

Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб

**Сестринский руководитель
в системе первичной медицинской помощи**

(для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения»,
«Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей,
педагогов и социальных работников)

Минск 2012

УДК 614.253.5-057.177

ББК 51.1 (2)

Авторы: канд.мед. наук, доц. Матвейчик Т.В.
канд. мед. наук Романова А.П.
Шваб Л.В.

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. В.С. Глушанко
канд. мед. наук С.С. Корытько

М 33

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; Бел. мед. акад. последипломного образования – Минск : ГУ Республиканская научная медицинская библиотека, 2012. – 88 с. : 8 табл., 21 рис., 1 схема, 8 прил.

Монография «Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи» предназначена для обучающихся в системе высшего и среднего специального медицинского образования и дополнительного образования взрослых на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей, а также педагогов и социальных работников.

УДК 614.253.5-057.177
ББК 51.1 (2)

ISBN 978-985-6846-91-8

© Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб, 2012.

© Оформление. ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека», 2012.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Менталитет руководителя сестринского дела в системе первичной медицинской помощи	4
Глава 2. Особенности принятия управленческих решений в практике руководителей сестринского дела	14
Глава 3. Инструмент кадрового менеджмента : медико-социологическое исследование	23
Глава 4. Повышение квалификации специалистов по сестринскому делу: проблемы, тенденции, перспективы	25
Глава 5. Проблемы и перспективы работы помощника врача (Матвейчик Т.В. Солдатенко И.Г.).....	39
Глава 6. Карьера руководителя сестринского дела	45
Глава 7. Резерв улучшения качества медицинских услуг — профилактика сестринских ошибок	53
Глава 8. Определение уровня организационных и коммуникативных навыков руководителя сестринского дела (Матвейчик Т.В., Русак С.М., Лисовская Е.А.)	58
Выводы	61
Заключение	62
Приложения	63
Литература	81

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БелМАПО — Белорусская медицинская академия последипломного образования
 БСУ — больница сестринского ухода
 МО — медицинская организация
 ПК — персональный компьютер
 ПМП — первичная медицинская помощь
 Пвр — помощник врача
 РБ — Республика Беларусь
 РП — реабилитационный потенциал
 РФ — Российская Федерация
 СНГ — Союз Независимых Государств
 СЭР — санитарно-противоэпидемический режим.

Повышение квалификации в соответствии с Направлениями стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. является одним из приоритетных направлений в обучении организаторов сестринского дела и главных врачей. Наряду со знаниями основ управления современный руководитель должен хорошо ориентироваться в психологии личности. К настоящему времени в Республике Беларусь в обучающих программах недостаточно раскрыты вопросы особенностей личности руководителя, которые прямо или косвенно затрагивают вопросы качества руководства. Практическое осуществление управленческих функций руководителями сестринского дела бывает затруднено, что связано, во-первых, с рассредоточением вопросов о роли и содержании деятельности сестринского руководителя в различной литературе; во-вторых, с невысокой грамотностью медицинских работников в вопросах менеджмента и неумением отыскать соответствующие нормативные и правовые документы в имеющейся базе данных.

Проблемы руководства неразрывно связаны с вопросами морали, этики и деонтологии, правами пациентов. В практической деятельности руководителя сестринского дела нередко встречаются ситуации морально-юридического плана, когда необходимо сделать правильный выбор между нормами. Без необходимых знаний и навыков это сделать крайне трудно. Проведенные в 2006–2010 гг. исследования облегчат эту задачу, сформируют понятие о руководителе современного типа, позволят полнее представить новые исследовательские качества современной главной медицинской сестры. Об этом министром здравоохранения В.И. Жарко в одном из выступлений отмечено: «Как правило, у всех на виду врач практикующий. Медик-исследователь часто скрыт в его тени. Но серьезные прорывы в лечении болезней, новые методики и разработки невозможны без крепкого научного фундамента. Его-то как раз и возводят ученые-медики во имя сохранения и укрепления здоровья, повышения продолжительности жизни белорусов».

Цель данной монографии — раскрытие портрета личности и повышение профессионального уровня сестринского руководителя организаций здравоохранения, главных медицинских сестер, систематизация профессиональных знаний, выработка навыков принятия управленческих решений, облегчение понимания основных институтов медицинского права, медицинской этики и деонтологии.

Особое внимание в работе уделено вопросам, имеющим непосредственное практическое применение: пониманию значения управленческого решения в работе руководителя, соблюдению прав пациента, процедуре получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, врачебной тайне, профилактике сестринских ошибок и конфликтов.

Таким образом, предложенные результаты исследований, осуществленных на курсе «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, позволят усовершенствовать образовательный процесс в системе дополнительного образования взрослых медицинских работников, повысить их профессиональную грамотность и будут способствовать эффективности руководства. Ведь «главное, что должно быть в образовании и о чем часто забывают, — это не «багаж» знаний, а умение владеть этим багажом» (А.Несмеянов).

Выражаем искреннюю благодарность за помощь в издании монографии ректору Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», член-корреспонденту НАН Беларуси, доктору медицинских наук, профессору Ю.Е. Демидчику, учителю, доктору медицинских наук, профессору кафедры общественного здоровья и здравоохранения Э.А. Вальчуку и уважаемому консультанту В.М. Ореховскому, чьи советы, жизненный и профессиональный опыт помогли в работе ее авторам.

ГЛАВА 1

Менталитет руководителя сестринского дела в системе первичной медицинской помощи

Новые требования к руководителю общественного здравоохранения и сестринского дела предъявляют необходимость в подготовке такого работника, который способен генерировать новое знание, поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять новые формы, методы и технологии медицинских услуг.

Образование первого десятилетия 21 века испытывает одновременно три разнонаправленных действия:

- коммерциализацию образования и образовательных услуг;

- административно-политические требования по переходу к Болонским соглашениям;
- тенденцию сохранения сложившихся традиций образования;
- необходимость перехода к дистанционному обучению.

На международной конференции по социальному развитию (Копенгаген, 1995 г.) мировому сообществу было предложено переместить акцент с темпов экономического роста на устойчивое развитие человека.

Концепция устойчивого развития и методы расчета основных показателей, принятые Организацией Объединенных Наций, опираются на индекс человеческого развития, одним из компонентов которого является образованность общества.

Белорусские ученые анализируют опыт соседей из Российской Федерации (РФ), свидетельствующий о неблагоприятных тенденциях, в том числе и в СНГ. Это утрата звания самой читающей страны в мире, утрата навыка к осмыслению и анализу письменных текстов, однобокое использование компьютерных технологий, поколение с «клиповым» сознанием, легко подверженное манипуляциям.

Творческие личности руководителей требуют длительных вложений, не дающих 100% уверенности в достижении практического результата, при этом они являются «плохими покупателями» и противопоставляются исполнительному работнику, помогающему извлекать прибыль гарантированно и сейчас. Достижение целей, стоящих перед общественным здравоохранением, зависит от профессиональности управленцев.

В связи с этим перспективной является разработка программ, направленных на развитие интеллекта управленческих кадров в системе здравоохранения:

- обучение готовности ориентироваться в изменяющихся условиях;
- развитие интеллекта и интуиции;
- использование информационно-коммуникативных средств;
- понимание мотивов поведения людей.

Как считает С. Л. Рубинштейн: «Мыслить человек начинает тогда, когда у него появляется потребность что-то понять». Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важной задачей для непрерывного саморазвития личности современного руководителя сестринского дела:

1. Повышение требований к уровню интеллектуальных способностей сотрудников, формирование устойчивой мотивации к обучению на протяжении всей жизни.
2. Создание синергетических обучающих отношений (через учебные конференции по основным проблемам практического здравоохранения).
3. Построение модели генерации знаний специалиста, ее распространение и эффективное использование в изменяющихся условиях.
4. Создание условий применения интеллектуальной собственности, повышение престижности и достойной оценки труда организаторов сестринского дела.
5. В результатах новых медицинских технологий и услуг содействовать воплощению интеллекта и формированию рынка интеллектуальной собственности.
6. Стимулировать собственную модель целенаправленного развития личности руководителя сестринского дела.

Ведущее влияние образования на умственное и духовно-нравственное развитие руководителя состоит в приобщении к процессу интеллектуализации не только преподавателей учебных дисциплин, но и слушателей системы дополнительного образования взрослых.

Активизацию познавательной деятельности преподавателя и обучающегося дает использование:

- интерактивных методов обучения;
- сетевых технологий и информационных ресурсов (медиа-образование);
- интеллектуальных обучающих систем;
- личностной дифференциации и индивидуализация учебной работы.

Уровень квалификации преподавателей медицинских вузов и колледжей также нуждается в повышении посредством:

1. Осознания цели, сущности, логики и мотивации интеллектуализации обучающегося.
2. Развития отношения к себе как к развивающемуся субъекту.
3. Способности к постоянной работе над собой, самодиагностике и коррекции своей деятельности, расширению кругозора.

В 2007 г. с целью установления типичных особенностей личности сестринского руководителя, которые следует учесть в составлении обучающих программ, на курсе «Организация сестринского дела»

кафедры общественного здоровья и здравоохранения анкетированы сестринские руководители с высшим образованием по 35 параметрам (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Типичные особенности личности сестринского руководителя

№ п/п	Вопросы по качеству личности	Ответы (%)	Ошибка достоверности (P)
1.	Умеют настоять на своем мнении	90%	
2.	Независимые, обладают чувством собственного достоинства	40%	
3.	Любят распоряжаться другими	30%	
4.	Стремятся к успеху	40%	
5.	Искренне отвечали на вопросы	30%	P<0,05
6.	Способны признать свою неправоту	60%	
7.	Строгие, но справедливые	80%	
8.	Способны проявлять недоверие	50%	
9.	Способность к сотрудничеству	70%	
10.	Уступчивы	50%	P<0,05
11.	Способны заботиться	40%	
12.	Дружелюбны, откровенны	30%	
13.	Отзывчивы на призывы о помощи других людей	70%	P<0,001
14.	Бескорыстны	50%	P<0,05
15.	Любят ответственность	100%	
16.	Уверенные в себе	50%	
17.	Общительные и уживчивые	40%	
18.	Дорожат мнением окружающих	30%	
19.	Прямолинейные и открытые в общении	40%	
20.	Раздражительны	20%	
21.	Беспристрастны	20%	
22.	Обидчивы и шепетильны	30%	
23.	Не терпят, чтобы ими командовали	30%	
24.	Уступчивые	30%	
25.	Неуверенные в себе	20%	P<0,001
26.	Строптивы	20%	
27.	Любят заботиться о других	70%	
28.	Бескорыстные и щедрые	30%	
29.	Озлоблены несправедливостями жизни	10%	
30.	Долго помнят обиды	10%	
31.	Смиренные, кроткие, представляют другим право принимать решение	30%	
32.	Великодушные и терпеливые к недостаткам других	30%	
33.	Черствыми себя посчитали	10%	
34.	Упрямы	50%	
35.	Излишнюю готовность к подчинению (конформность) демонстрируют	10%	

На основании этих сведений портрет сестринского руководителя с учетом его личных особенностей выглядит так: это умеющие настоять на своем мнении, доминантные на 90% специалисты, обладающие особыми чертами характера.

По отношению к профессии и пациенту положительными свойствами личности являются качества:

- обладание чувством собственного достоинства (40%);
- готовность к сотрудничеству (70%), забота о других (50%), дружелюбие, уживчивость (40%), откровенность (30%);
- отзывчивость на призывы о помощи 70% (P< 0,001), до 50% достоверно бескорыстны (P < 0,05);
- любят давать и охотно принимают советы других 60%;
- строгие, но справедливые люди, по собственным оценкам 80% анкетированных респондентов.

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

- низкая потребность в успехе (20%) свидетельствует о заниженном уровне оценки самого себя и общества, что подтверждается тем, что 30% анкетированных дорожат мнением о них окружающих;
- 50% руководителей способны проявлять недоверие, а искренность исповедуют 30% респондентов, что является достоверным качеством их характера;
- уверены в себе 50% респондентов, не уверены в себе 20–50% респондентов, уступчивы 10% анкетированных, что свидетельствует об их излишнем уровне конформности;
- раздражительны, по собственным оценкам, 20% обучающихся, обидчивы и щепетильны 30% респондентов;
- злопамятны 10% анкетированных, в то время как 30% терпеливы и кротки.

Из приведенного следует, что:

- в личных качествах респондентов имеют место особенности, обусловленные проявлениями защитных реакций на стресс, как, например, раздражительность, озлобленность, обидчивость. Следовательно, обучение умению противостоять стрессу может повлиять на характер взаимоотношений с пациентом;
- наличие таких качеств личности, как готовность к сотрудничеству, забота о других, дружелюбие, уживчивость, достоинство, отзывчивость на призывы о помощи, достоверная бескорыстность свидетельствуют о грамотном отборе при выборе профессии.

Согласно исследованиям 2007 г., сестринский руководитель нового типа близок по характеристикам к тем, что доминируют в белорусском национальном характере (1,6). Трудолюбие, сердечность в отношениях между людьми, сострадание, толерантность, миролюбие, коллективизм и чувство локтя выражены в личности руководителя сестринского дела.

Умеренно присутствуют в их личности почитание традиций, патриотизм, стремление к постепенным общественным изменениям. Имеет место осторожное отношение к инновациям, разрушающим привычную жизнь. Такие советские ценности, как равенство, коллективизм, поиск правды и обличение житейской неправды сохраняются в современном менталитете белорусов и сестринских руководителей, как их типичных представителей.

В.В. Шинкарев и Л.В. Вартаганова (2003) отметили, что «душа белоруса не отравлена золотым тельцом», в связи с чем, привнесение элементов рыночных отношений во взаимоотношения медика и пациента не сразу нашло свои организационные формы. Слабо выражены черты, отмечаемые в ментальности белорусов авторами: предприимчивость, расчетливость, неприятие авантюры, конкуренция.

Особенностью составляющих менталитета белорусов являются:

- устойчивый приоритет духовно-нравственных качеств руководителя;
- уважительное отношение к лидеру со стороны окружающих;
- плюралистическая модель общественного существования;
- стремление к стабильности, равновесию, предпочтению компромисса спору и конфликтам.

Среди индивидуальных качеств главной медицинской сестры, как и у главного врача организации здравоохранения (ОЗ), выделяют 3 основных:

- коммуникабельность;
- предприимчивость;
- лидерство.

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

Лидерство — неотъемлемый компонент личности руководителя, поскольку на его уверенности в работе проводимой в ОЗ политики, воле, опыте и целеустремленности базируются успешность управленческой работы. Многофункциональность труда сестринского менеджера ориентирована на способность в решении социальных проблем. Эмоционально напряженный, творческий, сложный и многообразный труд руководителя сестринского дела предъявляет к его личности несколько особых требований: инициативность, умение четко реагировать на ситуацию с ресурсами организации с наибольшей выгодой для работы, умение оценить перспективу новых технологий и своевременно начать их использование в работе своей организации, здоровый оптимизм.

Как считают, концепция «успешного руководителя» содержит здравый смысл, знание дела, уверенность в своих силах, высокий уровень общего развития и способность доводить начатое дело до конца.

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

Американский психолог Д. Киндер выявил представление американцев об идеальном президенте, который, по их мнению, наделен особым набором качеств. К их числу были отнесены знание, сильное лидерство, компетентность, гибкость, мышление, умение создавать команду, остроумие, юмор и находчивость.

В то же время представления россиян об идеальном президенте, выявленные Российским Центром консультирования «Николо-М», иные. Это честный, умный, порядочный, работоспособный, заботящийся о людях человек, в то же время решительный, жесткий, напористый мужчина, способный повести за собой. В этом контексте интересны представления белорусов о желательном образе кандидата в президенты, выявленные в 2001 г. Институтом социологии НАН Беларуси. Предпочтительными были отмечены такие качества, как патриотизм, честность, справедливость, сильная воля, уважение к своему народу, умение установить доверительные отношения с гражданами. Из приведенных данных следует вывод о том, что у каждого народа имеются свои представления об идеальном лидере.

В работе руководителя сестринским персоналом также имеет место лидерство. Авторами было проведено изучение социального портрета сестринского руководителя нового типа, необходимое для оценки дальнейших усилий по их обучению.

В период 2004–2007 гг. проведен анализ 352 анкет, заполняемых слушателями курса «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «БелМАПО» перед началом занятий по повышению квалификации. Методом выборочного анкетирования проанализированы возраст, образовательный уровень, стаж, общественное признание, квалификационные категории.

Средний возраст анкетированных составил 40,7 лет. Установлено, что преобладающим у 82,1% человек является среднее специальное образование, остальные имеют высшее образование. При этом в 2004–2005 гг. лица с высшим образованием составляли 5,1%, а в 2006–2007 гг. их число увеличилось до 16,5%.

Общий медицинский стаж до 10 лет имеют 14,5% сестринских руководителей, а по занимаемой должности стаж до 10 лет у 67,2%. В то же время общий стаж свыше 10 лет у 85,5%, по занимаемой должности подобный стаж у 32,8% человек. Почетные звания, награды имеют 14,4% обучающихся.

Печатные работы выполнены 2,6% анкетированных, т.е. 0,31% от числа сестер с высшим образованием. При этом установлено, что в 2001 г. публиковалось 0,4% слушателей, в 2006 г. — 2,8%, т.е. наблюдается рост публикационной активности в 7 раз.

Уровень квалификации сестринского руководителя таков: высшую категорию имеют 26,9%, первую — 40,7%, вторую — 19,7% человек. Это соответствует другим показателям, полученным в данной работе (возраст, стаж, образование). Полезным для общей характеристики стало изучение влияния связи компьютерной грамотности и квалификационных характеристик сестринского руководителя.

Возрастание компьютерной грамотности слушателей ГУ «БелМАПО» является одной из задач дополнительного обучения взрослых, что полностью согласуется с «Направлениями стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг.».

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 г. Минска в 2002 и 2010 гг. проведен выборочный анализ «Анкет слушателя курса» в период их последипломного обучения.

Метод исследования. Случайная выборка 200 «Анкет слушателя курса» за 2002 и 2010 гг.

Материал исследования. Проанализирована динамика квалификационных категорий главных медицинских сестер (рис. 1). Из полученных данных следует снижение числа обучающихся без квалификационных категорий с 33,4 до 12,7%. Рост числа сестер-руководителей со второй квалификационной категорией составил от 12,4 до 19,7%. Соответственно увеличение числа лиц с первой квалификационной 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%, ±0,94, а в 2009 г. — 17,9% ±2,71. При этом слушатели осуществляли обучение на рабочем месте, получив ПК и используя внутриорганизационную сеть, что дает основание предположить наличие зависимости между ростом компьютерной грамотности сестер-руководителей с их квалификационными категориями. С 2007 г. в БелМАПО введено входное и заключительное компьютерное тестирование по программам обучения, в связи с которым проводится инструктаж, что стало основным мотивирующим фактором для самообразования слушателей курса.

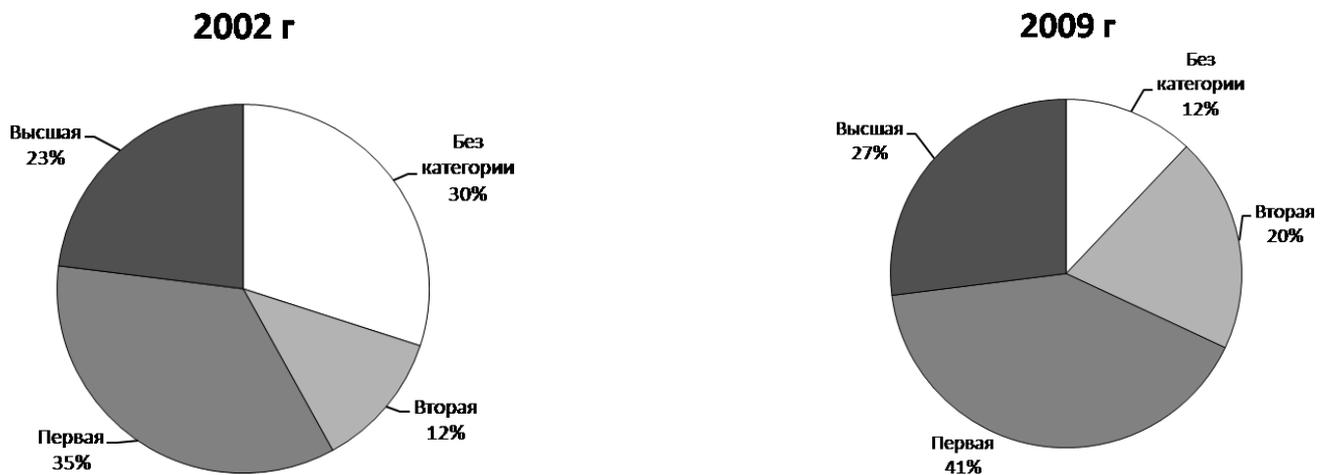


Рис. 1. Квалификационные категории сестер-руководителей в 2002 и 2009 гг.

В ходе исследования были получены следующие данные (табл. 2.1). Сравнивая количество человек без квалификационной категории за 2002 и 2010 гг. 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 квалификационной категории существенно снизилось в 2010 г., в сравнении с 2002 г.

При сравнении количества специалистов с высшей и первой квалификационной категорией за 2002 и 2009 г. 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 2010 г.

Таблица 2.1

Динамика квалификационных характеристик сестер-руководителей
в ГУО «БелМАПО» в 2002 и 2010 гг.

	2002 г. Абсолютные числа	2009 г. Абсолютные 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

По данным табл. 2.1 видно, что самый высокий темп прироста квалификационных характеристик в 2010 г. в сравнении с 2002 г. наблюдался для второй квалификационной категории, что позволяет сделать выводы:

1. В системе дополнительного обучения сестринских руководителей организаций здравоохранения использованы элементы повышения компьютерной грамотности, что соответствует стратегическим преобразованиям в системе здравоохранения на перспективу в 5 лет.

2. Учитывая, что компьютерная грамотность является одной из слагаемых качества образования, а также выявление положительной динамики квалификационных категорий, разработчики программ дополнительного обучения взрослых должны отвести вопросу повышения компьютерной грамотности больший отрезок времени. Кроме этого, тормозом является недостаточная техническая оснащенность рабочих мест сестринских руководителей организаций здравоохранения.

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.

Помимо этого, одной из форм деятельности является сотрудничество с организациями негосударственной формы собственности в обучении специалистов на коммерческой основе. Из числа анкетированных специалистов 8,4% имеют высшее образование, что подтверждает интерес коммерческих структур к материальной мотивации лиц с более высоким уровнем образования. При этом 61,2% обученных специалистов из структур г. Минска, остальные представляют все областные центры страны.

Таким образом, мы приблизились к понятию личности руководителя сестринского дела нового типа, которая достижима посредством реализации Направлений стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг.

Ожидаемые результаты реализации предложенной стратегии для руководителей сестринского дела. Каждый выпускник системы дополнительного образования взрослых, обучающихся на курсе «Организация сестринского дела» должен уметь:

- доказать миссию своей организации (миссия сестринского дела — это удовлетворение потребности пациентов в высококвалифицированной, безопасной и компетентной медицинской помощи, а также обеспечение ее максимальной доступности);
- планировать свою работу и деятельность подчиненных медицинских сестер, групп медсестер, медсестринских общественных организаций;
- осуществлять контроль деятельности среднего и младшего медперсонала в соответствии с новыми требованиями к организатору общественного здравоохранения;
- сбалансировать интересы своей организации, района, при необходимости — общенациональные;
- ввести в действие и практику государственные образовательные (профессиональные) стандарты качества сестринской помощи по всем специальностям с учетом развития здравоохранения и медицинской науки и преемственности уровней образования;
- внедрить в работу своей организации личностно-ориентированные технологии обучения («Школа творческого роста»), интенсивные, информационные и другие;
- написать статью, информационное письмо по актуальным вопросам сестринской практики, уметь участвовать в дискуссии и вести ее;
- развивать внутреннюю мотивацию и самореализацию средних и младших медицинских работников;
- использовать все возможности для международного сотрудничества с ассоциациями медицинских сестер других стран, расширять распространение положительного опыта своей организации до сведения потребителей медицинских услуг и лиц, формирующих политику здравоохранения.

В то же время слушатели нуждаются в знании элементов кризис-менеджмента, которое позволит смягчать неблагоприятные эффекты от экономического кризиса в виде обостренной конфликтности некоторых людей.

Эффективный менеджер — это лицо, умеющее обратить негатив в позитив и достоинство, наподобие Т. Сойера, который нежелательное для него действие (окраску забора) обернул для друга Г. Финна в интересную игру-пари с моральной и материальной выгодой. Кроме этого, «каждый знает столько, сколько делает» (Саванаролла).

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

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

1. Четко указывать направление.
2. Не только говорить, но и слушать.
3. Демонстрировать высокую честность.
4. Подбирать способных людей.
5. Учить и поддерживать подчиненных.
6. Давать объективную оценку.
7. Осуществлять постоянный контроль.
8. Понимать финансовые последствия решений.
9. Поощрять новые идеи.
10. Отдавать четкие приказы, когда необходимо.

Работа руководителя изобилует необходимостью решения возникающих проблем и выбора пути их преодоления. В связи с этим преодоление препятствий в работе через своевременное принятие решений является необходимым навыком руководителя не только в периоды перестройки.

Для эффективного руководства необходимо находить решения, которые:

- окажут наибольшее воздействие на ключевые результаты;
- приведут к намного более высоким результатам по сравнению с запланированными действиями.

Принимая решение, с целью самоконтроля, руководителю следует спрашивать себя:

- каким будет результат?
- какова основная цель?
- какие другие возможности можно использовать?

Следует проанализировать и определить:

- что может пойти неправильно;
- препятствия, с которыми можно столкнуться;
- вероятность враждебной реакции со стороны пациентов, персонала, конкурентов, профсоюзов и т.д.

Для анализа ситуации следует поставить под вопрос сложившуюся практику:

- почему это делается?
- почему не перестать делать это?
- почему так часто?
- почему такие требования?
- почему таким способом?
- почему здесь?
- почему такая цена/расходы?

Чтобы решения были эффективными, их всегда следует принимать вовремя.

Научившись принимать решения своевременно, руководитель не должен успокаиваться. Анализ еще не означает результат. Любой руководитель может столкнуться с сопротивлением переменам со стороны своего окружения, и он должен быть готов к этому.

Трудности, с которыми можно столкнуться при решении проблем, включают:

- слишком много информации: трата времени на поиски фактов; не выявлены необходимые ключевые данные;
- нет перспективного планирования: в последнюю минуту осознается нехватка времени; недостаточно данных;
- не распознаются полезные идеи: сомнения в собственных идеях; игнорирование чужих.

Методы успешного решения проблем отчасти основаны на исправлении вышеуказанных трудностей:

- четко определите проблему, запишите ее;
- установите факты и цели;
- рассмотрите широкий спектр решений, спокойно обсудите варианты и идеи;
- сосредоточьтесь на достижении желаемых результатов;
- объективно выбирайте лучшее решение.

Одним из способов решения профессиональных затруднений является метод мозговой атаки.

Мозговая атака:

- индивидуальное осмысление возникших трудностей: запишите проблему; напишите, по крайней мере, 20 идей и контраргументов к ним; используйте побочные мысли (внешне несвязанные идеи); выделите приоритетные; выберите лучшие идеи;
- групповая атака: назначьте регистратора идей; четко определите проблему и запишите ее; дайте идеям течь свободно (никакой критики по ходу); выберите идеи, пригодные для реализации; проведите совещание с целью разработки плана конкретных действий.

По прогнозу специалистов, мировой экономический кризис коснется Беларуси в незначительной степени. Однако необходимо быть готовыми к опосредованным последствиям, через потребителей медицинских услуг, поставщиков оборудования, медикаментов, технологий, особенно в настоящее время.

В связи с этим дальновидному руководителю нужно разработать собственные методы кризисного управления. На заседании руководящего состава медицинской организации нужно разработать систему мероприятий, позволяющих урегулировать кризис, если он возникнет:

- иметь план действий на случай кризисных ситуаций (например, компьютерный сбой, забастовка транспорта, непоставка оборудования, несвоевременность платежей, пожар и т.д.);
- предвидеть событие (а не просто реагировать на происходящее);
- не откладывать принятие решений в надежде, что проблема исчезнет сама по себе;
- не реагировать на мелкие трудности так, будто это серьезные кризисы;
- помнить, что если случится кризис, следует реагировать спокойно, но быстро.

Для успешного преодоления проблем профессионального характера в личности сестринского руководителя имеются такие качества, как стремление к постепенным общественным переменам и осторожное отношение к инновациям, разрушающим привычный режим работы. Внутренняя стабильность личности руководителя весьма полезна для разрешения ситуаций высокого риска.

Обмен опытом работы на постоянно действующем семинаре сестринских руководителей свидетельствует о появлении навыков работы в нестандартных ситуациях только после 5 лет практической деятельности. Следовательно, обучение адекватному ситуации поведению руководителя будет

необходимым качеством для смягчения конфликтных ситуаций в работе с персоналом и для повышения качества медицинской помощи в период социально-экономической нестабильности.

Как справиться с кризисом:

- самому или коллективно определить его суть и степень опасности, очертить проблему;
- определить желаемый результат;
- составить список возможных решений;
- проверить выполнимость предпочтительных решений;
- незамедлительно разработать и реализовать план действий.

Управленческие воздействия на достижение общественных целей через изучение ментальных характеристик сестринского руководителя будут эффективнее, если учитывать индивидуальные характеристики его личности и интеллекта при обучении.

Достоверно выявленные ментальные характеристики сестринского руководителя в виде готовности к сотрудничеству, бескорыстной помощи и отзывчивости к другим, справедливости свидетельствуют о профессиональном кадровом отборе и благоприятны для непрерывного саморазвития его личности.

Мешающие оказанию качественной медицинской помощи свойства личности, в виде низкой потребности в успехе и признании, неуверенности в себе, обидчивости могут быть проявлением длительного, профессионального стресса. Они нуждаются в коррекционном воздействии через обучающие программы, тренинги, мастер-классы. Миролюбие, коллективизм, трудолюбие и сострадание являются востребованными особенностями личности медицинской сестры, что привносит лечебно-охранительную атмосферу на всех этапах и уровнях оказания помощи пациентам. Уважительное отношение к личности любого руководителя и осторожность в принятии инноваций в сестринском деле уравнивают желания некоторых молодых организаторов к жестким преобразованиям в системе первичной медицинской помощи (ПМП).

Таким образом ментальные характеристики сестринского руководителя нового типа позволяют с уверенностью прогнозировать их соответствие предъявляемым практикой здравоохранения требованиям, включая поведение в нештатных ситуациях.

Использование материалов исследования в практике преподавания позволило достичь определенных результатов в работе курса «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО.

Карта достижений курса «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО в педагогической и научно-исследовательской деятельности:

Педагогическая деятельность:

1. Подготовлено 1388 слушателей, в т.ч. педагогов медицинских колледжей — свыше 70 человек.
2. Разработано 11 учебных образовательных программ на 160 и 80 учебных часов, в т.ч. учебная программа повышения квалификации для медицинских сестёр-регистраторов (медицинских регистраторов) «Современные алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения» для Белорусского государственного медицинского колледжа.

Методическая работа: издано 21 пособие, в т.ч. 1 монография, 3 учебных пособия с грифом Министерства здравоохранения, 7 инструкций, 1 производственный стандарт, в т.ч. в 2010 г. инструкция по применению Минздрава Республики Беларусь «Алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (для медицинских сестер-регистраторов)»; проведены и опубликованы результаты 4 медико-социологических исследований.

Организационная работа: проведено 10 республиканских конференций, семинаров, чтений. Так, в Год здоровья (2008) организовано 4 республиканские акции, в том числе «Будь здоровой, Беларусь!» (в города Туров, Наровля, Давид-Городок). В 2010 г. — республиканский семинар «Состояние, проблемы и перспективы больниц сестринского ухода»; в 2011 г. — обучающий семинар «Определение уровня организационных и коммуникативных навыков руководителя сестринского дела. Методы коррекции и рекомендации по предпочтительности сферы профессиональной деятельности».

Сотрудничество: с Белорусским обществом Красного Креста подготовлено 3 новых и обновлено 3 специальных образовательных программы для обучения сестер милосердия согласно международным проектам БОКК и Консорциума Швейцарского и Германского Красного Креста, Австрийского Красного Креста; с Белорусской Православной Церковью (5 конференций, 5 ярмарок-выставок, 3 благотворительные акции); проводится серия популярных Интернет-лекций «Предупреждение синдрома эмоционального выгорания у лиц общественных профессий» для руководящего состава «Беларусбанка» и др. ведомств; подготовлена специальная программа «Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины» и учебно-практическое пособие для ДИН МВД Республики Беларусь.

Помощь практическому здравоохранению: организована работа на общественных началах 3-х курсов «Школа старшей медсестры» в 3-х организациях здравоохранения г. Минска, в 2011 г. — в УЗ «Центральная районная поликлиника № 3» Октябрьского района г. Минска; в 2011 г. проведено 3 городских обучающих семинара для организаций здравоохранения г. Минска.

Популяризация здорового образа жизни: проведено заседание 8 круглых столов; 5 мастер-классов по идеологии здоровья; издано учебно-методическое пособие «Содействие здоровому образу жизни» с грифом РИПО для педагогов и учащихся учреждений профессионально-технического и среднего специального образования, работников социально-педагогической и психологической служб; 2-е издание учебно-методического пособия «Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» для организаторов сестринского дела»; осуществляется ведение рубрики «Здоровый образ жизни» в республиканских рецензируемых ВАК журналах «Народная асвета» (2003–2010), «Веснік адукацыі» (2008–2011), «Вестник пенитенциарной медицины» (2007–2011).

Общественная деятельность: сотрудники курса входят в состав и принимают участие в работе Республиканского Совета медицинских сестер и в состав редакционного совета журнала «Медицинские знания».

Формулами новизны в работе курса с начала его основания в 2001 г. явились следующие показатели:

- организация и проведение новой педагогической формы мастер-класса на темы: «Диагностика и профилактика суицидального поведения у подростков», «Профилактика синдрома эмоционального выгорания»;

- реализация концепции личностно ориентированного образования для руководителя;

- организация и проведение тренинг-семинаров по повышению устойчивости к стрессам и росту творческого потенциала;

- начало обучения основам сестринской педагогики, в т.ч. популяризация здорового образа жизни на новых идеологических принципах;

- издание пособий с грифом министерства образования Республики Беларусь «Организация сестринского дела», «Организация медико-социального ухода за пациентами на дому», с грифом РИПО — «Содействие здоровому образу жизни»;

- преподавание на курсе доцентов, развивающих научное направление сестринского дела;

- организация и проведение республиканских практических обучающих семинаров по пропаганде здорового образа жизни «Мир моды на здоровье» (2008) и «Определение уровня организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела» (2011).

Научные исследования прикладного характера, осуществленные на курсе «Организация сестринского дела»:

1. Социально-психологические исследования портрета сестринского руководителя.
2. Регламентация работы медицинских сестер, осуществляющих уход на дому.
3. Документирование сестринского процесса при осуществлении помощи пациентам с хроническими заболеваниями на дому.
4. Профилактика синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер.
5. Профилактика риска совершения сестринских ошибок.
6. Нормативы нагрузки сестер, работающих самостоятельно.
7. Этика взаимодействия в системе «врач-сестра-пациент-партнеры».
8. Повышение престижа сестринского руководителя и медицинской сестры.
9. Воздействие медицинских работников на аспекты демографической безопасности в области семьи посредством пропаганды здорового образа жизни.
10. Изучение форм, методов и опыта медико-социальной работы медицинских сестер за рубежом.

Выводы по результатам исследования:

Высшее образование имеет место у 27,89% медицинских сестер из числа обучающихся на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, что свидетельствует о значительном образовательном пространстве. Имеющиеся «ножницы» между высоким процентом лиц с общим стажем свыше 10 лет (85,5%) и низким процентом лиц (32,8%) со стажем по занимаемой должности более 10 лет могут свидетельствовать:

- о том, что для карьерного роста сестринскому руководителю оптимальным является временной лаг в 10 лет;

- о значительном омоложении сестринских кадров, которые до истечения 10 лет общего стажа становятся руководителями.

Низкая публикационная активность сестринских руководителей по актуальным профессиональным проблемам может быть следствием недостаточной оценки обществом роли и места, выделяемого сестре в иерархии отношений «общество-врач-сестра», и не способствует развитию науки сестринского дела.

Преобладание лиц с 1 квалификационной категорией (40,7%) обусловлено возрастом и стажем работы по занимаемой должности. Оно свидетельствует как о резерве 2 квалификационной категории для молодых сестер, так и о «запасе» в 13,8% лиц с первой квалификационной категорией для получения высшей квалификационной категории.

