 – 91.
57. Самусева Н.В. Опыт формирования направленности младших подростков на здоровый образ жизни // Доклады II Всеросс. съезда средних мед. работников. Матер. междунар. конф. — Москва: ГОУ ВУНМЦ, 2004. — С. 656 – 658.
58. Социальная работа: Теория и организация: Учеб. пособие / П.П. Украинец, С.В. Лапина, С.Н. Бурова и др.; Под ред. П.П. Украинец. — Мн.: ТетраСистемс, 2005. — 288 с.
59. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. — СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. — 572 с.
60. Тадахико Натао, Исаму Сайто Коколотия. Игра самораскрытия // Пер. с англ. — Киев: София, 2003. — 192 с.
61. Черносвитов Е.В. Пенитенциарная медицина: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Светотон, 2002. — 400 с.
62. Укрепление сестринского и акушерского дела: А64/VR/10 // Шестидесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011г., Десятое пленарное заседание.
63. Филарет Митрополит Минский и Слуцкий, Патриарший Экзарх всея Беларуси. Путь жизнеутверждающей любви. — К.: Дух і літера, 2004. — 230 с.
64. Fischer, A. Мюнхенская декларация : Медицинские сестры и акушерки — важных ресурс здоровья /A. Fischer, M. Danzon. — Copenhagen : WHO, 2000.
65. Fleming, V. Стратегические направления развития сестринского дела и акушерства в Европе / V. Fleming // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7—8 окт. 2011 /ВОЗ. Европ. регион. Бюро
66. Matwiejczyk T., Walczuk E. Efektywnosc wykorzystania zasobow pielegniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Bialorusi // *Problemy pielegniarstwa*.—Rok 2009.—Tom 17, Zeszyt nr 4., 294–300.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1	
СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ	
ПАЦИЕНТ: ТЕОРИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ	4
ГЛАВА 2	
ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ ДЕЛОВОГО ОБЩЕНИЯ	
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	10
2.1. Правила терапевтического общения	12
2.2. Современные требования, предъявляемые к личности	
сестринского руководителя	18
ГЛАВА 3	
ОСНОВЫ ПЕДАГОГИКИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	21
3.1. Педагогические техники, используемые в сестринской практике	21
3.2. Методы и средства обучения в сестринском деле	25
3.3. Педагогика и управление в сестринском деле	28
3.4. Личностно-ориентированные технологии обучения	29
ГЛАВА 4	
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА	
И ПРОФЕССИОНАЛИЗМА МЕДИЦИНСКОЙ	
СЕСТРЫ-РУКОВОДИТЕЛЯ	30
4.1. Общие подходы к созданию творческой рабочей обстановки	30
4.2. Методика формирования пространства, сберегающего здоровье	33
4.3. Технология организации и проведения совещания	36
ГЛАВА 5	
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ:	
НАСТАВНИЧЕСТВО	47
5.1. Цель и задачи наставничества как формы повышения качества	
сестринских навыков	48
5.2. Принципы обучения наставничеству	50
5.3. Рекомендации по организации процесса адаптации новых сотрудников	57
5.4. Рекомендации по созданию программы наставничества	59
ГЛАВА 6	
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБУЧЕНИЯ	
И ПРОСВЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ	60
6.1. Принципы и методы обучения в «Школах пациентов»	60
6.2. Формирование здорового образа жизни: современные подходы	69
ГЛАВА 7	
ПРИМЕР СЕСТРИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ:	
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ	73
ГЛАВА 8	
ОСНОВЫ ПРАВОВЫХ ЗНАНИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	82
8.1. Основные институты медицинского права	82
8.1.1. Права и обязанности пациента	82
8.1.2. Права и обязанности медицинских работников	99

8.1.3. Информированное согласие на медицинское вмешательство	105
8.1.4. Врачебная тайна	109
8.2. Особенности правового регулирования труда медицинских работников	110
8.3. Юридическая ответственность и правонарушения: основные понятия	116
8.3.1. Правонарушение как основание юридической ответственности. Признаки и состав правонарушения	117
8.3.2. Виды юридической ответственности	122
ГЛАВА 9	
МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ	
ПОДГОТОВКИ СЕСТРИНСКОГО РУКОВОДИТЕЛЯ	123
9.1. Роль и место руководителя сестринского дела в системе формирования здорового образа жизни населения	123
9.2. Задачи государственной системы формирования эффективного руководителя	124
9.3. Методология деятельности по формированию здорового образа жизни	124
9.4. Задачи и методы по улучшению качества сестринской медицинской помощи в циклической модели обучения ЗОЖ	126
9.5. Компоненты, функции и принципы системы сестринской педагогики	127
Макет (образец) учебно-методической разработки занятия по теме «Основы профилактической медицины»	128
ГЛАВА 10	
ИННОВАЦИОННЫЙ КОМПОНЕНТ В СИСТЕМЕ	
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ:	
МЕНТАЛЬНОСТЬ К СЕМЬЕ	130
10.1. Ментальность к семье в белорусском обществе	130
10.2. Задачи медицинских работников в повышении грамотности населения по вопросам семьи и брака	133
10.3. Функции семьи в современном обществе	136
ГЛАВА 11	
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ	
ТЕХНОЛОГИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ПЕРСПЕКТИ-	
ВЫ В СЕСТРИНСКОЙ ПЕДАГОГИКЕ	140
11.1. Роль дистанционного обучения и информационных технологий в формировании здорового образа жизни населения	140
11.2. Нормативное обеспечение дистанционного обучения медицинских работников в странах СНГ и Республике Беларусь	142
11.3. Закономерности между квалификационными категориями и компьютерной грамот- ностью сестринских руководителей	144
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	145
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	147
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	150
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	151
ПРИЛОЖЕНИЕ 4	152
ПРИЛОЖЕНИЕ 5	153
ПРИЛОЖЕНИЕ 6	153
ЛИТЕРАТУРА	154

Учебное издание

Татьяна Владимировна. Матвейчик, Алексей Аркадьевич Кралько,
Валентина Ивановна Иванова, Ефимия Лукьяновна Куриленок

Основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства.
Учебно-методическое пособие для медицинского персонала организаций
здравоохранения, лиц, обучающихся в системе дополнительного образования
взрослых (медицинских, социальных, педагогических работников).

Издание второе, переработанное и дополненное

Учебно-методическое пособие

Отпечатано с оригинала-макета заказчика

Подписано в печать 20.11.2012.

Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Times.

Усл. печ. л. 3,72 Уч.-изд. л. 3,87.

Тираж 99 экз. Заказ № 452.

Отпечатано в отделе оперативной полиграфии

ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека»

ЛП № 02330/0494258 от 19.05.2009.

ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск

Тел./факс +375 (17) 216-23-33

E-mail: med@med.by

<http://www.med.by>