Повышение компьютерной грамотности сестринского руководителя снимает психологический барьер страха перед экзаменом, сопровождающимся компьютерным тестированием и, опосредованно, влияет на мотивацию к повышению квалификационных категорий и благоприятно для совершенствования деятельности медицинских работников организаций по новым требованиям.

Заслуживает внимания опыт коммерческих структур о привлечении к деятельности персонала из числа лиц с высшим сестринским образованием и о материальной мотивации их труда. Возрастание публикационной активности анкетированных обучающихся может быть следствием повышения престижа профессии сестринского руководителя и осознания личной ответственности за развитие практики, базирующейся на научных основах.

По отзывам руководителей организаций здравоохранения, научные исследования прикладного характера, проведенные на курсе, актуальны и применимы в практике их работы. Таким образом, учет ментальности и психологических характеристик руководителя сестринского дела приближает его к зарубежным аналогам и благоприятен для эффективности системы дополнительного образования взрослых.

ГЛАВА 2

Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела

Комплексная наука об управлении является универсальной, т.к. изучает управление различными системами. Связанные с жизнедеятельностью человека социальные системы и организации институтов обслуживания зависят от перемен, происходящих во всех сферах жизни в нашей стране. Поступательное развитие сфер деятельности общества невозможно без управления. В последние десятилетия управление как наука и ее практическая реализация приобретает все большее значение: возникла необходимость овладения этим направлением знаний, его развитием и использованием в практике. Существенно изменилась роль руководителей, социального слоя людей, занятых работами по управлению, содержание их работы и требования к ней. На фоне роста ответственности за выполнение поставленных задач, повышается самостоятельность руководителей в решении вопросов функционирования и определений направлений развития организаций.

В условиях растущих потребностей отрасли здравоохранения и возникающих, в этой связи, особенностей материального обеспечения отрасли, существенно увеличивается значение и роль руководителя, владеющего знаниями и искусством управления, умеющего добиваться поставленных целей, используя труд, интеллект и мотивы поведения других людей. Миссия системы здравоохранения, как удовлетворение потребности общества в охране и укреплении здоровья, на уровне организаций здравоохранения реализуется через достижение стратегической цели: оказание качественной, доступной, бесплатной, квалифицированной медицинской помощи населению, независимо от материального и социального положения.

Сестринское дело в Республике Беларусь — важная составляющая системы здравоохранения, включающая сестринский персонал с различным уровнем и направлением подготовки. Характерной тенденцией времени является возрастание роли сестринских кадров в оказании населению качественной квалифицированной медицинской помощи, обеспечении ее доступности. Вспомогательная роль сестринского дела обусловлена недостаточно рациональной его организацией и самостоятельностью, дефицитом в использовании профессиональных управленческих знаний сестринскими кадрами. Изменение места и роли сестринского персонала в системе оказания медицинской помощи населению возможно через последовательное повышение его роли в организации и оказании медицинской, а так же медико-социальной помощи, развитие новых организационных форм и технологий сестринской помощи, совершенствование подготовки специалистов, в том числе по управлению. Подготовка кадров средних медицинских работников, владеющих знаниями о функциях и методах управления, способных осуществить управление персоналом на практике, позволит более эффективно решать стоящие перед здравоохранением задачи.

Организация здравоохранения является сложной социальной открытой системой, активно взаимодействующей с внешней средой и имеющей сложную внутреннюю среду. Требованием времени является не только улучшение материально-технического обеспечения организаций здравоохранения, но и рациональное использование всех видов ресурсов: трудовых, материальных, финансовых, информационных и технологических. Важнейшим ресурсом управления являются люди, т.к. любая работа в организации может быть сделана только ими. Управление организацией здравоохранения состоит в умении организовать ее деятельность при наиболее рациональном использовании имеющихся ресурсов, и прежде всего, оптимально используя кадровый потенциал. Практическое использование технологий управления становится повседневной практикой: изменение организационных и управленческих структур, эффективное осуществление процесса управления с помощью реализации механизмов управления.

Осуществление управления связано с реализацией 4-х основных видов управленческой деятельности, названных «функциями управления»: планирования, организации, мотивации и контроля. Эти виды деятельности тесно взаимосвязаны между собой и направлены на достижение стоящих перед организацией целей.

Разделение труда в организации посредством классического принципа управления формирует основные элементы управления: объект и субъект управления. Основой для их формирования является четкое отделение работ по управлению от работ по непосредственному производству услуг. Чем крупнее организация, тем в большей степени проявляется необходимость разделения управленческого и неуправленческого труда. Субъект осуществляет управленческое воздействие на объект, используя технологии. Средством преобразования выступают технологии управления: структура, процесс и механизмы управления. Наиболее часто используемый в управлении здравоохранением системный подход позволяет рассматривать элементы управления, как управляемую и управляющую системы, находящуюся в тесных объект-субъектных взаимоотношениях. Процесс управления, который по отношению к управляемому объекту осуществляет управляющий субъект — это решение управленческих проблем во взаимосвязи всех функций руководства для решения поставленных задач и достижения целей организации. Процесс принятия решений связан с процессом управления в целом, со всеми функциями управления. Наличие в практике управления так называемых связующих процессов (коммуникации и принятия решений), позволяет реализовать функции управления (виды управленческой деятельности), как комплексное целенаправленное управляющее воздействие.

Управляющая система состоит из работников, выполняющих различные работы по профессиональному руководству людьми. Для организаций здравоохранения характерен большой объем и сложность управленческих работ, которые в целях повышения эффективности также разделяют. Разделение труда в управлении — специализация управленческой работы на отдельные виды деятельности, разграничение полномочий, прав и сфер ответственности руководящих работников. Результатом структурного разделения труда по вертикали является образование уровней управления. Такая градация труда позволяет скоординировать управленческую работу в организации.

Исторически сложившейся, общепринятой для организаций и систем здравоохранения является трехуровневая структура управления. Количество уровней управления сестринским делом в организации здравоохранения зависит от ее типа и мощности. Стратегический (высший) уровень управления сестринским делом представляют руководители больниц сестринского ухода. Традиционными в управлении сестринским делом являются тактический (функциональный) уровень управления, представляемый главными сестрами и оперативный (линейный) уровень управления, включающий старших медицинских сестер структурных подразделений организаций здравоохранения. Основой функционирования системы управления является принцип скалярности: уменьшение объема делегированных полномочий и ответственности пропорционально удалению от главного руководителя. Ступени управления характеризуют последовательность подчинения одних звеньев управления другим. На каждом уровне решаются различные по значимости для организации, характеру, содержанию задачи по достижению стратегических, тактических и оперативных целей организации. Решения, принимаемые сестринскими руководителями на каждой ступени управления в пределах своих полномочий, на основе поступающей информации в конкретной форме доводятся до нижестоящих уровней управления или до непосредственных исполнителей.

Существует 5 основных характеристик, позволяющих установить, какие решения, и на каком уровне в структуре управления (иерархии) должны приниматься в организации. Эффект воздействия отражает влияние и степень воздействия на организацию. Чем больше данное решение затрагивает цели и направления деятельности работы организации здравоохранения, тем выше должен быть уровень его принятия, чтобы обеспечить учет интересов всех сторон, затрагиваемых этим решением. Качество и

ценность управленческого решения, определяются состоянием организационной культуры, трудовых, общественных и человеческих отношений, принципов поведения, этических ценностей. Будущность касается времени воздействия и перспектив принимаемого решения. Периодичность характеризует частоту или редкость (уникальность) решения. Обратимость — показатель, насколько быстро и просто отменить управленческое решение. Решения высокой периодичности, характеризующиеся обратимостью с достаточно узкой направленностью и краткосрочной перспективой — это параметры решений, которые могут быть приняты на более низких иерархических уровнях управления. Редкие, перспективные, затрагивающие многие виды и направления деятельности организации здравоохранения, сложно обратимые управленческие решения принимаются на более высоких уровнях управления.

Необходимость принятия управленческого решения возникает в случае наличия проблемы в организации, при определенном критическом значении рассогласования между существующим и желаемым состоянием объекта управления. Организация здравоохранения — развивающаяся система, в которой появляются новые проблемы, требующие принятия решений. Руководители сталкиваются с необходимостью выполнения разнообразных организационных задач. Ситуация в организации, которая требует принятия решения по ее изменению, считается организационной проблемой. Проблема в организации — это необходимость принятия управленческого решения. Ситуация будет оставаться проблемной, пока поставленная цель не будет достигнута.

Сестринским руководителям различных уровней управления приходится разрешать организационные проблемы. По мере приобретения жизненного опыта навык руководителя распознавать и разрешать организационные проблемы развивается. Принятие эффективного управленческого решения является одновременно наукой и искусством, которые постигают всю жизнь. Принятие организационных решений — часть повседневной работы руководителя. Организационное решение представляет собой выбор, который должен сделать руководитель, чтобы выполнить должностные обязанности, возложенные на него.

Управленческая деятельность существенно отличается от неуправленческих работ, связанных с производством услуг в организации. Труд руководителя отличает умственный, творческий характер. Предметом труда является информация. Средства труда — знания, умения и опыт руководителя. Продукт труда — управленческие решения. Т.е., решение является результатом оценки информации на основе ее анализа.

Необходимость принятия решений пронизывает все, что делает руководитель организации здравоохранения. Принятие решения в управлении — систематизированное действие, тяжелое моральное бремя, в котором цена ошибки высока, особенно на высших уровнях управления. Процесс принятия решений определяет действенность управления, эффективность преодоления возникающих трудностей, распределения ресурсов и достижения организационных целей. Знания, опыт, умения и навыки по диагностике организационных проблем, разработке и принятию управленческих решений, их реализации и постановке вопросов контроля во многом определяют эффективность организации по достижению целей.

Управленческое решение — это развернутый во времени волевой, логико-мыслительный, эмоционально-психологический и правовой акт, сводящийся к выбору оптимального варианта решения из нескольких возможных, осуществленный в рамках должностных полномочий для достижения практических результатов. Управленческие решения определяют вид и порядок воздействия субъекта на объект управления (система, организация, структурное подразделение, лицо-исполнитель). Решение по изменению управляемого объекта характеризует ряд аспектов. Правовой аспект управленческого решения состоит в соблюдении правовых норм при его подготовке, принятии и реализации, придании формы нормативного акта, распределении ответственности за выполнение. Организационная составляющая: делегирование полномочий, локализация и устранение конфликтов. Экономический аспект управленческого решения — эффективность использования всех видов ресурсов, материальная заинтересованность персонала. Социальный компонент: качество трудовой деятельности, система участия коллектива в управлении. Психологический аспект управленческого решения охватывает деловые качества руководителя и психологический склад личности подчиненных, социально-психологический климат медицинской организации, готовность персонала к нововведениям. Педагогическая составляющая содержит воспитательный компонент управленческого решения, способствует росту профессионального уровня медицинских работников, формированию корпоративной культуры посредством позитивных нравственных установок.

Управленческие решения, как продукт труда руководителя — результат анализа, прогнозирования, экономического обоснования и выбора из множества вариантов достижения конкретной цели, важная составляющая искусства управления коллективом. Руководитель делает выбор в интересах организации здравоохранения, структурного подразделения, выступая от их имени и в их интересах,

следовательно, он не имеет права на непродуманные решения. Важно, что они могут сильно влиять на деятельность людей, призванных исполнять принятое руководителем решение. Управленческие решения охватывают широкий круг людей, характеризуются масштабностью, психологической спецификой и финансовыми последствиями.

Организационные решения — определенный курс действий, выбранный руководителем из возможных вариантов, направленных на достижение тех или иных целей организации. Эффективное управленческое решение — это показатель профессионализма руководителя, поскольку, принятие решений сочетают в себе науку и искусство. Выделяют стандартные (алгоритмизированные, программируемые) и нестандартные (творческие) организационные решения.

Стандартные задачи в медицинской организации возникают чаще всего. Это ежедневные задачи, способы решения которых уже разработаны и зафиксированы. Стандартные решения принимаются в пределах строгих рамок и направлений, заданных организацией, не требуют больших временных и энергетических затрат. Многие ситуации в организациях имеют тенденцию к повторению. Их решения не вызывают затруднений: они предусмотрены правилами и процедурами организации. В организации достаточно один раз установить правила принятия таких решений: утвердить, согласовать и регламентировать соответствующими документами. Этим существенно экономится время и руководителя и подчиненных, т.к. не приходится разрабатывать новую правильную процедуру всякий раз, когда возникает соответствующая «стандартная» ситуация. Стандартные решения принимают при повторяющихся организационных проблемах. Зачастую это заказ медикаментов при снижении их запасов до определенного уровня, пополнение запасов расходных материалов, сроки подачи отчетов, требования наличия определенных навыков у кандидатов на замещение вакантной должности, время прихода и ухода сотрудников, отлаженные действия лечебно-диагностического процесса (работа с пациентами, документацией, техникой, инструментами) и др. От руководителя требуется осуществлять контроль и реагировать на изменения и нарушения, которые могут сигнализировать, что правила устарели и не отвечают запросам сегодняшнего дня.

Усложнение деятельности организации здравоохранения в свете изменения и усложнения влияния факторов внешней среды: современные требования по обеспечению демографической безопасности, условия хозяйственной деятельности, политическая и экономическая обстановка стране не зависят от руководителя. В незнакомых ситуациях принимаются нестандартные решения, когда имеет место большое число случайных факторов и, соответственно, разнообразие вариантов альтернативного выбора не имеет готовых решений и требует постоянной активности со стороны руководителя.

Уникальные задачи чаще всего имеют неповторяющийся характер. В таких случаях новым является объект выбора, либо обстановка, в которой он совершается. Они многовариантны, потому что не имеют одного идеального решения, а связаны с рассмотрением ряда альтернатив, иногда одинаково привлекательных, но выбрать надо самую оптимальную из всех. В таких условиях ответственность руководителя при недостаточной определенности последствий решения существенно возрастает. Решения такого типа требуется принимать в ситуациях, которые сопряжены с неизвестными факторами, когда требуется выработка нового курса действий. Принятие этой категории решений наиболее сложно для руководителя. Они не имеют единого верного ответа, не структурированы, требуют специальной процедуры разработки и принятия решения. Соответственно, принятые решения варьируют от спонтанного до высоко логичного. Нестандартные решения принимаются при разрешении следующих организационных проблем: какими должны быть цели организации, как воздействовать на мотивацию подчиненных, как усовершенствовать структуру управленческого аппарата. На практике, немногие управленческие решения оказываются стандартными или нестандартными, чаще они носят смешанный характер.

Процесс принятия решений определяет действенность управления, эффективность преодоления возникающих трудностей, распределения ресурсов и достижения организационных целей. Знания, опыт, умения и навыки по диагностике организационных проблем, разработке и принятию управленческих решений, их реализации и постановке вопросов контроля во многом определяют эффективность организации по достижению целей.

Управление, в отличие от большинства видов профессиональной деятельности, должно существовать в настоящем и будущем. Руководитель должен думать «в настоящем о будущем». Поэтому, эффективное управленческое решение должно соответствовать ряду требований. Направленность на достижение целей организации (актуальность) при соблюдении условия единства и соответствия ранее принятым целям. Научная обоснованность управленческого решения с учетом объективных законов, соответствующих нормативных правовых документов, учет всей совокупности факторов и условий,

адекватность общепринятым нормам и ценностным представлениям. Обязательны к обеспечению эффективности решения: директивность (обязательность исполнения), своевременность, взвешенность, конкретность — указание, каким подразделениям управляемого субъекта адресовано решение и каковы сроки его исполнения. Чрезвычайно важна краткость и ясность формулировок, простота формы, правильность оформления, исключающая разные толкования одного и того же предмета или действия. Решения должны обладать стимулирующим действием на служебное поведение исполнителей, предоставлять им возможность для обучения и приобретения опыта. Управленческое решение должно быть реализуемым, что заключается в организации его исполнения и степени его принятия исполнителями.

Особенностью организационных решений является широкий диапазон ситуаций (организационных проблем). Процесс принятия решений — неизбежная часть работы руководителя. Медицинская и управленческая практика имеют много общего. Медицинские работники, равно как работники управленческого труда, в течение рабочего дня сталкиваются с многообразием ситуаций, для которых готовых решений нет. Задачи в управлении могут быть рутинными, решение которых не сложно благодаря наличию правил и процедур. Другие, более сложные проблемы, требуют более тщательного рассмотрения и изучения.

Принятие решений — сложный, систематизированный процесс, алгоритм которого включает 3 основных этапа:

1 этап — диагностика (определение) проблемы.

- осознание проблемы;
- определение ее приоритетности;
- анализ ситуации (собственно диагностика проблемы), включающий: выяснение симптомов затруднений и возможностей; установление причин возникновения проблемы, для чего осуществляется сбор внешней, внутренней информации, ее анализ; определение характера проблемы.

2 этап — разработка и принятие управленческого решения;

- определение желаемого результата: выработка и постановка цели;
- оценка и анализ факторов внешней и внутренней среды на предмет выявления ограничений возможности в принятии решений;
- разработка альтернатив (различных вариантов управленческих решений);
- оценка альтернатив;
- выбор оптимальной альтернативы.

3 этап — реализация управленческого решения;

- организация исполнения решения;
- контроль хода реализации решения;
- анализ результатов решения.

Руководители организаций здравоохранения наиболее часто применяют поэтапный подход к решению проблем. Поэтапный подход способствует совершенствованию навыков руководителя по решению проблемных ситуаций, развивает профессиональную интуицию. Однако в некоторых сложных и нестандартных ситуациях использование традиционного подхода не всегда бывает возможным. Более того, иногда проблемы бывают настолько сложны, что найти идеальный вариант решения просто невозможно. В таких случаях руководители, понимая, что решение не самое лучшее, из возможных, оптимально используют имеющиеся ресурсы и информацию. Даже при реализации рационального подхода к решению проблемы, руководители могут выбирать неправильный вариант ее решения.

Каждому из руководителей присущи личностные особенности, порой они принимают решения в непростых ситуациях. Не все руководители принимают решения одинаково. Назначение на должность руководителя — уникальная возможность организации использовать эти различия наиболее эффективно для достижения своих целей. В идеале, на руководящую должность должен быть выбран человек, который может лучше других выполнить определенную работу. Недооценка объективных качеств личности приводит к ошибочному выдвижению людей на управленческую работу, что оборачивается материальными и моральными издержками.

Выбор управленческого решения неоднозначен, во многом зависит от влияния и сочетания различных факторов. Особенности «личностного профиля» принятия решений определяются совокупностью качеств личности. Менталитет каждого народа отличается своими национальными особенностями. Культурные различия народов формируют предпочтения в процессе управления в различных странах. Индивидуализм, более «жесткий» подход к выработке и принятию управленческих решений, «как ответа на вопрос», характерен для стран постсоветского пространства, Западной Европы, США.

Безоговорочная поддержка принимаемого решения — также характерное наследство советской эпохи в управлении. Преобладание коллективного подхода, групповых форм принятия решений, поиск глубинных причин проблемы, «мягкий» подход к решению проблем характерен для стран Азии (Япония).

Результаты исследований последних лет указывают на то, что эффективность управленческих решений зависит от психосоциотипа, пола и возраста руководителя.

Психосоциотип определяет индивидуальный характер мышления, различный подход к восприятию проблем. Индивидуальное мышление, особенности индивидуальных, мыслительных особенностей, возраста и пола руководителя определяют тип принятия решений в условиях определенности, неопределенности и риска. Это в значительной мере характеризует условия для принятия управленческих решений современного руководителя. Личностная система ценностей определяет поведение и действия сестринского руководителя, оказывает непосредственное влияние на характер принимаемых им решений. «Организационная культура» руководителя определяет качественную характеристику управленческого решения: приобщение всех сотрудников к системе ценностей организации на основе корпоративного духа. Управленческие творческие способности — это умение разрабатывать и принимать оригинальные решения, тесно связано с особенностями мыслительной интеллектуальной деятельности. Эти способности характеризуют новаторский и консервативный, аналитический и интуитивный типы руководителей.

Образование является одним из основных факторов, характеризующих особенности процесса принятия решений конкретным руководителем. Для более полного анализа ситуации и быстрого реагирования руководителю необходимо владеть разнородными знаниями. Индивидуальное мышление, как инструмент принятия решений, призвано обеспечить эффективность принимаемых решений. Определяющие характеристики ума: быстрота, оригинальность, глубина, гибкость развиваются в процессе приобретения профессионального управленческого опыта. Умение доводить начатое дело до конца, психологическое состояние, поведенческие ограничения личностного характера (отношение к риску, способность к предвидению, умение воздействовать на других людей и сотрудничать с ними) являются важными характеристиками руководителя, призванного принимать управленческие решения. Успех организации здравоохранения зависит от того, какими знаниями владеет руководитель, как их использует. Опыт руководителя включает в себя теоретические знания, жизненный опыт, стереотипы, стандарты, оправдавшие себя в прошлом. Человек использует знания о том, что случилось в сходных ситуациях ранее. Опираясь на здравый смысл, он выбирает альтернативу, которая принесла успех в прошлом. Уровень диагностических возможностей сестринского руководителя позволяют глубоко познать состояние дел в медицинской организации, всесторонне, системно видеть и оценивать проблемную ситуацию. У более опытных руководящих работников, имеющих стаж работы в должности руководителя более 10 лет, у женщин и у мужчин — готовность к принятию решений в условиях риска ниже, чем у работников с меньшим стажем. Эффективность управленческих решений в существенной мере определяется управленческими способностями: умением воздействовать на других людей, распределять между специалистами этапы выполнения решения. Индивидуальная управленческая позиция, как сочетание жизненного и делового опыта, определяет основные идеи и цели деятельности руководителя, пути достижения и степень настойчивости в их реализации. Наличие и особенности управленческой позиции подразумевает зрелость личности человека, способность принять ответственность не только за свои действия, но и за действия своих подчиненных. Таким образом, личностный профиль руководителя трансформируется в личностный профиль решения (В.Г. Зазыкин, А.П. Чернышов, 1992).

Исследования последних двух десятилетий позволили выявить 4 стиля принятия решений. Директивный стиль характерен для людей, предпочитающих простые, ясные решения. Руководители, предпочитающие этот стиль, обычно действуют продуктивно и рационально, при принятии решений охотно полагаются на существующие правила и процедуры, не любят иметь дело с большими объемами информации. Такие руководители, принимают решения быстро, рассматривают одну-две альтернативы. Аналитический стиль принятия решений характерен для руководителей, предпочитающих комплексные решения, базирующиеся на максимально возможном объеме информации. Этот стиль предполагает сбор всесторонней информации, выработку альтернатив и поиск наилучшего возможного решения. Концептуальный стиль принятия управленческих решений предпочитают творческие руководители, которые при разработке и принятии решения рассматривают большое количество разноплановых альтернатив, информации, поступающей от других людей и из управленческих систем. Поведенческий стиль принятия решений характерен для руководителей, проявляющих заботу о личностном развитии других людей. Разговор с сотрудниками один на один, чтобы понять их отношение к проблеме и возможное влияние на них конкретного варианта решения, помогающие работнику достичь личных целей.

В рамках исследования по определению доминирующих стилей принятия управленческих решений было привлечено 102 руководителя сестринского дела, проходивших обучение на кафедре общественного здоровья и здравоохранения в 2010 г. (приложение 1).

По должностям (уровню управления) в группе исследования составили: старшие медицинские сестры 53%, главные медицинские сестры 43%; заведующие больницами сестринского ухода (БСУ) 3,9%, прочие – 0,1%. (рис. 2).

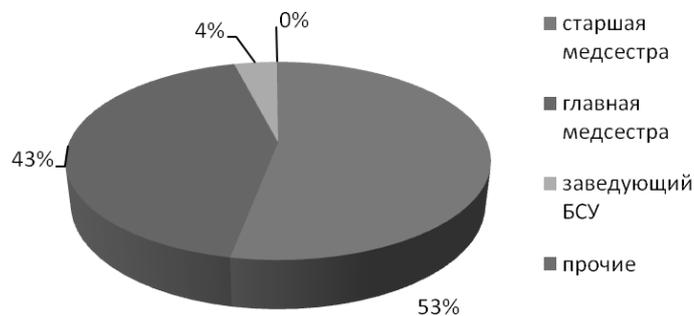


Рис. 2. Структура должностей сестринских руководителей

По направлению профессиональной медицинской подготовки в группе исследования составили: медицинские сестры со средним специальным образованием 67,6%; фельдшера 15,7%; акушерки 11,8%; медицинские сестры 2,9% (рис.3).

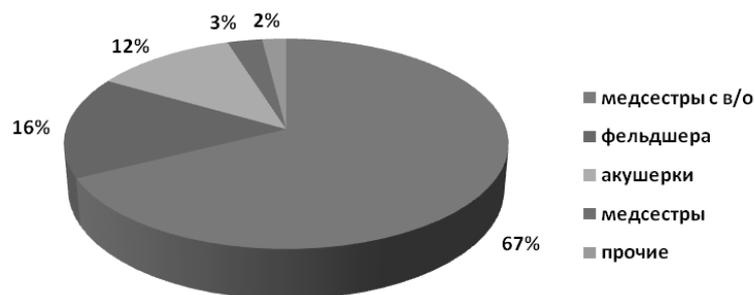


Рис. 3. Структура профессиональной медицинской подготовки сестринских руководителей.

Согласно структуре распределения участников исследования по стажу руководящей деятельности, максимальный удельный вес (40,1%) составили руководители со стажем работы до 5 лет. Группа руководителей, имеющих стаж от 6 до 10 лет — 28,43%. В совокупности обе группы, в рамках исследования составили 68,5% (рис. 4).

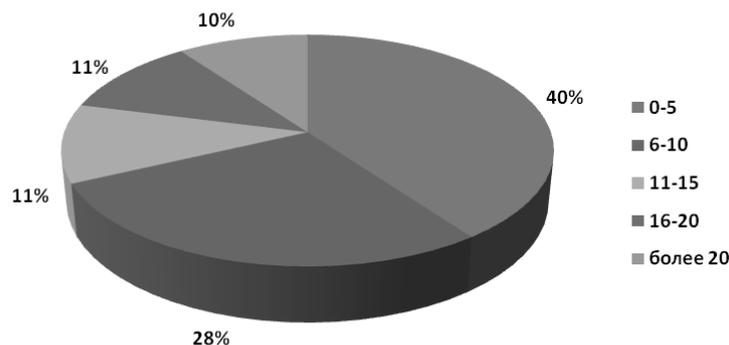


Рис. 4. Структура стажа управленческой деятельности сестринских руководителей

Линейный (технический, оперативный) уровень управления представлен старшими сестрами организаций здравоохранения, которые составили 53% в исследуемой группе. Руководители этого уровня непосредственно осуществляют руководство действиями исполнителей по обеспечению непрерывности лечебно – диагностического (первичного) процесса в медицинской организации. Основными, среди большого количества оперативных задач, являются распределение конкретных, четко формализованных заданий, контроль их выполнения и рациональное использование ресурсов. Управленческие решения, принимаемые на данном уровне управления, определены как оперативные (технические).

Это ежедневные, еженедельные распоряжения, направленные на решение текущих задач, отдаваемые персоналу на утренних пятиминутках, не требующих документального оформления. Принятие решений на низших уровнях существенно повышает эффективность и производительность работы. Средний (функциональный, тактический) уровень управления представлен главными сестрами организаций здравоохранения, которые составили 43% в исследуемой группе. Функциональный уровень управления обеспечивает взаимодействие между высшим и оперативным уровнями руководства. Прямая связь, имеющая нисходящее воздействие, реализуется в доведении до низовых руководителей в удобной, понятной форме, решений вышестоящего уровня управления. Тактические, с высоким уровнем аргументации решения, чаще в виде заданий, обеспечивают реализацию управленческих решений высшего уровня, позволяют осуществлять эффективную координацию работы руководителей оперативного уровня. Руководители тактического уровня, владея методикой анализа, осуществляют подготовку и передачу информации, которая может быть использована для стратегического планирования, а также принятия управленческих решений, по каналам обратной связи. В рамках исследования руководители выполнили тест «Проверьте, какой вы руководитель?». Источник: Познай себя и других: Популярные тесты. - 2-е изд., доп.-М.: ИВЦ «Маркетинг», 1995 – 400с.

Согласно полученным результатам, наличие предрасположенности к управленческой деятельности установлено у 100% протестированных лиц. Незначительная предрасположенность к руководящей работе отмечена у 1,96%. У 72,5% в составе исследуемой группы установлен тип «руководитель-организатор». У 25,5% отмечены выраженные способности к управленческой деятельности.

В рамках исследования сестринские руководители выполнили тест «Как вы принимаете решения?». Источник: Что делать, если Вам нужно принять решение; пер. с англ. С.Э. Борич. - Минск: «Попурри», 2008.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что не испытывают каких-либо трудностей при принятии решений 66,6% руководителей, выполнивших тест. У 8,8% состава исследуемой группы выявлена уверенность в себе с тенденцией к самоуверенности. Для 24,5%, состава анкетированных лиц отмечен очень серьезный подход и испытываемое нервное напряжение при принятии управленческих решений, связанное с переживаниями по поводу того, как к нему отнесутся подчиненные.

Для определения индивидуального стиля принятия управленческих решений, руководителям исследуемой группы был предложен тест «Каков Ваш индивидуальный стиль принятия решений?». Источник: Alan J. Rowe and Richard O. Mason, *Managing with Style A. Guide to Understanding, Assessing, and Improving Decision Making* (San Francisco: Jossey-Bass, 1987; 40-41).

Соотношение стилей принятия решений в исследуемой группе распределилось следующим образом: 73,5% руководителей характерен «чистый» стиль принятия управленческих решений. У 26,5% стиль принятия решений имеет смешанный характер и представлен различными комбинациями.

Исследование структуры в группе «чистого» стиля 73,5% выявило, что руководители сестринского дела чаще всего имеют аналитический (40%) и поведенческий стили (32%) принятия решений. Для 17% из них характерен директивный стиль. Наименее распространен в группе исследования концептуальный стиль принятия управленческих решений — 11% (рис. 5).

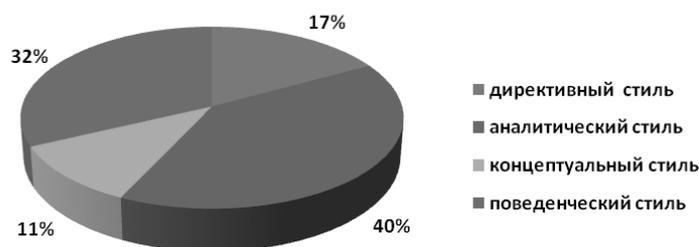


Рис. 5. Структура стилей принятия управленческих решений сестринских руководителей

Полученные данные в разрезе должности (уровня управления): старшие сестры (оперативный уровень управления), главные сестры (тактический уровень управления), заведующие БСУ (стратегический уровень управления), свидетельствуют о том, что «чистые» стили управления преобладают у руководителей сестринского дела всех уровней управления. Наибольший удельный вес «чистого» стиля принятия решений отмечен в группе главных медицинских сестер 79,6%. Смешанные стили преобладают у заведующих БСУ и составляют 30,6% в структуре этой группы.

Среди «чистых» стилей принятия решений во всех должностных группах отмечен, как наиболее частый аналитический стиль. Доминирующими у главных медицинских сестер являются: аналитический

стиль у 48,3% лиц и поведенческий стиль — 21,1%. В группе старших медицинских сестер также преобладают эти стили, практически в равном соотношении: аналитический 37,2% и поведенческий 34,9%. Немногочисленная группа заведующих больницами сестринского ухода показала приверженность к директивному 33,3% и аналитическому 33,3% стилям принятия решений.

Результаты анализа и выявление связи профессиональной подготовки со стилем принятия решений показали, что преобладание «чистых» стилей составило 84% в группе руководителей, имеющих подготовку по специальности «акушерское дело». К смешанному стилю принятия решений наиболее привержены руководители с профессиональной подготовкой по специальности «лечебное дело» 47,05%. Во всех группах «чистых» стилей отмечен, как наиболее часто имеющий место, аналитический стиль принятия решений. Как доминирующий стиль, он характерен для специалистов, имеющих подготовку по специальности «акушерское дело» и составляет 54,5% в группе «чистых» стилей. Директивный стиль принятия решений наиболее распространен в немногочисленной группе медицинских сестер с высшим образованием 50% и специалистов, имеющих подготовку по специальности «акушерское дело» 27,2%.

Результаты анализа и выявление связи возраста со стилем принятия решений показали, что преобладание «чистых» стилей имеет место во всех возрастных группах руководителей сестринского дела. В возрастных группах от 31 до 60 и более лет, среди «чистых» стилей отмечен, как наиболее часто имеющий место, аналитический стиль принятия решений. Наибольший удельный вес — 77,14% данный стиль составляют руководители в группе 41–50 лет. Поведенческий стиль доминирует в группе «чистых» стилей в 30% случаев у руководителей в возрасте 21–30 лет. Наибольший удельный вес применения смешанных стилей принятия решений выявлен у руководителей в возрасте более 60 лет — 33,33%.

На основании результатов исследования по определению стилей принятия управленческих решений среди руководителей сестринского дела различных уровней управления отмечено, что наибольшее их число в организациях здравоохранения представлено сотрудниками со стажем управленческой работы от 0 до 10 лет. Состав руководящих кадров с учетом подготовки по специальностям представлен в наибольшей мере медицинскими сестрами. Руководители сестринского дела в меньшей мере представлены специалистами с профессиональной подготовкой по специальностям «Лечебное дело» и «Акушерское дело».

Выводы по результатам исследования:

1. Основной состав действующих руководителей сестринского дела различных управленческих уровней имеет предрасположенность к управленческой деятельности.

2. Превалирующая в практическом здравоохранении часть руководителей сестринского дела различных управленческих уровней не испытывают трудностей при разработке и принятии управленческих решений.

3. Установлены особенности принятия управленческих решений в практике руководителей сестринского дела. Для руководителей сестринского дела различных уровней управления более характерны «чистые» стили принятия управленческих решений.

4. Превалирующим «чистым» стилем принятия управленческих решений руководителями сестринского дела является аналитический стиль. Этот стиль наиболее присущ представителям функционального уровня управления (главные сестры) и специалистам, имеющим подготовку по специальности «Акушерское дело», руководителям в возрасте от 31 до 60 и более лет и стажем руководящей работы от 0 до 15 лет и более 20 лет.

5. Редко встречающийся в среде руководителей сестринского дела директивный стиль принятия управленческих решений наиболее характерен для высшего уровня управления организаций здравоохранения — заведующих больницами сестринского ухода, а также медицинских сестер с высшим образованием и специалистов, имеющих подготовку по специальности «Акушерское дело».

6. К смешанному стилю принятия решений наиболее привержены руководители в возрасте более 60 лет — 33,33%.

7. Диагностика стиля принятия управленческих решений в процессе повышения квалификации руководителей сестринского дела позволяет проводить обучение рациональному подходу принятия управленческих решений и осуществлять его коррекцию в целях повышения эффективности управленческой деятельности.

«Ключ к успеху — удачные управленческие решения. Ваши позиции определяются именно ими. Этими решениями будет определяться процветающей или умирающей будет ваша организация» (Сунь-Цзы, Гари Галиарди «Искусство войны и искусство управления»).

Инструмент кадрового менеджмента: медико-социологическое исследование

«В будущем успешными будут общества, проповедующие идеологию трех «Т» — это Технологии, Таланты и Терпимость. Природные ресурсы всегда останутся на своем месте, где они расположены, а вот таланты (источники инноваций) будут выбирать ту страну, в которой развиваются технологии и проповедуется терпимость», считает М. Платцек, ФРГ.

Одной из технологий кадрового менеджмента является медико-социологическое исследование, которое помогает реализации программного положения об усилении первичного звена медицинской помощи, созданию системы управления качеством с целью обеспечения населения помощью в соответствии с принципами социальной справедливости.

В перечень задач ВОЗ по достижению здоровья для всех включены рекомендации по совершенствованию ПМП и улучшению ее качества, что возможно только с помощью талантливых управленцев.

Эволюция подходов к пониманию личности руководителя в конце 20 века ознаменовалась тем, что у одного и того же лица (руководителя) может быть несколько противоречивых, несовместимых психологических характеристик. От культуры организатора и принятого им стиля руководства во многом зависит социально-психологический климат в медицинском коллективе, в свою очередь воздействующий на качество медицинской помощи. Принятый руководителем стиль управления также может влиять на состояние взаимодействия в коллективе.

На современном этапе актуальным является коррекция общепринятых стилей руководства в зависимости от ситуации:

- авторитарного стиля, когда руководитель является единственным и беспрекословным законодателем. Этот стиль эффективен на короткое время;
- патерналистского стиля, при котором руководитель убежден в том, что без его постоянной опеки подчиненные не в состоянии справиться с делами;
- демократический, когда, как считает руководитель, успех может быть достигнут только участием подчиненных.

Наиболее эффективным для развивающегося медицинского сообщества может стать ситуативное или «трансформационное» руководство, введенное в 1978 г. Д.М. Бернсом. Оно определяет процесс, когда подчиненным дается возможность достигнуть более высокого положения, право развиваться самому и улучшать работу организации.

Существует четыре основных принципа ситуативного (трансформационного) руководства:

- внушать чувство ответственности и подталкивать к деятельности. Если использованы все возможные способы, а цель не была достигнута, руководитель должен уметь сплотить подчиненных и внушить им чувство уверенности в своих силах;
- нести на своих плечах равный с подчиненными груз проблем. Не выполняя работу подчиненного, помогает ему найти подход к решению проблемы;
- при решении сложных задач уметь объединить возможно большее число подчиненных;
- повышать уверенность людей в значимости их вклада в решение общей задачи, т.е. повышать внутреннюю самооценку работника.

Это возможно с использованием управленческой культуры, как степени реализации социально значимых характеристик руководителя в его практике.

Деловые и личностные качества могут быть в диапазоне от низких показателей до высоких, а эффективность используемых им моделей управления зависит (по С.В. Лапиной, 1999) от адекватности основным жизненным установкам человека, которые определяют и формируют его поведение в организации.

Концепция стилевых характеристик личности руководителя включает такие показатели:

- стремление мобилизовать коллектив на выполнение трудовых функций;
- осознание удовлетворенности как собственной, так и работой и поведением коллектива;
- стремление регламентировать поведение других должностных лиц в организации;
- проявление ситуативной активности;
- широта мышления и склонность к нововведениям;
- проявление зависимости от вышестоящего руководства;
- категоричность и уверенность в принятых решениях;

- проявление педантичности при выполнении своих функций;
- личная строгость и собранность в работе.

При всех этих характеристиках важной составляющей характера руководителя является терпимость, проявляемая в необходимой пропорции с требовательностью. Влияние используемых организатором принципов руководства на культуру работы с кадрами в организации невозможно недооценивать.

Из нескольких типов организационной культуры: бюрократической, органической, предпринимательской и партиципативной руководитель имеет возможность выбирать подходящую для конкретного коллектива. Наиболее часто используемая бюрократическая кадровая организационная культура может вызывать противодействие в реализации целей и задач организации.

Проведенное по материалам жалобы медицинского работника в министерство здравоохранения страны расследование в районе Y. позволяет понять, как в практике управления важен кадровый менеджмент.

Исследование проведено на общем собрании медицинского персонала организации здравоохранения (ОЗ) в присутствии руководства Y. района и главного врача посредством анкетирования двумя видами анкет. В исследовании участвовало 102 человека. Полностью и правильно заполненных 100 анкет, 2 анкеты не содержат ответов на 2 вопроса, приняты к сведению частично.

Довольны стилем руководства медицинской администрации района Y. 91,1%, не довольны — 8,9% ($P < 0,01$).

Кадровая политика в районе Y. по выдвижению специалистов молодого и среднего возраста проводится, по мнению большинства, правильно — 82,2%, 17,8% ($P < 0,01$) так не считают.

Стиль руководства главного врача считают адекватным ситуации 80%, 20% ($P < 0,01$) считают стиль жестким.

Положительно оценивают работу медицинской администрации Y. района 80%, нет — 20% ($P < 0,01$).

Фактов поборов и вымогательства со стороны администрации не отметили 97,8% ($P < 0,01$). Единичный случай (анкета) по факту вымогательства и побора является статистически недостоверным.

Случаи грубого отношения со стороны руководства ОЗ испытали 17,8%, нет — 82,2% ($P > 0,05$).

Коллективный договор обсуждался на общем собрании ОЗ — 82,2%, не обсуждался с 17,8% ($P < 0,01$).

С положением о премировании и оказании материальной помощи не ознакомлено 40%, ознакомлено 60% ($P < 0,01$).

По второму варианту анкеты, который позволяет перепроверить достоверность ответов респондентов, проанкетировано 45 чел.

Жесткий стиль руководства главного врача ОЗ отметили 20%, остальные так не считают 80% ($P > 0,05$).

Производственные совещания проводятся грамотно по мнению большинства анкетированных медицинских работников (97,8%), так не считает 2,2% ($P < 0,01$).

Уровнем заработной платы не удовлетворено 44,5%, удовлетворено — 53,4% ($P < 0,01$).

Недовольны порядком распределения премий 53,4%, довольны — 46,7% ($P > 0,05$).

Довольно работой профсоюзного комитета ОЗ 75,5%, не довольны — 24,5% ($P < 0,01$).

Организацией культурных мероприятий в ОЗ довольно 91,1%, не довольно — 8,9 ($P < 0,01$).

Главный врач ОЗ прислушивается к мнению руководителей структурных подразделений, так считает большинство респондентов (88,9%), считают, что нет — 11,1% ($P < 0,01$).

Руководитель ОЗ умеет осуществлять контроль порученной работы по мнению 88,9%, так не считают 6,7%, а 2,2% ($P < 0,01$) на данный вопрос не ответили.

Главный врач умеет выслушать собеседника, считает 71,1%, нет — 28,9% ($P < 0,01$).

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы по результатам анонимного анкетирования:

1. Подавляющее большинство респондентов (91,1%) довольно стилем руководства администрации ОЗ, положительно оценивают ее работу 80%, достоверно считают проводимую кадровую политику правильной 82,2% ($t=2,74$). При этом 20% анкетированных людей, отмечая жесткий стиль руководства, достоверно одобряют профессиональные качества главного врача (97,8%). К ним респонденты относят то, что главный врач прислушивается к мнению руководителей структурных подразделений в 88,9% случаев, выслушивает собеседника в 71,1% случаев, умеет осуществлять контроль работы подчиненных 88,9% ($t=4$).

2. Негативные качества главного врача ОЗ в виде грубого отношения испытало 17,8% людей.

3. Имеют место нарушения трудового законодательства, которые отметили 17,8% респондентов, с которыми не обсуждался Коллективный договор, а также 40% не ознакомлены с положением о премировании.

4. Положительным фактом является удовлетворенность большинства респондентов 75,5% работой профсоюзного комитета ОЗ, а также организацией культурных мероприятий 91,4%.

Выводы по результатам исследования:

Результаты социологического исследования отразили мнение коллектива о профессиональных качествах главного врача ОЗ. Это позволяет сделать вывод о том, что в целом кадровую политику руководства, профессиональную компетенцию главного врача одобряет подавляющее число анкетированных медицинских работников. Факты грубости с подчиненными, отмеченные респондентами и единичный случай вымогательства или побора является статистически недостоверным.

Негативным фактором, воздействующим на социально-психологический климат медицинского коллектива, является факт просчета в работе профсоюзного комитета ОЗ, состоящего в нарушении трудового законодательства, когда 40% респондентов не ознакомлены с положением о премировании, а 17,8% не участвовали в обсуждении Коллективного договора ($t=4,3$). Эти факты достоверно послужили причиной недовольства 53,4% персонала порядком распределения премий. Факт установленного исследованием недовольства 44,5% персонала уровнем заработной платы в большей мере относится к компетенции других органов власти, однако просчеты в работе местной медицинской администрации не способствовали разрешению вопросов материального вознаграждения по результатам труда.

Результаты социологического исследования установили нормальный социально-психологический климат в коллективе медицинских работников ОЗ У. района.

В целях недопустимости фактов недовольства персонала по вопросу справедливости оплаты труда, для обучения основам трудового законодательства и повышения культуры делового общения, снижающей риск совершения медицинской ошибки, нынешним руководителям следует:

- принимать участие в решении общей проблемы, а не командовать;
- создавать контакты и объединять людей в решении проблем;
- развивать обстановку доверия, которая дает подчиненным уверенность;
- внушать чувство ответственности за свои шаги и давать поручения;
- принимать во внимание различия между напряжением, волнением, страхом и конфликтом.
- уметь действовать в стрессовой ситуации, предвидеть последствия.
- иметь стратегическое мышление.

Выделено 4 типа стратегии поведения руководителей:

- тенденция к уходу от проявления давления на подчиненных;
- выражение недовольства деятельностью подчиненных при отсутствии способности концентрировать усилия на выполняемых функциях;
- стремление к жесткому контролю и категоричности;
- стремление к высокой активности для решения ситуаций.

Реализация таких стратегий обусловлена индивидуальными психологическими особенностями руководителя и группы.

Таким образом, кадровый менеджмент нуждается в ситуативной коррекции, которую можно проводить с помощью такого инструмента, как медико-социологическое исследование. Научное исследование само по себе — не наука, это все еще искусство или мастерство», считал У. Джорж. К преимуществам, обусловленным медико-социологическим исследованием подобного рода, можно отнести оперативность, информативность, адекватность и возможность быстрого реагирования на ситуацию. Справедливость реакции исполнителей медицинской услуги на жалобы потребителей-пациентов зависят от системы наказания, принятой в организации.

Наличие в штате медицинского психолога позволит предотвращать или корректировать управление персоналом. Своевременная оценка кадрового менеджмента руководства с помощью медико-социологического исследования является одним из факторов влияния на медико-демографические показатели и качество работы персонала. Соединенные воедино три «Т»: Технологии, Таланты и Терпимость являются самым необходимым инструментом по улучшению качества жизни людей.

ГЛАВА 4

Повышение квалификации специалистов по сестринскому делу: проблемы, тенденции, перспективы

Образовательной парадигмой современности становится: «Работать и жить, не переставая учиться» (Морозевич А.Н.). Это согласуется с резолюцией WHA 64.7 Европейского регионального бюро ВОЗ, принятой на совещании главных медицинских сестер и положениями доклада советника ВОЗ V. Fleming «Стратегические направления развития сестринского дела и акушерства в Европе» (Варшава,

2011). Подобный подход способен влиять на неблагоприятные тенденции медицинских аспектов демографической безопасности и преодолеть их при поддержке научных исследований и образовательных технологий в сестринском деле совместно с международным сообществом, согласно имеющимся условиям (рис. 6).



Рис. 6. Условия для осуществления перемен в сестринском деле (ВОЗ)

В Мадриде в 1998 г. на 5 Международном Конгрессе по проблемам здравоохранения прозвучал призыв к смене ориентаций с достижения максимального личного дохода в течение возможно более короткого времени на повышение социальной ответственности в настоящем и будущем, выработку новой социальной политики. Кроме этого, существуют серьезные основания для развития сестринского дела, которые базируются на Стратегических направлениях развития медсестринских и акушерских служб на период 2011–2015 гг., Новой Европейской политике здравоохранения (Здоровье–2020), Таллиннской хартии (2008) и др. Нормативная правовая база в системе здравоохранения Республики Беларусь позволяет развивать направления, совпадающие с декларируемыми, международной общественностью.

Как отмечено в докладе Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко на четвертом Всебелорусском народном собрании: «Медицинская помощь должна быть оперативной, качественной, доступной независимо от того, живет человек в городе или в деревне».

Постепенные перемены в сестринском деле проходят в определенных условиях:

Сестры искренне хотят изменений, о чем заявили на международной научно-практической конференции «Настоящее и будущее сестринского дела» еще в 2001 г. Сестры желают перемен. Многочисленные сестринские публикации последних лет свидетельствуют об этом.

Сестры начали делать то, что запланировано в Отраслевых программах, Направлениях стратегического развития здравоохранения в Республике Беларусь на 2011–2015 гг. и проектах Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2011–2015 гг., ведь активной личности свойственно ставить цели и добиваться успеха (рис. 7).

В стратегическом документе «Здоровье-21» Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) указывает на возникновение проблем, которые отразятся на образовательных программах и характеристику перемен в сестринском деле (рис. 7–8):

- необходимость реформ в организации и финансировании здравоохранения;
- возрастание числа людей, страдающих от болезней, вызванных неправильным образом жизни;
- усиление имущественного расслоения;
- рост безработицы, негативно воздействующей на большие группы населения и вредные факторы окружающей среды;
- войны, вооруженные конфликты, ведущие к появлению у бездомных и беженцев психосоматических расстройств.

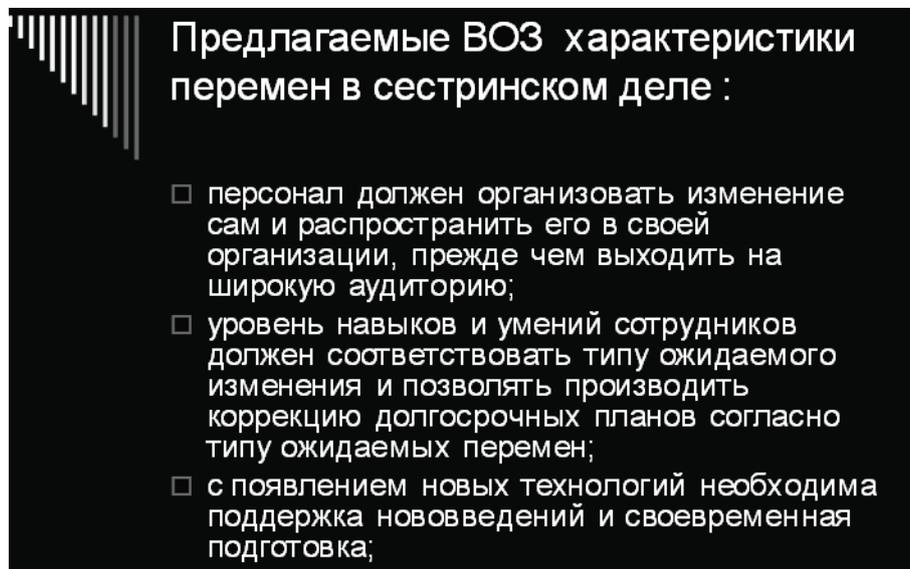


Рис. 7. Характеристика перемен в сестринском деле (ВОЗ, 2000)

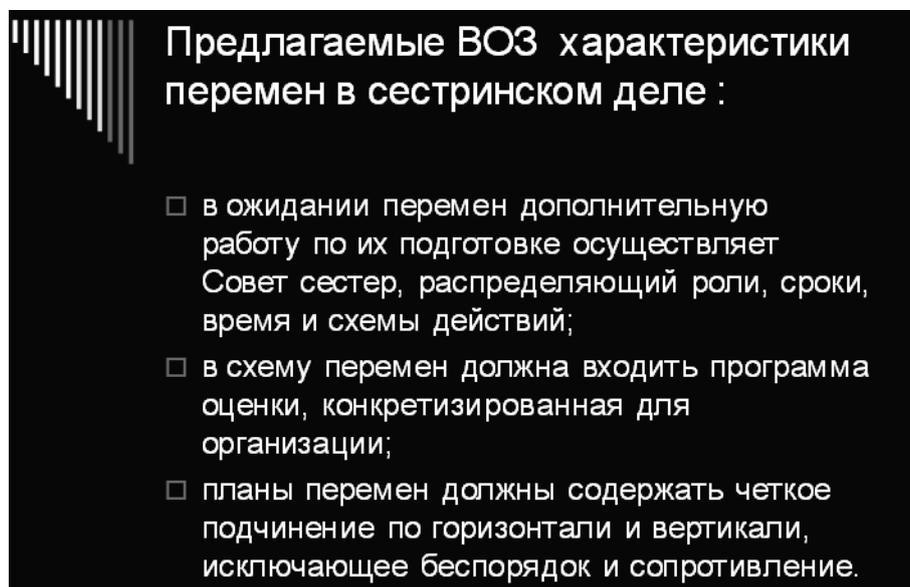


Рис. 8. Характеристика перемен в сестринском деле (ВОЗ, 2000)

Shugars et all.(1991) выделил 5 основных факторов, влияющих на будущее образование медицинских работников:

- сдерживание роста цен отразится на практике всех работников здравоохранения, поскольку содержит противоречие между стремлением общества к удешевлению медицинских услуг и системой компенсации расходов на здравоохранение;
- неоднородное и стареющее население, предъявляющее новые требования к сумме навыков и стандартов сестринской практики, доступности, качеству и приемлемости цен на медицинские услуги;
- продолжающееся развитие науки и техники создает постоянную потребность в переподготовке медицинского персонала, гарантиях инновационных умений и навыков согласно мировым технологиям.
- возрастание количества потребителей медицинских услуг предполагает наличие не только большого числа медицинских работников, осуществляющих формирование здорового образа жизни вообще, а перенос акцентов всего общества с приоритетов болезни на приоритет здоровья. Меняющаяся жизнь заставляет медиков и население искать новые формы воздействия, и нужно справиться с вызовом времени, обучая медицинских сестер правилам воспитания людей по первичной профилактике заболеваний на этапе здоровья, нежели вторичной профилактике на фоне болезни.

Этапы академической подготовки медицинских сестер

- ▣ 1 этап – 1890 г., г. Минск – открытие первой школы сестер милосердия при городской больнице приказа общественного призрения
- ▣ 2 этап – 1991 г., г. Гродно – начало академической подготовки медицинских сестер
- ▣ 3 этап – 2001 г., г. Минск – систематическое повышение квалификации сестер с высшим образованием, работа республиканской квалификационной комиссии по высшему и среднему медицинскому и фармацевтическому образованию

Рис. 9. Этапы подготовки медицинских сестер в Республике Беларусь

До конца 80-х годов в Республике Беларусь не существовало академического подхода в решении вопросов последиplomного образования медицинских сестер с высшим образованием. Ряд медицинских учреждений организовывал краткосрочные курсы повышения квалификации без учета образования слушателей (рис. 9).

Первый шаг на пути совершенствования системы непрерывного образования специалистов с высшим сестринским образованием был осуществлен по инициативе член-корреспондента Белорусской академии медицинских наук, доктора медицинских наук, профессора Э.А. Вальчука, при содействии и поддержке Белорусского общественного объединения медицинских сестер (БелООМС).

Это четко вписалось в систему подготовки, имеющуюся в стране (рис. 10).

Последиplomное обучение сестринских организаторов осуществляют в БелМАПО с 2001 г., а также в медицинских колледжах и центрах переподготовки по всей стране.

Создание современной системы подготовки руководителей сестринских служб стало одним из важнейших направлений реформирования сестринского дела. Подготовка на постоянно действующих краткосрочных курсах повышения квалификации и семинарах проводится на базе крупных медицинских организаций. Сочетание теории и практики становится началом системной подготовки руководителей сестринских служб с высшим сестринским образованием, что подтвердило своевременность решения об открытии курса в БелМАПО.

Развитие системы подготовки средних медицинских работников

- ▣ 1 этап -развитие системы подготовки средних медицинских работников в медицинском колледже;
- ▣ 2 этап - приобретение высшего сестринского образования для развития современной сестринской теории, построения разнообразных инновационных моделей;
- ▣ 3 этап – новые методы профессионального непрерывного обучения и повышения квалификации медицинских сестер.

Рис. 10. Система подготовки средних медицинских работников

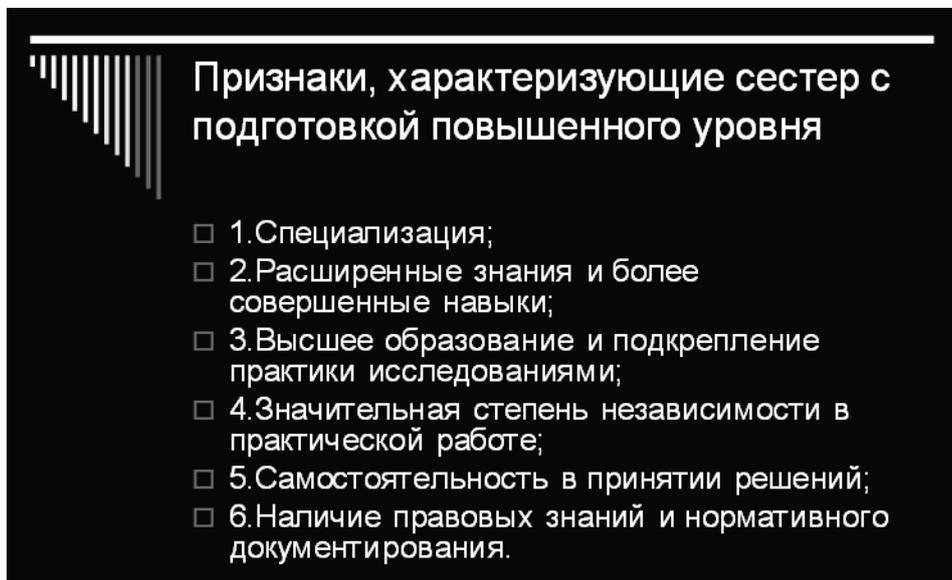


Рис.11. Признаки, характеризующие сестринского руководителя с подготовкой повышенного уровня

Особое внимание уделено разработке современных образовательных программ, а специально подобранная тематика лекций и практических занятий формирует у слушателей позитивное восприятие себя и мира, гармонизирует отношения в системе «врач-сестра-пациент». Вопросы взаимодействия главного врача и главной медсестры, обучение деловому сотрудничеству происходит на совместных для организаторов общественного здравоохранения конференциях.

Определенными вехами в деятельности курса «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО стали следующие результаты (рис. 12):

Карта достижений в научно-исследовательской деятельности по сестринскому делу		
Организовано 7 республиканских конференций, семинаров, чтений	Организована работа 3-х курсов «Школа старшей медсестры»	
Проведено и опубликовано 4 медико-социологических исследования	Оказана помощь практическому здравоохранению в форме проведения конференций и индивидуального консультирования	Издано 21 пособие, 7 инструкций, производственный стандарт, 1 монография
В Год здоровья (2008) организовано 4 республиканские акции	Сотрудничество с Белорусской Православной Церковью (4 конференции, 3 ярмарки-выставки, 3 благотворительные акции)	Проведено 3 мастер-класса по идеологии здоровья
Разработано 3 специальных программы для БОКК		Проведено заседание 5 Круглых столов
Обучено 1087 организаторов сестринского дела и 29 педагогов колледжей		

Рис. 12. Достижения курса «Организация сестринского дела» кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО в 2001–2010 гг.

Постарение населения, когда численность жителей в возрасте 65 лет и старше составляет 12,8% — одна из причин увеличения потребности в медико-социальной помощи. Разработка модели сестринской помощи в амбулаторно-поликлинической организации актуальна для улучшения состояния демографии в стране. Применительно к модели сестринской помощи на дому это может означать привлечение окружения и семьи пациента к действенной медицинской и социальной помощи. Разработка нормативных и правовых актов, а также стандартов осуществления сестринских услуг на дому и контроля их

качества, определение типов оказываемых услуг, контингентов населения, подлежащих такому уходу, учебные программы для обучения медицинских сестер, родственников и волонтеров уходу на дому — это только пункты необходимой деятельности. Как отмечено в работе «Организационные технологии в системе здравоохранения XXI века», определение параметров социальной и экономической эффективности модели ухода на дому силами медицинских сестер (МС) является обязательной составляющей действий организаторов здравоохранения.

Зарубежный опыт и динамика демографических изменений в нашей стране учтены в разрабатываемых учебных программах повышения квалификации:

- оптимальное использование знаний, умений и навыков помощников врача в соответствии с их квалификационными характеристиками;
- необходимость организации службы сиделок (младших медицинских сестер) и добровольцев (волонтеров), на плечи которой можно было бы возложить определенные элементы ухода за пожилыми и старыми пациентами;
- обучение службы сиделок и добровольцев должно осуществляться в колледжах по специальным (от 30 до 70 часов) программам подготовки по осуществлению гигиенического ухода.

Расширение функций медицинской сестры с целью уменьшения нагрузки на врачебный персонал является одним из приоритетных изменений первичной медицинской помощи, обозначенной в «Направлениях стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг.» и др. документах. Это достижимо:

- посредством применения новых технологий сестринского ухода за пациентами на дому. Возможно использование соответствующих протоколов и мониторинга получаемых результатов с последующей корректировкой врачом;
- развитием научного направления по медицинской реабилитации и профилактическим мероприятиям, осуществляемым сестринским персоналом в больницах сестринского ухода (БСУ) как основного места применения ресурсосберегающих технологий и перспективной формы социального обслуживания пожилых людей;
- перераспределением функций между врачами, помощниками врача и сестрами при осуществлении диспансеризации населения, особо важной в обучении сестры общей практики, работающей на стыке трех специальностей. Особенности психологии общения с лицами со значительным возрастным диапазоном, широкий спектр обязанностей и манипуляционной техники учтены в обучающих программах этих специалистов;
- содействие повышению уровня жизненной активности и социальной адаптации населения через развитие элементов сестринской педагогики, уже осуществленной в системе оказания эндокринологической помощи.

Все это составляет перспективу для последипломного повышения квалификации сестер (рис. 13).



Рис. 13. Перспективы последипломного повышения квалификации медицинских сестер

Отдельного рассмотрения требует вопрос о внедрении результатов научных исследований и разработок в практику здравоохранения. В 2007–2010 гг. по кафедре общественного здоровья и здравоохранения не затрачено ни одного рубля бюджетных средств на выполнение научных проектов, поскольку все они выполнены в порядке личной инициативы авторов. Между тем, по результатам исследований подготовлен ряд документов, учебных программ, инструкций по применению, учебных пособий.

Проблемой является то, что в организациях амбулаторно-поликлинического и стационарного уровня отсутствует звено, позволяющее соединить процедуру внедрения новых медицинских технологий в практику. Эту функцию можно поручить заместителям главного врача, но с увеличением денежной надбавки, что усилило бы мотивацию на внедрение. Эти работники могли бы осуществлять также оценку эффективности внедрения новой технологии; ее преимущества перед используемыми сходными технологиями в организации здравоохранения.

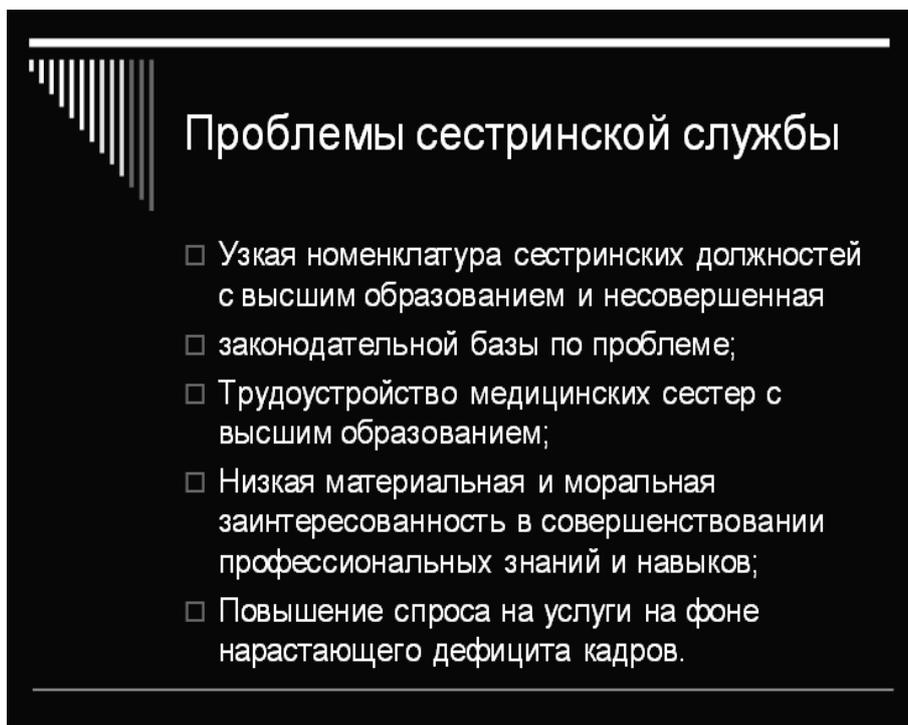


Рис.14. Проблемы сестринской службы в Республике Беларусь

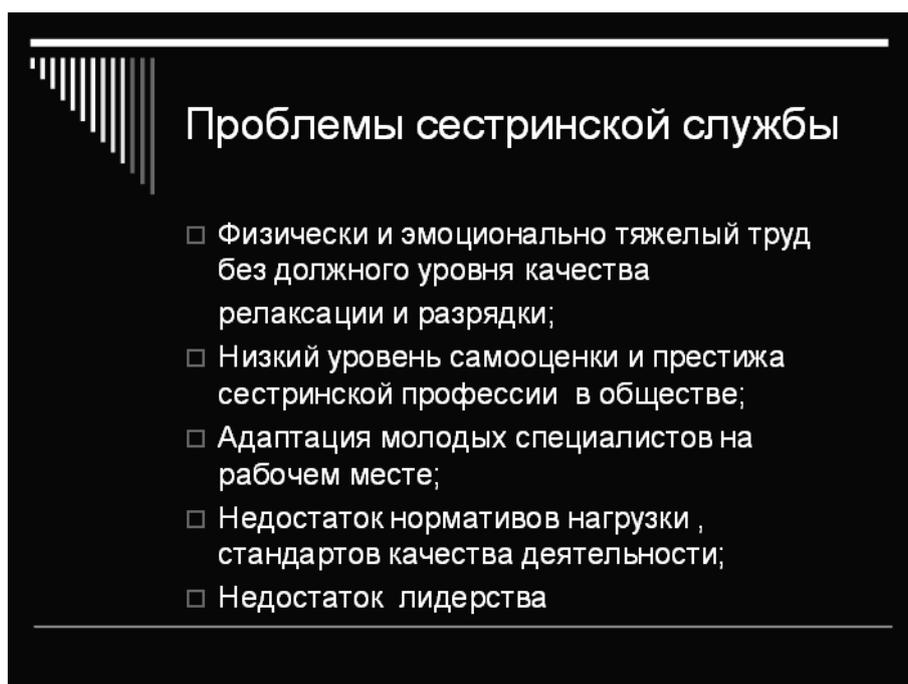


Рис.15. Проблемы сестринской службы в Республике Беларусь

В использовании научных подходов в системе дополнительного образования взрослых существуют проблемы, затрудняющие внедрение новых медицинских технологий в практическое здравоохранение вследствие чрезмерной бюрократизации оформления и разнообразных факторов, препятствующих преобразованиям в сестринском деле (рис. 14–16). Повышению эффективности внедрения новых медицинских технологий будет способствовать включение в состав авторского коллектива представителя организации практического здравоохранения.

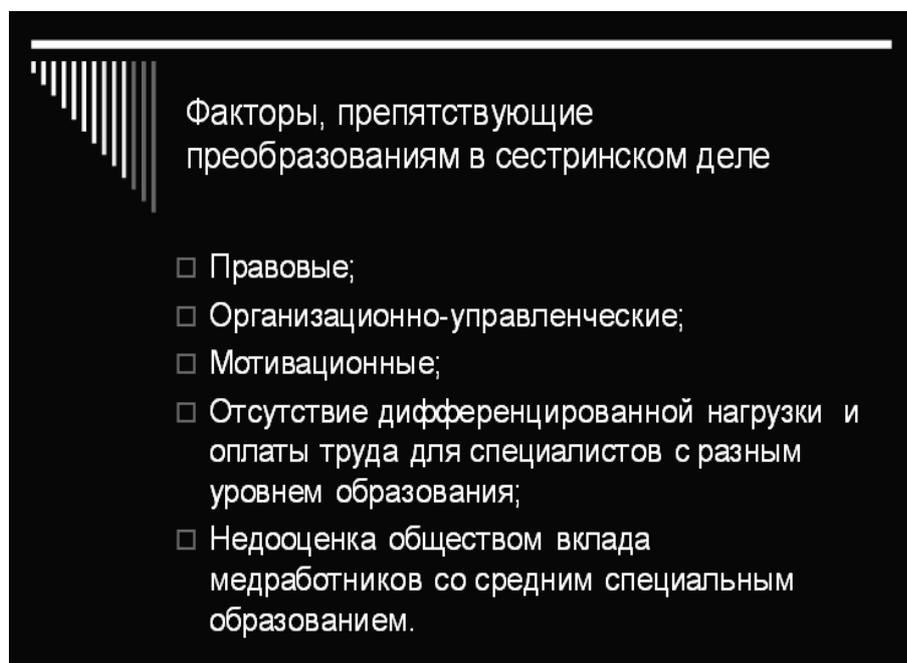


Рис. 16. Факторы, препятствующие преобразованиям в сестринском деле

В планы работы БелМАПО только на 2010 год были включены мероприятия по проведению конференций (семинаров) по новым методам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации:

- республиканскую научно-практическую конференцию «Проблемы, состояние и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода»;
- республиканскую научно-практическую конференцию «Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи населению» БелМАПО совместно с БОКК и др.,

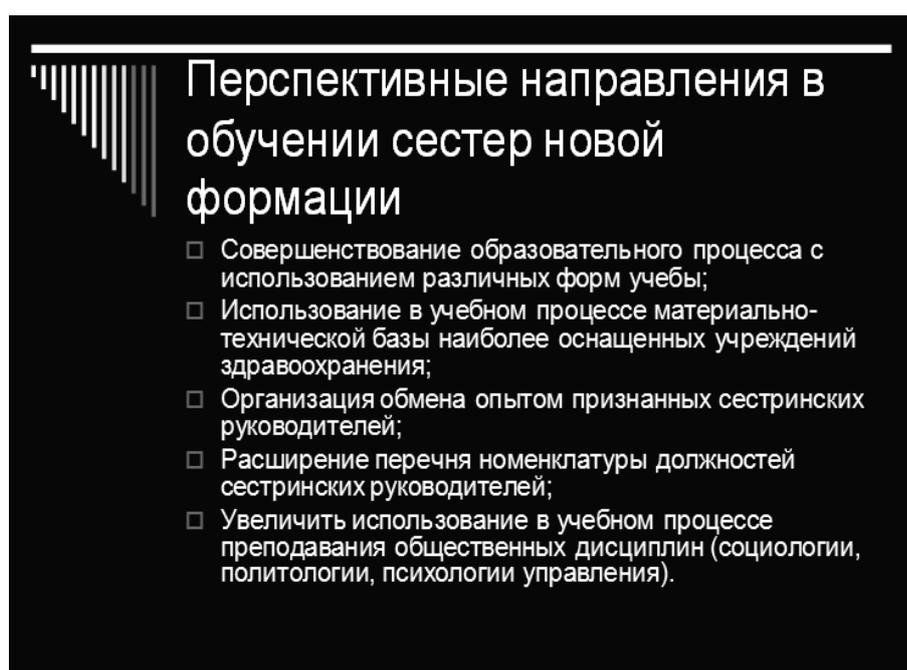


Рис. 17. Перспективные направления в обучении средних медицинских работников

Изменения, осуществляемые в стране, проходят в сложных экономических условиях, в связи с чем, необходимы действия, смягчающие их последствия (рис. 18).



Рис. 18. Стратегия изменений в сестринском деле

Совершенствование сестринской службы, труда фельдшеров (помощников врача), медицинских сестер, акушерок и других медицинских работников с высшим сестринским и средним медицинским образованием происходит в системе первичной медицинской помощи, ориентированной на потребности населения. Согласно письму Минздрава Республики Беларусь от 25 июня 2010 г. № 09-15/837-400 «Об организации развития сестринской службы в Республике Беларусь» и других нормативных правовых документов осуществляется политика, направленная на формирование практики и условий труда, обучение и профессиональную подготовку, карьерное продвижение специалистов. В Таллиннской хартии за основу поставлено уважительное отношение к частной жизни, человеческому достоинству и медицинской тайне во взаимоотношениях между пациентом и медицинским работником. Эффективной первичную медицинскую помощь можно обеспечить проведением научных исследований, ориентировочными темами могут стать:

1. Оптимизация медико-организационной модели работы фельдшера (помощника врача) в амбулаторно-поликлинических организациях.
2. Разработка документации и алгоритма по медицинской реабилитации в системе оказания первичной медицинской помощи.
3. Организационная модель оказания первичной медицинской помощи жителям сельских регионов.
 - разработка медико-организационной модели работы среднего медицинского персонала в больницах сестринского ухода и хосписах;
 - разработка протоколов (вкладышей) в историю болезни (уч. ф.0-25/у) для проведения сестринской реабилитации пожилым и старым пациентам на разных этапах оказания первичной медицинской помощи.
 - изучение роли и места фельдшера (помощника врача) в системе оказания первичной медицинской помощи.

Для обеспечения подобного рода деятельности акцент должен быть сделан на обучение комплексными программами по конкретным нозологиям, который позволит поднять уровень владения навыками по общественному здоровью. Изречение Т. Келановски относится не только к врачам: «Врача, который не заглядывает в книгу, следует остерегаться больше болезни».

Перспективные направления в обучении сестер новой формации:

1. Использование в учебном процессе материально-технической базы наиболее оснащенных учреждений здравоохранения позволит совершенствовать образовательный процесс с использованием различных форм учебы.
2. Организация обмена опытом признанных сестринских руководителей.

3. Расширение функциональных обязанностей помощников врача, сестер, фельдшеров и акушерок в области охраны репродуктивного здоровья и его профилактики (консультации по приему противозачаточных средств, выписка справок или рецептов по назначению врача повторно и др.).

4. Увеличение использования в учебном процессе преподавания общественных дисциплин (социологии, политологии, психологии управления).

Высококвалифицированные кадры сестер, получающие повышение квалификации в системе дополнительного образования взрослых, обеспечивают большой объем лечебно-диагностической, профилактической и социальной помощи, поэтому преобразования в системе здравоохранения начались с изменений в системе их профессиональной подготовки.

Повышение качества руководства сестринским персоналом возможно путем совершенствования работы Совета сестер, международный опыт использован в соответствующей инструкции по применению, утвержденной Министерством здравоохранения.

Известно, что продвижение реформ невозможно без изменения отношения врача и общества к роли медицинской сестры в эффективном функционировании различных медицинских организаций, от многопрофильной клинической больницы до санатория-профилактория. Уважение общества и врачей, восприятие медсестры как полноправного участника лечебного процесса возможно только с изменением программ сестринского образования.

В отличие от Российской Федерации, высшее сестринское образование в нашей республике еще не накопило продолжительного опыта последипломного обучения, однако вопросы эффективного использования и достойной оплаты труда специалистов остаются актуальными.

В управлениях по здравоохранению облисполкомов появились главные специалисты по сестринскому делу, которые имели реальную возможность влиять на формирование и лоббирование интересов сестринского персонала, вносить инновационные предложения, изучать новые профессиональные роли и возможности трудоустройства имеющегося кадрового резерва. Фактически это было связующее, координирующее звено, влияющее на развитие и совершенствование структуры, форм деятельности медицинского персонала со средним специальным и высшим образованием с учетом этапов развития сестринского дела и различных причин (рис. 19). Однако с 2009 г. институт штатных специалистов по сестринскому делу претерпел регрессивные изменения.



Рис. 19. Причины интеграции образования с практикой медицинских организаций и международным опытом

Появление с 2009 г. в номенклатуре должностей фельдшера (помощника врача) с высшим образованием и регламентирование его функциональных обязанностей позволяет решить вопрос эффективного использования и достойной оплаты труда этих специалистов. Известно, что успешная продолжительность

работы на одной должности составляет 5–7 лет. В дальнейшем необходима либо кадровая ротация по горизонтали или вертикали, либо переподготовка по теории и практике организации и управлению, способствующая совершенствованию старых, либо обретению иных стилей и методов руководства согласно тенденциям развития сестринского дела (рис. 20). Эффективной работе руководителя может способствовать инновационное изменение целей (или задач) работы организации здравоохранения.

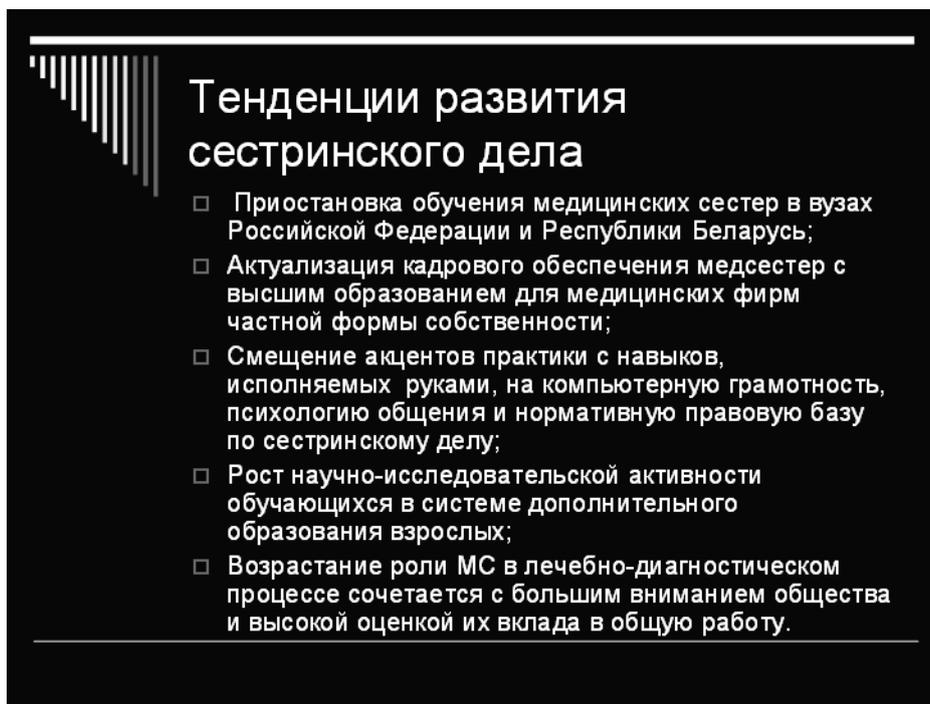


Рис. 20. Тенденции развития сестринского дела в Республике Беларусь

Тенденции современного образования руководителя сестринского дела:

1. Приостановка обучения медицинских сестер в вузах Российской Федерации и Республики Беларусь.
2. Актуализация кадрового обеспечения медсестер с высшим образованием для медицинских фирм частной формы собственности.
3. Смещение акцентов практики с навыков, исполняемых руками, на компьютерную грамотность, психологию общения и нормативную правовую базу по сестринскому делу.
4. Рост научно-исследовательской активности обучающихся в системе дополнительного образования взрослых. Так, активность публикаций слушателей за 10 лет существования курса «Организация сестринского дела» возросла с 0,4 до 2,8%. В 2010 г. только в журнале «Медицинские знания» численность публикаций составила 5,2% от числа обучавшихся.
5. Возрастание роли помощника врача, акушерки, медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе сочетается с большим вниманием общества и высокой оценкой их вклада в общую работу. Об этом свидетельствует рост числа лиц, имеющих почетные звания и награды. Их имеют 14,4% лиц, за 2008–2010 гг. число награжденных, обучавшихся на курсе, возросло на 8,6%.

Имеющие ранее проблемы в сестринском деле получили свое разрешение в последнее 5-летие (рис.21):

1. Наиболее активные лица с высшим сестринским образованием получили специализацию и трудоустроены, хотя и сохраняется определенная доля тех, кто остался работать постовой медицинской сестрой. В целом трудоустройство медицинских сестер с высшим образованием оптимизировано.
2. Появилась законодательная база и номенклатура сестринских должностей для специалистов с высшим образованием.
3. Сохранила актуальность проблема недостаточной материальной заинтересованности медицинских сестер в совершенствовании профессиональных знаний и навыков, а также невысокий уровень самооценки и престижа сестринской профессии.
4. В обучающие программы многих курсов БелМАПО введены вопросы профилактики синдрома эмоционального выгорания медицинского работника, осуществляется самодиагностика и его первичная профилактики на специализированных семинарах для медицинских работников со стажем свыше 15 лет.

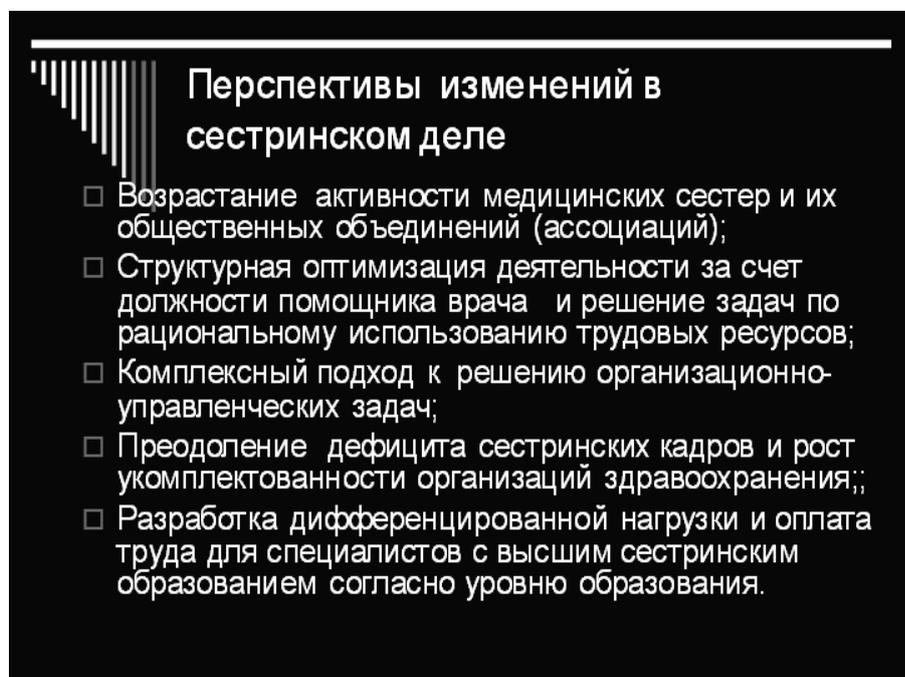


Рис. 21. Перспективы изменений сестринского дела в Республике Беларусь

В результате комплексного и систематического решения Министерством здравоохранения Республики Беларусь организационно-управленческих проблем в сестринском деле становятся четче перспективы, обеспечивающие поступательное развитие науки (рис. 21). Значительную поддержку этим действиям должны оказать общественные Ассоциации медицинских сестер, которые работают над тем, чтобы повысить престиж профессии медсестры. Многоплановые, продуманные действия Министерства здравоохранения Республики Беларусь и общественных Ассоциаций медицинских сестер позволят разнообразить стратегии и программы по развитию сестринского дела. Инициатива авторов исследований в рамках данной работы позволила осуществить мониторинг современного состояния базовых характеристик руководителя сестринского дела, и, таким образом, преподносит материал для дальнейших шагов (национальных действий).

Воспитание гуманного отношения общества к сестринской профессии возможно посредством длительной работы по следующим направлениям:

- обучение сестринских руководителей, педагогов и наставников азам делового профессионального общения одновременно с повышением уровня внутренней самооценки медицинских сестер, начиная с колледжа и медицинского училища, далее по всем этапам непрерывного образования и в процессе самостоятельной работы;

- публикации в периодических изданиях и выступления в средствах массовой информации заслуженных деятелей и ветеранов, общественных лидеров сестринской профессии о роли и значении своей деятельности для современного и будущего состояния медицинской помощи и системы общественного здравоохранения. Появление рубрики «Сестринские династии» в журнале «Медицинские знания» своевременно;

- повышение роли общественных объединений медицинских сестер в улучшении качества медицинских услуг посредством обеспечения охвата максимально возможного числа медиков непрерывным образованием, а, главное, созданием их мотивации по вопросу самообразования;

- совершенствование номенклатуры возможного трудоустройства медицинских сестер с высшим образованием;

- оптимизация и дифференциация системы оплаты в зависимости от объема, времени и качества сестринской помощи согласно уровню образования и имеющимся и разрабатываемым стандартам деятельности медицинской сестры (помощника врача);

- улучшение материально-технической базы для обучения медицинских сестер-педагогов, наставников по вопросам организации, контроля, коммуникации обеспечит молодым специалистам адекватную адаптацию к новой рабочей среде.

Академические знания по проблемам медицинского менеджмента, вопросам коммуникации, профессиональной этике и деонтологии, психологии межличностных взаимоотношений в системе «врач-сестра-пациент», делопроизводству, социальной медицине, основам медицинской статистики, информатики, страховой медицине, рекламной деятельности позволяет продолжить сестринским

руководителям свое развитие в области педагогики, сестринской научно-исследовательской деятельности, пополнить ряды профессорско-преподавательского состава учебных заведений.

В конечной цели непрерывного сестринского образования — профессиональном росте и гарантии безопасности, компетентности и качестве сестринского ухода заинтересованы в равной степени и работодатель, и работник. Первые заинтересованы в поддержании конкурентоспособности организации здравоохранения, что недостижимо силами неквалифицированного персонала. Сами работники стремятся быть максимально востребованными на рынке трудовых ресурсов, что заставляет специалиста поддерживать свои знания, навыки в периоде дополнительного обучения взрослых для сохранения профессиональной компетенции.

Значительные не используемые резервы санитарного просвещения, осуществляемого сестрами, фельдшерами и акушерками, стали основой для нового научного направления, развиваемого на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, а именно сестринской педагогике.

Принципы осуществления гигиенического просвещения по вопросам ЗОЖ с учетом уровня готовности пациента к сохранению и укреплению здоровья, его мотивации, которая прямо пропорциональна ухудшению состояния здоровья и увеличению числа болезней позволяют планировать оздоровительные, профилактические и реабилитационные мероприятия не в состоянии болезни, а в период практического здоровья. Именно такой подход даст со временем наибольшую отдачу в виде сокращения числа хронических неинфекционных заболеваний и улучшения качества жизни тех, кто уже болен.

Актуально расширение географии по реализации плана профилактики болезней индивидуума за счет его друзей и членов семьи, этим навыком должны овладеть все специалисты, исповедующие идеологию здоровья.

Позитивный опыт инновации в сестринской педагогике обеспечивает сестрам не только благоприобретенные навыки коммуникации и педагогической деятельности, но улучшает карьеру, взаимоотношения с администрацией, привносит оптимистичный настрой в их работу.

Желание к творчеству руководителя по сестринскому делу можно усилить через развитие в себе положительных эмоций, проявляемых при общении с коллегами и пациентами, а также возможность карьерного продвижения и социальные гарантии. Нашему обществу необходимо пересмотреть отношение к оценке роли и места средних медицинских работников в системе здравоохранения, что станет конкретным примером сотрудничества науки и практики.

На образование в Беларуси уходит до 5% ВВП. При этом выявлена тенденция, состоящая в том, что должно быть увеличение доли населения с высоким уровнем образования (например, на 2007 г. — 69%) и уменьшение доли лиц с низким уровнем квалификации. Уровень образования не вполне отражает качество человеческого капитала, по мнению председателя Европейского фонда образования (ЕФО) Тимо Куусела. В настоящее время в Республике Беларусь имеет место недостаток специалистов высшего звена, развивающих научное направление по сестринскому делу, что не позволяет охватить все проблемы сестринского дела.

Развитие системы непрерывной подготовки, как это рекомендовано на Совещании главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ (Варшава, 2011), обеспечит повышение профессионального уровня работников здравоохранения. Для этого нужны ежегодные обучающие семинары по областям с привлечением ведущих специалистов высших образовательных учреждений страны, о подобной инициативе, осуществляемой на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО, авторы сообщали выше.

Под контролем Министерства здравоохранения Республики Беларусь должно находиться издание учебно-методической литературы по медицине с грифами Министерства здравоохранения, Министерства образования, Республиканского института высшей школы, Республиканского института профессионального образования, поскольку имеют место случаи неоправданно позднего издания материалов высокой практической значимости. Необходим фонд Министерства здравоохранения Республики Беларусь для издания монографий по медицине высокой практической и социальной значимости, чтобы издание работ за счет средств авторов не стало привычным, сохранилась для авторов привычная материальная мотивация этого труда.

Заслуживает внимания проблема слишком длительного прохождения этапов согласования, утверждения и внедрения в практику инструкций по применению по сестринскому делу, что сковывает инициативу авторов.

Активизация обучения сестринского руководителя управленческой деятельности возможна путем:

- тестирования подготовки специалистов по базовым знаниям и компьютерным программам по итогам обучения;
- мотивации по развитию индивидуальных качеств целеустремленности, ответственности, инициативы, творческого подхода, работоспособности, трудолюбия, дисциплины;
- умения находить компромиссные решения, предвидеть, планировать, анализировать, быть готовым к риску, обладать устойчивостью к стрессу;

- видеоигр, ролевых и деловых игр по совершенствованию коммуникативных навыков, стилю руководства персоналом;
- использования в деятельности различных форм повышения качества сестринских навыков с целью профессиональной адаптации молодых специалистов к традициям организации здравоохранения;
- провозглашения фирменного кредо и миссии конкретной организации, улучшения служебного этикета и культуры своего учреждения, способствующих позитивным процессам самоорганизации.

Для того, чтобы придерживаться идеи непрерывного образования длинной в жизнь (Huber, 1996), необходимо наличие современной программы повышения квалификации сестер с высшим образованием. Такая «Унифицированная программа» имеется, утверждена Министерством здравоохранения и используется в практике обучения слушателей БелМАПО.

Выводы по результатам исследования:

Сестринский руководитель, получивший повышение квалификации в БелМАПО или других образовательных организациях, имеет ряд преимуществ, позволяющих ему становиться пионером и лидером перемен в будущем непрерывного образования медицинских сестер.

Для этого в подготовке главных сестер используются следующие составляющие:

- созданы условия для получения знаний по руководству, менеджменту, лидерству посредством различных форм учебного процесса с использованием доказательной практики с акцентом на безопасность и качество ухода, применением в обучении имитирующих устройств (симуляторов);
- атмосфера на курсе, использование материально-технической базы наиболее оснащенных организаций здравоохранения (Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения, Минской областной клинической больницы, Республиканского научно-практического центра детской онкологии и гематологии, УЗ «34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска» и др.). Высокая культура труда в этих организациях здравоохранения способствует развитию традиций этики, деонтологии и уважения к личности, как пациента, так и руководителя;
- использование в учебном процессе на общественных началах преподавателей из числа признанных влиятельных сестринских руководителей значительно повышает качество и обогащает содержание практических занятий со слушателями. Огромное спасибо этим людям: Г.В. Кулагиной, В.П. Ивашко, Л.А. Лютко, Кулаковской Л.З., Тарановой Л.А., Мейшутович Р.А., Бартошевич О.Л., Виноградовой Т.В., Тур Л.С. и многим другим. Влияние лидеров на работу курса БелМАПО и общественных сестринских ассоциаций (БелООМС) сказывается на росте отряда провайдеров, которые могут воздействовать на формирование национальной концепции здравоохранения в части перемен в сестринской службе;
- появление в штатах областных комитетов по здравоохранению специалистов из числа обученных руководителей сестринского дела с высшим образованием реально увеличивает возможность лоббирования интересов сестер, помощников врача и акушерок на уровне государства и в международной сфере;
- возрастание уровня ответственности, расширение функций деятельности помощника врача и возрастание его роли позволит в обозримом будущем решить вопросы их рационального трудоустройства и мотивации на пользу пациентам и с учетом демографической и кадровой политики в области здоровья.

Таким образом, последипломное сестринское образование имеет перспективы, базирующиеся на имеющемся кадровом потенциале.

По состоянию на 2010 г. 1500 сестринских руководителей-выпускников БелМАПО составляют небольшой, но целеустремленный отряд проводников перемен в сестринской среде.

Согласно международной помощи ВОЗ, при поддержке БелООМС, возможна разработка совместного плана по новым технологиям обучения медицинских сестер с высшим образованием, что будет способствовать повышению качества дипломного и дополнительного обучения. Этот план может включать следующие направления:

- обмен предварительной информацией в рамках предполагаемого проекта «Сестры Евросоюза-коллегам в Беларуси»;
- рассмотрение возможности международной интеллектуальной помощи в проведении обучающих практических семинаров на актуальные темы, тогда посыл в будущее: «Работать и жить, не переставая учиться» станет аксиомой;
- востребованность системы высшего профессионального развития в РФ, Казахстане и др. странах СНГ становится примером для белорусских медицинских сестер. Имеются свидетельства о достаточных ресурсах для удовлетворения потребности в профессиональном развитии этих специалистов в Беларуси, в том числе бесценный 20-летний опыт работы факультета по высшему сестринскому

образованию в Гродненском государственном медицинском университете, возглавляемого доктором медицинских наук, профессором Е.М. Тищенко.

Имеющиеся проблемы развития сестринского дела могут быть разрешены в обозримом будущем. Складывающиеся тенденции в виде сохранения приоритетов по развитию системы здравоохранения дают основание для перспективы, поставленной в докладе Президента А.Г. Лукашенко на четвертом Всебелорусском народном собрании: «Наша цель — реальная, земная: чтобы завтра белорусский народ жил лучше, чем сегодня. Путь определен: от сохранения того, что создано, сделано, добыто совместным трудом, к многократному приумножению благосостояния белорусского народа и страны». Значительной частью этого богатства является здоровье нации, и все медицинские работники становятся активными проводниками этой политики в жизнь.

ГЛАВА 5

Проблемы и перспективы работы помощника врача

Являясь составной частью системы здравоохранения, сестринское дело располагает кадровыми ресурсами и потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной медицинской помощи. Медицинское обслуживание стоит дорого, во всем мире на нужды охраны здоровья ежегодно расходуется около 2000 млрд. долларов США в эквиваленте. Медицинские сестры — наиболее значительная часть медицинского персонала, которая практически не влияя на решения в области здравоохранения, оказывает наибольшие объемы помощи населению.

Известно, что начало 21 века — это эра хронических неинфекционных заболеваний, значительно сокращающих продолжительность жизни и ухудшающих демографическую ситуацию. Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики. Особое место в этой работе занимают медицинские сестры.

«Уникальное призвание медицинской сестры заключается в том, чтобы оказывать отдельному человеку, больному или здоровому, помощь во всем, что способствует здоровью или его восстановлению (либо наступлению безболезненной кончины), и с чем человек мог бы справиться без посторонней помощи, если бы он был достаточно крепок, целеустремлен или информирован, и делать это таким образом, чтобы помочь ему как можно скорее вновь обрести самостоятельность» (ВОЗ).

Профилактика и диспансеризация — стратегические рычаги демографической безопасности и декларируются в нашей стране перспективным направлением развития. Центральное место в становлении профилактической медицины должно принадлежать помощнику врача и семейной медицинской сестре. Первичная профилактика неинфекционных заболеваний нуждается в дальнейшем развитии, хотя еще в 1925 г. академик Семашко Н.А. писал «Профилактика — это путь, по которому мы идем, диспансеризация — метод решения профилактических задач».

Во многих странах мира растет спрос на сестринский персонал. В результате этого сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в любых условиях. Сфера деятельности медицинских сестер включает оказание широкого спектра услуг. В ряде государств подобный диапазон ролей у медицинских сестер не запланирован и бессистемен. Специалистам в области планирования стало труднее описывать масштабы медицинской практики, привести навыки и знания сестринского персонала на уровень потребностей населения, однако для нашей страны имеют место другие проблемы организации работы среднего медицинского персонала.

Выделяют основные направления в работе сестер, включающие профилактическую, медико-социальную и медико-реабилитационную помощь населению.

Проведенные исследования подтверждают готовность медицинских сестер к расширению самостоятельности при организации ухода за больными, увеличению количества выполняемых манипуляций. Находясь на вторых ролях в медицине, медицинские сестры зачастую не стремятся проявлять инициативу. Низкий престиж профессии медицинской сестры в современном обществе, невозможность профессионального роста побуждал определенную часть опытного и квалифицированного сестринского персонала получать иную профессию.

Роль, функции и направления модернизации здравоохранения для сестринского персонала меняются:

- развитие первичной медицинской помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья требует особых форм деятельности сестры и помощника врача;
- гигиеническое обучение и воспитание населения может и должно осуществляться не только врачом, но и его компетентным помощником;

- реструктуризация организаций здравоохранения с оптимизацией сроков пребывания в стационаре обуславливает появление новых форм (дневных стационаров). Свою нишу в этой работе должны занять помощники врача;
- расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса, аналогичных международному опыту;
- совершенствование системы, форм и этапов реабилитационных мероприятий, осуществляемых сестрами, а в будущем и помощниками врача;
- оптимизация деятельности и этапов преемственности в больницах или отделениях сестринского ухода с применением сестринского процесса;
- развитие системы хосписов и оказание паллиативной помощи, базирующееся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Согласно Направлениям стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. и проекту «Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2011–2015 гг.» приоритетным является оптимизация деятельности сестринского персонала в системе первичной медицинской помощи.

Исследованиями, осуществленными в 2007 г. на кафедре ОЗиЗ у 16,4–35% медицинских сестер является нежелание повышать свою квалификацию, что может быть обусловлено низкой материальной заинтересованностью и другими причинами. При этом до 25% опрошенных лиц не считают необходимым ведение сестринской документации, а 9,6% — обеспечение соблюдения асептики и антисептики при работе с пациентом, 5% — обеспечение правильности выполнения назначений врача, от 4 до 10,8% сестер не признают необходимости контроля качества со стороны руководства.

Государственные должностные лица и руководители, в том числе сестринской службы, как правило, отмечают стремление служить обществу. По данным Crewson, (1995) значительная доля медицинских менеджеров, поступающих на государственную службу, считали его наиболее важным критерием своего решения. Согласно отечественным и зарубежным данным, общей характеристикой этих лиц является возможность помогать другим, служить обществу в целом, самопожертвование, честность и чувство ответственности.

Как отмечено на семинаре по формулированию политики для главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ (Варшава, 2011), проявление инициативы, мониторинг и анализ состояния сестринского дела подводят медицинскую общественность Беларуси к составлению Национального плана действий по приоритетному развитию сестринского дела. Полноценным пунктом действий, направленных в будущее, может стать развитие института помощника врача, обозначенное в руководящих нормативных документах министерства здравоохранения Республики Беларусь на перспективу. Согласно совещанию главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ для укрепления общественного здравоохранения, ключевой фигурой которого в нашем регионе должен стать помощник врача, необходимо гарантированное осуществление 10 основных оперативных функций, 6 из которых, на наш взгляд, вполне применимы к практике деятельности такого специалиста.

Новые требования к помощнику врача предъявляют необходимость в подготовке работника, который способен поставлять и преобразовывать информацию, предлагать и внедрять новые формы, методы и технологии медицинских услуг.

Установлено: медицинские сестры и помощники врача имеют собственное понимание жизненного успеха, составляющие которого в виде хорошей семьи, любви и детей видят 82,1%, уважения и признания других людей — 61,5%, самореализации способностей — 58,9%. Пути достижения успеха респонденты считают (и используют) трудолюбие — 61,5%, профессиональную компетентность — 51,2%, опыт и навыки — 46,2%. Эти данные подтверждают наиболее важные ценности, выбранные анкетированием сестер: крепкая семья привлекает 35,9%, хорошее здоровье и уверенность в себе — 25,6%, интересная работа в сочетании с материальной обеспеченностью — 23%. Выбор между сохранением семьи и карьерой в пользу семьи сделали 58,9% анкетированных человек. Конкуренцию как вариант соревнования изредка испытывают 33,3%, но предпочитают ее только 23%.

Материалы демонстрируют, что существуют причины, ухудшающие мотивацию труда медицинской сестры. Известно, что продвижение реформ невозможно без изменения отношения врача и общества к роли медицинской сестры. Уважение обществом и восприятие медсестры как полноправного участника лечебного процесса возможно посредством организационно-управленческих процессов по роли и месту медсестры, а также внесением в программы сестринского и врачебного образования идеи о возросшей самостоятельности и ответственности сестры в современном лечебном процессе, которые соответствуют мировым тенденциям. Изменение статуса и роли медицинской сестры и помощника врача происходит на наших глазах.

Сотрудничество с социальными службами, домами инвалидов, больницами ветеранов войны и труда формирует потребность практического здравоохранения в качественно новой подготовке медсестер.

Согласно исследованиям последних лет возможности влияния здравоохранения на здоровье населения составляют около 10–15% всего объема факторов, против 8–10% их совокупности ранее.

В компетенции системы здравоохранения остаются управляемые факторы условий и образа жизни — 18–20% общей совокупности влияния; наследственно-генетические — 15–20%. На долю факторов внешней среды приходится 20–24% всего объема воздействия.

Достижение коллективных целей, стоящих перед общественным здравоохранением, зависит от профессионализма медицинских работников со средним и высшим сестринским образованием как основного стержня лечебно-профилактической услуги. В связи с этим перспективной является разработка программ, направленных на развитие интеллекта, практических знаний и навыков помощника врача в системе профилактической медицины:

- развитие интеллекта и интуиции;
- использование информационно-коммуникативных средств;
- обучение готовности ориентироваться в изменяющихся условиях;
- понимание мотивов поведения людей.

Формирование новых мотивационных и ценностных ориентаций является важной задачей для непрерывного саморазвития личности помощника врача:

1. Повышение требований к уровню интеллектуальных способностей этих специалистов, формирование устойчивой мотивации к обучению на протяжении всей жизни.

2. Создание синергетических обучающих отношений врача и сестры (через учебные конференции по основным проблемам практического здравоохранения).

3. Построение модели целенаправленного развития индивидуальных свойств личности и генерации знаний для специалиста по сестринскому делу, ее распространение и эффективное использование в постоянно изменяющихся обстоятельствах.

4. Создание в обществе условий лучшего применения интеллектуальной собственности, повышение престижности и достойной оценки интеллектуального труда.

5. Формирование рынка интеллектуальной собственности через содействие воплощению интеллекта в результатах новых медицинских технологий и услуг.

Бесспорным свидетельством улучшения качества жизни в Беларуси является увеличение средней продолжительности жизни с 68 лет в 2002 г. до 70,3 лет в 2007 г. Во многом этому способствовала активизация деятельности системы здравоохранения, ключевую роль в которой обеспечили средние медицинские работники.

В течение 2008 г., объявленного Указом Президента Республики Беларусь Годом здоровья, в стране проводилась диспансеризация населения, организованная согласно нормативным правовым документам Министерства здравоохранения Республики Беларусь и комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета:

– постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2007 г. № 92 «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь»;

– приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 ноября 2007 г. № 870 «Об организации диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь»;

– приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 января 2008 г. № 53 «Об организации работы отделений профилактики»;

– приказ комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 14 января 2008 г. № 23 «О порядке организации диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

Активизация профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска, на воспитание у населения системы мотивации к сохранению, а не разрушению здоровья, стало в 2008 г. первоочередной задачей, выполняемой сестрами наравне с врачами.

Во всех амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения республики на основании вышеуказанных документов были подготовлены приказы по учреждениям о проведении диспансеризации, составлены планы мероприятий, утверждены ежемесячные графики, назначены ответственные по каждому терапевтическому участку. Были использованы все имеющиеся информационные ресурсы для оповещения обслуживаемого населения о целях и задачах диспансеризации, о порядке прохождения профилактических медицинских осмотров: наглядная информация в поликлиниках, ЖЭС, промышленных предприятиях, вы-

пущены памятки, буклеты, ход диспансеризации широко освещался в СМИ и на телевидении. Это помогло обеспечить охват населения диспансеризацией в соответствии с республиканским показателем (98,8%).

В проведении диспансеризации были задействованы все специалисты. Работа по диспансеризации в 2008 г. выявила нехватку штатной численности среднего и врачебного медицинского персонала в отделениях профилактики поликлиник, что позволяет ставить вопрос о пересмотре штатного расписания в сторону его увеличения. Подобная тенденция распространена во многих организациях здравоохранения. Практика диспансеризации выявила отсутствие новых технологий в работе сестры при осуществлении реабилитации и низкую мотивацию при ее оказании, недостаток знаний современных технологий ухода за старыми одиночными пациентами, неостребованность сестринского процесса в работе помощника врача.

Важной составляющей успеха в работе по диспансеризации явилась налаженная преемственность с кафедрами медицинских университетов: привлекались студенты, оказывалась консультативная помощь профессорско-преподавательским составом, определенную часть в этот процесс внесли медицинские сестры, акушерки, помощники врача. Свой вклад в решение проблемы снижения общей заболеваемости, распространенности хронической патологии, обусловленной старением населения, обязаны вносить все медицинские работники. Основы профилактической работы помощника врача предлагаются в ряде пособий, инструкций.

Дальнейшие пути решения проблем оказания первичной медицинской помощи обозначены в проекте Стратегии развития здравоохранения Республики Беларусь до 2020 г. и проекте «Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2011–2015 гг.». Усилия (в том числе и средних медицинских работников), как следствие высокой социальной эффективности мер, принимаемых органами исполнительной власти, привели к снижению смертности от болезней сердечно-сосудистой системы за 2008 г. на 8,5%.

Заявление министра здравоохранения Республики Беларусь Жарко В.И.: «В сложнейших социально-экономических условиях система здравоохранения...обеспечила реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья» является констатацией факта проделанной работы в данном направлении.

Усиление профилактической направленности отрасли предполагает изыскание резервов для ее осуществления. На это направлено введение в 2009 г. должности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Ряд нормативных правовых документов систематизирует и оптимизирует работу и численное соотношение врача и помощника врача:

– Постановление Министерства труда и социальной защиты от 15 января 2009 г. № 9 «О внесении изменений и дополнений в Единый квалификационный справочник должностей и служащих (ЕКДС) и Общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих»

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08 июня 2009 г. № 61 «Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием»

– Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 февраля 2009 г. №130 «О внесении изменений в ОКРБ 011-2001 «и введение новой специальности переподготовки «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

– Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 2005 г. № 95 «Об утверждении штатных нормативов медицинских работников амбулаторий общей практики и амбулаторий».

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 октября 2008 г. № 179 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

– Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 марта 2010 г. № 30 «О внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 декабря 2007 г. № 150 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников поликлиник и детских поликлиник (поликлинических отделений)». В нем должность помощника врача-терапевта участкового устанавливается из расчета 1 должность на 2 должности врача-терапевта участкового.

Значительная нормативная база свидетельствует о комплексном решении проблем сестринского дела. Между тем, анализ существующего состояния организации сестринского дела в конкретном регионе выявил определенные проблемы, касающиеся роли и функций помощника врача:

- недостаточное число среднего медицинского персонала (помощников врача), обученного в соответствии с требованиями нормативных документов;
- изучение вклада медицинских сестер в диспансеризацию населения с целью усиления роли, полномочий и последующей оптимизации их обязанностей;

- отсутствие системы патронажа пожилых и старых пациентов с низким реабилитационным потенциалом на дому силами помощников врача;
- неотработанные пути взаимной преемственности помощников врача со специалистами своего учреждения и смежных медицинских и научных организаций;
- недостаточное документационное обеспечение сестринского процесса в амбулаторно-поликлинических организациях;
- отсутствие комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на мотивацию населения на здоровый образ жизни, осуществляемого силами помощников врача.

Между тем, потенциал роли медицинских сестер и помощников врача в профилактической направленности реабилитации не использован полностью.

Для того, чтобы медицинское обслуживание населения стало качественно лучше, а также в соответствии с политикой Всемирной организации здравоохранения «Здоровье–21» необходимо расширить спектр функций и обязанностей медицинской сестры и помощника врача, что согласуется с новыми медицинскими технологиями по уходу, а также растущими ожиданиями населения.

Большинство стран мира столкнулись с проблемой удорожания медицинской помощи, поэтому раньше Беларуси предприняли меры по сдерживанию роста расходов, оптимизации сети медицинских организаций, прежде всего — приоритетному развитию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП, в терминологии Евросоюза), ее амбулаторно-поликлинического звена. Активную роль в использовании в деятельности амбулаторно-поликлинических организаций профилактических технологий должны занять медицинские сестры и помощники врача, что является важным направлением стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь.

Первичная медицинская помощь является основным видом помощи, предоставляемой с помощью научно-обоснованных, экономически и социально приемлемых методов и технологий. «С учетом глобального аспекта в распространении заболеваний здравоохранения главными приоритетами медицины должны быть предупреждение заболеваемости и оказание помощи людям, страдающим хроническими болезнями. Способность влиять на здоровье и заболеваемость является важной составляющей заботы о человеке. Она имеет принципиальное значение для поддержания значимости профессии» (Сью Томас Хегивари, журнал *Nursing Scholarscip*). Акцент на первичную медицинскую помощь (ПМП), который осуществляется в настоящее время, соответствует резолюции из Мюнхенской Декларации, в которой отмечено: «Мы уверены, что роль медсестер и акушерок в охране здоровья общества возрастает с каждым днем, а также, что они являются связующим звеном между медицинским уходом, правами человека и меняющимися потребностями общества, обеспечивая квалифицированную, доступную, непредвзятую и внимательную заботу о здоровье людей» (WHO 2001, Европа, 501909).

На 64 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Варшава, 2011) рассматривались практические действия по укреплению сестринского и акушерского дела. В ходе сессии отмечено, что: «...медсестры и акушерки составляют большинство трудовых ресурсов в системах здравоохранения многих стран» и признано, что: «...оказание основанных на знаниях и 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. В числе подобных 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» (WHA 64.7, p.13.4).

В соответствии с этими положениями следует учитывать, что нужно создание в обществе таких условий, которые способствовали бы оптимальному использованию знаний медицинских работников по профилактической направленности реабилитации.

Рост продолжительности жизни и накопление хронической патологии у населения повлекло повышенное внимание к вопросам организации работы медицинских сестер по уходу за пациентами с хроническими заболеваниями. Прогноз в виде недостаточного числа лиц, способных оказывать качественную помощь в форме ухода на дому или в больницах сестринского ухода должен быть учтен не только в организационном, но и в методическом плане, что потребует внесения изменений в действующие программы. По данным ВОЗ (2010) на каждую вложенную в реабилитацию 1 у.е. приходится 5 у.е. прибыли.

В настоящее время Комитет экспертов ВОЗ указывает, что профилактика нарушений функций является наиболее успешным путем для решения проблем инвалидности. Вместе с тем понятно, что когда первичная

профилактика запоздала, нужно осуществлять профилактику длительной нетрудоспособности, чтобы предотвратить формирующиеся ограничения жизнедеятельности. Согласно технологии сестринского процесса, именно помощники врача и медицинские сестры являются резервом по раннему выявлению обострений или осложнений и организации лечебно-реабилитационной помощи. Однако, недостаточное количество часов в обучающих программах медицинских колледжей по вопросам сестринской реабилитации, осуществляемой сестрами и помощниками врача, отсутствие общих алгоритмов и критериев оценки качества проведенной ими работы и, в соответствии с этим, недостаточное число обученных кадров, сказываются на низких объемах ранней реабилитации при потенциально инвалидизирующих состояниях пациентов.

Выводы по результатам исследования:

Предложениями по развитию профилактической направленности реабилитации, определяющей и ее социальную значимость в перспективе, могут стать следующие:

- постепенный переход к развитию сестринской реабилитации в рамках института помощника врача становится способом интеграции с общеевропейскими нормами медицинской помощи;
- комплексность в применении обоих типов медицинской реабилитации (при острых заболеваниях и травмах и при хронических состояниях) требуют развития навыков применения медицинскими сестрами и помощниками врача у пациентов дозированного терренкура, кинезотерапии, разных видов массажа, разнообразных физических методов лечения;
- совершенствование взаимодействия через общие программы социальных, медицинских и общественных организаций будет способствовать обеспечению техническими средствами реабилитации инвалидов;
- устранение серьезных организационно-экономических причин недостаточного объема знаний по сестринской реабилитации будет способствовать повышению качества жизни пациентов с риском развития инвалидности;
- обучение практическим навыкам родственников и (или) лиц, осуществляющих уход и мероприятия медицинской реабилитации на дому и (или) в амбулаторных условиях становится новой задачей медицинской сестры и помощника врача;
- продуманная система гериатрического реабилитационного центра в рамках больниц сестринского ухода либо центров дневного пребывания могла бы стать ядром оказания реабилитации помощником врача для избранных групп пациентов.

Профилактическая направленность реабилитации должна постепенно становиться основой долгосрочной политики по охране здоровья. Главную роль здесь должны занять врачи общей практики, семейные медицинские сестры и помощники врача.

Проблемы и недостатки совершенствования деятельности помощника врача в системе оказания медицинской помощи, на наш взгляд, таковы:

- повышение объема техногенных вмешательств увеличивает перегрузку врача сестринскими манипуляциями с одновременным сокращением объема медицинских услуг при сестринской помощи;
- расширение объема парамедицинских (вспомогательных) функций, не требующих сестринской квалификации вследствие резкого сокращения численности младшего медицинского персонала;
- не признание вклада медсестер, акушерок и помощников врача в лечебно-диагностический процесс, не умение и не ориентированность на выстраивание равноправных партнерских отношений подавляющим числом врачей;
- неравномерный объем работы медицинских сестер и помощников врача вследствие отсутствия нормативов нагрузки при выполнении сестринских манипуляций в разных областях медицины.

Устранение или уменьшение проблем создаст ряд преимуществ, позволяющих коллективу средних медицинских работников страны становиться пионером и лидером перемен в будущем здравоохранении.

Перспективными путями решения обозначенных проблем являются:

1. Комплексное решение, включающее постепенное увеличение соотношения врач: медсестра до 1:4 к 2020 г. за счет обучения нового поколения средних медицинских работников и оптимизации штатного нормирования труда. Начало этому положено.

2. Применение технологии сестринского процесса в функциональных обязанностях помощника врача при его работе в ОЗ;

3. Гуманизм в отношении общества к сестринской профессии на основании обучения сестринских руководителей нового типа; публикаций в периодических изданиях, выступлений в средствах массовой информации заслуженных лидеров сестринской профессии, сестринских династий; повышения роли общественных объединений медицинских сестер. Оптимизация системы оплаты в зависимости от уровня образования, объема, времени, качества сестринской помощи.

4. Преподавание основ психогигиены труда.

Оптимизация деятельности помощника врача позволит надеяться в будущем на увеличение продолжительности жизни населения за счет снижения заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями посредством первичной профилактики. «Сделай трудное — привычным, привычное — легким, а легкое — приятным» — давал совет, применимый к теме, К.С. Станиславский.

ГЛАВА 6

Карьера руководителя сестринского дела

Тема карьеры приобрела популярность среди медицинских работников, что вызвано сложными процессами оптимизации структуры, деятельности в системе здравоохранения и обучением сестер с высшим образованием. То, что раньше считалось отклонением, отождествлялось с карьеризмом, сегодня возводится в ранг показателя развития человека в социальной структуре, фактора и условия улучшения социально-психологического климата, конкурентоспособности.

Карьера — динамическое явление, постоянно изменяющийся и развивающийся процесс. Понятие «карьера» определяется как «общая последовательность этапов развития человека в основных сферах жизни (семейной трудовой)». Карьера — это не только продвижение по службе. Можно говорить о карьере домохозяйек, матерей, учащихся. В узком смысле карьеру связывают с трудовой деятельностью человека. Под карьерой понимают целенаправленный должностной и профессиональный рост, «поступательное продвижение по служебной лестнице, изменение навыков, способностей, квалификационных возможностей и размеров вознаграждения, связанных с деятельностью работника». Это имеет отношение к организационному аспекту карьеры.

Потенциальная карьера — возможность повышения должностного статуса работника.

Личностный аспект раскрывает особенности видения карьеры ее деятелем. С этим связано выражение человеком самооценки протекания своей карьеры, промежуточных результатов ее развития, личные ощущения. Карьера — это субъективно осознанные собственные суждения работника о своем трудовом будущем, ожидаемые пути самовыражения и удовлетворения трудом, это индивидуально осознанные позиция и поведение, связанные с трудовым опытом и деятельностью на протяжении рабочей жизни человека.

Факторы негативного воздействия реалий карьеры в медицинской профессии:

- низкие стартовые требования для лиц, поступающих в медицинские колледжи;
- слабое знание новой профессии, разочарование простыми требованиями иной работы;
- низкая оценка и контроль работы, делегирование несвойственных полномочий другим;
- неоправданные ожидания, ведущие к сопротивлению нововведениям внутри организации;
- неспособность добиваться должностных изменений, нет умения «подать себя» (самопрезентация);
- опасения руководства, страх перед новыми знаниями и карьеризмом новичка.

Ожидания организации от молодого специалиста:

- способность молодого специалиста реально оценить свои слабые и сильные стороны;
- умение специалиста понять и принять то, что в организации имеются реалии в виде устойчивости, внутренней лояльности групп, существует сила неформальных связей, политика администрации;
- способность генерировать идеи и воплощать в жизнь с помощью коллег, управленцев, пациентов;
- умение молодого специалиста проявить лояльность, преданность целям организации;
- умение отстаивать точку зрения, но и способность на компромисс;
- демонстрация профессионального развития, творчества, способности учиться на ошибках и достижениях коллег.

Обязанности руководителя медицинской организации по созданию условий карьерного роста:

- создание условий молодому специалисту для стимулирования инициативы;
- подготовка перспектив карьерного продвижения молодого специалиста.

Выбор карьеры начинается с оценки самого себя. Личностные ресурсы включают навыки, деловые черты, профессиональную подготовку, опыт, здоровье, психику.

Самооценка — знание своих преимуществ и недостатков, оценка, комплексное заключение о правильности своей жизни.

Навыки — способность после обучения выполнять работу грамотно. Бывают функциональные (письма, речи, чтения, анализа, обучения) и приобретаемые в ходе работы навыки.

В здравоохранении это этические, деонтологические и психологические особенности личности медицинского работника. Важно умение определить и назвать свои навыки, подумать о любимых людях.

Сущность карьеры

Сущность карьеры отражена в определении, о чем свидетельствуют используемые термины «движение», «продвижение», «рост», а также подтверждается этимологией слова «карьер» (в переводе с итальянского — «бег»). Карьера — активное продвижение человека в освоении и совершенствовании способа жизнедеятельности, обеспечивающего его устойчивость в потоке социальной жизни. Ученые трактуют ее как движение человека в пространстве организации, предполагающее последовательную смену функций, статуса, социально-экономического положения. Таким образом, карьера - процесс профессионального роста человека, движения по пути овладения некими ценностями, благами, признанными в обществе или организации, состояние возрастания его влияния, власти, авторитета, статуса в среде, выраженного в его продвижении по ступеням квалификационной лестницы, вознаграждения, престижа.

Виды карьеры

Сложность явления карьеры отражается в многообразии ее видов и типов. Для классификации видов карьеры можно выделить множество различных признаков (табл. 6.1).

Таблица 6.1

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

В зависимости от среды, в которой рассматривают карьеру, в ней традиционно выделяют профессиональную и внутриорганизационную составляющие.

Профессиональная карьера характеризуется прохождением разных стадий развития конкретным сотрудником в процессе профессиональной деятельности: обучение, поступление на работу, профессиональный рост, поддержка индивидуальных способностей, уход на пенсию. Эти стадии работник может пройти последовательно в разных организациях.

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

Внутриорганизационная карьера реализуется в трех основных направлениях:

- **вертикальное** — с ним связывают понятие карьеры, ибо продвижение в медицинской организации наиболее зримо, буквально понимается подъем на более высокую ступень структурной иерархии;
- **горизонтальное** — перемещение в другую функциональную область деятельности, либо выполнение определенной служебной роли на ступени, не имеющей жесткого формального закрепления в организационной структуре (выполнение роли руководителя временной целевой группы, программы) или усложнение задач в рамках занимаемой ступени (как правило, адекватным изменением вознаграждения);
- **центростремительное** — наименее очевидное, но привлекательное для сотрудников направление. Это продвижение к ядру, руководству организации (приглашение работника на недоступные ранее встречи, совещания формального и неформального характера; получение доступа к неформальным источникам информации, доверительные обращения, отдельные важные поручения руководства).

Процедура реализации карьеры состоит из двух этапов: выбора профессии как широкой сферы применения труда; выбора конкретного вида деятельности и типа организации, где будет проходить трудовая жизнь.

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

- анализ положения социально-профессиональных групп на рынке труда. Используют три этапа анализа: на сегодняшний день, на момент окончания учебного заведения (через 3–5 лет), на момент достижения

пика профессиональной квалификации (через 10–15 лет). В ходе этого прогноза человеком должны быть оценены потребность в представителях той или иной профессии, насыщенность рынка труда специалистами, экстенсивные и интенсивные возможности должностного и профессионального роста;

- оценка роли и места профессии в обществе. Определяют, популярен ли и пользуется уважением труд работников этой профессии, как он оценивается материально, каков уровень заработка, других материальных и моральных благ, предоставляемых обществом и фирмами работникам этой профессиональной группы. Следует узнать, каковы специфические права и обязанности, на них налагаемые и им предоставляемые, анализ личного отношения претендента на карьерные перемены к сути пословицы «лучше быть первым на деревне, чем последним в городе» применительно к профессии;

- анализ «моды» на профессию, ее соответствие состоянию рынка труда сегодня и на перспективу, ее обоснованность, продолжительность, устойчивость. Необходим учет личностных интересов человека, вытекающих из семейных традиций, влияния школы;

- **изучение претендентом на карьеру профессиональных требований и соответствия им человека:**

- образовательных, общих и специальных (знание языков);
- психофизиологических требований (склад характера, состояния здоровья, физического развития, быстроты реакции, остроты зрения);
- потенциальных способностей к работе в группе (индивидуализм, коллективизм, лидерство);
- склонности к той или иной сфере деятельности (отсев студентов-медиков после посещения прозекторской), способности к изучению предметов (математике, экономическому и социальному анализу);
- наличие специфических трудовых навыков и производственного опыта.

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

Второй этап процедуры выбора профессии состоит из следующих шагов:

- определение конечной желаемой цели Вашего служебного продвижения и последовательность рабочих мест на пути к ней;

- изучение текущих источников информации о рабочих возможностях;
- анализ предлагаемых рабочих мест, сравнение отрасли и сферы приложения труда, типов компаний, исполнительских функций;
- обдумывание, что можно предложить, оценить способности, возможности, запросы, желаемую зарплату

- определение, запросы какой отрасли, вид работ Вам более соответствуют
- составление желаемого карьерного графика, учитывающего сроки продвижения. Делая карьеру, сопоставляя желаемое с реальным, наблюдая за передвижением и продвижением, варьируя конечную цель, принимая во внимание новые предложения рабочих мест, изменение личных возможностей и запросов.

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

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

Уровень притязаний. Высокий указывает на то, что специалист хочет много достичь, подняться по социальной или профессиональной лестнице, завоевать место под солнцем. Он готов рисковать, браться за трудные задачи. Реальных результатов достигнет только в случае, если есть на что опереться, иначе можно потерять все. Низкий уровень притязаний у людей, предпочитающих синицу в руках. Для них важнее не потерять ранее достигнутого и избежать неудачи.

Локус контроля — показатель ответственности. Люди с внешним локусом контроля ищут объяснения происходящего в стечении обстоятельств и поступках других. В крайних вариантах они безответственны, всегда себя оправдывают, не стесняются сваливать вину за свои ошибки на окружающих.

Внутренний локус контроля говорит об ответственности за свои поступки и способности делать выводы из собственных ошибок, иногда приводит к склонности к самообвинениям.

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

Альпинист (высокая самооценка и уровень притязаний, внутренний локус). Нормальный человек, делающий карьеру сознательно, с полной внутренней отдачей. Как правило, проходит все ступени снизу доверху, отрабатывает свое продвижение. Хороший профессионал и менеджер, делает следующий шаг, только закрепившись и подстраховавшись. Технически оснащен, полон решимости взойти на вершину, и будет штурмовать ее до победы. Ему не надо специально помогать, достаточно не мешать. Не склонен к необдуманным решениям, если не вставлять палки в колеса, он не бросит медицинскую организацию в трудную минуту. О том, что необходимо, скажет сам и добьется получения желаемого.

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

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

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

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

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

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

Типология карьеры

Классификация управленческих карьер осуществляется по четырем показателям.

1. Скорость продвижения по уровням иерархии системы управления. Если два человека включались в управленческую деятельность одновременно, в 40 лет один занимает пост главной медицинской сестры, другой — постовой медицинской сестры в стационаре, очевидно, что скорость продвижения первого выше.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Эволюционный тип карьеры. Должностное продвижение (рост влияния) осуществляется вместе с ростом организации. Руководители ориентированы на дальнейшее продвижение, совмещение общественных и личных интересов. Знание специалистом типологии карьеры позволяет им предвидеть поведение руководителей. Преобладание того или иного типа карьеры зависит от социально-экономической ситуации, формы собственности, отрасли деятельности, особенностей конкретной организации, наличия нормативной правовой документации, структуры организации здравоохранения, целей и задач ее деятельности.

Этапы карьеры

На разных этапах карьеры человек удовлетворяет различные потребности (табл. 6.2).

Этапы деловой карьеры (по Закаеву В.С.)

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

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

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

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

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

Этап завершения длится от 60 до 65 лет. Это подготовка к уходу на пенсию, ведутся поиски достойной замены, обучение кандидата на освобождающуюся должность. Это время характеризуется кризисом карьеры. Специалист получает меньше удовлетворения от профессии, испытывает состояние психологического и физиологического дискомфорта. Самовыражение и уважение к себе и другим из его окружения достигают наивысшей точки за весь период карьеры. Профессионал заинтересован в сохранении уровня оплаты труда, но стремится увеличить другие источники дохода, которые бы заменили заработную плату и были добавкой к пенсионному пособию.

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

На каждом этапе построения карьеры, учитывая ее стадии и запросы работников, руководителям необходимо включать психологическую реабилитацию для подобных лиц, используя понятия психогигиены и психопрофилактики. Это позволит бороться против деструктивных факторов, сопряженных с выполнением профессиональных обязанностей, предупреждать развитие СЭВ, психические и психосоматические расстройства, сохранять и поддерживать здоровье медработников, их преждевременный уход из профессии. Формой психологической защиты сестер при подобном риске должны стать включенные в обучающий цикл профессиональные тренинги.

Любой планирует свое будущее, основываясь на потребностях и учитывая сложившиеся социально-экономические условия. Нет ничего удивительного в том, что хочется иметь подробную информацию

о перспективах своего служебного роста, возможностях повышения квалификации в данной организации, условиях, которые нужно для этого выполнить. В противном случае мотивация поведения становится слабой, человек работает не в полную силу, не стремится повышать квалификацию и рассматривает организацию как место, где можно переждать время перед переходом на более перспективную работу.

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

Карьера как следствие командного развития и эффективного менеджмента.

Командное развитие — результат синтеза непрерывной учебы и групповой работы. Итогом является рост творческого потенциала и развитие кадрового потенциала членов группы. Коллективное развитие помогает преодолеть комплекс неполноценности управления персоналом. Совместная учеба и корпоративный дух содействуют принятию коллективного решения. Как считают менеджеры, «горечь плохого решения долго остается во рту, в то время как сладость быстрого выполнения задания скоро исчезает». Ценным деловым качеством современного руководителя Ч. Шваб считает умение вызывать у людей энтузиазм и развивать лучшее в человеке, с помощью признания его достоинств и поощрения.

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

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

В процессе менеджмента осуществляется:

- групповое развитие, группа становится самообучающейся;
- организационное развитие по самообучающейся системе;
- индивидуальное развитие. Сотрудник становится причастным к процессу групповой работы и учебы, активно реализует свою «энергетику желания».

Стратегия командного самообучения и работы объединяет случайно-хаотичные стили творческой деятельности каждого сотрудника в творческий менеджмент группы, который выдвигает новые требования.

Уделяется внимание творческим способностям и умению полно и успешно использовать творческий потенциал каждого сотрудника, вместо административного руководства приходят деловые взаимоотношения на основе диалогов, бесед, иных форм обмена информацией.

Менеджера нового типа отличает качественная организация труда подчиненных: он ориентирован на групповую работу, реально оценивает сильные и слабые стороны каждого, рационально использует их в командной работе. Сочетание компетентности, поведения и опыта является основой развития эффективности руководителя, строящего «мосты в будущее».

Управление будущим — загадка. Основные элементы перспективного менеджмента:

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

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

Планирование карьеры

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

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

Практика показывает, что работники не знают своих перспектив в данном коллективе, что свидетельствует о плохой постановке работы по планированию и контролю карьеры. Планирование и контроль деловой карьеры начинается с принятия работника в организацию и заканчивается предполагаемым увольнением с работы, обеспечивая планомерное горизонтальное и вертикальное продвижение по системе должностей. Человек должен знать не только перспективы на кратко- и долгосрочный период, но и показатели, которых нужно добиться для продвижения по службе.

Ряд правил помогает сестринским руководителям при выборе и планировании карьеры:

- в основе карьеры сестринского руководителя лежит не только компетентность, соответствие должности, но и коммуникабельность, умение включиться в групповую работу.
- необходимо умение представить свою работу в наиболее выгодном свете перед потенциальным работодателем, известность и самоменеджмент содействуют карьере и воспринимаются как технология внедрения интеллектуального потенциала личности.
 - искать работу следует всегда;
 - за хорошую работу нужно бороться;
 - определите, что мешает найти лучшую работу и как устранить помехи;
 - определив сегодня, чем выделяетесь среди других потенциальных работников, можно повысить шансы завтра;
 - принимая решение, исходить не только из того, что есть и доступно; стремитесь к работе, которая нравится;
 - не отдавать предпочтение большим организациям здравоохранения, обращаться непосредственно к работодателю, а не в отдел кадров;
 - помнить о хороших манерах и имидже делового человека, это содействует карьере;
 - поиск работы — это выбор карьеры, нельзя демонстрировать пренебрежение к этому процессу;
 - работодателя интересуют ваше умение использовать то, что умеете;
 - мягкая настойчивость должна сочетаться с выигрышным впечатлением;
 - если определились с тем, какую работу ищите, скажите об этом окружающим;
 - не следует выглядеть просителем — организации стремятся нанимать, победителей, поэтому надо преподнести себя как подарок судьбы этой фирме;
 - постарайтесь узнать традиции медицинской организации, где хотели бы работать;
 - не теряйте времени на работу с безынициативным, неперспективным начальником, станьте нужным инициативному, оперативному руководителю;
 - расширяйте свои знания, приобретайте новые навыки;
 - будьте готовы занять более ответственное должностное место, которое становится (или вскоре станет) вакантным;
 - узнайте и оцените людей, которые могут способствовать вашей карьере;
 - составляя план на сутки, неделю, резервируйте место для любимых занятий;
 - помните, что все в жизни меняется: вы сами, знания, навыки, рынок;
 - решения в области карьеры всегда являются компромиссом между желаниями и реальностью, между личными и интересами организации;
 - не стоит жить одним прошлым.
 - полезно думать об организации как о рынке труда, но, не забывая о внешнем рынке труда. Уволиться стоит тогда, когда придет убеждение, что это необходимо;
 - не пренебрегайте помощью организации в трудоустройстве, но при поиске новой работы надеяться надо, прежде всего, на себя (прил. 4);
 - планируя собственную деловую карьеру и организуя процесс достижений поставленных целей,

помните 5 основных заповедей для тех, кто осуществляет свое поступательное восхождение по профессиональной лестнице (прил. 5,7).

Выводы по результатам исследования:

Предлагаются советы руководителям по организации взаимоотношений с работниками, желающими карьерного роста и по составлению характеристики на аттестуемого специалиста (прил. 6,8).

Профессиональная карьера выполняет важные функции в трудовой деятельности работника, стимулирует рост активности, ускоряет кадровые перемещения, что позволяет работнику занять более высокое социальное положение, способствует росту его удовлетворенности трудом.

Хочешь сделать карьеру — стань лидером. Не руководителем, а лидером. Имеется в виду выполнение лидерских функций, от которых зависит коэффициент полезности работы ваших коллег-сотрудников, а также их развитие. Прогноз мировых экспертов, полученный на основе опроса руководителей, свидетельствует, что функции лидерства и управления в XXI веке будут выполняться чаще, чем в XX веке. Важнейшая функция лидерства (развитие деловой активности последователей, вдохновение и воодушевление сотрудников) в 1990 г. выполнялась реже остальных, но в XXI будет использоваться чаще.

Переосмысление роли и места сестринского руководителя в трудовой деятельности приумножает кадровый потенциал, изменяет представление работников о своей профессиональной деятельности, этому способствуют законодательные документы. Становление карьеры сестринского руководителя в Беларуси только начинается.

ГЛАВА 7

Резерв улучшения качества медицинских услуг — профилактика сестринских ошибок

Народная мудрость гласит: не допускает ошибок только тот, кто ничего не делает. В силу этого утверждения и собственного опыта трудно представить медицинскую сестру, никогда не сделавшую ни одной ошибки. Статистика свидетельствует, что около 10% пациентов страдают от этого.

Реалии профессиональной сестринской деятельности свидетельствуют о следующем:

1. Отсутствие профессиональных сестринских ошибок — миф.
2. Причина замалчивания проблемы сестринских ошибок — психологическая (чувство вины, самобичевание, стыд).
2. Не в полной мере используются новые открытия по коммуникациям и общению в сестринском коллективе.

2. О незнании барьеров коммуникации и неумении преодолевать их в работе.

Основные виды ошибок в работе медицинских сестер:

- при приготовлении лекарственных средств;
- при перепутывании имен пациентов;
- ошибочная замена пациенту не назначенных врачом лекарств;
- диагностические ошибки при постановке сестринского диагноза;
- при оперативных вмешательствах и манипуляциях;
- при выполнении назначений врача, ошибки в дозах, при составлении растворов и дезинфекционных средств;

Около 10% пациентов имеют последствия для здоровья от профессиональных (медицинских) ошибок, при этом 1/3 пациентов умирает (статистика ВОЗ).

Цель изучения сестринских ошибок — «прежде всего не навреди» — не подчеркивать вину медицинского работника, чтобы наказать, а показать, что можно сделать, чтобы их не повторять.

Поскольку исполнителями всевозможных вмешательств в состояние здоровья пациента являются люди, ошибки неизбежны.

Основные причины сестринских ошибок:

1. Человеку свойственно ошибаться.
2. Творческая профессия с большим многообразием подходов и взаимодействий.
3. Груз моральной ответственности медицинской профессии в глазах общества.
4. Перегрузки медицинских сестер и отсутствие полноценного отдыха после ночных дежурств. Изменение взглядов общества на медицинский риск.

В силу сложнейшей организации человека врачевание невозможно свести к ремеслу. Этот вид деятельности приближается к искусству. Медицинскими воздействиями можно повлиять на состояние

здоровья лишь на 10% . Следует популяризировать эти знания среди пациентов, что будет способствовать расширению понятия в обществе о медицинском риске.

Классификация сестринских ошибок:

1. По нарушениям этики.

Негативные последствия этических ошибок могут ощущаться долгие годы: оскорбительные «ярлыки», которые навешиваются на пациента; обида за унижение при проведении интимных манипуляций; бестактные замечания сестры во время беседы врача с пациентом; грубый и издевательский тон при словесной безобидности во время процедур.

2. По несоблюдению деонтологических принципов.

Принципы «уважения к жизни и достоинству», а также «не навреди» являются основополагающими для любого медика. Однако они вступают в противоречия с развернувшейся за рубежом кампанией по популяризации эвтаназии, которая законодательно запрещена в нашей стране. «Не навреди!» — нарушение этого положения о работе сестры встречается чаще, чем хотелось бы (постинъекционные абсцессы, заживление ран вторичным натяжением, разрывы мягких тканей родовых путей женщины во время родов, застойные маститы у родильниц, нарушения достоинства при проведении интимных манипуляций на гинекологическом кресле и др.).

Зачастую медики нарушают право пациента на информированное согласие. Например, типичным является вариант передачи в руки человека бланка-направления на исследование крови из пальца или вены без комментариев, в лучшем случае с указанием кабинета. За рубежом эта же рутинная процедура обставлена подробным диалогом, разъясняющим, зачем нужна предлагаемая процедура и испрашивающим истинное информированное добровольное согласие на проведение технических или лабораторно-диагностических манипуляций пациенту. Отсутствие должного разъяснения обусловлено патерналистской моделью взаимоотношений медика и пациента, долгое время преобладающей в нашем обществе. Во многих случаях это происходит из-за значительной перегрузки медицинских работников, а кое-что из-за сознательного нарушения принципа «информированного согласия» базируется на введении пациента в заблуждение.

3. При осуществлении технических, оперативных и инвазивных вмешательств.

Активность медсестер в общении с пациентами и их родственниками не высокие. Причинами этого зачастую являются сложившиеся стереотипы поведения. Это требует переосмысления роли среднего медицинского персонала.

Наиболее распространенными ошибками в работе операционной сестры являются:

- неправильная комплектация биксов стерильными масками, халатами, бахилами, нарушения правил складывания завязок внутрь;
- не осуществленная до начала операции проверка и подготовка к работе аппаратуры, используемой для операции;
- отсутствие индикации качества стерилизации при вскрытии стерильного бикса;
- инструментарий, не подсчитанный до и в ходе операции, перед зашиванием полостей и в конце операции;
- технически неправильная подача инструментов хирургу (с незакрытыми замками; подача скальпеля лезвием вниз, а острием к собственной ладони; заряженного иглодержателя острием иглы вниз; хирургического пинцета вместо анатомического; зажима Микулича вместо мягкого кровоостанавливающего зажима; использование малых шариков и салфеток при полостных операциях и наоборот; их передача руками, а не инструментами; прием от хирурга иглодержателя без иглы или инструментов без шариков или салфеток или не сообщение ему об этом; нарушения маркировки материала, отправляемого на исследование).

4. Фармакологические, фармакогнозические.

В силу сложности сестринской профессии допускаются ошибки в соединении несовместимых лекарств в одном шприце (например, витаминов — тиамина и пиридоксина), или замена одного препарата (отсутствующего) другим без назначения врача (например, допегита — клофелином, или седуксена — реланиумом). Незнание сестрой механизмов действия разных лекарственных средств на организм больного не освобождает ее от ответственности за допущенные ошибки, особенно с последствиями для здоровья и жизни пациента. Никакие порицающие административные меры наказания не действуют больше, чем память на всю жизнь об ошибочных действиях, которые явились причиной чьей-то болезни или даже смерти.

5. Нарушения внимания.

Ошибочные действия подобного рода составляют до 25%, т.е. это самая многочисленная категория ошибок. Этому можно найти приемлемые объяснения, ведь монотонная и однообразная работа,

ночные дежурства без учета физиологических возможностей и психологических резервов исполнителя в значительной мере им способствует. Однако цель нашего исследования состоит в разработке единого подхода к нивелированию последствий ошибок, а также возможности предостеречь других.

Работа в ночные смены должна учитывать время на вхождение в работу и релаксацию после ее завершения. **Способами преодоления подобных ошибок являются:**

- необходимость ставить в паре сотрудников условно «внимательная»—«рассеянная»;
- устно комментировать свои действия по выполнению технической манипуляции;
- обязательно 3–4 часа сна перед работой в ночную смену;
- тренировка памяти и внимания на специальных занятиях с психологом;
- яркая, четкая, разнообразная маркировка флаконов с лекарственными препаратами, обязательная таблица-памятка в процедурном, манипуляционном, инъекционном кабинетах должна быть на видном месте;
- обязательное уточнение перед манипуляцией паспортных данных больного, конкретность назначения;
- никогда не набирать в лоток шприцы с инъекционными растворами для разных пациентов одновременно.

Роль сестринского руководителя в профилактике и снижении числа сестринских ошибок при оказании медицинской помощи возрастает. В целях уменьшения разного вида сестринских ошибок целесообразным является развитие культуры управленческого труда.

Организуя работу персонала, сестры-руководители должны знать основные элементы культуры управленческого труда:

- личная культура руководителя;
- рациональное распределение рабочего времени;
- культура содержания рабочего места;
- культура проведения массовых мероприятий;
- культура приема посетителей;
- культура работы с документацией;
- культура речи;
- организационная культура.

Личная культура включает в себя уровень квалификации, этическое воспитание, личную гигиену и внешний вид, форму обращения к подчиненным.

Требования к внешнему виду сестринского руководителя:

- соблюдать опрятность, чистоту, аккуратность в одежде;
- исключить остро модные и яркие вещи в одежде;
- придерживаться делового консерватизма, классического стиля одежды, неярких, неброских цветов одежды, аксессуаров косметики;
- туалетные воды предпочтительнее духов (со слабым или не резко выраженным запахом);
- принять ограничения на использование обилия косметики, ярких лаков, помад, длинного маникюра, экстравагантных причесок. Исключить излишек ювелирных изделий (кольца, браслеты, подвески, диадемы).

Внешний вид руководителя частично является проявлением навыка по организации труда своего и коллег по работе.

Рациональное распределение времени не может быть без четкого рабочего графика.

Личное рабочее время руководителя состоит из времени, затраченного на:

- работу с документами;
- работу с кадрами;
- решение социально-экономических вопросов;
- совещания, переговоры;
- непроизводительные затраты.

Руководителю и медицинским сестрам следует иметь в виду, что необходимо учитывать и планировать не только рабочее, но и свободное время. Ведь старая истина гласит: «Кто не умеет работать, тот не умеет и отдыхать».

Культура содержания рабочего места. На первый взгляд непонятна связь культуры рабочего места с проблемой ошибок в работе, однако при осмысленном подходе к анализу становится понятным, что хаос на рабочем месте — свидетельство беспорядка в голове. Некоторые руководители считая, что в процессе

работы необходимо, чтобы все находилось «под рукой», выкладывают на рабочий стол всю имеющуюся документацию. Такой подход сильно затрудняет трудовой процесс: уменьшается рабочая площадь стола, сосредоточиться на каком-либо деле труднее, ухудшаются санитарно-гигиенические условия, легко теряются нужные в данный момент документы. Следует считать идеальным такой порядок, при котором на рабочем столе находятся лишь нужные документы. (Для медсестры не только на столе, но и в шкафах и т.д.)

Культура проведения массовых мероприятий — культура проведения совещаний, переговоров и бесед.

Культура приема посетителей. При приеме работников, как по личным, так и по служебным вопросам необходимо соблюдать определенные правила. «Принцип открытых дверей», то есть прием посетителей в любое время, оправдывает себя, если руководитель имеет в своем подчинении всего несколько человек. Другие устанавливают для приема определенные часы и дни. Руководитель не должен идти на срыв приема ни при каких обстоятельствах. Если по каким-либо причинам он не может проводить прием, его должен осуществить кто-либо из заместителей.

Культура работы с документами. Включает в себя обязательную регистрацию писем, определение сроков их рассмотрения, персональную ответственность руководителя за своевременное и правильное реагирование на них, обязательный ответ на каждое письмо.

Культура речи. Около 80% рабочего времени менеджера связано с контактами, поэтому умение говорить, общаться является важной составляющей культуры труда руководителя.

Организационная культура. Определяется степенью владения теорией управления, методами организационной работы, опытом, навыками общения, умением осуществлять разнообразные организационные процедуры, составляющие значительную часть времени главной медсестры.

К организационным процедурам можно отнести подбор, расстановку и работу с кадрами; разработку организационных норм и нормативов, планов личной работы; постановку задач перед исполнителями, распорядительство, контроль исполнения и др.

Направления деятельности руководителя сестринского дела по снижению ошибок:

- организационные действия по обеспечению нормативов нагрузки и полноценного отдыха после ночных дежурств и во время отпуска с привлечением психолога.
- прививать культуру коллегиальных обсуждений проблем и трудностей медицинской профессии во врачебно-сестринских коллективах, проведение медицинских советов и заседаний Совета сестер по этим вопросам.

Принципы рассмотрения сестринских ошибок на Совете сестер:

*Помнить, что однообразный труд, а также работа в ночную смену способствуют совершению ошибок.

*Работа в команде с обязательным само- и взаимоконтролем.

*Не бояться ошибок.

*Не стыдиться ошибок (никто от них не застрахован).

*Доброжелательная атмосфера сотрудничества в коллективе.

*Благородство и доверие. Знаю: могу помочь.

*Коллегиальность обсуждения, чтоб избежать повторов и ошибок-ловушек.

1. Создание культуры риска в организации здравоохранения путем системы медицинского страхования работников. Управление риском при выполнении медицинских манипуляций — часть контроля качества медицинской помощи, осуществляемого страховыми компаниями за рубежом. Общество всегда требует качества, обеспечение которого возможно разными способами: обучением технике, контролем исполнения, нивелированием риска медицинского воздействия путем страхования.

2. Сестринская профессия уязвима уже одним положением между пациентом и врачом, а также работами в ночную смену, монотонностью работы, невысоким престижем.

3. Сделать само- и взаимоконтроль за своей работой необходимостью, закрепленной в должностной инструкции.

Требования само- и взаимоконтроля, изложенные в функциональных (должностных) обязанностях будут выполняться в силу обязательности этого предписания.

4. Необходимость предоставления медицинской услуги соответственно стандартам качества.

5. Наличие эталона проведения каких-либо сестринских действий приведет к тому, что любые отклонения от него могут рассматриваться как ошибка. Трудность создания стандартов, обусловленную во многом психологическим негативизмом исполнителей, поможет преодолеть разъяснение.

6. Ситуация благодарности и комплимента должна чередоваться с умением указать на ошибки.

Для того чтобы достичь высокого качества работы сестры и благодарности пациента сестринский руководитель обязан уметь использовать общие правила и законы общения. Организацию коммуникации с подчиненным, совершившим ошибку при работе. Критика за упущение в работе относится к одной из деловых бесед. Эффективность труда руководителя может увеличиться на 10–20%, если использовать определенные правила построения беседы с человеком, допустившим упущение (за рубежом используют термин «медицинская небрежность»). Необходимо постепенное развитие сестринским руководителем умения учиться говорить о профессиональных ошибках с коллегами.

Основными недостатками при подготовке деловой беседы главной медицинской сестры по поводу критики за некачественную работу персонала являются:

- плохая ее подготовка, неминуемо приводящая к неблагоприятному итогу встречи (обида, увольнение подчиненного);
- недостаточно тщательная подготовка при попытке изменить мнение собеседника;
- не использование правил беседы (не сформулирована цель, нет плана, не связаны тактика и цель беседы, многословие самого, а не оппонента; не делаются заметки по ходу беседы, затягивание беседы после достижения ее целей, незнание практических приемов прекращения беседы).

С целью профилактики негативного воздействия критики на человека следует исполнять определенные правила. Поскольку каждый из нас может вспомнить собственные эмоциональные раны, полученные при этом, следует:

- выслушивать объяснения подчиненного (критикуемого);
- сохранять ровный тон («во взаимоотношениях с подчиненными имейте бесконечное терпение»);
- прежде, чем сокрушительно критиковать, обязательно найти, за что похвалить. Сопоставление позитивной и негативной работы подчиненного в прошлом и теперь сделает Вашу позицию более терпимой и взвешенной.

• критиковать поступки, а не человека. Использование ярлыков типа «лодырь», «разгильдяй», «вредитель» является грубой ошибкой. Можно согласиться с доказанной фактами совершенной ошибкой, но нельзя согласиться с тем, что я — плохой человек.

• не искать «козла отпущения». Подчиненные всегда чувствуют любую несправедливость, хотя не всегда говорят об этом.

• не обвинять, а искать вместе способ решения. Для позитивного диалога нельзя подчеркивать свою непогрешимость на фоне понижения самоуважения своего оппонента.

• не беседовать с целью критики подчиненного при свидетелях.

Б. Паскаль писал, что «ничто так не разоружает, как условия почетной капитуляции».

Способы профилактики сестринских ошибок:

1. Обеспечение доброжелательной атмосферы.
2. Сестринский коллективизм по обсуждению ошибок за отрезок времени.
3. Проведение релаксационного обучения медсестер профилактике ошибок при манипуляциях, подготовке к раздаче и введению медикаментов.
4. Следовать принципу: повторение — мать учения.
5. Упражнения по обмену мнениями:
 - 5.1. Среди коллег.
 - 5.2. Среди пациентов. Об ошибках пациентам сообщать не следует, так как это может вести к потере доверия.
6. Введение листка-информации об ошибках, допущенных медицинскими сестрами в отделениях реанимации, хирургии и др.

Введенный в некоторых странах Европы метод самодиагностики ошибок при сестринских манипуляциях в условиях страховой медицины обеспечивает:

- смену метода осуществления манипуляции;
- коллективную ответственность за работу в бригаде;
- иерархию докладов руководителю;
- сохранение атмосферы доверия и сотрудничества всего коллектива;
- единый подход к нивелированию последствий сестринских ошибок.

Способы уменьшения риска осуществления сестринских ошибок руководителем сестринского дела на этапе оказания первичной медицинской помощи:

- четкая организация работы в бригаде попарно «квалифицированный-неопытный»;

- комментировать свои действия («Я иду к Иванову вводить инсулин»);
- развитие противостояния профессиональному стрессу;
- избегать публичных устных заявлений об ошибках в неподготовленной аудитории;
- использовать анонимное заявление для узкого круга избранных коллег;
- конфиденциальность информации о сестринских ошибках обеспечивается системой анонимного контроля сестринской работы сестрой-менеджером с учетом письменных «листочков информации об ошибках»;
- сбор, систематизация, группировка сестринских ошибок для выявления тенденций в организации здравоохранения по итогам работы за год;
- совершенствование профессионального отбора на обучение медицинским специальностям (оперативность действий в экстремальных ситуациях, темперамент, характер и его акцентуации, способность к четкой организации работы);
- введение штатной должности психолога для оптимизации работы медицинского персонала в целом;
- наставничество и менторство необходимо использовать как новые формы адаптации специалиста на рабочем месте;
- мотивация на непрерывное образование сестер;
- система аттестации на рабочем месте;
- разработка и использование письменных листочков «информации об ошибках» в любой истории болезни.

Для адаптации молодых или вновь прибывших на работу в коллектив специалистов следует широко использовать такие формы передачи профессионального опыта, как наставничество и менторство.

Доверительные профессиональные и житейские взаимоотношения способствуют, в том числе, обмену опытом сестринских ошибок. Развитие в организациях этих форм взаимоотношений улучшает их качество и способствует благоприятному микроклимату в коллективе.

Выводы по результатам исследования:

Статистика сестринских ошибок, совершаемых в разных странах, свидетельствует о важности и реальности проблемы, нуждается в определенной системе стандартных оценок, частично заложенных в модели конечных результатов деятельности организаций здравоохранения.

Сложившийся стереотип поведения медиков в общении с пациентами и их родственниками уменьшает их активность, что требует работы по переосмыслению роли среднего медицинского персонала в предоставлении услуги. Новые открытия по коммуникациям и общению используются руководителями сестринского дела не в полной мере для предупреждения ошибок при оказании медицинской помощи.

Совершенствование профессионального отбора на медицинские специальности и изучение медицинской психологии в программах дипломного и последипломного обучения, а также наставничество и менторство в сестринском коллективе являются современными формами для адаптации специалиста на рабочем месте и предупреждения ошибок в профессиональной деятельности.

Профилактика сестринских ошибок, систематически осуществляемая руководителем, является резервом улучшения качества медицинских услуг.

ГЛАВА 8

Определение уровня организационных и коммуникативных навыков руководителя сестринского дела

Руководители сестринского дела имеют разный уровень организационных и коммуникативных навыков, что влияет на успешность в профессиональной деятельности. Определение профессиональных навыков в общении и организации работы персонала может стать основой для улучшения качества работы руководителя. В связи с этим была поставлена задача разработки методики определения уровня организационных и коммуникативных навыков руководителя сестринского дела и рекомендаций, сформулированных на основании полученных данных.

С этой целью была разработана методика проведения практического занятия со слушателями курса повышения квалификации «Организация сестринского дела» (прил. 2,3).

Методика проведения практического занятия базируется на определении уровня организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела и рекомендациях по предпочтительности сферы профессиональной деятельности. Теоретико-методологическая основа методики базируется на представлениях авторов (Л.В. Ильина и с.) о том, что анализ «Я-образа» позволяет выявить основные

аспекты личности: знание о себе и самоотношение в процессе жизни. Выделяют факторы, которые обуславливают «Я-концепцию»: самоуверенность, самопринятие, саморуководство, ожидание отношения других, самообвинение, самоинтерес, самопонимание.

Исследования характеристик типов личности помогут выявить навыки лидерства, сильные черты характера, способность быстроты принятия решения, установить приоритеты в работе, определить характеристики стиля личности, типичные «профили» работы и профессии. Психометрический тест представляет целостную общую картину того, как человек учится, общается и действует в повседневных ситуациях своей жизни, определить уровень потребности в достижении успеха.

Предметом диагностики стало определение отношения личности медицинской сестры или руководителя сестринского дела к собственной ценности и потребности в профессиональных достижениях.

Область применения: управленческое консультирование организаторов сестринского дела в зависимости от стажа, возраста, квалификационной категории.

Контингент анкетированных составила группа слушателей системы последиplomного медицинского образования. Проведено тестирование 41 слушателя курса повышения квалификации «Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины», в котором принимали участие главные и старшие медицинские сестры и их резерв. Характеристика квалификационных категорий в зависимости от возраста анкетированных слушателей представлена (табл. 8.1).

В общей группе сестер - руководителей имеют высшее или (незаконченное высшее) образование 7 чел. (17,07%), со средним специальным образованием — 34 чел. (82,9%).

Таблица 8.1

Наличие квалификационных категорий в зависимости от возраста анкетированных слушателей

Возраст	Количество слушателей, чел. абс(%)	Без квалиф. категории, чел абс(%)	2-я квалиф. категория, чел абс(%)	1 -я квалиф. категория, чел абс(%)	Высшая квалиф. категория чел абс(%)
до 29 лет	2(4,9%)	2(100%)	–	–	–
30–39 лет	18(43,9%)	5(27,8%)	7(38,9%)	5(27,8%)	1(5,6%)
40–49 лет	18(43,9%)	2(11,2%)	1(5,6%)	6(33,3%)	9(50%)
50 лет и старше	3(7,3%)	1(33,3%)	–	1(33,3%)	1(33,3%)
Итого	41	10(24,4%)	8(19,5%)	12(29,3%)	11(26,8%)

У наибольшего количества проанкетированных слушателей возраст составляет 30–39, 40–49 лет.

В возрасте 30–39 лет чаще имеется вторая квалификационная категория (38,9%) и первая (27,8%), высшая категория имеется только в 5,6% случаев. В то время, как в следующей возрастной группе, 40–49 лет в 50% случаев имеется высшая квалификационная категория и в 33,3% случаев имеется первая категория. Вторая и отсутствие категории встречается редко (5,6 и 11,2% случаев соответственно).

При стаже деятельности свыше 10 лет достигается наиболее высокий уровень профессионального мастерства.

Проведено исследование коммуникативных и организаторских склонностей, исследование потребности в достижении с применением тестов (табл. 8.2).

Таблица 8.2

Уровень коммуникативных и организаторских склонностей у организаторов сестринского дела

	Уровни		
	Высший, высокий, чел. абс.,(%)	Средний чел. абс.,(%)	Низкий, очень низкий
Коммуникативные способности	30(73,2%)	9(22%)	2(4,9%)
Организаторские способности	32(78,1%)	7(17,1%)	2(4,9%)
Потребности в достижении успеха	1(2,5%)	25(61,1%)	15(36,6%)

Во всех возрастных категориях респондентов выявлены высокие и средние показатели по коммуникативным и организаторским способностям. Испытуемые не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, стремятся расширить круг знакомых, проявляют инициативу в общении, помогают близким и друзьям, способны принимать решения в трудных или нестандартных ситуациях.

У 4,9% респондентов отмечен низкий уровень коммуникативных или организаторских способностей, не выявлено ни одного испытуемого с низкими показателями одновременно по двум шкалам, что может говорить о компенсации коммуникативных способностей организационными.

По шкале потребности в достижении успеха в профессиональной деятельности преобладают средние (61,1%) и низкие значения (36,6%), что может свидетельствовать о самодостаточности испытуемых, которые имеют достаточный уровень профессиональных знаний и умений, высокие показатели по коммуникативным и организаторским способностям, но не нацелены на значительные достижения, нежели те, которые уже имеют.

При исследовании отношения личности к самому себе использовался тест, включавший 110 вопросов, ответы на каждый из которых оценивался по 9-балльной шкале (табл. 8.3).

Таблица 8.3

Уровень отношения личности к самому себе у руководителя сестринского дела

Шкала	Значения уровней самооотношения		
	Высокие абс. цифры (%)	Средние абс. цифры (%)	Низкие абс. цифры (%)
Шкала 1 — внутренняя честность	23(56,1%)	15(36,6%)	3(7,3%)
Шкала 2 — самоуверенность	23(56,1%)	14(34,2%)	3(7,3%)
Шкала 3 — источник активности	24(58,5%)	13(31,7%)	4(9,7%)
Шкала 4 — зеркальное «Я»	21(51,2%)	16(39%)	4(9,7%)
Шкала 5 — самооцененность	19(46,3%)	18(43,9%)	4(9,7%)
Шкала 6 — самопринятие	18(43,9%)	23(56,1%)	—
Шкала 7 — самопривязанность	14(34,2%)	18(43,9%)	9(21,9%)
Шкала 8 — внутренняя конфликтность	7(17,1%)	10(24,4%)	24(58,5%)
Шкала 9 — самообвинение	7(17,1%)	12(29,2%)	22(54,2%)

По шкале внутренняя честность высокие значения у 56,1% анкетированных и средние значения 36,6%, что может свидетельствовать о некоторой закрытости испытуемых или нежелании выдавать значимую информацию о себе. Это те аспекты образа Я, как самооотношение, поведение, которые, являются значимыми для личности (с точки зрения моральных норм). Этот факт подтверждает низкие значения у 58,5% по шкале внутренняя конфликтность, что свидетельствуют об отрицании проблем, закрытости, самодовольстве.

По шкалам самоуверенность, источник активности, зеркальное «Я», самооцененность, самопринятие, самопривязанность значения в средних и высоких пределах (от 43,9 до 58,5%).

По шкалам внутренней конфликтности и самообвинения отмечаются высокие значения (17,1%) у всей группы. Высокие значения показателей по данной шкале свидетельствуют о наличии внутренних конфликтов, связанных с недостатком самоуважения (недооценкой своих возможностей, компетентности, знаний и способностей), сомнений, тревожных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины, что может приводить к сомнениям в своей способности что-то предпринять или изменить. Эти шкалы является индикатором отсутствия симпатии, что может сопровождаться негативными эмоциями в свой адрес, несмотря на высокую самооценку собственных качеств (табл. 8.4).

Таблица 8.4

Геометрический тест по определению стиля личности организаторов сестринского дела

Характеристики стиля личности	Количество испытуемых, чел. абс. (%)
Навыки сильного лидера (треугольник)	12(29,2%)
Коллективист (круг)	19(46,3%)
Генератор идей (зигзаг)	5(12,2%)
Ориентированность на детали (квадрат)	5(12,2%)
Склонность к переменам (прямоугольник)	—

Все анкетированные слушатели 46,3% являются формальными лидерами, но сильные лидерские качества отмечены у 29,2%. При этом 12,2 % являются «генераторами идей». Их не может быть много, т.к. это люди творческой направленности, от природы экспрессивны и способны вдохновлять других. Идея в целом их интересует больше, чем в подробности. Эти люди не способны хорошо функционировать в жестко упорядоченной обстановке. Другая часть 12,2% ориентирована на детали, что вполне объяснимо спецификой работы сестры. 46,3% испытуемых лиц дружелюбны, заботливы, уравновешены, склонны к коллективизму, не конфликтны. Им свойственно сочувствие, подлинная забота, а способность прислушаться к другим мнениям делает их весьма приятными в общении с пациентами и коллегами. У 29,2% анкетированных слушателей сильно проявляются навыки лидерства, они быстро принимают решения и действуют, уравновешенны, сконцентрированы на «верхушке»: целях, карьере и продвижении вперед.

С увеличением стажа на руководящей должности может формироваться риск развития синдрома эмоционального выгорания, что требует дальнейшего повышения квалификации, возможности ротации кадров, а также работы профессионального психолога. Это позволит избежать ухода из профессии наиболее знающих специалистов (организаторов) сестринского дела. Определить, какие подходы (ценности) могут мотивировать человека на успех в профессиональной деятельности, можно посредством психологического тренинга на курсах повышения квалификации. Известно, что главным мотивом для одного специалиста медицинской организации может быть работа, которая позволяет ему самостоятельно принимать решения, разрабатывать собственные проекты, для другого — возможность постоянного образования, а для третьего — размер заработной платы. (спорна последовательность перечисления по очередности).

Проведение индивидуального консультирования и тестирования для уточнения возникших проблем у сестринских руководителей полезно, поскольку известно, что отрицать ошибки — это двойная ошибка, как говорится в арабской пословице.

Выводы по результатам исследования:

По результатам исследования можно предложить следующие рекомендации для организаторов сестринского дела по методам коррекции и предпочтительности сферы профессиональной деятельности в зависимости от стажа, возраста, квалификационной категории.

1. Рекомендации для организаторов сестринского дела:

1.1. Поддерживать на должном уровне имеющиеся и продолжать развивать коммуникативные и организационные навыки организаторов сестринского дела посредством самообучения в медицинских организациях.

1.2. Наибольшей продуктивности в своей деятельности по организации труда сестринского персонала можно добиваться за счет принятия управленческих решений, используя навыки поведения при стрессе, креативность в нестандартных профессиональных ситуациях, техники активного слушания.

1.3. Для профессиональной адаптации молодых специалистов шире использовать наставничество, демонстрировать творческие подходы при проведении занятий в «Школе молодого специалиста».

2. Рекомендации руководителю для работы с персоналом:

2.1. Передовой профессиональный опыт активно передавать на обучающих семинарах, организовать обмен опытом в ходе проведения конкурсов профессионального мастерства в различных медицинских организациях.

2.2. Сотрудничать с практическими психологами, чтобы предупредить развитие СЭВ и уход из профессии, посещать психологические тренинги профессионального роста в медицинских организациях.

2.3. Результаты психодиагностики уровня коммуникативных и организаторских навыков у организаторов сестринского дела могут быть использованы в комплексе с результатами собеседования, в контексте всей информации, которая имеется о личности руководителя, что вполне согласуется с девизом 2011 г., выбранным ООН согласно правилу трех «И»: инновации, инвестиции и инициатива.

ВЫВОДЫ

1. Впервые разработан на основе статистической, социологической и экспертной информации портрет сестринского руководителя. Он содержит набор характеристик в виде среднего возраста — 40,7 лет, высшего сестринского образования у 27,9%, общего медицинского стажа по занимаемой должности до 10 лет у 67,2%. Руководители сестринского дела являются активными проводниками политики преумножения качества жизни людей в области здравоохранения. Ментальные характеристики сестринского руководителя включают у 90% специалистов умение настоять на своем мнении, доминировать, преобладание чувства собственного достоинства, высокую готовность к сотрудничеству, отзывчивость, заботу о других, бескорыстие, что в целом свидетельствует о грамотном выборе профессии.

2. Исследование организационных и коммуникативных навыков сестринского руководителя подтвердило низкую потребность в успехе, неуверенность и излишнюю готовность приспособиться к ситуации у 20% респондентов, что вызывает необходимость психо-коррекционной помощи. Наличие в личностных качествах респондентов особенностей, обусловленных проявлениями защитных реакций на профессиональные проблемы (обидчивость, раздражительность) обуславливают необходимость уделять больше времени обучению умению противостоять стрессу. В целом имеющий место портрет руководителя сестринского дела позволяет утверждать о его соответствии предъявляемым медицинской практикой требованиям.

3. Состав действующих руководителей сестринского дела различных управленческих уровней имеет предрасположенность к управленческой деятельности. Особенностью принятия управленческих решений для этих специалистов является «чистый» стиль, а преобладающим — аналитический стиль. Редко встречающийся директивный стиль наиболее характерен для высшего уровня управления организаций здравоохранения — заведующих больницами сестринского ухода, а также медицинских сестер с высшим образованием и специалистов, имеющих подготовку по специальности «Акушерское дело». Диагностика стиля принятия управленческих решений в процессе учебы полезна для обучения рациональному подходу принятия управленческих решений и в целях повышения эффективности управленческой деятельности, позволяет осуществлять его коррекцию.

4. Мотивация к повышению уровня квалификационных категорий, соответствующих стратегическим преобразованиям в медицине, в части получения более высокой квалификационной категории, находится в прямой зависимости от повышения компьютерной грамотности в дополнительном образовании взрослых (сестринских руководителей). Отмечена достоверная динамика квалификационных характеристик лиц с высшей и 1 квалификационной категорией (по критерию достоверности χ^2 с вероятностью 95%).

5. Изменение роли и места среднего медицинского персонала в предоставлении медицинской помощи благоприятно для того, чтобы уменьшить число сестринских ошибок. Целенаправленная деятельность сестринского руководителя нового типа по предупреждению ошибок в работе персонала является существенным резервом улучшения качества медицинских услуг. Современные руководители сестринского дела — это сестры с подготовкой повышенного уровня (высшее образование, подкрепляемое практикой исследований, доля независимости в практической деятельности, самостоятельность в принятии решений, знание норм и нормативной правовой документации). Использование опыта психодиагностики сестринского руководителя полезно через доступные формы обучающих семинаров, проводимых работниками ГУО «БелМАПО».

6. Методика определения организационных и коммуникативных навыков, предложенная авторами, может быть полезной для руководителей организаций здравоохранения при определении лиц на занятие руководящих должностей в сестринском деле, что будет способствовать усилению их роли и позволит в наиболее полной мере раскрыть потенциал сестер с высшим образованием.

7. Руководители сестринского дела в период дополнительного образования взрослых нуждаются в определении их организационных и коммуникативных навыков, что способствует своевременной коррекции в профессиональной деятельности, повышению продуктивности управления кадрами. Своевременная оценка кадрового менеджмента руководства с помощью медико-социологического исследования является перспективной формой управления персоналом и предотвращения конфликтов при наличии в штате организации здравоохранения психолога.

8. В системе дополнительного образования взрослых созданы условия для получения высокоэффективных знаний, умений и навыков по руководству сестринским персоналом и лидерству. Проведение практических занятий на базе наиболее оснащенных организаций здравоохранения способствует передаче опыта управления сестринским процессом и закреплению практических навыков. Перспективным путем увеличения доступности и качества медицинской помощи при имеющемся месте кадровом дефиците медицинских сестер, характерном для всех стран СНГ и Евросоюза, является своевременное введение новой должности помощника врача, наделенного полномочиями и ответственностью в соответствии с уровнем образования. На совершенствование профессиональных навыков и умений руководителей сестринского дела влияют такие формы обучения адаптации специалиста на рабочем месте как наставничество и менторство. Совет медицинских сестер является важным инструментом в профилактике сестринских ошибок, повышении качества медицинских услуг, сохранении коллегиальности и норм этики во взаимоотношениях с пациентом и коллегами по работе. Внимание общества и высокая оценка их вклада в работу, о чем свидетельствует рост на 8,6% числа лиц, имеющих почетные звания и награды за период 2002–2010 гг., способствует возрастанию роли главной (старшей) медицинской сестры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрев различные аспекты деятельности сестринского руководителя, а также сложный механизм взаимодействия нескольких наук — философии, социологии, психологии и медицины, можно сделать вывод, что с момента зарождения медицины, эта наука пыталась найти обоснование болезни, их причины, а впоследствии, уже в Древней Греции зародилась взаимосвязь с философией. На протяжении веков эти науки тесно переплетались. Посредством философской методологии формируется

теория медицины, система медицинских знаний, специфика клинического мышления, формы медицинского познания. Взаимосвязь нравственно-философского подхода к врачеванию и развитие медицинской науки особо востребована в настоящее время.

Основные методологические принципы философии, такие, как системный подход, причинной обусловленности, законы диалектики — закон единства и борьбы противоположностей, закон взаимного перехода количественных и качественных изменений, закон отрицания используются в организации здравоохранения.

Введенная диагностика стиля принятия управленческого решения у руководителей сестринского дела позволяет проводить более рациональное обучение и осуществлять его коррекцию в целях повышения эффективности деятельности. Современному руководителю необходимо отчетливо понимать справедливость китайской пословицы: «Учение — это противоборство речного течения; если вы не гребете — вас обязательно отнесет назад».

Элементы государственной программы развития сестринской службы внедрены и продолжают совершенствоваться на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО (курс «Организация сестринского дела»). Приоритетное выделение высшей школы является предпосылкой для достижения качественно новой образовательной цели и адекватных результатов в подготовке современных медицинских сестер с учетом международного опыта и выполнения политики ВОЗ «Здоровье-21». Это позволяет обеспечивать компетентными кадрами сферу общественного здравоохранения, а также осуществлять накопление знаний и проведение научных исследований в интересах политики государства и практики для каждого пациента.

В рамочной основе действий «Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе» профессором Jose-Maria Martin Moreno (Варшава, 2011) отмечено, что «Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из ключевых партнеров . . . государств-членов, с тем, чтобы системы здравоохранения могли вносить достойный вклад в улучшение здоровья людей, становились более отзывчивыми к нуждам граждан. . .». Стратегически выверенная в интересах здоровья населения, политика министерства здравоохранения Республики Беларусь направлена на выполнение положений, в том числе, политики Здоровье-2020 (Галлинская хартия, 2008) и содержит обновленное внимание к общественному здравоохранению.

Поднятые в работе проблемы организации труда руководителя сестринского дела, помощника врача, особенностей принятия управленческих решений, критериев эффективности труда помощника врача, современной биомедицинской этики, отношения медицинских работников и организаторов к совершенным врачебным и сестринским ошибкам могут иметь неоднозначное содержание, формы осуществления и организационно-управленческие решения. Основная идея саморазвития руководителя изложена третьим американским президентом США Б. Франклином: «Первая степень безумия — считать себя мудрым; вторая — говорить об этом; третья — отказываться от советов». Надеемся, что данной работой внесен посильный вклад в раскрытие многогранного образа современного сестринского руководителя и показаны перспективы в его дальнейшей деятельности на благо здоровья народа.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Каков ваш индивидуальный стиль принятия решений?

На каждый из приведенных ниже вопросов дайте ответ, который лучше всего описывает ваш стиль принятия решений. Подумайте о том, как вы обычно действуете на работе и пометьте первый пришедший вам в голову вариант. Помните, что здесь нет правильных или неправильных ответов.

1. На работе (в учебе) для меня важнее всего:

- А) практические результаты;
- Б) наилучшее решение;
- В) творческие подходы или идеи;
- Г) хорошие условия труда.

2. Мне нравится работа:

- А) техническая, с четко поставленными задачами;
- Б) разнообразная;
- В) позволяющая мне действовать независимо и творчески;
- Г) предполагающая, тесное сотрудничество с другими людьми.

3. Больше всего мне нравится работать с людьми:

- А) энергичными и амбициозными;
- Б) квалифицированными и организованными;
- В) открытыми для новых идей;
- Г) приятными в общении и доверчивыми.

4. Когда у меня возникает проблема, я обычно:

- А) полагаюсь на то, что хорошо зарекомендовало себя в прошлом;
- Б) тщательно анализирую ситуацию;
- В) рассматриваю различные творческие подходы;
- Г) обращаюсь за советом к другим.

5. Я особенно хорошо:

- А) запоминаю даты и цифры;
- Б) решаю сложные задачи;
- В) нахожу альтернативные решения;
- Г) уживаюсь в коллективе.

6. Когда у меня мало времени, я:

- А) быстро принимаю решение и быстро его исполняю;
- Б) следую установленным планам и приоритетам;
- В) работаю в своем темпе и ничего не делаю второпях;
- Г) обращаюсь за помощью и поддержкой к другим людям.

7. Находясь в коллективе, я обычно:

- А) поддерживаю беседу;
- Б) размышляю над тем, что обсуждают другие;
- В) наблюдаю;
- Г) прислушиваюсь к беседе.

8. Меня считают:

- А) агрессивным;
- Б) дисциплинированным;
- В) творческим;
- Г) поддерживающим других.

9. Больше всего мне не нравится:

- А) выпускать ситуацию из-под контроля;
- Б) делать скучную работу;
- В) следовать правилам;
- Г) чувствовать себя отвергнутым другими.

10. Обычно я принимаю решения:

- А) прямые и практичные;
- Б) схематичные и абстрактные;
- В) широкие и гибкие;
- Г) учитывающие потребности других людей.

*Приложение 2***Методическая разработка практического занятия**

Тема: «Определение уровня организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела. Методы коррекции и рекомендации по предпочтительности сферы профессиональной деятельности».

Продолжительность: 2 академических часа (90 мин.).

Учебная цель практического занятия: дать понятие об уровне организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела, о способах организации работы с персоналом, методах коррекции по предпочтительности сферы профессиональной деятельности.

Необходимое оборудование: таблицы.

План занятия:

№ п/п	Учебные вопросы	Иллюстративный материал, наглядные пособия	Продолжительность, мин.
1.	Понятие об уровне организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела.	Демонстрационные слайды бланк ответов	15 мин.
2.	Проведение тестирования уровня коммуникативных и организаторских склонностей (КОС) по Л.В.Ильиной (2006)	Демонстрационные слайды бланк ответов	10 мин.
3.	Проведение тестирования по Р.С. Пантелееву (1989) «Определение самоотношения»		
	Проведение геометрического тестирования «Характеристика типов личности» по Л.В.Ильиной и с. (2006)	Демонстрационные слайды	10 мин.
4.	Проведение тестирования по Л.В.Ильиной (2006) «Потребность в достижении»	Демонстрационные слайды	10 мин.
45			
Перерыв 10 мин			
5.	Анализ результатов тестирования.	Демонстрационные слайды	20 мин.
6.	Методы коррекции. Методические рекомендации по предпочтительности сферы профессиональной деятельности организатора сестринского дела.	Демонстрационные слайды	25 мин.
45			
Всего:		90	

Практические навыки

1. Ориентироваться в уровне организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела.
2. Иметь понятие о личном уровне субъективного контроля организатора сестринского дела.
3. Знать свою потребность в профессиональных достижениях.
4. Владеть методами коррекции по предпочтительности сферы профессиональной деятельности организатора сестринского дела.

Приложение 3

Методика проведения занятия «Определение уровня организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела. Методы коррекции и рекомендации по предпочтительности сферы профессиональной деятельности»

1. Название: «Определение уровня организационных и коммуникативных навыков организатора сестринского дела. Методы коррекции и рекомендации по предпочтительности сферы профессиональной деятельности»

2. Литература.

3. Контингент анкетлируемых лиц:

– индивидуальное или групповое исследование методом анкетирования слушателей системы базового медицинского и последипломного образования.

4. Теоретико-методологическая основа: данные методики основаны на представлениях авторов (Л.В. Ильина и с.) о том, что анализ «Я-образа» позволяет выявить основные аспекты личности: знание о себе и самоотношение в процессе жизни. Выделяют факторы, которые обуславливают «Я-концепцию»: самоуверенность, самопринятие, саморуководство, ожидание отношения других, самообвинение, интерес к себе, понимание самого себя.

Исследования характеристик типов личности помогут выявить навыки лидерства, сильные черты характера, способность быстроты принятия решения, установить приоритеты в работе, определить характеристики стиля личности, типичные «профили» работы и профессии

Психометрический тест предоставляет цельную общую картину того, как человек учится, общается и действует в повседневных ситуациях своей жизни, позволяет определить уровень потребности в достижениях.

5. Предмет диагностики: определение отношения личности учащегося или руководителя сестринского дела к собственной ценности и потребности в профессиональных достижениях.

6. Область применения: управленческое консультирование организаторов сестринского дела в зависимости от стажа, возраста, квалификационной категории.

7. Состав методики:

Задание 1. Проведите исследование коммуникативных и организаторских склонностей по данной методике.

Методика исследования коммуникативных и организаторских склонностей (КОС).

Методика содержит 40 вопросов и предназначена для исследования отношения к самому себе.

Инструкция:

На каждый из вопросов следует ответить «Да» или «Нет». Если вы затрудняетесь в выборе ответа, необходимо все-таки склониться к соответствующей альтернативе (+) или (-). Время на выполнение теста по данной методике — 10–15 минут.

Опросник:

1. Есть ли у вас стремление к изучению людей и установлению знакомств с различными людьми?
2. Нравится ли вам заниматься общественной работой?
3. Долго ли вас беспокоит чувство обиды, причиненной вам кем-либо из ваших товарищей?
4. Всегда ли вам трудно ориентироваться в создавшейся критической ситуации?
5. Много ли у вас друзей, с которыми вы постоянно общаетесь?
6. Часто ли вам удается склонить большинство своих товарищей к принятию ими вашего мнения?
7. Верно ли, что вам приятнее и проще проводить время с книгами или за каким-либо другим занятием, чем с людьми?
8. Если возникли некоторые помехи в осуществлении ваших намерений, то легко ли вам отказаться от своих намерений?
9. Легко ли вы устанавливаете контакты с людьми, которые значительно старше вас по возрасту?
10. Любите ли вы придумывать или организовывать со своими товарищами различные игры и развлечения?
11. Трудно ли вам включаться в новые для вас компании (коллективы)?
12. Часто ли вы откладываете на другие дни дела, которые нужно было бы выполнить сегодня?
13. Легко ли вам удается устанавливать контакты и общаться с незнакомыми людьми?
14. Стремитесь ли вы добиться, чтобы ваши товарищи действовали в соответствии с вашим мнением?
15. Трудно ли вы осваиваетесь в новом коллективе?
16. Верно ли, что у вас не бывает конфликтов с товарищами из-за невыполнения ими своих обещаний, обязательств, обязанностей?
17. Стремитесь ли вы при удобном случае познакомиться и побеседовать с новым человеком?
18. Часто ли в решении важных дел вы принимаете инициативу на себя?
19. Раздражают ли вас окружающие люди, и хочется ли вам побыть одному?
20. Правда ли, что вы обычно плохо ориентируетесь в незнакомой для вас обстановке?
21. Нравится ли вам постоянно находиться среди людей?
22. Возникает ли у вас раздражение, если вам не удается закончить начатое дело?
23. Испытываете ли вы затруднение, если приходится проявлять инициативу, чтобы познакомиться с новым человеком?
24. Правда ли, что вы утомляетесь от частого общения с товарищами?
25. Любите ли вы участвовать в коллективных играх?
26. Часто ли вы проявляете инициативу при решении вопросов, затрагивающих интересы ваших товарищей?
27. Правда ли, что вы чувствуете себя неуверенно среди незнакомых людей?
28. Верно ли, что вы редко стремитесь к доказательству своей правоты?
29. Полагаете ли, что вам не представляет особого труда внести оживление в малознакомую группу?
30. Принимаете ли вы участие в общественной работе в школе (на производстве)?
31. Стремитесь ли вы ограничить круг своих знакомых?
32. Верно ли, что вы не стремитесь отстаивать свое мнение или решение, если оно не было сразу принято товарищами?

33. Чувствуете ли вы себя непринужденно, попав в незнакомый коллектив?
 34. Охотно ли вы приступаете к организации различных мероприятий для своих товарищей?
 35. Правда ли, что вы не чувствуете себя достаточно уверенным и спокойным, когда приходится говорить что-либо большой группе людей?
 36. Часто ли вы опаздываете на деловые встречи, свидания?
 37. Верно ли, что у вас много друзей?
 38. Часто ли вы оказываетесь в центре внимания своих товарищей?
 39. Часто ли вы смущаетесь, чувствуете неловкость при общении с малознакомыми людьми?
 40. Правда ли, что вы не очень уверенно чувствуете себя в окружении большой группы своих товарищей?

Обработка результатов тестирования:

Определяются уровни коммуникативных и организаторских склонностей в зависимости от набранных баллов по этим параметрам. Максимальное количество баллов отдельно по каждому параметру — 20. Подсчитываются баллы отдельно по коммуникативным и отдельно по организаторским склонностям с помощью Ключа для обработки данных «КОС».

Ключ для обработки данных по методике «КОС»:

Ответы	
Коммуникативные склонности	(+) Да: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37. (-) Нет: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
Организаторские склонности	(+) Да: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38. (-) Нет: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

За каждый ответ «Да» и ответ «Нет» для высказываний, совпадающих с отмеченными в ключе, отдельно по соответствующим склонностям, приписывается один балл.

Экспериментально установлено пять уровней коммуникативных и организаторских склонностей. Примерное распределение баллов по этим уровням показано ниже.

Уровни коммуникативных и организаторских склонностей

Сумма баллов	1–4	5–8	9–12	13–16	17–20
Уровень	очень низкий	низкий	средний	высокий	высший

Испытуемые, получившие оценку 1–4 балла, характеризуются низким уровнем проявления коммуникативных и организаторских склонностей.

Набравшие 5–8 баллов имеют коммуникативные и организаторские склонности на уровне ниже среднего. Они не стремятся к общению, предпочитают проводить время наедине с собой. В новой компании или коллективе чувствуют себя скованно. Испытывают трудности в установлении контактов с людьми. Не отстаивают своего мнения, тяжело переживают обиды. Редко проявляют инициативу, избегают принятия самостоятельных решений.

Для испытуемых, набравших 9–12 баллов, характерен средний уровень проявления коммуникативных и организаторских склонностей. Они стремятся к контактам с людьми, отстаивают свое мнение. Однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью. Требуется дальнейшая воспитательная работа по формированию и развитию этих качеств личности.

Оценка в 13–16 баллов свидетельствует о высоком уровне проявления коммуникативных и организаторских склонностей испытуемых. Они не теряются в новой обстановке, быстро находят друзей, стремятся расширить круг своих знакомых, помогают близким и друзьям, проявляют инициативу в общении, способны принимать решения в трудных, нестандартных ситуациях.

Высший уровень коммуникативных и организаторских склонностей (17–20 баллов) у испытуемых свидетельствует о сформированной потребности в коммуникативной и организаторской деятельности. Они быстро ориентируются в трудных ситуациях, непринужденно ведут себя в новом коллективе. Инициативны. Принимают самостоятельные решения. Отстаивают свое мнение и добиваются принятия своих решений. Любят организовывать игры, различные мероприятия. Настойчивы и одержимы в своей деятельности.

Задание 2. Проведите исследование самоотношения по данной методике.

Методика исследования самоотношения (МИС) (С. Р. Пантелеев):

Методика содержит 110 утверждений и предназначена для исследования отношения к самому себе.

Инструкция:

Вам предлагается ответить на вопросы (в форме возможных утверждений) об особенностях Вашего характера, привычках, интересах и т.п.

На эти вопросы не может быть «правильных» или «неправильных» ответов, так как каждый человек имеет право на свою собственную точку зрения. Для того чтобы полученные на основании Ваших ответов результаты оказались наиболее информативными и плодотворными для конкретизации собственного представления о себе, вам нужно постараться выбрать наиболее точные и правильные ответы.

Отвечая, помните простые правила:

1. Вопросы составлены так, что особого времени на обдумывание не требуется. Давайте первый ответ, который придет Вам в голову (как правило, он оказывается наиболее естественным). Конечно, вопросы слишком коротки, чтобы в них содержались все необходимые подробности. Поэтому отвечайте, представляя себе самые типичные ситуации, не задумываясь над деталями.

2. Возможно, некоторые вопросы Вам трудно отнести к себе. В таком случае постарайтесь дать наилучший предположительный ответ.

3. Помните, что плохих ответов быть не может. Не пытайтесь произвести своими ответами благоприятное впечатление. Свободно выражайте свое собственное мнение.

Читайте последовательно каждое из приведенных утверждений и решайте, верно ли оно по отношению к Вам, или неверно. Если утверждение верно по отношению к Вам, отметьте его знаком «+», если неверно — знаком «-». Не задумывайтесь над ответом.

Текст опросника:

1. Мои слова довольно редко расходятся с делом.
2. Случайному человеку я, скорее всего, покажусь человеком приятным.
3. К чужим проблемам я всегда отношусь с тем же пониманием, что и к своим.
4. У меня нередко возникает чувство, что то, о чем я с собой мысленно разговариваю, мне неприятно.
5. Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.
6. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни — это не противиться своей судьбе.
7. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
8. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
9. Я не способен причинять душевную боль самым родным и любимым мною людям.
10. Я считаю, что не грех пожалеть иногда самого себя.
11. Совершив какой-то промах, я часто не могу понять, как мне могло прийти в голову, что из задуманного могло получиться что-то хорошее.
12. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
13. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызвать у других острую неприязнь.
14. Когда я пытаюсь оценить себя, я, прежде всего, вижу свои недостатки.
15. Я не могу быть для любимого человека интересным длительное время.
16. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.
17. Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я в конце концов не согласился.
18. Многие мои знакомые не принимают меня всерьез.
19. Бывало и не раз, что я сам остро ненавижу себя.
20. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
21. В моей жизни возникали такие обстоятельства, когда я шел на сделку с собственной совестью.
22. Иногда я сам себя плохо понимаю.
23. Порой бывает мучительно больно общаться с самим собой.
24. Думаю, что без труда смог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.
25. Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то, прежде всего, к самому себе.
26. Иногда я сомневаюсь, можно ли любить меня по-настоящему.
27. Нередко мои споры с самим собой обрываются мыслью, что все равно выйдет не так, как я решил.
28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.
29. Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.
30. Часто я, не без издевки, подшучиваю над собой.
31. Если бы мое второе Я существовало, то для меня это был бы довольно скучный партнер в общении.
32. Мне представляется, что я сложился как личность и поэтому не трачу много сил на то, чтобы в чем-то стать другим.

33. В целом меня устраивает то, какой я есть.
34. К сожалению, слишком многие не разделяют моих взглядов на жизнь.
35. Я вполне могу сказать, что уважаю себя.
36. Я думаю, что имею умного и надежного советчика в своем лице.
37. Сам у себя я довольно часто вызываю раздражение.
38. Я часто, но довольно безуспешно, пытаюсь в себе что-то изменить.
39. Я думаю, что моя личность гораздо интереснее и богаче, чем это может показаться на первый взгляд.
40. Мои достоинства более значительны, чем недостатки.
41. Я редко остаюсь непонятым, в самом важном для меня.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. Ко всему, что со мной случается, я приложил старание.
44. Если я спорю с собой, то уверен, что найду единственно правильное решение.
45. Когда со мной случаются неприятности, я говорю: «И поделом тебе!»
46. Я не считаю, что достаточно интересен духовно для того, чтобы быть притягательным для многих людей.
47. У меня нередко возникает сомнение: таков ли я на самом деле, каким себе кажусь.
48. Я не способен на измену даже в мыслях.
49. Чаще всего я думаю о себе с дружеской иронией.
50. Мне кажется, что мало кто может подумать обо мне плохо.
51. Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.
52. Я могу сказать, что в целом контролирую свою судьбу.
53. Я никогда не выдаю чужие мысли как свои.
54. Каким бы я ни казался окружающим, я-то знаю, что в глубине души я лучше, чем большинство других.
55. Я хотел бы оставаться таким, какой есть.
56. Я всегда рад критике в свой адрес, если она обоснована и справедлива.
57. Мне кажется, что если бы таких людей, как я, было больше, то жизнь изменилась бы в лучшую сторону.
58. Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.
59. Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.
60. Во мне есть немало такого, что вряд ли вызывает симпатию.
61. В сложных обстоятельствах я обычно не жду, пока проблемы решатся сами собой.
62. Иногда я пытаюсь выдать себя не за того, кто я есть.
63. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.
64. Я убедился, что глубокое проникновение в себя — мало приятное и довольно рискованное занятие.
65. Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.
66. У меня бывали такие моменты, когда я понимал, что и меня есть за что презирать.
67. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит.
68. Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личности.
69. Долгие споры с собой чаще всего оставляют горький осадок в моей душе, чем приносят облегчение.
70. Думаю, что общение со мной доставляет людям удовольствие.
71. Если говорить откровенно, иногда я бываю очень неприятен.
72. Можно сказать, что я себе нравлюсь.
73. Я — человек ненадежный.
74. Осуществление моих желаний мало зависит от везения.
75. Мое внутреннее Я всегда мне интересно.
76. Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.
77. Близким людям свойственно недооценивать меня.
78. У меня в жизни нередко бывают минуты, когда я сам себе противен.
79. Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.
80. Я убедился, что в серьезных делах на меня лучше не рассчитывать.
81. Порой мне кажется, что Я какой-то странный.
82. Я не склонен пасовать перед трудностями.
83. Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.
84. Мне кажется, что, глубоко обдумывая свои внутренние проблемы, я научился гораздо лучше себя понимать.

85. Сомневаюсь, что вызываю симпатию у большинства окружающих.
86. Мне случалось совершать такие поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.
87. Где-то в глубине души я считаю себя слабым.
88. Если я искренне обвиняю себя в чем-то, то, как правило, обличительного запала хватает ненадолго.
89. Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.
90. Я вполне представляю себе, что меня ждет впереди.
91. Иногда мне бывает трудно найти общий язык со своим внутренним Я.
92. Все мысли о себе в большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.
93. Я не хотел бы сильно меняться, даже в лучшую сторону, потому что каждое изменение есть потеря какой-то частицы самого себя.
94. В результате моих действий слишком часто получается совсем не то, на что я рассчитывал.
95. Вряд ли во мне есть что-то, чего бы я не знал.
96. Мне еще многого не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе: «Да, я вполне созрел как личность».
97. Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.
98. Иногда я оказываю «бескорыстную» помощь людям только для того, чтобы лучше выглядеть в собственных глазах.
99. Мне слишком часто и безуспешно приходится оправдываться перед самим собой.
100. Те, кто меня не любит, просто не знают, что я за человек.
101. Убедить себя в чем-то не составляет для меня особого труда.
102. Я не испытываю недостатка в близких и понимающих меня людях.
103. Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему.
104. Если не мелочиться, то в целом меня не в чем упрекнуть.
105. Я сам создал себя таким, каков я есть.
106. Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным мнением.
107. Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.
108. Ко мне относятся так, как я того заслуживаю.
109. Думаю, что моя судьба сложится все равно не так, как бы мне хотелось теперь.
110. Уверен, что в жизни я на своем месте.

Обработка результатов:

Приводятся номера пунктов опросника и знак, с которым пункт входит в соответствующий фактор.

Шкала 1 — внутренняя честность (открытость) включает 11 пунктов с такими аспектами образа Я, как самоотношение, поведение, которые, являясь значимыми для личности (с точки зрения моральных норм), с трудом допускаются до осознания.

«+»: 1,3,9,53,56,65.

«-»: 21,48, 62, 86, 98.

11 баллов. Уровень: _____

Низкие значения шкалы говорят о глубокой осознанности «Я», повышенной рефлексии и критичности, способности не скрывать от себя и других даже неприятную информацию, несмотря на ее значимость.

Высокие значения шкалы говорят о закрытости, неспособности или нежелании осознавать и выдавать значимую информацию о себе.

Шкала 2 — самоуверенность содержит пункты, задающие представления о себе как самостоятельном, волевом, энергичном, надежном человеке, которому есть за что себя уважать.

«+»: 7, 24, 30, 35, 36, 51, 52, 58, 61, 73, 82.

«-»: 20, 80, 103.

14 баллов. Уровень: _____

Положительный полюс шкалы соответствует высокому самомнению, самоуверенности, говорит об отсутствии внутренней напряженности.

Низкие значения соответствуют неудовлетворенности собой и своими возможностями, свидетельствуют о сомнениях в способности вызывать уважение.

Шкала 3 — саморуководство отражает представление о том, что основным источником активности и результатов, касающихся как деятельности, так и собственной личности субъекта, является он сам.

«+»: 43, 44, 45, 74, 76, 84, 90, 105, 106, 108, 110.

«-»: 109

12 баллов. Уровень: _____

Высокий балл по шкале свидетельствует, что человек отчетливо переживает собственное «Я» как

внутренний стержень, интегрирующий и организующий его личность и жизнедеятельность, считает, что его судьба находится в собственных руках; чувствует обоснованность и последовательность своих внутренних побуждений и целей.

Низкие баллы свидетельствуют о подвластности «Я» влияниям обстоятельств, неспособности противостоять судьбе, плохой личной регуляции, размытом фокусе «Я», отсутствии тенденций поиска причины поступков и результатов в себе самом.

Данная шкала по содержанию близка к психологической переменной, которую в литературе принято обозначать как локус контроля.

Шкала 4 — зеркальное «Я» (отраженное самоотношение) включает пункты, связанные с ожидаемым отношением к себе со стороны других людей.

«+»: 2, 5, 29, 41, 42, 50, 102.

«-»: 13, 18, 34, 85.

11 баллов. Уровень: _____

Высокие значения шкалы соответствуют представлению субъекта о том, что его личность, характер и деятельность способны вызвать в других уважение, симпатию, одобрение и понимание;

С низкими значениями связано ожидание противоположных чувств по отношению к себе от другого.

Шкала 5 — самооценочность

«+»: 8, 16, 39, 54, 57, 68, 70, 75, 100.

«-»: 15, 26, 31, 46, 83.

14 баллов. Уровень: _____

Высокие оценки по шкале отражают заинтересованность в собственном «Я», любовь к себе, ощущение ценности собственной личности и одновременно предполагаемую ценность своего «Я» для других. Шкала отражает эмоциональную оценку себя, своего «Я» по внутренним интимным критериям любви, духовности, богатства внутреннего мира.

Низкие баллы по шкале говорят о переоценке своего духовного Я, сомнениях в ценности собственной личности, ответственности, граничащей с безразличием к своему «Я», потере интереса к своему внутреннему миру.

Шкала 6 — самопринятие

«+»: 10, 12, 17, 28, 40, 49, 63, 72, 77, 79, 88, 97.

12 баллов. Уровень: _____

Высокий полюс соответствует дружескому отношению к себе, согласию с самим собой, одобрению своих планов и желаний, эмоциональному, безусловному принятию себя таким, каков есть, пусть даже с некоторыми недостатками.

Низкий полюс свидетельствует об отсутствии перечисленных качеств — недостаточном принятии самого себя, что является важным симптомом внутренней дезадаптации.

Шкала 7 — самопривязанность

«+»: 6, 32, 33, 55, 89, 93, 95, 101, 104.

«-»: 96, 107.

11 баллов. Уровень: _____

Высокие значения шкалы говорят о ригидности Я-концепции, привязанности, нежелании меняться на фоне общего положительного отношения к себе. Данные переживания часто сопровождаются привязанностью к неадекватному Я-образу. В последнем случае тенденция к сохранению такого образа — один из защитных механизмов самосознания.

Низкие значения свидетельствуют о противоположных тенденциях: желании что-то в себе изменить, соответствовать идеальному представлению о себе, неудовлетворенности собой.

Шкала 8 — внутренняя конфликтность

«+»: 4, 11, 22, 23, 27, 38, 47, 59, 64, 67, 69, 81, 91, 94, 99.

15 баллов. Уровень: _____

Высокие значения по данной шкале свидетельствуют о наличии внутренних конфликтов, сомнений, несогласия с собой, тревожно-депрессивных состояний, сопровождаемых переживанием чувства вины. Постоянная неудовлетворенность и споры протекают на фоне неадекватно заниженной самооценки, что приводит к сомнениям в своей способности что-то предпринять или изменить. Чрезмерные копания в самом себе и рефлексия протекают на общем негативном эмоциональном фоне по отношению к себе. Причем, конфликтная коммуникация со своим внутренним миром не только не приносит облегчения, но, наоборот, лишь усугубляет негативные эмоции. Умеренное повышение значений

по шкале говорит о повышенной рефлексии, глубоком проникновении в себя, осознании своих трудностей, адекватном образе «Я» и отсутствии вытеснения.

Крайне низкие значения шкалы свидетельствуют об отрицании проблем, закрытости, самодовольстве.

Шкала 9 — самообвинение

«+»: 14, 19, 25, 37, 60, 66, 71, 78, 87, 92.

11 баллов. Уровень: ____

Высокие значения говорят об интрапунитивности, самообвинении, готовности поставить себе в вину свои неудачи, собственные недостатки. По психологическому содержанию шкала в целом сходна с предыдущей (8) шкалой. Однако если значение 8-й шкалы характеризуется конфликтностью, связанной с недостатком самоуважения (недооценкой своих возможностей, компетентности, знаний и способностей), то значение 9-й шкалы является индикатором отсутствия симпатии, что сопровождается негативными эмоциями в свой адрес, несмотря на высокую самооценку собственных качеств.

Крайне низкие значения по 8-й в 9-й шкалам при общем снижении профиля по предыдущим параметрам являются индикаторами глубокой внутренней дезадаптации и кризисной ситуации, требующей принятия психо-коррекционных мер.

Задание 3. Проведите геометрический тест характеристик типов личности данной методике.

Методика исследования характеристик типов личности.

Методика содержит геометрические фигуры и предназначена для исследования характеристик типов личности.

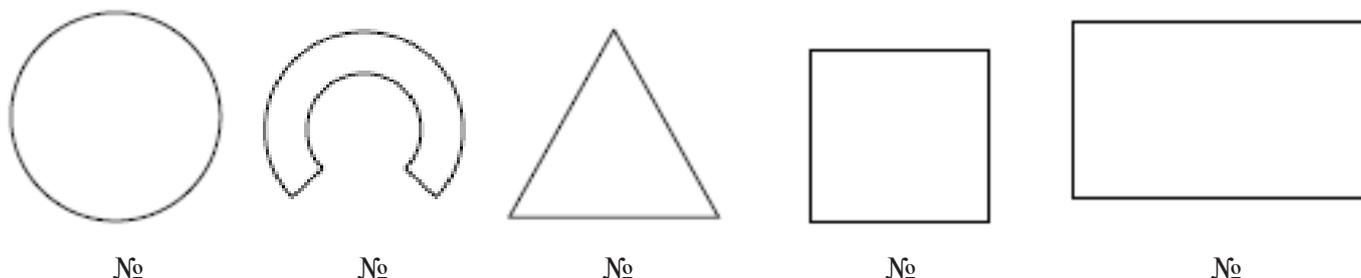
Инструкция:

Взгляните на формы фигур (см. приложение). Подумайте о каждой фигуре как о человеке и на специально отведенных местах запишите три прилагательных, которыми вы могли бы наиболее точно описать эти формы. Например, треугольник можно было бы описать как «целенаправленный».

Давайте сделаем следующую операцию.

1. Выберите фигуру, которая нравится вам больше всех, ту, которая лучше всего вас представляет, и присвойте ей номер один.

2. Затем подберите из остальных следующую, наиболее подходящую к вашему облику фигуру и присвойте ей номер два — и так далее, пока не расположите все фигуры по ранжиру от единицы до пяти. Фигура под номером один — ваша основная.



Вывод:

Итак, вы только что выполнили тест на индикацию психогеометрической характеристики личности. Этот простой тест может многое рассказать о том, как работает ваш мозг. Ваша личность, опыт, образование и стиль функционирования мозга — это все вместе взятое стремится придерживаться определенных форм. Тот выбор, который вы делаете, и то, как вы воспринимаете мир, во многом зависит от того, какому из полушарий мозга вы отдаете предпочтение — правому или левому.

«Мыслители левого полушария» лучше всего справляются с теми видами деятельности, где требуется логичность и последовательность, они обычно выбирают линейные фигуры. Эти люди склонны к работе, требующей высокой упорядоченности, такой как работа бухгалтера, секретаря или администратора. «Мыслители правого полушария» в большей степени интуитивны и склонны к творчеству, обычно они выбирают в качестве лучше всего представляющей их фигуры круг или «загогулину». Такие люди часто хорошо продвигаются в искусстве и таких отраслях, как психология или уход за людьми.

Интерпретация (Кто вы по форме?):

Фигура под номером один символизирует характер ваших мыслей или поведения. Прочитайте описание формы, которую выбрали. Не знакомы ли вам черты этой личности? По-видимому, не все атрибуты этой фигуры подойдут вам идеально, однако она дает все-таки довольно правдоподобную картину того, что вы собой представляете, и каким образом учитесь и общаетесь.

Характеристика «треугольников»:

«Треугольники» уравновешенны, они сконцентрированы на «верхушке»: целях, карьере и продвижении вперед. У них сильно проявляются навыки лидерства, они быстро принимают решения и действуют. Часто характеризуются атлетическим сложением и любят соревноваться. Их сильной стороной является политическое маневрирование, они обладают способностью влиять на других. Иногда их описывают как «ролевые модели». Другой характерной чертой «треугольников» является стремление управлять и считаться «правыми». Людей этого типа часто больше интересует карьера, чем сама работа, и, хотя они способны быстро принимать решения, в этих решениях участвуют в первую очередь их собственные интересы. Они, скорее, лидеры команды, чем командные игроки.

Общение с «треугольниками». Поскольку «треугольники» принимают решения быстро и мыслят в основном левым полушарием, информацию для них нужно представлять быстро, четко и сжато. Не забудьте заранее просмотреть все факты. «Треугольникам» нравится, когда информация подается логично и последовательно, поэтому стремитесь не переходить с одной темы на другую. «Треугольникам» нравится быстро добираться до сути. «Треугольники» часто теряют контроль за эмоциями в споре, поэтому если вы будете спокойны, получите некоторое преимущество. Если вы понимаете, что вам предстоит эмоциональная стычка с «треугольником», неплохо будет заранее прорепетировать разговор с кем-нибудь другим.

Характеристики «квадратов»:

Квадрат — самая упорядоченная фигура. «Квадраты» упорно работают, привержены делу. Они ориентированы на детали и хорошо организованны, любят иметь дело с фактическими данными и склонны отвергать эмоции. Им нравится, когда их жизнь управляема и предсказуема. Наиболее сильные черты «квадратов» проявляются, когда они следуют четко определенным инструкциям или завершают проекты. Их слабость проявляется в разработке собственных планов. Скажите им, что делать, и они сделают. «Квадратов» нельзя отнести к тем, кто силен в принятии решений. Если они не уверены в том, чего нужно придерживаться, то часто вообще откладывают принятие решений, пока их не вынудят к этому; иногда сопротивляются переменам, пока не соберут все факты и доказательства в поддержку необходимости перемен, да и вообще они чаще предпочитают поддерживать сложившееся положение. «Квадраты» не способны действовать в неупорядоченной обстановке. Их высокоразвитая склонность к анализу может вызывать впечатление отчужденности и холодности, а любовь к деталям иногда ведет к педантизму.

Общение с «квадратами». «Квадраты» ненавидят конфликты и обычно стремятся их избегать. Они испытывают неловкость, выражая чувства, и предпочитают решать проблемы за счет логики и анализа. «Квадраты» будут сотрудничать с другими в решении проблем до тех пор, пока ситуация будет оставаться спокойной (без эмоций) и имеется много фактических данных для работы.

Собираясь сделать предложение «квадрату», хорошо заранее подготовьтесь. «Квадратам» нравится иметь все факты, они будут к тому же вооружены своей собственной подробной информацией. Кроме того, они предпочитают письменные материалы, им нравятся всяческие отчеты.

Характеристики «кругов».

«Круги» дружелюбны, заботливы, уравновешенны. Обычно такие люди склонны к коллективизму. Для них важны семья и друзья. Они стремятся угождать и стремятся к тому, чтобы все остались довольны. Они определенно являются командными игроками, которым не нравятся конфликты и которые заботятся о том, чтобы все проходило гладко. Для «кругов» важно поддерживать хорошие отношения. Им от природы свойственно сочувствие, подлинная забота, а способность прислушаться к другим делает их весьма приятными в общении. С другой стороны, иногда «круги» слишком стараются угождать и не умеют говорить «нет». Окружающие часто пользуются или манипулируют ими. «Кругам» не нравится принимать непопулярные решения, вызывать расстройство или конфликт. Временами они затрачивают на других столько времени и энергии, что пренебрегают своими собственными потребностями. А когда что-то не получается, они склонны винить в этом самих себя.

Общение с «кругами». Если у «круга» возникает проблема, ему настолько хочется поговорить о своих чувствах, что он может оторвать у вас много времени, если ему это позволить. Старайтесь не поощрять поведение подобного рода. В случае конфликта стремитесь найти такой исход, в котором не было бы побежденных лиц. Покажите, что найденное вами решение будет удовлетворять других. Постарайтесь сконцентрировать внимание «круга» непосредственно на проблеме, а не на эмоциях и взаимоотношениях. Заранее четко разъясните, что содержание дискуссии останется в тайне. Приготовьтесь иметь дело с болезненными чувствами. Работая с «кругами», помогайте им устанавливать приоритеты в их работе, определяйте крайние сроки исполнения.

Характеристики «загогулин».

Форма загогулины символизирует творчество. «Загогулины» интуитивны, любят творчество, для них характерно мышление правым полушарием мозга. Они склонны к скачкам в мышлении и к действиям по внезапному вдохновению. Идея и картина в целом интересуют их больше, чем подробности. Их увлекают новые концепции, им нравится мыслить в категориях будущего. Они от природы экспрессивны и способны вдохновлять других. Однако «загогулины» часто вносят дезорганизацию и проявляют забывчивость к деталям. Кроме того, иногда другим бывает трудно их понимать из-за скачкообразности мышления и неупорядоченности, вызывающих раздражение у представителей других форм. «Загогулина» не способна хорошо функционировать в жестко упорядоченной обстановке.

Общение с «загогулинами». «Загогулины» — способные и убедительные ораторы, они часто побеждают в спорах. И если вы выслушаете мнение «загогулины», есть вероятность, что и она прислушается к вашему мнению. Старайтесь выражать столько же энтузиазма по поводу своих идей, сколько «загогулина» демонстрирует его по поводу своих соображений. «Загогулин», склонных к скачкам, свойственным правостороннему мышлению, бывает трудно слушать тем, кто придерживается более последовательного мышления. К тому же «загогулины» расстраиваются, когда их не понимают. Переспрашивайте и перефразируйте то, что говорит «загогулина», чтобы убедиться, что вы поняли все правильно. «Загогулина» будет чувствовать себя лучше, зная, что вы по-настоящему стремитесь понять и серьезно воспринимаете сказанное.

Характеристики «прямоугольников».

«Прямоугольникам» свойственна некая текучесть. Они находятся во временном состоянии — в процессе жизненных реформ; исследуют свою текущую ситуацию или ищут что-то новое. «Прямоугольники» обучаются и растут, их возбуждает перспектива предстоящих изменений в жизни. Они открыты новым идеям и опыту, однако временами слишком легко соблазняются любыми новыми поветриями. «Прямоугольники» часто проявляют непоследовательность и путаность; иногда создается впечатление, что их личность меняется день ото дня, а поведение кажется совершенно непредсказуемым. К тому же они склонны к эмоциональным всплескам.

Общение с «прямоугольниками». «Прямоугольникам» свойственно часто менять точку зрения. У них нередко возникают проблемы с принятием решений, и вам скорее удастся убедить их, если вы сможете представить свою информацию ясно, уверенно и убедительно. Найдите такое решение, в котором не будет проигравших лиц, и изложите его в письменном виде. Кроме того, поскольку «прямоугольники» весьма неустойчивы, не забудьте обеспечить им поддержку и достаточное поощрение.

Психометрический тест предоставляет цельную общую картину того, как человек учится, общается и действует в повседневных ситуациях своей жизни.

Характеристики стиля личности:

Навыки сильного лидерства (треугольник).

- Быстрота принятия решений
- Атлетизм
- Способность вдохновлять других
- Потребность управлять
- Мыслители левого полушария

Ориентированность на детали (квадрат)

- Высокая организованность
- Следование наставлениям
- Сопротивление принятию решений
- Любовь к фактическим данным
- Умение завершать проекты
- Мыслители левого полушария

Коллективисты (круг)

- Угодники
- Командные игроки
- Мыслители правого полушария
- Хорошее владение навыками межличностного общения

Генераторы идей (загогулины)

- Создатели концепций
- Сосредоточенность на будущем
- Отсутствие упорядоченности
- Экспрессия
- Мыслители правого полушария

Склонные к переменам (прямоугольник)

- Ищут нечто новое
- Открытость новым идеям
- Непредсказуемость
- Склонны к росту и обучению

Типичные «профили» работы и профессии:*Треугольник:*

- Менеджер
- Предприниматель
- Чиновник
- Политик

- Военнослужащий
- Администратор школы или больницы

Квадрат:

- Правительственный служащий
- Программист
- Банковский клерк
- Учитель

- Администратор
- Врач
- Бухгалтер
- Помощник начальника

Круг:

- Тренер и учитель
- Врач и медсестра
- Продавец
- Работник отдела кадров
- Секретари

Загогулины:

- Специалист в области международной торговли
- Изобретатель
- Специалист в области связей с общественностью
- Музыкант
- Художник, исполнитель, поэт
- Университетский профессор
- Плановик

Прямоугольник:

- Представитель «новых» боссов
- Недавний выпускник вуза
- Исполнитель
- Предприниматель
- Лицо, переживающее «кризис середины жизни»
- Лицо, недавно вышедшее на пенсию

Задание 4. Проведите исследование потребности в достижении по данной методике.

Методика исследования потребности в достижении.

Методика содержит 22 утверждения и предназначена для исследования потребности в достижении.

Инструкция:

Вам предлагается ответить на вопросы (в форме возможных утверждений).

На эти вопросы не может быть «правильных» или «неправильных» ответов, так как каждый человек имеет право на свою собственную точку зрения.

Опросник:

1. Думаю, что успех в жизни скорее зависит от случая, чем от расчета.
2. Если я лишусь любимого занятия, жизнь для меня потеряет всякий смысл.
3. В любом деле для меня важнее не его исполнение, а конечный результат.
4. Считаю, что люди больше страдают от неудач на работе, чем от плохих взаимоотношений с близкими.
5. По моему мнению, большинство людей живут далекими, а не близкими целями.
6. В жизни у меня было больше успеха, чем неудач.
7. Эмоциональные люди мне нравятся больше, чем деятельные.
8. Даже в обычной работе я стараюсь усовершенствовать некоторые ее элементы.
9. Поглощенный мыслями об успехе, я могу забыть о мерах предосторожности.
10. Мои близкие люди считают меня ленивым.
11. Думаю, что в моих неудачах повинны скорее обстоятельства, чем я сам.
12. Терпения во мне больше, чем способностей.
13. Мои родители слишком строго контролировали меня.
14. Лень, а не сомнение в успехе вынуждает меня часто отказываться от своих намерений.
15. Думаю, что я уверенный в себе человек.
16. Ради успеха я могу рискнуть, даже если шансы не в мою пользу.
17. Я усердный человек.
18. Когда все идет гладко, моя энергия усиливается.
19. Если бы я был журналистом, то писал бы скорее об оригинальных изобретениях людей, чем о происшествиях.
20. Мои близкие люди обычно не разделяют моих планов.

21. Мои требования к жизни ниже, чем у моих товарищей.

22. Мне кажется, что настойчивости во мне больше, чем способностей.

Ключ к тексту «Потребность в достижении»:

Ответы «да» на вопросы 2, 6, 7, 8, 14, 16, 18, 19, 21, 22.

Ответы «нет» на вопросы 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 20.

Каждый из ваших ответов «да» и «нет», совпадающих с ключевыми, оценивается в 1 балл. Если ответ не совпадает с ключевым, балл не присваивается. Сравните свои ответы с ключом теста и определите сумму баллов, затем обратитесь к таблице.

Сумма баллов	Уровень потребности в достижении успеха									
	Низкий			Средний				Высокий		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2-9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-21

Если у Вас высокий уровень мотивации достижения, то при большой активности, упорстве и настойчивости вы сможете стать хорошим специалистом в любой профессии. Как правило, по мере достижения профессиональных успехов самооценка человека повышается, он становится более уверенным в своем стремлении к жизненному успеху.

При среднем уровне мотивации достижения необходимо активизировать себя. Если хотите быть преуспевающим деловым человеком, работайте над собой, вырабатывайте в себе уверенность и целеустремленность!

В случае, когда полученные вами результаты соответствуют низкому уровню стремления к успеху, любая профессия окажется для вас трудной. Постарайтесь увлечься каким-нибудь делом! Чем больше интереса вы к нему проявите, тем больше у вас шансов достичь успеха в любой области.

БЛАНК ОТВЕТОВ

ВОЗРАСТ (полных лет) _____

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ КАТЕГОРИЯ _____

СТАЖ В ЗАНИМАЕМОЙ ДОЛЖНОСТИ: _____

До 2 лет _____ 2-5 лет _____ 6-7 лет _____ более 7 лет _____

Задание 1. Методика исследования коммуникативных и организаторских склонностей.

Ответы в форме «да» +, «нет» -

1	6	11	16	21	26	31	36
2	7	12	17	22	27	32	37
3	8	13	18	23	28	33	38
4	9	14	19	24	29	34	39
5	10	15	20	25	30	35	40

Коммуникативные склонности.

Сумма баллов

Организаторские склонности.

Сумма баллов

Задание 2. Методика исследования самоотношения (МИС)

Если утверждение верно по отношению к Вам, отметьте его знаком «+», если оно неверно - знаком «-».

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91	101
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92	102
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93	103
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94	104
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95	105
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96	106
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97	107
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98	108
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99	109
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110

Кол-во баллов

Уровень: высокий, низкий

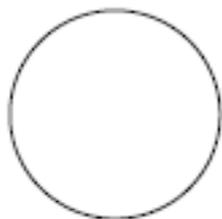
Шкала 1 — внутренняя честность	11		
Шкала 2 — самоуверенность	14		
Шкала 3 — источник активности	12		

Шкала 4 — зеркальное «Я»	11		
Шкала 5 — самооценка	14		
Шкала 6 — самопринятие	12		
Шкала 7 — самопривязанность	11		
Шкала 8 — внутренняя конфликтность	15		
Шкала 9 — самообвинение	11		

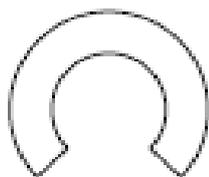
Задание 3. Геометрический тест характеристик типов личности данной методике.

1. Выберите фигуру, которая нравится вам больше всех, ту, которая лучше всего вас представляет, и присвойте ей номер один.

2. Затем подберите из остальных следующую, наиболее подходящую к вашему облику фигуру и присвойте ей номер два — и так далее, пока не расположите все фигуры по ранжиру от единицы до пяти.



№



№



№



№



№

Задание 4. Методика исследования потребности в достижении.

Методика исследования коммуникативных и организаторских склонностей

Ответы в форме «да» +, «нет» -

1	6	11	16	21
2	7	12	17	22
3	8	13	18	
4	9	14	19	Сумма баллов
5	10	15	20	Уровень потребности

Приложение 4

Рекомендации по планированию и реализации карьеры молодым специалистам

- рассматривать максимально возможное число вариантов новой работы;
- не терять времени на работу у нерасторопного руководителя;
- сделаться нужным непосредственному начальнику;
- расширять свой кругозор всю жизнь;
- мысленно подготовить себя к занятию вакантного в будущем места руководителя среднего звена;
- не следует форсировать свою карьеру более быстро, чем у других;

Нижеследующие упражнения полезны для мыслей о карьере. Рекомендуем делать их самостоятельно, после чего будет полезно сравнить свои успехи с результатами коллег.

1. Нарисуйте горизонтальную линию, изображающую прошлое, настоящее и будущее вашей карьеры. На ней следует отметить крестиком, где вы сейчас находитесь.

2. Слева от крестика, там, где находится часть линии, представляющая прошлое, определите события в вашей жизни, давшие подлинное чувство удовлетворения и самовыражения.

3. Проанализируйте эти события, определите специфические факторы, которые их вызвали. Выявилась ли какая-либо определенная тенденция? Возникали эти события, когда вы были одни или действовали с другими людьми? Достигали вы каких-то целей самостоятельно или совместно с другими?

4. Часть линии, находящаяся справа от крестика, представляет ваше будущее. Определите связанные с карьерой события, от которых ожидаете чувства истинного самовыражения и удовлетворения. Следует представить эти события настолько ясно, насколько это в данный момент возможно. Если вы способны лишь на утверждения типа «скорей бы получить мою первую работу» или «получить мое первое должностное повышение», то скорее всего ваши ожидания ущербны. Определите должностные ступени, которые надо пройти, чтобы достичь целей карьеры и сроки их прохождения.

5. После определения событий, связанных с будущей карьерой, ранжируйте их от важнейших до наименее важных, с учетом того, насколько полным будет ожидаемое удовлетворение.

6. Вернитесь к третьему пункту, оцените названные там события от высших до низших, в терминах действительно имевшего места чувства удовлетворения. Сравните полученные две области оцениваемых событий. Согласуются ли они? Ожидаете ли вы, что будущее будет таким же, или качественно отличным от прошлого? Если вы ждете, что будущее будет кардинально отличным, то встает вопрос, были ли вы реалистичны в ожиданиях удовлетворения, которое могут принести будущие события в карьере?

7. Обсудите результаты с коллегами, наставниками и родными.

Приложение 5

Пять основных заповедей для тех, кто осуществляет поступательное восхождение по карьерной лестнице

1. **ПОЗНАЙТЕ РЫНОК.** Вы можете действительно захотеть стать хорошим специалистом, иметь для этого необходимые навыки, но открывающихся возможностей не всегда хватает, а конкуренция сильна. Всегда нужен альтернативный план карьеры, в котором можно использовать ваши навыки.

2. **ПОЗНАЙТЕ И ОЦЕНИТЕ ЛЮДЕЙ, ВАЖНЫХ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ:** коллег, супруга, детей, родителей, друзей. Их представления, запросы и нужды повлияют на план Вашей карьеры, на успехи по достижению поставленных целей.

3. **СОСТАВЛЯЙТЕ ПЛАН** на 24 часа в сутки и на 7 дней в неделю, держите его в голове, но оставляйте время для семьи и на любимые занятия. Заядлый лыжник и любящий глава семьи не будет счастлив, работая на юге страны, если это связано с командировками, отрывающими его от дома.

4. **ПОЗНАЙТЕ НЕИЗБЕЖНОСТЬ ПЕРЕМЕН.** Все меняется: Вы, рынок, фирма. Вы постоянно приобретаете новые навыки. Способность оценить эти изменения и принимать правильные (для карьеры) решения — важное качество, развивайте его.

5. **ПОМНИТЕ,** что решения в области карьеры всегда являются компромиссом между идеалом и реальностью, между собственными противоречивыми ценностями. Скажем, деньги и успех, с одной стороны, и спокойная семейная жизнь с другой. Компромиссы обусловлены также недостатком времени и экономическим давлением.

Приложение 6

Советы руководителю, как удержать сотрудников, планирующих карьеру в организации

Совет 1-й: делитесь информацией. Давайте сотрудникам как можно больше данных о компании и рынке и объясняйте, чем вызваны перемены.

Совет 2-й: встречайтесь лицом к лицу. Проводите регулярные совещания. Собирайте вместе всех сотрудников, чтобы они могли из первых уст получить достоверную информацию о том, что и почему происходит.

Совет 3-й: демонстрируйте сотрудникам их важность. Разъясняйте, какой вклад их работа вносит в общий успех предприятия, почему каждое самое маленькое усилие так важно для общего дела.

Совет 4-й: отмечайте их заслуги. Это особенно необходимо в кризисные моменты. Участвуйте в празднованиях дней рождения своих сотрудников, прилюдно хвалите их за «отличные идеи».

Совет 5-й: демонстрируйте признательность. Найдите способы, как активно проявить свое уважение и признательность сотрудникам. Пройдитесь под конец рабочего дня по кабинетам или производственным площадям и лично поблагодарите сотрудников.

Совет 6-й: объясняйте людям, что их ждет впереди. Это позволит сотрудникам с большей уверенностью смотреть на будущую работу в компании и положит конец слухам.

Совет 7-й: переосмыслите миссию вашего предприятия. Не стоит лениться и лишний раз напомнить коллегам о себе, во имя чего вы работаете вместе. В том случае, если у организации нет четко сформулированной общественной миссии, самое время определиться с ней, потому что идеи зачастую сплываются людей сильнее денег.

Десять заповедей молодого карьериста

1. Не старайся быть незаметным, иначе тебя никогда не повысят. Хвали себя, если есть за что. Рассказывай о своих успехах. Подробная информация не запоминается, а имидж успешности остается.

2. Не радуйся слишком сильно, если начальство тебя хвалит. Это может делаться с целью поддержания тебя как нового, неопытного сотрудника. Если начальник по-дружески похлопал тебя по плечу, не забывай, что плечо находится не так далеко от места, по которому тебе дадут при первой же ошибке.

3. На вопрос, что ты делаешь, никогда не отвечай конкретным описанием своего занятия на данный момент. Расскажи о своих последних достижениях, о том, что ты уже сделал и о планах, т.е. о том, что ты будешь делать.

4. Помни, что нет невыполнимых поручений, есть непростые пути достижения цели. Если тебе дают заведомо невыполнимое задание, поставь для его выполнения заведомо невыполнимые условия. И спокойно жди, пока они выполняются.

5. Как говорил мудрец, все самое плохое с нами уже произошло. Не принимай неприятность близко к сердцу. Готовь себя к тому, что не все будет гладко. «Съешь утром жабу на завтрак» и ничего худшего в этот день с тобой уже не случится.

6. Помни, когда шеф говорит о повышении производительности труда и улучшении качества работы, он не имеет в виду себя. Поэтому помоги в его работе настолько, насколько это в твоих силах.

7. Если ты хороший работник, тебе поручат ответственное дело и будут платить хорошую зарплату. Если ты слишком хороший работник — тебя, скорее всего, уволят. Не шеголай своей эрудицией, если твой шеф не отличается таким качеством. Никогда не удивляйся, что он не знает таких элементарных вещей. Забудь фразу: «Как, вы не знаете?» Замени ее на: «Разве вы не слышали?»

8. Если ты ничем не занят и не знаешь, что делать, двигайся быстрее с озабоченным видом, чтобы на тебя не навалили дополнительных заданий, под весом которых ты не сможешь передвигаться. Лучше сам найди себе полезное дело.

9. Помни, что насколько бы не выросла твоя зарплата, ее все равно не будет хватать. Ты будешь тратить все больше денег, чтобы сэкономить время на выполнение новой работы, требующей еще большей отдачи.

10. Если ты забыл назначить срок выполнения задания, оно не будет выполнено никогда. Пока не подошел срок отчета, ничто не будет предприниматься.

Для карьерного роста подчиненных руководителю приходится давать характеристику.

Приложение 8

Рекомендации по составлению характеристики аттестуемого специалиста

Характеристика строится на выявлении и оценке фактов, свидетельствующих о наличии (отсутствии) способностей к руководящей работе: лидерских, педагогических, профессиональных и деловых. Следует избегать незначущих фраз, общих рассуждений, тенденциозного подхода к оценке личности.

Текст характеристики должен быть представлен в виде четко выделенных четырех разделов.

I раздел. Из практики работы аттестуемого выделить и кратко описать один-два факта, свидетельствующие о наличии (отсутствии) лидерских способностей:

а) решительность, инициативность при решении внезапно возникающих проблем, способность взять на себя ответственность без прямого на то указания и проявленное при этом умение довести дело до конца. Умение и желание привлекать людей, заражать их своей энергией и убежденностью, признание коллективом права аттестуемого быть лидером;

б) отношение к образованию и расширению общего кругозора. Принципиальность, последовательность, настойчивость;

в) умение расставить кадры в ситуации неопределенности и лидерства;

г) продуктивность участия во внедрении нового передового опыта. Устные и письменные предложения при обсуждении конструктивных планов. Элементы новизны и творческого подхода к работе, способность к анализу и обобщениям.

II раздел. Отражаются факты, свидетельствующие о наличии (отсутствии) деловых способностей:

- а) выполнение задач по укреплению коллектива; рациональное использование сил и времени своего и подчиненных;
- б) умение и желание выступать перед аудиторией, влиять на ее умонастроение;
- в) обязательность выполнения поручений, которые могли быть не выполнены по «объективным» причинам.

III раздел. Выделить факты, свидетельствующие о положительном (отрицательном) эффекте проявления педагогических способностей:

- а) индивидуальная работа с людьми, совершившими проступки. Качественная характеристика людей, рекомендованных для повышения; умение и желание воспитывать людей, внимательное и доброжелательное отношение к ним; отсутствие (наличие) ревностного отношения к росту подчиненных, коллег по работе;
- б) участие в различных обсуждениях. Особенности проведения индивидуального собеседования с людьми, обратившимися с жалобами, предложениями;
- в) взаимоотношения в семье.

IV раздел. Профессиональные способности: выявляются факты, свидетельствующие о следующем:

- а) проявление (отсутствие) стремления к самосовершенствованию, повышению профессиональных знаний. Обращение с обоснованными предложениями по улучшению технологии и организации производства. Проявленные при этом наблюдательность, оригинальность, умение использовать специальные знания, справочную литературу;
- б) примеры работы по-новому при отсутствии указаний сверху;
- в) факты принципиальности, смелости, бескомпромиссности в оценке новшеств.

Примечание. Каждый из разделов может быть дополнен другими проявлениями, характеризующими наличие (отсутствие) тех или иных способностей.

1. Айслер-Мерти, К. Язык жестов / К. Айслер-Мерти ; пер. с нем. К. Давыдовой. – М. : ФАИР-Пресс, 2001. – 160 с.
2. Алексеев, В.А. Об итогах международной практики реформирования здравоохранения в рекомендациях ВОЗ / В.А. Алексеев, М.Ю. Сафонова // Здравоохранение. – 2011. – № 2. – С. 65–71
3. Амосов, Н.М. Мое мировоззрение / Н.М. Амосов. – М. : АСТ ; Донецк : Сталкер, 2003. – 109 с.
4. Бражников, А.Ю. Высшее сестринское образование в России. Итоги 20-ти лет развития / А.Ю. Бражников, Н.Н. Камынина // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 5/6. – С. 58–60.
5. Вальчук, А.Э. К вопросу об имидже сестринского дела / А.Э. Вальчук // Медицинская сестра на рубеже XXI века: сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – С. 243–245.
6. Вальчук, Э.А. Основы медицинской реабилитации / Э.А. Вальчук. – Минск : МЕТ, 2010. – 320 с.
7. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. – Минск : Харвест, 2007. – 400 с.
8. Вальчук, Э.А. Сестринское дело в Республике Беларусь : состояние и перспективы / Э.А. Вальчук, Г.Е. Пецевич // Медицинская сестра на рубеже XXI века : сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – С. 137–139.
9. Веруш, А.И. Ментальные характеристики граждан как фактор формирования политического лидерства в период системной трансформации А.И. Веруш // Проблемы управления. – 2008. – № 4. – С. 147–152.
10. Вишняков, Н.И. Три звена системы контроля качества медицинской помощи / Н.И. Вишняков, В.В. Стожаров, Е.Ю. Муратова // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С. 26–28.
11. Воеводина, Н.А. Социология и психология управления : учеб. пособие / Н.А. Воеводина, И.А. Данилова, Р.Н. Нуриева. – М. : Омега-Л, 2010. – 198 с.
12. Володько, О.М. Имидж менеджера / О.М. Володько. – Минск : Амалфея, 2009. – 307 с.
13. Вялков, А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении / А.И. Вялков // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 5–11.
14. Гарелик, П.В. Перспективы развития сестринского образования в Республике Беларусь / П.В. Гарелик, И.Г. Жук, К.М. Иодковский // Медицинская сестра на рубеже XXI века : сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – С. 52–54.
15. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М.М. Сачек [и др.] // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 4–14.
16. Гончарова, Г.Н. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения / Г.Н. Гончарова, Н.А. Горбачев, В.В. Упатов // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2002. – № 6. – С. 27–31.
17. Горбачев, А.Г. Тайм-менеджмент в два счета / А.Г. Горбачев. – СПб. : Питер, 2009. – 256 с.
18. Гордиенко, Ю.Ф. Управление персоналом / Ю.Ф. Гордиенко, Д.В. Обухов, С.И. Самыгин. – Ростов н/Д., 2004. – 352 с.
19. Горошко, С.Б. Физическая культура как основа формирования здорового образа жизни студентов / С.Б. Горошко // Здоровый образ жизни – основа профессионального и творческого долголетия : материалы и докл. Респ. науч.-метод. конф. – Минск : Академия управления при Президенте РБ, 2007. – С. 29–31.
20. Государственная программа по формированию здорового образа жизни населения Республики Беларусь на 2002 – 2006 годы : Постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 26 окт. 2001 года №1553.
21. Давыдова, Н.А. Формирование индивидуальной траектории обучения средствами адаптивных интеллектуальных систем / Н.А. Давыдова // Информатика и образование. – 2008. – № 5. – С. 107–109.
22. Дафт, Р. Менеджмент / Р. Дафт ; пер. с англ. под ред. С.К. Мордовина. – СПб. : Питер, 2009. – 799 с.
23. Друкер, П. Менеджмент в некоммерческой организации: принципы и практика / П. Друкер. – М. : Вильямс, 2007. – 295 с.
24. Друкер, П. Эффективный руководитель / П. Друкер. – М. : Вильямс, 2008. – 222 с.
25. Дубинко, Н.А. Базисные стратегии копинг-поведения руководителей / Н.А. Дубинко // Акмеология. – 2008. – № 1. – С. 76–84.
26. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2009 году и основных направлениях деятельности на 2010 год» / В.И. Жарко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 1. – С. 4–18.
27. Жарко, В.И. Сегодня и завтра белорусского здравоохранения / В.И. Жарко // Народная асвета. – 2009. – № 2. – С. 9–14.
28. Зайцев, Г.Г. Управление персоналом : учеб. пособие / Г.Г. Зайцев. – СПб. : Северо-Запад, 1998. – 305 с.
29. Зарецкая, Е.Н. Деловое общение : учебник : в 2 т. / Е.Н. Зарецкая. – М. : Дело, 2002. – Т. 1. – 686 с. ; Т. 2. – 720 с.

30. Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе. ВОЗ: введение // Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2001. – № 5. – 39 с.
31. Зубра, А.С. Ораторское искусство / А.С. Зубра. – Минск : Дикта, 2008. – 287 с.
32. Иванов, В.Ю. Карьера врача как объект исследования и управления / В.Ю. Иванов. – М., 1998. – 208 с.
33. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе: исследование Дельфи для ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген : ВОЗ, 2001. – 26 с.
34. Камынина, Н.Н. Модель компетенций руководителя сестринской службы / Н.Н. Камынина // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 5/6. – С. 61–65.
35. Каргашова, Л.В. Поведение в организации : учебник / Л.В. Каргашова. Т.В. Никонова, Т.О. Соломаниди. – М. : ИНФРА-М, 1999. – 220 с.
36. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения в системе высшего сестринского образования / Е.М. Тищенко [и др.] // Медицинская сестра на рубеже XXI века : сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – с. 112–113.
37. Кашапов, Р.Р. Курс практической психологии, или Как научиться работать и добиваться успеха : учеб. пособие для высшего управленческого персонала / Р.Р. Кашапов. – М., 2001. – 320 с.
38. Кибанов, А.Я. Этика деловых отношений : учебник / А.Я. Кибанов, Д.К. Захаров, В.Г. Коновалов ; под ред. А.Я. Кибанова. – М. : ИНФА-М, 2002. – 368 с.
39. Кинякина, О.Н. Супрегинтеллект. Интенсив-тренинг для повышения IQ / О.Н. Кинякина. – М. : ЭКСМО, 2006. – 416 с.
40. Кириенко, В.В. Менталитет современных белорусов : монография / В.В. Кириенко – Гомель : Гомельский гос. тех. ун-т, 2004. – 225 с.
41. Колесников, А.Н. Психология делового преуспевания / А.Н. Колесников. – М. : Владос-Пресс, 2001. – 304 с.
42. Коллинз, Д. От хорошего к великому: Почему одни компании совершают прорыв, а другие нет... : пер с англ. / Д. Коллинз. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2009. – 303 с.
43. Комаров, Ф.И. Философия и нравственная культура врачевания / Ф.И. Комаров, В.П. Петленко, И.А. Шапов. – Киев : Здоровья, 1988. – 180 с.
44. Конгстведт П.Р. Управление медицинской помощью : 2 т. : пер. с англ. / под общ. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. – М. : Гэотар Медицина, 2000. – 743 с.
45. Кралько, А.А. Правовое регулирование охраны здоровья в Республике Беларусь / А.А. Кралько. – Минск : Пенитенциарное здоровье, 2009. – 294 с.
46. Кралько, А.А. Сборник ситуационных задач и деловых игр по основам права, медицинской этике и деонтологии : учеб.-метод. пособие / А.А. Кралько, Т.В. Матвейчик, Н.Н. Пилипцевич. – Минск : БелМАПО, 2011. – 68 с.
47. Крымов, А.А. Управление персоналом на 100%: как стать эффективным HR-директором / А.А.Крымов. – СПб. : Питер, 2010. – 237 с.
48. Кучеренко, В.З. Роль подготовки медицинских кадров в развитии здравоохранения / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. – 2011. – №5/6. – С. 5–11.
49. Лапотников, В.А. Будущее медсестринского образования в интеграции средней и высшей медицинской школ / В.А. Лапотников // Глав. мед. сестра. – 2003. – № 1. – С. 11–15.
50. Лекторов, В.Н. О приоритетах и этапах реформирования современного здравоохранения / В.Н. Лекторов, П.Н. Михалевич // Медицина. – 2003. – № 1. – С. 6–7.
51. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2002. – 520 с.
52. Лукашенко, А.Г. Наш исторический выбор — независимая, сильная и процветающая Беларусь : доклад на четвертом Всебелорусском народном собрании / А.Г. Лукашенко // Совет. Белоруссия. – 2010. – 7 дек. 2010, № 234. – С. 1–9.
53. Лукичева, Л.И. Управление организацией / Л.И. Лукичева ; под ред. Ю.П. Анискина. – М. : Омега-Л, 2009. – 355 с.
54. Лукичева, Л.И. Управленческие решения / Л.И. Лукичева, Д.Н. Егорычев ; под ред. Ю.П. Анискина. – М. : Омега-Л, 2008. – 383 с.
55. Мареева, Е.В. Об инновационных подходах и старых ошибках / Е.В. Мареева // Свободная мысль. – 2007. – № 8. – С. 25–33.
56. 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-ой Междунар. науч.-тех. конф. – Минск, 2010. – С. 159–161.

57. 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 междунар. науч.-метод. конф. – Минск, 2007. – с. 34–38.
58. Матвейчик, Т.В. Индивидуальная форма повышения качества сестринских навыков : наставничество : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 02.03.06 / Т.В. Матвейчик, А.Э. Вальчук, В.И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2006. – 30 с.
59. Матвейчик, Т.В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие для организаторов сестринского дела / Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид. – Минск : Парадокс, 2009. – 116 с.
60. Матвейчик, Т.В. Методологические аспекты работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие для организаторов сестринского дела / Т.В. Матвейчик, И.К. Билодид, А.А. Романовский. – Изд. 2-е доп. Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.
61. Матвейчик, Т.В. Методы работы с учащимися 9-11 классов по формированию здорового образа жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. – 2010. – № 11. – С. 56–61.
62. Матвейчик, Т.В. О новых запросах к подготовке сестринского персонала / Т.В. Матвейчик // Стратегия развития и совершенствования последипломной подготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием в Республике Беларусь и пути ее реализации : сб. материалов науч.-практ. конф. – Минск, 2008. – С. 24–28.
63. Матвейчик, Т.В. Образовательные модели, методики и технологии обучения здоровому образу жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. – 2010. – № 3. – С. 30–40.
64. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела : учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : Выш. шк., 2006. – 301 с.
65. Матвейчик, Т.В. Организация сестринского дела в системе пенициарной медицины : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик, В.И. Петров, А.А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2011. – 237 с.
66. Матвейчик, Т.В. Особенности реализации демографической политики в сфере практического решения медико-социальных проблем в Республике Беларусь : роль медицинских сестер руководителей / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук // Актуальные проблемы сестринского дела в Республике Беларусь : пути решения : материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. Междунар. дню мед. сестры. – Минск, 2009. – с. 94–100.
67. Матвейчик, Т.В. Перспективы в организации научных исследований по сестринскому делу как путь повышения эффективности и качества медицинской и социальной помощи / Т.В. Матвейчик // Проблемы общественного здоровья, здравоохранения, сестринского дела и истории медицины : материалы науч. конф. – Гродно, 2010. – С. 138–144.
68. Матвейчик, Т.В. Преобразования в больницах сестринского ухода как закономерность развития / Т.В. Матвейчик // Сестринское дело, здравоохранение, история медицины: проблемы и перспективы : сб. материалов 2-го съезда врачей / Е.М.Тищенко, И.И. Хваленя (отв. ред.). – Минск, 2010. – С. 182–185.
69. Матвейчик, Т.В. Проблемы и перспективы работы помощника врача / Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич, Д.Е. Шевцов // Воен. медицина. – 2010. – № 1. – С. 97–101.
70. Матвейчик, Т.В. Роль помощника врача в осуществлении диспансеризации населения / Т.В. Матвейчик // Мед. знания. – 2010. – № 6. – С. 8–11.
71. Матвейчик, Т.В. Ситуационный подход в изучении отношения коллектива к управленческим решениям / Т.В. Матвейчик, А.П. Романова // Человек и лекарство : сб. материалов 17 Рос. нац. конгр. – М., 2010. – С. 676.
72. Матвейчик, Т.В. Состояние, проблемы и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода / Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич // Мир медицины. – 2010. – № 4 (5). – С. 3–5 (6-8).
73. Матвейчик, Т.В. Иванова В.И., Кралько А.А., Вальчук Э.А. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому: рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность; учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368с.
74. Матвейчик, Т.В. Угроза безопасности пожилых пациентов : сестринские ошибки / Т.В. Матвейчик // Ассоциированные с возрастом заболевания в клинической практике : материалы Респ. науч.-практ. конф., посвящ. дню пожилых людей. – Минск, 2010. – С. 70–74.
75. Матвейчик, Т.В. Управление сестринским процессом в стационаре : монография / Т.В. Матвейчик, Э.Э. Вальчук. – Минск, 2009. – 216 с.
76. Матвейчик, Т.В. Факторы, препятствующие преобразованиям в больницах сестринского ухода / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Сестринское дело, здравоохранение, история медицины: проблемы и перспективы : сб. ст. / Е.М.Тищенко, И.И. Хваленя (отв. ред.). – Гродно, 2010. – С. 182–185.
77. Матвейчик, Т.В. Формирование навыков здорового образа жизни / Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова // Весн. адукацыі. – 2010. – № 4. – С. 58–64.

78. Матвейчик, Т.В. Формирование программы повышения творческого потенциала : учеб.-практ. пособие по тренинг-семинару / Т.В. Матвейчик, В.Ф. Волченко. – Минск : БелМАПО, 2002. – 43 с.
79. Медицинская сестра и социально значимый пациент: основы сестринской педагогики и повышения профессионального мастерства / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Департамент исполнения наказаний МВД Респ. Беларусь, 2005. – 162 с.
80. Медсестры в общественном здравоохранении: прошлое и будущее : лит. обзор. – Копенгаген : Европ. регион. бюро ВОЗ, 2001. – 24 с.
81. Мескон, М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М. : Дело, 1999. – 799 с.
82. Мескон, М.Х. Основы управления / М.Х. Мескон. – М. : Дело, 1993. – 245 с.
83. Методика оценки качества медицинской помощи населению в лечебно-профилактических учреждениях : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 24. 07.2002г. / А.К. Цыбин [и др.] – Минск, 2002. – 23 с.
84. Михалевич, П.Н. Алгоритмы работы регистратуры в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (для медицинских сестер-регистраторов) : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27 09.2010 г. / П.Н. Михалевич, Т.В. Матвейчик, А.А. Донисевич – Минск, 2010. – 43с.
85. Модель Стюарт : Выпуск 25. Работа руководителя. Модель Стюарт [Электронный ресурс] // Консалтинговая компания «Талер». – Режим доступа : <http://content.mail.ru/arch/63683/2935591.html>.
86. Молл, Е. Управленческая карьера / Е. Молл // Проблемы теории и практики управления. – 1996. – № 6.
87. Мониторинг государственных программ в здравоохранении Республики Беларусь: некоторые итоги их реализации / В.И. Жарко [и др.] // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 40–45.
88. Москвичева, М.Г. Организация ведомственной экспертизы качества работы среднего медицинского персонала в учреждениях здравоохранения Челябинской области / М.Г. Москвичева // Глав. мед. сестра. – 2009. – № 12. – С. 55–77.
89. Нагребцкий, А. Система здравоохранения Великобритании – «полвека на страже» / А. Нагребцкий // Здоров'я України. – 2008. – № 3. – С. 10–11.
90. Направления стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 годы : информ. письмо М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 14.10.2010.
91. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 гг. : утв. Указом Президента Респ. Беларусь, 26 марта 2007, №135.
92. О внесении изменений в выпуск 25 единого квалификационного справочника должностей служащих (ЕКСД) и в общегосударственный классификатор Республики Беларусь «Профессии рабочих и должности служащих : Постановление Минтруда и соцзащиты Респ. Беларусь, 15 янв. 2009, № 9.
93. О здравоохранении : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., №2435–XII : в ред. Законов Респ. Беларусь, 11 янв. 2002, № 91–3, 29 июня 2006, № 137–3, 20 июля 2006, № 162–3, 14 июня 2007, № 239–3 // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 1992–2008.
94. О здравоохранении : Закон Республики Беларусь от 18.06.1993г. : в ред. Закона Республики Беларусь, 20.06.2008, №162-3.
95. О порядке организации диспансерного наблюдения в амбулаторно-поликлинических учреждениях : Приказ Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, 14.01.2008, № 23.
96. О совершенствовании гериатрической службы и организации больниц сестринского ухода или медико-социальных коек в лечебно-профилактических учреждениях : Приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 11 нояб. 1991, № 196.
97. О состоянии условий труда и профессиональной заболеваемости работающих в Республике Беларусь / А.С. Долгин [и др.] // Здоровье населения – основа благополучия страны : материалы 5 съезда организаторов здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск, 2006. – С. 222–226.
98. Об объявлении 2010 года Годом качества : Указ Президента Респ. Беларусь, 31 дек. 2009, № 671.
99. Об организации диспансеризации взрослого населения Республики Беларусь : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 13.11.2007, № 870.
100. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь : Постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 окт. 2007, № 92.
101. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения в Республике Беларусь : Постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12.10.2007, № 92.
102. Об организации работы отделений профилактики : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29 янв. 2008, № 53.

103. Об организации развития сестринской службы Республики Беларусь : Решение лечебно-контрольного совета М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 11 дек. 2009, № 17.
104. Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы : Указ Президента Респ. Беларусь, 26 марта 2007, № 135.
105. Об утверждении программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006-2010 годы: Постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 31.08.2006, № 1116.
106. Общая психодиагностика: практикум : в 2 ч. / автор-сост. И.Н. Калашникова. – Минск : БГПУ, 2006. – 66 с.
107. Общественное здоровье и здравоохранение : основы экономики, финансирования и управления : учебное пособие / Р.А. Часнойть [и др.] – Гродно : ГрГМУ, 2008. – 252 с.
108. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиплом. мед. образования / Т.В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
109. Островская, И.В. Вербальный способ общения / И.В. Островская // Мед. сестра. – 2001. – № 4. – С. 39–41.
110. Оценка качества здравоохранения США // Вопр. экспертизы и качества мед. помощи. – 2008. – № 2. – С. 61–64.
111. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда либо. На пути к науке и культуре безопасности пациента и достижения лучших результатов / ВОЗ. – ВОЗ, 2008.
112. Перфильева, Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Г.М. Перфильева. – М., 1995. – 257 с.
113. Петри, А. Наглядная статистика в медицине / А. Петри, К. Сэбин. – М. : Издательский дом, 2005. – 143 с.
114. Петровская, Е.А. Дефекты оказания медицинской помощи и их правовая квалификация / Е.А. Петровская // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – № 1. – С. 48–58.
115. Пиз, А. Язык телодвижений / А. Пиз. – М. : ЭКСПО-Пресс, 2002. – 276 с.
116. План мероприятий по реализации «Отраслевой программы развития сестринской службы Республики Беларусь» : утв. приказом Министра здравоохранения Респ. Беларусь, 27 нояб. 2001, № 263 // Мед. знания. – 2001. – № 1. – С. 2–4.
117. Подольная, О.Б. Наставничество как постоянная естественная форма обучения персонала / О.Б. Подольная // Глав. мед. сестра. – 2001. – № 3. – С. 115–124.
118. Положение о комиссиях по врачебной этике учреждения (предприятия) здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь // Медицина. – 1999. – № 2. – С. 3.
119. Положение о Минтруде и соцзащиты : утв. постановлением Совета Министров Республики Беларусь, 31 окт. 2001, №1589 : в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь, 7 февр. 2005г., № 127.
120. Поляков, В.А. Технология карьеры : практ. рук. / В.А. Поляков. – М. : Дело Лтд, 1995. – 128 с.
121. Портфель примеров новаторских методов работы медсестер и акушерок на уровне первичной медико-санитарной помощи // Вторая конф. ВОЗ. – Германия, 2000. – 10 с.
122. Порядок разработки и внедрения клинических протоколов : инструкция по применению : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 28.04.2006 / А.А. Гракович [и др.]. – Минск, 2006. – 20 с.
123. Профессиональный стандарт. Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры. – Минск : БелМАПО, 2002. – 29 с.
124. Психодиагностика и психокоррекция в воспитательном процессе / Л.А. Пергаменщик [и др.]. – Минск, 1993. – С. 7–16.
125. Путеводитель по специальностям / Л.В. Ильина [и др.]. – Минск : Красико-Принт, 2006. – 272 с.
126. Пфеффер, Д. Доказательный менеджмент: новейшая концепция гарвардской школы бизнеса / Д. Пфеффер, Р. Саттон. – М. : Эксмо, 2008. – 383 с.
127. РД РБ 02100.2.001-98 Образовательный стандарт. Общее среднее образование. Основные нормы и требования.
128. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О.Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
129. Решетников, А.В. Социология медицины / А.В. Решетников. – М. : Мысль, 2002. – 976 с.
130. Романова, А.П. Особенности принятия управленческих решений руководителями сестринского дела / А.П. Романова, Т.В. Матвейчик // Здравоохранение. – 2011. – № 7. – С. 20–24.
131. Российское образование. Федеральный портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http : // www.edu.ru](http://www.edu.ru).

132. Руденко, В.П. Реформирование здравоохранения – насущная потребность и медиков и всего населения / В.П. Руденко // Медицина. – 2005. – № 1. – С. 4–5.
133. Рэйни, Х.Дж. Анализ и управление в государственных организациях / Х.Дж. Рэйни. – М : ИНФА-М, 2004. – 402 с.
134. Саркисов, Д.Ю. Философия в системе медицинского образования / Д.Ю. Саркисов // Клиническая медицина. – 1999. – № 1. – С. 17–21.
135. Свергун, О. Психология успеха или Как стать хозяином своей жизни / О. Свергун. – М., 1999. – 545 с.
136. Свистунова, Е.Г. Основные проблемы реформирования здравоохранения на постсоветском пространстве / Е.Г. Свистунова, Э.А. Каспарова // Экономика здравоохранения. – 2011. – №5/6. – С. 12–14.
137. Седегов, Р.С. Управление персоналом : учеб. пособие / Р.С. Седегов, Н.И. Кабушкин, В.Н. Кравцов. – Минск : Тэхналопя, 1997. – 174 с.
138. Сембер, У. Справочник успешного руководителя. Эффективное и полезное пособие для каждого менеджера и владельца предприятия / У. Сембер. – СПб. : Диля, 2007. – 256 с.
139. Семина, Т.В. Кадровая политика учреждения здравоохранения и высшее сестринское образование / Т.В. Семина, Е.М. Бурцева // Глав. мед. сестра. – 2003. – № 4. – С. 59–61.
140. Сидоров, Л. Менеджмент / Л. Сидоров. – Минск : РИВШ, 2009. – 150 с.
141. Симоненко, С. Исследование компетенций успешных менеджеров в России. Модель «20 граней» / С. Симоненко [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.hrm.ru/db/hrm/8D9B0FA9FBE4D6BDC32575670063A/vid/article/article.html>.
142. Смит, М.Дж. Тренинг уверенности в себе / М.Дж. Смит. – СПб., 2000. – 244 с.
143. Совещание главных государственных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ. Цели и задачи, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
144. Современные проблемы совершенствования медико-социальной помощи : монография / В.С. Глушанко [и др.] ; под ред. Ген. секретаря БОКК В.В. Колбанова. – Витебск : ВГМУ, 2008. – 185 с.
145. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т.В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с.
146. Соколова, Э.А. Профессиональное общение в медицине / Э.А. Соколова // Актуальные проблемы гуманитарных наук : тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф. – Могилев, 2000. – С. 199–200.
147. Соколова, Э.А. Психологические проблемы руководителей и подчиненных в медицинском коллективе / Э.А. Соколова // Современная психология : состояние и перспективы : тез. докл. юбил. науч. конф. ИП РАН. – М., 2002. – Т. 2. – С. 235–238.
148. Стандартные модели компетенций : Электронная энциклопедия e-learning [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://wiki.e-learning.by/indeks.php/Модель_компетенций.
149. СТБ-1.0-96 Государственная система стандартизации Республики Беларусь. Основные положения.
150. Таунсенд, Р. Сломай систему! Лекарство от управленческой изжоги / Р. Таунсенд. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2008. – 200 с.
151. Творогова, Н.Д. Психология управления. Лекции / Н.Д. Творогова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 528 с.
152. Трошина, К. Карьера и мотивация / К. Трошина // Управление персоналом. – 1998. – № 12. – С. 6–12.
153. Уайт, Д. На грани жизни и смерти. Проблемы современного здравоохранения в свете христианской этики : пер. с англ. / Д. Уайт. – М. : Мир, 2003. – 359 с.
154. Уваров, Л.Б. Личностные миры врача и пациента : соприкосновение и дисгармония / Л.Б. Уваров, Э.А. Фонотова // Биомедицинская этика: проблемы и перспективы : материалы междунар. конф. – Минск, 2000. – С. 114–117.
155. Укрепление сестринского и акушерского дела : А64/VR/10 // Шестидесят четвертая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 24 мая 2011 г., Десятое пленарное заседание.
156. Управление и экономика здравоохранения : учеб. пособие для вузов / А.И. Вялков [и др.] ; под ред. А. И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 658 с.
157. Управление персоналом организации / А.Я. Кибанов [и др.]. – М. : Инфра-М, 1999. – 295 с.
158. Философия и медицина / под ред. В.Ф. Сержантова, А.А. Королькова. – Л. : Издательство ЛГУ, 1986. – 199 с.
159. Философские проблемы медицины и биологии : Респ. межведомств. сб. МЗ УССР. – Киев : Здоровья, 1989. – 126 с.
160. Фоменко, А.Г. Безопасность пациентов на уровне первичной медицинской помощи : современное состояние проблемы / А.Г. Фоменко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2008. – № 3. – С. 15–20.

161. Фомичев, А.Н. Административный менеджмент / А.Н. Фомичев. – М. : Дашков и К, 2006. – 288 с.
162. Фонотова, Э.А. Введение в биоэтику : учеб. пособие / Э.А. Фонотова. – М., 1998. – 260 с.
163. Фонотова, Э.А. Клятва Гиппократа и ее современное прочтение / Э.А. Фонотова, Л.Б. Уваров // Биомедицинская этика: проблемы и перспективы : материалы междунар. конф. – Минск, 2000. – С. 117–119.
164. Хейфец, А.С. Обзор и анализ инноваций в реформировании сестринского дела в лечебно-профилактических учреждениях России / А.С. Хейфец // Глав. мед. сестра. – 2002. – № 10. – С. 47–52 ; № 11. – С. 50–56 ; № 12. – С. 94–98 ; 2003. – № 1. – С. 63–69 ; № 3. – С. 46–52 ; № 6. – С. 43–47 ; № 9. – С. 43–52.
165. Хильмончик, Н.Е. Теоретические основы сестринского дела в контексте реформирования здравоохранения / Н.Е. Хильмончик // Медицинская сестра на рубеже XXI века : сб. науч. работ. – Гродно, 2002. – С. 141–142.
166. Холодная, М.А. Перспективы исследований в области психологии способностей / М.А. Холодная // Психол. журн. – 2007. – № 1. – С. 28.
167. Хулуп, Г.Я. Избранные вопросы технологии успешной продажи медицинской услуги в условиях санаторно-курортных и оздоровительных организаций / Г.Я. Хулуп, Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, . – Минск : БелМАПО, 2006. – 100 с.
168. Цильке, Х. Типичные ошибки менеджеров / Х. Цильке. – М. : Омега-Л, 2008. – 137 с.
169. Шаршунов, В.А. Как приобрести навыки новаторского творчества и найти свое изобретение / В.А. Шаршунов // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 136–147.
170. Шваб, Л.В. Текстовый процессор MSWord : учеб.-метод. пособие / Л.В. Шваб, Ю.В. Мещеряков. – Минск, 2006. – 28 с.
171. Шепель, В.М. Школа менеджмента / В.М. Шепель. – М. : НОУ ИСОМ, 2005. – 34 с.
172. Шрубенко, А.Г. Интеллектуализация – объект государственного управления / А.Г. Шрубенко // Проблемы управления. – 2008. – № 3. – С. 16–25.
173. Щеткина, М.А. Приоритеты государственной политики в области социальной защиты на современном этапе / М.А. Щеткина // Проблемы управления. – 2011. – № 2. – С. 23–30.
174. Юкаева, В.С. Управленческие решения : учеб. пособие / В.С. Юкаева. – М. : Дашков и К, 1999. – 290 с.
175. Fischer, A. Мюнхенская Декларация : Медицинские сестры и акушерки – важных ресурс здоровья / A. Fischer, M. Danzon. – Copenhagen : WHO, 2000.
176. 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.
177. Glinos, I. Мобильность и миграция медицинских сестер и акушерок / I. Glinos ; Европ. обсерватория по системам и политике здравоохранения // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
178. Hurwitz, B. Learning from primary care: malpractice past, present and future / B. Hurwitz // Qual. Saf. Health Care. – 2004. – Vol. 13. – P. 90–91.
179. Kohn, L.T. To Err is Human / L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson. – Washington : National Academy Press, 1999. – № 6.
180. Matwiejczyk, T. Efektywnosc wykorzystania zasobow pielegniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Bialorusi / T. Matwiejczyk, E. Walczuk // Problemy pielegniarstwa. – 2009. – T. 17, № 4. – P. 294–300.
181. Salvage, J. Семинар по формированию политики / J. Salvage // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
182. Sandars, J. The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies / J. Sandars, A. Esmail // Family Practice. – 2003. – Vol. 20. – P. 231–236.
183. Who Health For All Targets: The Health Policy For Europe. – Copenhagen, 1993. – 239 p.
184. Wilson, T. Enhancing public safety in primary care / T. Wilson, A. Sheikh // BMJ. – 2002. – Vol. 324. – P. 584–587.
185. Word. Excel. Интернет. Электронная почта: официальный учебный курс для получения Европейского сертификата. – М.: Триумф, 2008. – 320 с.

Научное издание

Т.В. Матвейчик, А.П. Романова, Л.В. Шваб

Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи
(для обучающихся на курсах «Организация здравоохранения», «Организация сестринского дела» медицинских вузов и колледжей, педагогов и социальных работников)

Монография

Ответственный за выпуск О.С. Капранова

Печатается в авторской редакции

Компьютерная верстка И.Ф. Малько

Подписано в печать 20.02.2012

Формат 60×84 1/16. Бумага офсетная № 1. Гарнитура Times.

Усл. печ. л. 5,11 Уч.-изд. л. 7,18

Тираж 60 экз. Заказ № 70

Государственное учреждение «Республиканская научная медицинская библиотека»

ЛИ № 02330/0548510 от 16.06.2009.

ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск

Тел./факс +375 (17) 216 23 33

E-mail: med@med.by

<http://www.med.by>

Отпечатано в отделе оперативной полиграфии

ГУ «Республиканская научная медицинская библиотека»

ЛП № 02330/0494258 от 19.05.2009.

ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск