

Т.В. Матвейчик



**Состояние и достижения в профилактике
неинфекционных школьно-обусловленных
заболеваний детей и подростков
организованных коллективов в деятельности
средних медицинских работников**

Т.В. Матвейчик

**Состояние и достижения в профилактике
неинфекционных школьно-обусловленных
заболеваний детей и подростков организо-
ванных коллективов в деятельности
средних медицинских работников**

Минск
«Ковчег»
2023

УДК 616.1/8-084-057.874:614.253.5

ББК 51.288+51.1п

М 33

Автор:

Матвейчик Т.В. доцент кафедры гигиены детей и подростков УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н., доцент

Рецензенты:

Бураков И.И. профессор, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Наумов И.А. профессор, д.м.н., заведующий кафедрой общей гигиены и экологии УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Матвейчик, Т. В.

М 33 Состояние и достижения в профилактике неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков организованных коллективов в деятельности средних медицинских работников / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 113 с. ISBN 978-985-884-283-3.

Развитие сестринского дела в деятельности специалистов учреждений образования базируется на освоении правил успешного взаимодействия и мотивации детей и подростков в области предупредительной медицины. Предложены материалы состояния и достижений в этой области деятельности медицинских сестер и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи, технологии успешного взаимодействия в процессе обучения основам здорового поведения учащихся.

Рекомендовано студентам лечебных факультетов медицинских вузов, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинским сестрам образовательных учреждений для детей и подростков, учащимся колледжей, обучающимся в системе дополнительного образования, лицам, повышающим образовательный уровень в медицинской деятельности.

УДК 616.1/8-084-057.874:614.253.5

ББК 51.288+51.1п

ISBN 978-985-884-283-3

© Матвейчик Т.В., 2023

© Оформление. ООО «Ковчег», 2023

Оглавление

Список сокращений	4
Введение.....	5
Раздел 1. Акушерское дело в укреплении и профилактике здоровья девушек и женщин: современные достижения в Республике Беларусь	7
Раздел 2. Медицинские сестры и помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи образовательных учреждений в предупреждении неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков	39
Раздел 3. Эффективное взаимодействие с детьми и подростками медицинских сестер и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи образовательных учреждений	67
Заключение	108
Глоссарий	111

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

МС – медицинская сестра

НИЗ – неинфекционные заболевания

Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

ПМП – первичная медицинская помощь

ФР – фактор риска

Введение

Профилактическая направленность деятельности в современной медицине ставит вопрос об изменении учебно-образовательных программ для средних медицинских работников организованных коллективов для детей и подростков.

Выявление новых возможностей для актуализации педагогических функций медицинских сестер (МС) учреждений образования для детей и подростков, а также акушеров (Ак) по взаимодействию и мотивации молодежи к созданию семьи является ценным ресурсом для применения.

Данные статистики Республики Беларусь свидетельствуют о том, что показатель обеспеченности МС на 10 тыс. населения составляет 124,0 (2019), Ак – 93,0, при соотношении численности врачей: МС 1:2,34 [1], что удовлетворяет потребности. Уровень аттестованности МС возросла с 77,3% до 80,1% (2013-2019 гг.). Для сравнения: подобные показатели обеспеченности для Российской Федерации составляли 85 МС, в Монако – 202 МС на 10 тыс. населения. Эти сведения дают основание считать, что уровень обеспеченности кадрами средних медицинских работников и состояние качества профессионализма позволяют расширять деловые навыки взаимодействия, особенно важные в работе с детьми и подростками, а также их семьями.

Автор предлагает учебно-методическое пособие для системы базового и дополнительного медицинского образования, содержащее материалы по развитию сестринских навыков в области педагогики и психологии делового общения с детьми и подростками.

Настоящий этап в профилактической направленности сестринского дела состоит в разработке и поддержке более эффективной медицинской практики с помощью совершенствования педагогических навыков средних медицинских работников, что является действенной заботой о будущем новых поколений.

Раздел I. Акушерское дело в укреплении и профилактике здоровья девушек и женщин: современные достижения в Республике Беларусь

Резюме. Основными направлениями деятельности белорусского государства являются укрепление семьи, охрана здоровья женщин, стимулирование рождаемости, формирование и воспитание полового и репродуктивного поведения подростков, осуществлять которые предстоит семье, школе, образованию [30].

Стимулом для научных исследований, способствующих решению задач, являются достигнутые результаты для анализа и прогноза в области профилактической МС и Ак, осуществляемые в Республике Беларусь. Это может стать полезным для деятельности в области профилактической медицины для формирования здоровьесберегающей среды обучения [4,5,9].

Ключевые слова: акушерка, профилактическая помощь, школа, содействующая укреплению здоровья.

Актуальность. На 75-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (2022) Европейское региональное бюро ВОЗ подтвердило приоритеты ближайшего времени, утвержденные в Европейской программе «Совместные действия для улучшения здоровья в Европе» (EPW) на 2020-2025 гг.

Цель исследования: выявить новые возможности для актуализации функций МС учреждений образования для детей и подростков, а также Ак по взаимодействию и мотивации молодежи к созданию семьи и безопасному сексуальному поведению.

Методы исследования: аналитический, статистический, социально-гигиенический, библиографический.

Результаты и обсуждение. Данные статистики Республики Беларусь свидетельствуют о том, что показатель обеспеченности Ак – 93,0 на 10 тыс. населения, при соотношении численности врачей: МС 1:2,34 [12,35], что удовлетворяет потребности. Данные отражают то, что в Республике Беларусь имеются необходимые мотивированные кадры для поддержки семей с детьми и улучшения условий их жизнедеятельности благодаря обучению [35].

Приоритеты ВОЗ в области сестринского и акушерского дела на перспективу учитываются в действующих планах учреждений образования и организаций здравоохранения:

- правовое регулирование сестринской практики (перенос тяжестей и продолжительность рабочего дня будет изучено ВОЗ и применимо для Республики Беларусь) [13,14,18,19,28];
- безопасность пациента равноценна качеству сестринского ухода [18, 24];
- распространение ВИЧ/СПИД и психических заболеваний [11,22,24,28, 38];
- сестринское образование [20];
- новые технологии в обучении и оказании ухода [22,40];
- стратегии привлечения молодежи [7,29].

Семья: ментальность и современные функции в белорусском обществе

Одним из элементов образования учащейся молодежи становится новый подход в обучении, базирующийся на ментальности белорусов по отношению к семье. Термин «менталитет» (или ментальность) означает способ мышления, мировосприятия отдельного человека или какой-либо общности людей. Она отражается в специфическом представлении людей о пространстве

и времени, суждениях о самом себе (самосознании), представлениях других групп населения, отношении к труду, религии, семье [37,40].

Известные региональные отличия отражены в термине, связанном с географией брачности, — линии Хаджнала, возникшем в XIX в. Ее условно проводят по Европе: от Финляндии до итальянского Триеста через Санкт-Петербург. К востоку от этой линии обязательный брак и дети считались нормой. На западе от линии Хаджнала мужчины и женщины вступали в брак позже: считалось, что сначала нужно обеспечить хорошее имущественное положение. Те, кто был беден, вообще отказывались от брака, что до некоторой степени снижало рождаемость.

В настоящее время чайлдфри (лица, сознательно отказывающиеся от рождения детей при полном здоровье и достатке) в Европе есть везде, постепенно они появляются в Арабских Эмиратах, но это современная, не очень традиционная исламская страна. В государствах с нарастанием фундаментализма, сложнее. В православной среде практически невозможно быть откровенным чайлдфри, но есть способы жить без детей и не быть осуждаемым за это обществом — можно уйти в монастырь. Религиозный фундаментализм совершенно не способствует чайлдфри. В Российской Федерации дискутируется вопрос о запрете на применение этого термина и популяризацию его содержания, противоречащего социально-ориентированному государству, основой которого является союз мужчины и женщины в форме семьи.

Менталитет белорусов как своеобразной этнической общности приобретал типичные черты в определенных условиях социально-экономической, общественно-по-

литической и духовно-культурной жизни. Характерными особенностями менталитета белорусов являются привязанность к родным местам, патриотизм и доброжелательность [38].

Человек как личность реализуется в общении, особенно ярко возможность самореализации возрастает в семье. Любовь до самопожертвования является единственной силой, которая строит семьи. Это главная сила, противостоящая эгоизму. Одна шутка точно отражает первопричины семейных разногласий: «Это была большая любовь. Они очень сильно любили... он – себя, она – себя». Безграничный эгоизм во многом является двигателем, толкающим семью к разводу. В основе кризиса семьи лежит духовное одиночество. Из-за этого происходят отклонения в психике, взаимное отчуждение супругов, отказ от выполнения долга по воспитанию детей [1,2,40].

Полноценная семья призвана выполнять основные функции в современном обществе:

- рождение и воспитание детей (репродуктивная, воспитательная);
- поддержание существования всех членов семьи, забота о здоровье и продолжительности жизни детей и престарелых (хозяйственно-бытовая и социальная);
- обеспечение стабильности семьи (стабилизирующая);
- эмоционально-психологическая.

В дневниковых записях последняя российская царица А.Ф. Романова так писала об этом: «Смысл брака в том, чтобы приносить радость. Подразумевается, что супружеская жизнь – самая счастливая, полная, чистая, богатая». Далее она пишет: «Долгом в семье является бескорыстная любовь. Каждый должен забыть свое «я», посвятив себя другому. Каждый должен винить себя, а

не другого, когда что-нибудь идет не так. Необходимы выдержка и терпение, нетерпение может все испортить». Множество произведений искусства и литературы подтверждают этот тезис, как, например, роман М. Пруста «Нетерпение сердца».

Согласно Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021-2025 годы, на повышение качества жизни семей с детьми и комплексное решение мер по улучшению репродуктивного здоровья направлены усилия систем здравоохранения Союзного государства. Обмен опытом охраны здоровья женщин, детей и подростков в настоящее время сформулированы и осуществляются на практике в Российской Федерации, что полезно для широкого круга специалистов Союзного государства (табл.1.1).

Привнесение западной моды на территорию славянских стран России, Беларуси, Украины на осознанный уход от традиционных ценностей союза мужчины и женщины в пользу жизни ребенка, культ свободных безбрачных и бездетных отношений способствовали нарушению нравственных табу и произвели обесценивание в глазах части молодежи значения родственных семейных отношений.

Таблица 1.1. Основные меры по охране здоровья женщин, детей и подростков в Российской Федерации (Григорьев К.И., Григорьев А.И.. 2019)

Период жизни	Комплекс мероприятий	Благоприятная среда
Охрана женского здоровья	• Доступ к информации и услугам в	<i>Стимулы для системы здравоохранения</i>

	<p>сфере сексуального и репродуктивного здоровья;</p> <ul style="list-style-type: none"> • обеспечение полноценного питания; • лечение и профилактика хронических заболеваний; • проведение скрининга и лечение рака шейки матки и рака молочной железы; • профилактика гендерного насилия и борьба с ним; • выявление и ведение случаев осложненной беременности 	<ul style="list-style-type: none"> • Политика, направленная на всеобщий охват населения медико-санитарными услугами; • достаточно устойчивое финансирование; • поддержка медицинских работников для повсеместного оказания высоко качественной медико-санитарной помощи; • материально-техническое обеспечение, развитие инфраструктуры; • наличие службы борьбы с чрезвычайными ситуациями; • выработка подходов на основе прав человека и гендерного равенства в новых программах; • обеспечение прозрачности и под-
Беременность, роды и послеродовой уход	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение дородового ухода и помощи при родах; • безопасных аборт и медицинской помощи после аборта; • предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку; 	

	<ul style="list-style-type: none"> • оказание медицинской помощи при выявлении акушерских и перинатальных осложнений; • обеспечение ухода в послеродовой период за матерью и новорожденным; • дополнительного ухода за маловесными и больными детьми; • скрининг материнской заболеваемости 	отчетности проводимых мероприятий
Здоровье и развитие ребенка	<ul style="list-style-type: none"> • Грудное вскармливание; • внимательный уход и стимулирование развития; • вакцинация; • профилактика и лечение детских болезней и нарушений питания; • лечение и реабилитация детей с врожденными пороками развития и инвалидностью; 	<p><i>Многосекторальные стимулы</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Концепции и меры защиты в ключевых отраслях: финансовой и социальной защиты; • образования; • гендерного равенства; • юстиции; • сельского хозяйства;

	<ul style="list-style-type: none"> • поощрение здорового образа жизни 	<ul style="list-style-type: none"> • охраны окружающей среды и энергетики;
Здоровье и развитие подростков	<ul style="list-style-type: none"> • Воспитание сознательного отношения к здоровью, учебе, социальной адаптации; • поддержка со стороны родителей; • полноценное питание; • предотвращение травм, насилия, психологическая поддержка; • выявление и борьба с употреблением опасных и вредных веществ; • оказание помощи детям с задержкой в развитии 	<ul style="list-style-type: none"> • занятости и торговли; • инфраструктуры, включая строительство различных объектов и дорог; • информационно-коммуникационные технологии; • транспорт

Негативные тенденции современного родительства

- Снижение числа зарегистрированных браков в динамике 2016-2019 гг. [10-12;39];
- Возрастание уровня разводов в динамике 2016-2019 гг. [12,39];
- Осознанная бездетность, навязывание идеи бегства от брака и родительства (чайлдфри). В Российской

Федерации, например, дискутируется вопрос о правомочности использования термина в обществе;

- Возрастание среднего возраста матери при рождении ребенка до 29,6 лет, а 1-го – 26,8 лет (2019) по сравнению с 22,4 годами (2018) [12,39];

- Более высокая рождаемость в наименее благополучных слоях населения («Материнский капитал») [1,2];

- Поиск оптимальной стратегии совмещения профессиональных и родительских ролей. В целом в Республике Беларусь и в Российской Федерации женщины ориентированы на полную занятость, карьерный рост в сочетании с семейными обязанностями и воспитанием детей. Любая пара в принципе планирует в будущем рождение ребёнка, поэтому возникает необходимость пройти обследование и понимать свой «репродуктивный запас» заранее, чтобы не обращаться за помощью к медикам, когда будет слишком поздно.

Отдельный показатель Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» (Программа) и подпрограмм 2015-2020 гг. (суммарный коэффициент рождаемости) был 1,382, планировалось его изменить от 1,488 до 1,75 к 2021-2025 гг. [7,11,39]. Суммарный коэффициент рождаемости – это число детей, которых могла бы родить одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15-49 лет). Достигнуть его непросто на фоне европейского кризиса семейно-брачных отношений как антипримере для белорусов, а также медико-социально-биологических последствий пандемии COVID-2020 г.

Отношение государства и общества к детям и семье сохраняет свое значение, а медицинские работники на

протяжении столетий неукоснительно следуют правилам нравственности (уважению, такту, деликатности, заботе, контроле собственных негативных эмоций) и великодушию человека, который не ищет выгоды для себя, но с готовностью делает добро другим.

Трагедия социального сиротства рожденных детей при живых родителях продолжает сохранять актуальность с 30-х гг. прошлого столетия, когда была обусловлена войной и разрухой, потерей детей в вихре революции.

С последовательностью социального расследования в случаях семейного неблагополучия для наблюдаемых детей и с алгоритмом действий педиатра в случае выявления признаков насилия должны быть знакомы все.

Признаки семейного неблагополучия, которые могут влиять на качество жизни и судьбу детей:

- социально-экономические (например, малообеспеченные семьи, где есть безработные);
- медико-санитарные (антисанитария в содержании больного человека, отказ от его лечения, признаки жестокого обращения);
- социально-демографические (дети престарелых граждан – лица без определенного места жительства, ранее отказывавшиеся от собственных детей);
- психолого-педагогические (равнодушие, отказ от контактов с социальной службой);
- криминально-аморальные (дети престарелых родителей – бродяги, состоящие в деструктивных религиозных сектах или на учете в органах МВД, наркоманы, лица с иными зависимостями, принадлежащие к криминальному миру).

Наличие этих признаков – SOS для ребенка. Именно семейное неблагополучие нередко становится причиной травм и даже смерти младенцев и детей.

Как известно, «В серьезных делах следует заботиться не столько о том, чтобы создавать благоприятные возможности, сколько о том, чтобы их не упускать» (Франсуа де Ларошфуко), поэтому предупреждение подобного явления является нормой ответственности каждого человека и общества в целом.

Самым вопиющим признаком семейного неблагополучия является домашнее насилие, существующее во всем мире, вне социального статуса, может происходить в богатых и бедных, в городских и в деревенских семьях, у людей с высшим образованием и без оно.

Официальной статистики по случаям домашнего насилия в Республике Беларусь в открытом доступе нет. Принято считать, что в бедных семьях чаще встречается физическое и сексуальное насилие, а в обеспеченных — психологическое и экономическое. При этом именно экономическому насилию уделяется незаслуженно мало внимания, а именно оно во всем мире выходит на лидирующие позиции.

Связано ли домашнее насилие напрямую с алкогольным опьянением агрессора? Нет, оказывается, у многих алкоголь может быть лишь оправданием («выпил — поднял руку»), а на самом деле агрессию и насилие в адрес детей и женщин проявляют как пьяные, так и трезвые. Психологи утверждают, что насилие в семьях больше зависит от характера и привычек членов семьи, а не от алкоголя.

Известно, что органами правопорядка Республики Беларусь в 2019 г. было выписано более 5 000 защитных предписаний, после нарушения которых наступает юридическая ответственность агрессоров в семье. Ежегодно органами МВД фиксируется около 2 000 преступлений, совершенных в быту. Каждый день в органы МВД поступает около 100 обращений от граждан,

страдающих от семейно-бытовых конфликтов (юридически этот вид преступлений в Республике Беларусь называется именно так).

Синдром жестокого обращения с ребенком

Самой распространенной формой домашнего насилия является проявление жестокости по отношению к ребенку, наиболее часто встречающееся в семьях высокого социального риска. Синдром жестокого обращения с человеком (за рубежом – синдром «битого и оскорбленного») (СЖО) – нарушение здоровья пациента в результате насилия, допускаемого родственниками, опекунами, воспитателями и др. Насилие над ребенком – актуальная и разносторонняя государственная и личная проблема каждой семьи, решаемая на социальном уровне.

СЖО имеет свои масштабы, в различных формах и проявлениях существует во всех странах, независимо от общественного и государственного строя. Каждая из стран имеет свой опыт борьбы с данным негативным явлением. В Украине, Молдове и других странах приняты государственные Законы «О домашнем насилии», в Республике Беларусь готовится Закон «О социальной профилактике насилия». Участниками социальной профилактики являются социальные и медицинские работники совместно с участковыми инспекторами милиции. Помимо медицинских задач одновременно следует рассматривать материальные, правовые, социальные, педагогические и этические проблемы ребенка, подвергшегося жестокому обращению.

К группе риска по СЖО относятся младенцы, дети и подростки:

- инвалиды или взрослые дети с наследственными заболеваниями;

- из асоциальных семей, где внутрисемейное насилие является стилем жизни, родители употребляют алкоголь, наркотики, страдают депрессией;

- из семей с престарелыми и тяжелыми хроническими заболеваниями родственников, нуждающихся в уходе;

- из семей безработных при наличии материальных проблем, лиц, перенесших жестокое обращение в детстве ранее, социально изолированных лиц.

Причины СЖО: жестокость как элемент непреднамеренного поступка и как проявление психического недуга взрослого; социальная запущенность (лишение пищи, одежды, безнадзорность, препятствие к получению медицинской помощи и образования); сексуальное преследование; наркомания; пренебрежение к слабости ребенка и неоказание своевременной медицинской помощи при болезни, искусственные препятствия для динамического педиатрического наблюдения.

Косвенные признаки, позволяющие педиатру (или иному медицинскому работнику) **заподозрить СЖО:** травмы, кровоподтеки на спине, гематомы в неожиданных местах, необычные ожоги, следы линейных кровоподтеков после ударов палкой, петлевидных кровоподтеков от ударов ремнем или проводом; следы стягивания веревкой; ожоги, обваривания кипятком в виде перчаток или носков; винтообразные переломы бедра; укусы; выбитые зубы, разрывы или порезы во рту, на губах – все это требуется соотносить с возрастом ребенка, учетом психофизического состояния. Медицинских работников могут привлекать к экспертизе давности имеющих место кровоподтеков у детей и подростков.

Цвет кровоподтеков в зависимости от давности их получения:

день – от красного до синего;

1-5 дней – от синего, до пурпурного;

5-7 дней – от зеленого, до желтого;

8-10 дней – от желтого, до коричневого, которые спустя 1,5-4 недели исчезают.

Неслучайный характер травм подчеркивают множественные, разной давности кровоизлияния, появление их после выходных и праздничных дней. Сексуальный характер насилия выявляют при осмотре гениталий, области ануса, его «зияние», следы спермы, признаки инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) [3,4].

Противоречивые и путанные объяснения причин травм родителями или взрослыми опекунами, неспровоцированная агрессия к медицинскому персоналу, отсутствие эмоциональной поддержки в общении с пострадавшим ребенком также могут являться косвенными свидетельствами преступных действий в семье по отношению к ребенку.

Осматривая избитого подростка, педиатру следует ответить на четыре вопроса:

Согласуются ли обстоятельства травмы, описанные родственниками, опекунами, с результатами осмотра?

Убедителен ли механизм повреждений, поясняемый свидетелями, с учетом возраста и функциональных возможностей ребенка?

Случались ли повторные повреждения у этого пациента?

Своевременно ли обращение родственников, опекунов за медицинской помощью?

Тактика поведения педиатра (МС) при выявлении признаков СЖО

Нередко являясь единственными свидетелями отношения родителей, родственников, опекунов к ребенку педиатры играют главную роль в выявлении СЖО и его

справедливом, нравственном разрешении в пользу пострадавшего. В каждом случае педиатр или врач общей практики обеспечивают амбулаторную медицинскую помощь, при необходимости – госпитализацию. Следует сделать подробное описание всех телесных повреждений и объективной клинической картины для последующего решения социально-правовых вопросов с юристом при проведении социального расследования [19].

Обязательна психологическая поддержка подростка (ребенка) как жертвы внутрисемейной агрессии. Информации о каждом выявленном случае СЖО передается руководителю организации здравоохранения и в органы МВД, при возможности – консультация психолога, все это лежит в области не только функциональных обязанностей, но и совести, о которой в свое время Владыка Филарет, Патриарший Экзарх Беларуси: писал: «Совесть нельзя разделить на ту ее часть, которая связана с профессией, и на ту, что связана с личной жизнью. Медицинский работник, как любой другой человек, призван поступать нравственно во всех ситуациях и при всех искушениях, чтобы достойно выдерживать испытания совести».

Значение семьи для большей части взрослого населения Республики Беларусь велико, этому уделяется часть государственной демографической политики. Осуществляются адаптированные к потребностям молодежи, качественные и доступные услуги по охране здоровья будущих матерей и контрацепции не только в амбулаторно-поликлинических организациях страны, но и в образовательных учреждениях для детей и подростков, включая услуги по профилактике и комплексному ведению заболеваний (ИППП), ВИЧ/СПИД в том числе [4,8,10,30].

Справка. Вклад в смертность от небезопасного секса согласно мировой шкале смертности – 2,2%, молодежь должна владеть подобной статистикой рисков от незащищенного секса со случайными партнерами.

Справка. Были поставлены отдельные целевые показатели Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы: охват комбинированной антиретровирусной терапией до 80% ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении, охват до 50 % групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ профилактическими мероприятиями.

ДОСТИГНУТО. Результатом комплекса мероприятий снижен риск передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ребенку до 1 процента, что осуществлено в 2019 г. [7].

Президент Республики Беларусь А.Г. Лукашенко на встрече с Национальным собранием и обращением к белорусскому народу 22.04.2017 г.: «Что касается задач в демографической сфере, то главное остается неизменным – создание условий для роста населения страны.... В 2015 году уровень рождаемости практически сравнялся с уровнем смертности. Родилось почти 120 тысяч детишек. Такой рождаемости не было больше 20 лет!.. За 10 лет младенческая смертность снизилась почти в 3 раза. По этому показателю Беларусь вышла на самые передовые позиции в мире. Это самое главное наше достояние...Радует и то, что увеличивается размер белорусской семьи, более 56 процентов новорожденных – это вторые и последующие дети. Это прорыв!.. Наши демографические программы доказали свою результативность, и мы продолжим их реализовывать в полном объеме. Уже задействован такой механизм поддержки

семьи, как материнский капитал, а также помощь в решении жилищных проблем».

Справка. В Республике Беларусь осуществляются инициативы по предоставлению качественной информации и услуг перед зачатием ребенка и во время беременности для всех женщин, в т. ч. из неблагополучных групп населения (мигранты, группы с низким социально-экономическим статусом или меньшинства, а также для женщин, имеющих проблемы с психическим здоровьем или злоупотребляющих психоактивными веществами). Многочисленны меры по оказанию семьям поддержки для формирования родительских навыков и умений («Школа молодого родителя») в женских консультациях по примеру «Школ сахарного диабета» [40].

Особый акцент по охране сексуального и репродуктивного здоровья в учреждениях образования страны сделан на доступность информации, просвещения по вопросам пола, сексуальности, качественных услуг по охране материнского здоровья и контрацепции, поддержку родителей. Плюрализм супружества и родительства в мире, а также вопросы трансформации родительско-детских отношений также являются предметом бесед и круглых столов в молодежной среде [30,31,40].

В Республике Беларусь с 1996 г. отмечается День матери (14 октября), а с 2022 г. – День отца (21 октября), что объединено в дополнительный повод привлечения внимания к решению проблем семей с детьми.

Обеспечение своевременной эффективной диагностики врожденных и наследственных заболеваний, обеспечение комбинированного скрининга беременных свидетельствует об успешности раннего выявления, поскольку коэффициент смертности от врожден-

ных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений в 2019 г. составил 1,7 на 100 тыс. населения и продолжает сокращаться [10-12,39].

Разработке концептуальных основ семейной политики и приоритетных направлений ее многоуровневой реализации [36] способствуют развитие сотрудничества с общественными и религиозными организациями, продолжающееся совершенствование оказания разноразностной специализированной медицинской помощи женщинам [2,27,35].

Наличие многочисленных факторов, влияющих на планирование деторождения и темпов формирования семьи, составляет одну из самых сложных задач их регулирования. Наиболее важные факторы очевидны: политическая нестабильность, увеличение возраста рожавших женщин, изменения структуры семей, снижение потенциала материнского здоровья [1]. Имеют значение безопасность и качество медицинской помощи, ассоциированные с ними условия подготовки медицинских кадров [2,6, 10,11,18,20,40].

В рамках изучения процессов демографии важно оперировать такими показателями как величина протогенетического и интергенетического интервалов, оказывающих существенное влияние на течение беременности, распространенность заболеваний и патологических состояний, предшествующих или возникших во время беременности:

- протогенетический интервал (от прото... и греч. γένεσις – рождение), интервал времени, прошедший между вступлением в брак и рождением первого ребёнка;
- интергенетический интервал (от лат. inter – между и греч. genesis – рождение) – период времени между рождением ребёнка и наступлением следующей

беременности. Данные факторы медицинским работникам следует учитывать при анализе факторов риска для ребенка [8].

Медицинские и педагогические работники все чаще встречаются с последствиями новых моделей семейных отношений, оказывающих большое влияние на репродуктивные установки. Так, в 1990-е гг. идеальной считались семьи с 2-3 детьми, в последние годы число рождения детей в семье, по мнению современных родителей, уменьшилось, что, в совокупности с другими демографическими и социально-экономическими причинами, привело к резкому снижению рождаемости [10-12,37-39].

Ценность воспитания традиционной принадлежности к определенному полу неоспорима для выполнения детьми соответствующих ролей с раннего возраста, поэтому родителям целесообразно ориентироваться на определенные правила [30].

Известно, что на рождение первенца в семье в значительной мере воздействует эмоционально-психологическая составляющая: «Нет ничего сильнее того чувства, которое приходит к нам, когда мы держим на руках своих детей. Их беспомощность затрагивает в наших сердцах благородные струны. Для нас их невинность – очищающая сила. Когда в доме новорожденный, брак как бы рождается заново. Ребенок сближает семейную пару так, как никогда прежде... На их руки возложена святая ноша, бессмертная жизнь, которую им надо сохранить, и это заставляет их задуматься. «Я» больше не центр мироздания. У них есть новая цель, для которой надо жить, цель настолько великая, чтобы заполнить всю их жизнь», – писала А.Ф. Романова.

**Анализ состояния акушерского образования
и практики в Республике Беларусь базируется
на следующих фактах:**

- уровень обеспечения в Республике Беларусь всеобщего доступа к медицинским услугам по охране репродуктивного здоровья превышает необходимый порог 90% на 5%, благодаря чему страна входит в 50 лучших государств мира по ведению беременности (ВОЗ, 2015) [7], что свидетельствует о высоком уровне эффективности демографической политики;
- улучшение качества и доступности профилактической медицинской помощи по ИППП [30,40].

Справка. Роль Ак в предупреждении распространения сифилиса посредством обследования контактных лиц возросла: в 99% случаев больные были выявлены среди половых контактов благодаря особой ответственности за установление возможно большего числа контактов пациента [30].

Справка. Активная профилактическая и просветительская деятельность медицинских работников среди молодежи привела к снижению удельного веса 18-19-летних пациентов с ИППП с 3,7% (2010 г.) до 1,3% (2018 г.) [10].

Справка. Разработан учебный модуль по репродуктивному здоровью, в том числе по предабортному консультированию.

В рамках совершенствования службы планирования семьи и осведомленности молодежи в правовых вопросах по семье и браку [18,13] в Республике Беларусь введено предабортное консультирование, повлиявшее на динамику снижения аборт. Ужесточение показаний на производство аборта также внесло лепту в борьбу за права не рожденных детей. Исходя из статистики 2008 г. и 2018 г. число аборт. на 100 родов в Республике

Беларусь сократилось в 1,6 раза [10,12,39], до 15-29 % женщин сохраняют беременность после подобного консультирования. В 2018 г. на 17% уменьшилось число отказных младенцев.

Справка. Эффективность медицинской пропаганды среди молодежи образовательных учреждений по применению методов контрацепции как средства борьбы с абортами: в 2000 г. – на 100 родов приходилось 129 аборт, а в 2018 г. – на 100 родов – 25 аборт, т.е. снижение аборт почти в 5 раз (ВОЗ).

- Организация профилактической деятельности, благодаря созданию школ, содействующих укреплению здоровья детей и подростков организованных коллективов на основе международных проектов [12-15].

Справка. Установлено, что изменилась доля курящих девушек с 22% (2015) до 12,5% (2022), что стало благодаря СМИ эффектом моды на отказ от табакокурения среди молодежи [16].

- Образовательная, разъяснительная, профилактическая и лечебная работа Ак и МС по обеспечению и поддержке грудного вскармливания проводится в женских консультациях и на участке врача общей практики [1,35,26].

- Осуществление скрининговых программ по выявлению заболеваний репродуктивных органов, а также по обучению девушек и женщин приемам самообследования молочных желез [18,36].

Справка. Эффективность лечения бесплодия в Республике Беларусь составляла в 2008 г. 7%, в 2012 г. – 20,8%, в 2022 г. – 23,6% [10]. Осуществляется оказание финансовой государственной поддержки супружеским парам, страдающим бесплодием согласно нормативным правовым актам (Конституция Республики Бела-

реть, Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Психологическая поддержка девушек и женщин для борьбы со страхом беременности и деторождения, борьба с негативными тенденциями современного родительства является предметом помощи, начиная с семьи и продолжая в период обучения [24,30].

Ак владеют позитивной статистикой изменения актуальности 15 ведущих причин смертности в мире за период 1990-2019 гг. (болезнь или травма): состояния, возникающие в перинатальном периоде, снизились с 3 до 11 места значимости; врожденные аномалии с 10 места снизились до 13 [10].

Справка. Жизнь в браке продлевает жизнь женщин на 1600 суток, а холостая жизнь мужчин сокращает продолжительность жизни на 3500 суток (А. Ткаченко, 2004).

Административное поощрение инициативы МС и Ак по повышению возможности выполнения более сложных обязанностей, базируется на изученной потребности в успехе [20,22,23]. Тенденции к возрастанию роли Ак и МС прослеживаются на примере совершенствования оказания гинекологической помощи и показателей эффективности труда коллектива Гинекологической больницы г. Минска (2022) [20].

Справка. Благодаря достигнутому уровню квалификации, рациональным управленческим и организационным решениям, вниманию к поощрению успешных специалистов, только за 2012-2022 гг. звания «Лучший врач года» и «Лучшая медсестра года» удостоились 4 человека, а нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» награждено 8 человек.

Одним из приоритетов стало не только устранение

коренных причин болезней, гарантия от системы общественного здравоохранения на всеобщий доступ и качественную медицинскую помощь без опасения финансовых трудностей, но профилактическая направленность работы с детьми и молодежью по сохранению здоровья (включая репродуктивное) [3, 40].

Новые возможности для актуализации функций МС учреждений образования для детей и подростков, а также Ак по взаимодействию и мотивации молодежи к созданию семьи позволяют пересмотреть базовые и профессиональные компетенции специалистов профилактической направленности [24,25,36,40].

Приоритетными направлениями исследований в Российской Федерации, например, в настоящее время считаются разработка, апробация, оценка прогностической значимости и валидация новых диагностических панелей и тестов неинвазивной оценки риска НИЗ с использованием современных биотехнологий. Они включают анализ биохимических/ метаболических маркеров в сыворотке крови, протеомный анализ; дальнейшее развитие и совершенствование «Банка биологического материала» с целью достижения мирового уровня стандартизации проведения преаналитического этапа и биобанкирования биоматериала для будущих исследований. Изучение микробиоты у пациентов с различными заболеваниями позволит уточнить патофизиологические механизмы развития и прогрессирования заболеваний и предложить подходы к разработке инновационных технологий лечения и др. [8].

Международное сотрудничество во многом обеспечивает оптимизацию просветительской деятельности для детей, подростков, педагогов, родителей по сохранению здоровья в организованных коллективах.

Межнациональные стратегические инициативы и программы для осуществления в школах в Республике Беларусь

- «Health Promoting Schools» («Школы, содействующие сохранению здоровья учащихся»);
- «Comprehensive School Health» («Комплексная программа укрепления здоровья школьников»);
- «Child Friendly Schools» («Школы, заботящиеся о детях»);
- инициатива FRESH (Focusing Resources on Effective School Health) – «Формирование ресурсов для эффективного школьного здравоохранения».
- сеть SHE – School for Health in Europe (Школы здоровья в Европе) функционирует в Европе с 1991 г. под эгидой Европейской комиссии, Совета Европы и ЕРБ ВОЗ.

Эти программы направлены на улучшение здоровья детей и молодежи в Республике Беларусь, как и в Европе и оказались успешным направлением профилактической деятельности путем особого внимания к школам, помочь этому могут МС, способные последовательно реализовать концепцию SHE: – политику здоровой школы, как не разовую акцию.

Заключение. Меры по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, адаптированными к потребностям молодежи, конкретизируются в выполнении целевых показателей Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021-2025 годы.

Для развития профилактической направленности деятельности Пвр и МС снабжены инструментами для руководства учащихся в их желании следовать полезным для личного здоровья навыкам [3,4,5,9].

Благодаря цифровизации, постепенно входящей в повседневность работы врача и МС, имеет место выбор приложений и онлайн инструментов, предлагающих терапию и профилактику обострений, помогает обработке больших объемов информации при мониторинге факторов риска, формирующих здоровье учащихся [9,17]. Например, приложения, измеряющие уровень сахара в крови для пациентов, подверженных риску сахарного диабета, могут помочь им сделать выбор в образе жизни, чтобы улучшить свое здоровье, не полагаясь на традиционные лекарства, или ограничения физической нагрузки под контролем ЭКГ лицам, имеющим риски по болезням системы кровообращения (БСК).

Успехи в оказании акушерско-гинекологической помощи школьникам и возрастании ее качества и доступности в среде учащейся молодежи находятся в русле государственной политики в области здоровья, Министерства здравоохранения Республики Беларусь и мирового образовательного процесса, рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и Всемирной Федерации Медицинского Образования (ВФМО). Только за 2004-2020 гг. принято 11 резолюций и в 8 документах высказаны мнения о роли и месте Ак и МС [21].

Международные проекты по оптимизации деятельности «Школ – территории здоровья» благоприятны для межведомственного и междисциплинарного сотрудничества в области обеспечения кадрами по профилю профилактической медицины для детей и подростков образовательных учреждений [20] силами, в том числе, Ак [35], благодаря организации труда в команде единомышленников на территории врача общей практики [17,24].

Рассматривая проблемы здоровья женщин, особое внимание в Республике Беларусь уделяется трем категориям проблем, считающихся принципиально ведущими – нарушениям менструального цикла, раку шейки матки и молочной железы, остеопорозу [10,12,38,39].

Смена парадигмы лечения на парадигму профилактики в системе здравоохранения наших дружественных государств позволит перенаправить и оптимизировать деятельность самой многочисленной когорты медицинских работников на своевременную диагностику и предупреждение болезней подрастающего поколения в образовательных учреждениях.

Целесообразно развитие партисипативной медицины для учащихся, которым медики помогают в выборе действий, обучают и заботятся, для чего необходимо внимание к педагогическим и психологическим аспектам взаимодействия не только с ребятами, но и с родителями.

Эволюция демографической политики белорусского государства в области здравоохранения в 2016-2019 гг. свидетельствуют об устойчивом тренде снижения показателя младенческой смертности с 3,2‰ до 2,4‰ и увеличению средней продолжительности жизни с 72,3 лет до 75 лет (к 2025 г.), что косвенно отражает усилия государства в области предупредительной медицины.

Формирование нового взгляда на обучение предупреждению школьно-обусловленной патологии, включая сексуальное просвещение, объяснимо использованием международного опыта оптимизации образования средних медицинских работников, повлиявшего на изучение роли МС в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья девушек и женщин.

Внимание к духовно-нравственным ценностям института семьи отмечено в выступлении Президента Республики Беларусь А.Г. Лукашенко при обращении к белорусскому народу и Национальному собранию 1 апреля 2023 г.: «Культ полноценной семьи с двумя и более детьми должен быть стилем жизни белорусов. Только так мы сможем быть уверены, что следующие за нами поколения будут прирастать...».

Литература

1. Планирование деторождения, темпов формирования семьи и репродуктивное здоровье беременных / И. П. Артюхов [и др.] // Соц. аспекты здоровья населения. – 2017. – № 6. – С. 7–15.
2. Баранов, И. И. Итоги работы II Конгресса «Право на жизнь» / И. И. Баранов, Л. А. Нестерова // Акушерство и гинекология. – 2023. – № 5. – С. 177–179.
3. Основы здорового образа жизни : учеб. пособие / Т. С. Борисова [и др.]. – Минск : Новое знание, 2023. – 344 с.
4. Борисова, Т. С. Медико-гигиеническое сопровождение детей и подростков организованных коллективов : учеб.-метод. пособие / Т. С. Борисова, Н. В. Самохина, А. В. Кушнерук. – Минск : БГМУ, 2022. – 72 с.
5. Гигиена детей школьного возраста и подростков : учеб. пособие / Т. С. Борисова [и др.] ; под ред. Т. С. Борисовой. – Минск : Новое знание, 2021. – 624 с.
6. Большакова, Н. Л. Современные проблемы здоровья женщин / Н. Л. Большакова // Соц. политика и соц. партнерство. – 2019. – № 9. – С. 20–27.
7. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа:

<http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/>. – Дата доступа: 22.10.2019.

8. Григорьев, К. И. Профилактика болезней взрослых: роль специалистов дошкольной, школьной и университетской медицины / К. И. Григорьев, А. И. Григорьев // Мед. сестра. – 2019. – № 1. – С. 32–38.

9. Гузик, Е. О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих : [монография] / Е. О. Гузик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 334 с.

10. Дети и молодежь Республики Беларусь : стат. сб. / редкол.: И. В. Медведева [и др.]. – Минск : Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2018. – 133 с.

11. Естественное движение населения по Республике Беларусь, 2019 год / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь. – Минск, 2020. – 52 с.

12. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. стат. сб. за 2019 г. – Режим доступа:

https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.

13. Иванюшкин, А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этические и правовые аспекты / А. Я. Иванюшкин. – М. : Авт. акад., 2010. – 112 с.

14. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 ч. / А. А. Кралько. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2019. – Ч. 2. – 147 с.

15. Кудеров, М. Книга зожника: физкультура, питание и здравый смысл / М. Кудеров, Ю. Кудерова, А. Максименко. – М. : МИФ, 2019. – 214 с.

16. Кузнецова, Л. Э. Оценка репродуктивного здоровья девушек / Л. Э. Кузнецова // Мед. знания. – 2023. – № 1. – С. 16–18.

17. Матвейчик, Т. В. Элементы цифровизации при уходе за пациентами на дому в деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики / Т. В. Матвейчик, И. Г. Солдатенко, С. А. Левчук. – Минск : Ковчег, 2023. – 147 с.

18. Матвейчик, Т. В. Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 127 с.

19. Матвейчик, Т. В. Правовые и нравственные аспекты предупреждения социального сиротства в деятельности медицинских работников / Т. В. Матвейчик // Правовое регулирование медицинской деятельности, юридическая ответственность за ненадлежащее врачевание : сб. материалов III Всерос. медико-правовых чтений, Новосибирск, 21 апр. 2023 г. / Новос. гос. мед. ун-т [и др.]. – Новосибирск : ИПЦ НГМУ, 2023. – С. 93–97.

20. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело: вчера, сегодня, завтра (1999-2025) / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 74 с.

21. Матвейчик, Т. В. Венская и Мюнхенская декларации: реализация в сестринском образовании в Республике Беларусь / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2022. – Т. 24, № 8. – С. 15–20.

22. Матвейчик, Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 223 с.

23. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь:

тенденции и перспективы /Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2018. – 171с.

24. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск: БелМАПО, 2014. – 302 с.

25. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.

26. Нутритивная поддержка при беременности: возможности профилактики акушерских осложнений / О. И. Михайлова [и др.] // Мед. совет. – 2021. – № 3. – С. 67–74.

27. Нацун, Л. Н. Здоровье женщин репродуктивного возраста / Л. Н. Нацун // Соц., культур. исслед. и безопасность. – 2020. – № 3. – С. 167–182.

28. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последипломного медицинского образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

29. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего : предвар. докл. от Европ. региона ВОЗ / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2018. – 79 с.

30. Половое воспитание подростков и профилактика инфекций, передаваемых половым путем : учеб.-метод. пособие / О. В. Панкратов [и др.]. – 2-е изд., перераб и доп. – Минск : БелМАПО, 2021. – 75 с.

31. Опыт внедрения принципов непрерывного медицинского образования на педиатрической кафедре /

Д. Д. Панков [и др.] // Методология и технология непрерывного проф. образования. – 2021. – № 1. – С. 26–31.

32. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь. STEPS 2016 / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Минск : Страновой офис ВОЗ, 2017. – 247 с.

33. Садыков, Р. М. Рациональное питание детей в семье как фактор здоровья населения / Р. М. Садыков, Ю. В. Мигунова // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 1. – С. 23–27.

34. Садыков, Р. М. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению / Р. М. Садыков, Н. Л. Большакова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 2. – С. 247–252.

35. Современные вызовы образования и психологии формирования личности : монография / редкол.: Ж. В. Мурзина, О. Л. Богатырева. – Чебоксары : Среда, 2020. – 232 с.

36. Матвейчик, Т. В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Г.А. Шишко. – Минск : Ковчег, 2019. – 290 с.

37. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.] ; под ред. Н. Н. Пилипцевича. – Минск : Новое знание, 2015. – 782 с.

38. Павловская, О. А. Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма / О. А. Павловская. – Минск : Беларус. навука, 2015. – 430 с.

39. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 1 января 2021 г. и среднегодовая численность населения за 2020 г. : стат. бюл. / Нац. стат. ком. Респ. Беларусь. – Минск : Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2021. – 181 с.

40. Содействие здоровому образу жизни : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; науч. ред. Т. В. Матвейчик. – Минск : РИПО, 2011. – 276 с.

41. Состояние акушерского дела в мире 2021 г. : доклад Фонда ООН и Международной конфедерации акушерок, 2021 [Электронный ресурс] // Всемирная орг. здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/director-general/speeches/detail/launch-and-policy-dialogue-of-the-state-of-the-world-s-midwifery-2021-report>. – Дата доступа: 28.10.2021.

42. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 117 с.

Раздел II. Медицинские сестры и помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи образовательных учреждений в предупреждении неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков

Резюме. Год мира и созидания, объявленный Президентом Республики Беларусь Лукашенко А.Г. Указом №1 от 1 января 2023 г., придал большой стимул и конкретику в разработке государственных мер по укреплению здоровья молодежи в республиканском плане мероприятий.

Здоровье учащихся и студентов находится в сфере интересов социально ориентированного государства, о чем свидетельствуют системная работа и достижения в области решения проблем демографической безопасности, разностороннее международное сотрудничество Министерства здравоохранения Республики Беларусь, мнения международных конференций на уровне Министров здравоохранения в Вене (1988) и Мюнхене (2000) [21,35].

Целостный подход к созданию в школах Республики Беларусь здоровой среды для обучения – это стратегия, используемая для эффективного школьного здравоохранения с 2000 г. [1].

Инициатива FRESH (Focusing Resources on Effective School Health – «Формирование ресурсов для эффективного школьного здравоохранения») была определена в партнерстве ЮНЕСКО, ЮНИСЭФ, ВОЗ и Всемирным банком. Основные компоненты для «Школы доброжелательные к ребенку» («Child Friendly Schools») или «Школы, содействующие сохранению здоровья учащихся» («Health Promoting School») сконцентрировали внимание на вмешательствах, которые

можно было бы эффективно осуществлять даже в наименее обеспеченных ресурсами школах [5].

Ключевые слова: медицинская сестра, профилактическая помощь, школа, содействующая укреплению здоровья.

Актуальность. Результаты профилактических осмотров по выявлению распространенности патологии школьного возраста за 2009-2018 гг. свидетельствуют о показателе по нарушениям зрения у 14,5%, нарушений осанки – у 8,9%, неинфекционных заболеваний (НИЗ) в фазе компенсации у 15,8%, (3-я группа здоровья), в фазе декомпенсации – 1,8% (4-я группа здоровья) [1].

Результаты углубленного медицинского осмотра выявляют отклонения со стороны 3-х и более систем у каждого пятого школьника, нарушения осанки и зрения установлены у 39,5% и 32% соответственно. Первую группу здоровья имеют только 9,4% школьников [3,4].

Среди детей, не имеющих отклонений со стороны отдельных систем, около 10% имеют резко дисгармоничное физическое развитие, более 40% – низкую жизненную емкость легких (ЖЕЛ), около 30% – низкие показатели кистевой динамометрии, выявлены дефицит цинка (39,5%), калия (37%), меди (18,5%), железа (16,1%), кальция (8,6%). [1]

Цель исследования: выявить достижения в профилактике школьно-обусловленной патологии, направления деятельности для актуализации функций МС учреждений образования для детей и подростков.

Методы исследования: аналитический, статистический, социально-гигиенический, библиографический.

Результаты и обсуждение. Профилактическая направленность здравоохранения будет способствовать

детству без школьно-обусловленной патологии, особенно если анализировать опыт и перспективы для Республики Беларусь, находящийся в области образования и мотивации людей на сохранение и укрепление здоровья.

Одрэ Азуле, генеральный директор ЮНЭСКО, считает: «Если выбрать только один приоритет, то это должно быть образование и еще раз образование. Так как только посредством образования можно привести мир к совместному бесконфликтному будущему».

Основными компонентами программы FRESH являются:

- поощрение образа жизни без курения, поддержание сохранения системы образования в условиях угрозы ВИЧ/СПИД и не исключение беременных девочек из образовательного процесса;
- установление здоровой практики на протяжении всей жизни, доступ к воде и предоставлению санитарных услуг для здоровой среды в школе с целью снижения уязвимости молодежи и учителей перед ВИЧ/СПИД;
- конфиденциальность при поощрении к поведению по соблюдению гигиены и стимулирование девочек-подростков к получению образования;
- заниматься решением проблем по здравоохранению и питанию, включая консультирование по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД [17]. Данная стратегия показала эффективность в единой инфраструктуре – школе, поскольку объединяет все ресурсы на здравоохранение, образование, питание и санитарно-гигиенические мероприятия.

В Республике Беларусь в документах государственного значения [7-15] определена приоритетность мер профилактики. Действия государственной политики в

области здоровья населения направлены в соответствии с развивающимися в мире принципами 4 «П» для XXI века (Лерой Гуд, 2008): предиктивной (предсказательной) медицины, о которой нобелевский лауреат 1980 г. Жан Доссе отметил: «Чтобы предупредить болезнь, надо ее предвидеть»; предупредительной (профилактической) медицине с мнением русского профессора М.Я. Мудрова: «Будущее принадлежит медицине профилактической»; партисипативной медицине, в которой пациент – участник процесса, которому медики помогают в выборе действий, обучают, заботятся о нем и персонализированной (индивидуальной, «медицине под заказчика») медицине со стандартами лечения, но индивидуальным подходом на базе информационно обоснованной медицины, или комплексном здравоохранении (Щербо С.Н., 2013). Известное определение здоровья, данное ВОЗ, в настоящее время может быть дополнено определением профилактолога Г. Сигериста (США): «Здоровым может считаться человек, который отличается гармоничным физическим и умственным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Он полностью реализует свои физические и умственные способности, может приспосабливаться к изменениям окружающей среды, если они не выходят за пределы нормы, и вносит свой вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье не означает просто отсутствие болезней; это нечто положительное, жизнерадостное, охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека».

В настоящей работе авторы осуществляют анализ состояния и достижений партисипативной медицины в образовательных учреждениях Республики Беларусь. В

этом случае участниками процесса являются школьники, которым медицинские работники помогают в выборе действий, направленных на минимизацию возможных (предсказательных) последствий факторов риска развития заболеваний школьно-обусловленной патологией, для чего необходимы мотивированные действия по изменению образа жизни.

Известно, почему людям, особенно детям, трудно модифицировать свой образ жизни. Нашим школьникам часто не удастся улучшить свой образ жизни, однако им не следует отказываться от новых попыток, в чем им помогают МС учреждений образования.

Затрудняют под патронатом МС борьбу школьника с факторами риска развития заболеваний в учреждении образования:

- негативные эмоции (депрессия, тревога и враждебность имеют отрицательное значение, хотя соответствующее коррекционное лечение облегчает модификацию образа жизни);
- социальная изоляция (положение «изгоя», одиночество чаще приводит ребенка к нездоровому образу жизни);
- низкое социально-экономическое положение (программы борьбы с факторами риска зачастую менее эффективны у школьников из семей родителей, занимающих низкое социальное положение);
- стресс (проблемы, возникающие в учебе или детском коллективе, мешающие школьнику заниматься укреплением здоровья) [1].

При этом известно, что если ребенок будет чувствовать понимание и симпатию со стороны медицинского работника, то это поможет преодолеть барьеры взаимодействия* и добиться желания изменения образа жизни

[6]. Это подсказывает необходимость усиление образовательных программ для средних медицинских работников в области психологии делового взаимодействия, тренирующих циклов и иных форм мотивации и обучения формированию навыков здорового образа жизни [6].

Практикой установлено несоответствие имеющихся статистических форм отчетности (1 дети Минздрав) и возрастной классификации, не позволяющих сравнивать состояние здоровья учащихся организованных коллективов на конкретной административной территории [1], что с развитием цифровизации [15] целесообразно учесть.

В соответствии с задачами Государственной программы [8], согласно подпрограмме 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний», посредством снижения влияния факторов риска НИЗ за счет создания единой профилактической среды признано следующее. Проведение мониторинга состояния здоровья населения и создание единого информационного пространства здравоохранения Республики Беларусь станет одним из этапов цифровизации здравоохранения. Начинать процесс целесообразно в рамках профилактических проектов в образовательных учреждениях для детей и подростков [1].

Цифровизация системы здравоохранения рассматривается как процесс, способный снизить темпы роста затрат на функционирование системы, повысить доступность и качество медицинских услуг в кратко- и долгосрочной перспективе, влиять на медицинскую, социальную и экономическую эффективность оказанной людям помощи, в первую очередь, детскому контингенту.

Мировая практика свидетельствует, что при рациональном использовании сестринских кадров, в том числе в организованных школьных коллективах, значительно улучшается качество медицинской помощи, увеличивается ее доступность и экономичность. При этом, эффективно используются такие правовые ресурсы здравоохранения, как решения ВОЗ (2020) [4], Концепция развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы [9], План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции [14].

В целом, цифровые технологии могут способствовать сокращению смертности населения и увеличению продолжительности жизни за счет увеличения доступности превентивных мероприятий в молодежной образовательной среде, качества медицинского обучения в течение жизни и обслуживания пациентов, поддержки клинических решений и диагностики, внедрения систем управления качеством [5].

В Республике Беларусь пользуются ориентиром в виде итогов I Европейской министерской конференции ВОЗ (21-22.10.2015, Минск) с девизом: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща», целью по реализации политики «Здоровье-2020» и выполнению Целей устойчивого развития [16] на принципах охвата всех этапов жизни дали старт дальнейшим действиям в системе здравоохранения и образования.

Цели устойчивого развития, определенные ООН в 2015 г., включают Цель 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучия для всех в любом возрасте, что свидетельствует о значимости места данного показателя для здоровья населения в целом [16].

Благодаря этому модель устойчивого развития территории здоровья в школах обеспечивает направление

превентивной медицины по выявлению факторов риска и их коррекции, достижению медико-демографического благополучия и реализацию политики по оздоровлению среды обитания, по формированию у детей и подростков мотивации к укреплению здоровья [3,4,6].

Новые возможности для актуализации функций МС различных систем подчинения (учреждения здравоохранения и образования) в отношении детей и подростков, а также Ак по взаимодействию и мотивации молодежи к созданию семьи позволяют пересмотреть базовые и профессиональные компетенции специалистов профилактической направленности [5]. Тенденции к возрастанию роли МС и Ак можно проследить на примере совершенствования оказания гинекологической помощи в г. Минске, например [5]. Существующее административное поощрение инициатив средних медицинских работников по освоению и выполнению более сложных компетенций учитывает их профессиональные потребности в успехе [5].

Возрастание роли МС в профилактической деятельности сказались на таком показателе, как охват трудоспособного населения профилактическими осмотрами, что позволило в 2017 г. у 33,7% мужчин и 34,7% женщин выявить хронические заболевания органов и систем [2].

Тенденции развития социальной политики в сфере здравоохранения в Республике Беларусь

На здравоохранение страны ежегодно выделяются значительные государственные средства. В 2014 г. их объем составил около 6% от ВВП Республики Беларусь, а в 2019 г. – 8,5% ВВП, в то время как ВОЗ рекомендует тратить 12% ВВП. Установлен рост доли личных расходов на здравоохранение в Республике Беларусь: в 2017 г. он составил 36%, как в Латвии, Украине,

а в 2001 г. он составлял 15-20%, как в Российской Федерации и в Казахстане. Бремя НИЗ для экономики Республики Беларусь составляет 4,67 млрд. BYN (5,4% ВВП), при этом на лечение НИЗ ежегодно тратится 330 млн. BYN. Известно, что наблюдается рост ВВП на здравоохранение с 6,6% в 2016 г до 8,5% в 2019 г.

Потери от НИЗ значительны для ВВП Республики Беларусь, поскольку являются причинами 89% преждевременной смертности, при этом в мире – 71%:

- 73,4% людей умирают от преждевременной смертности в трудоспособном возрасте;
- 18,7% – от снижения производительности труда;
- 4,7% составляют государственные затраты на здравоохранение;
- 3,0% – от временной нетрудоспособности;
- 0,2% – пособие по инвалидности. Снижение тяжести первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста – 50%, согласно показателям Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы [8].

Таким образом, социальная политика в области здравоохранения нуждается не только в соответствующем финансировании, но и применении новых форм предупреждения заболеваний среди наиболее благодатной когорты населения – детей и подростков. Взятый курс на выявление факторов риска развития заболеваний будет давать ощутимые результаты, запланированные показателями [7-9] и новым проектом для образовательных учреждений «Школа – территория здоровья» [5].

Приводим два целевых достигнутых отдельных показателя Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг., свидетельствующих об

успехе здравоохранения в области педиатрии. Это недопущение коэффициента младенческой смертности более 3,4‰ на 1 000 детей, рожденных живыми (фактически 3,2‰).

Динамика младенческой смертности в 2000-2015 гг. составила от 9,1 до 3,2 на 1 000 детей, рожденных живыми; снижение детской смертности в возрасте 0-18 лет до 35,4‰ на 100 тыс. человек. Это подтверждает правильность избранного комплексного программно-целевого государственного планирования в области здравоохранения и его успешность [2-4,7].

Состояние по ожидаемым результатам в реализации проекта «Школа – территория здоровья»

- Повышение компетентности всех участников образовательного процесса (учащихся, родителей, педагогов) в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

ДОСТИГНУТО. В 2010-2021 гг. издано 12 учебных пособий с грифом Министерства образования Республики Беларусь; ведутся рубрики «Здоровый образ жизни в республиканских журналах «Народная асвета», «Веснік адукацыі», «Вестник пенитенциарной медицины», «Профессиональное образование», «Медицинская сестра» (РФ), «Медицинские знания», «Медицинские новости» для целевой аудитории педагогов, медицинских работников разных специальностей и населения [5].

- Увеличение доли учащихся, вовлеченных в активную физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую работу.

ДОСТИГНУТО: Целевым показателем Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. достигнуто увеличение физической активности не

менее 20 мин/день до 60%, что обусловлено отсутствием физической активности среди 13,2% взрослого населения, являющейся антипримером.

Справка. Плановые показатели [8,11] предлагают увеличение физической активности взрослого населения до 40% (средняя физическая активность не менее 30 мин./день); 150 мин/ нед. умеренной аэробной физической активности (по 30 мин. 5 дней /нед.). Возможно 75 мин./нед. высокоинтенсивной аэробной физической активности (по 15 мин. 5 дней/нед.), или их комбинация.

Согласно статистике, доля учащихся, вовлеченных в активную физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую работу в динамике 2010-2020 гг. возросла до 1,9 млн. человек, составляя 20,2% общей численности населения. При этом, согласно плану, к 2025 г. доля участников может достигнуть 26,8%. Этому способствуют значительные объемы финансирования из республиканского бюджета 108,77 млн. руб., 193,86 млн. руб. их средств местного бюджета, а в целом в 2021 г. на 118 спортивных объектов израсходовано 776,5 млн. руб. [12,13].

- Снижение доли учащихся с вредными привычками.

ДОСТИГНУТО. Целевым показателем Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. достигнуто уменьшение распространенности табака среди лиц 18-69 лет до 24,5% согласно подпрограмме 1 и введения ограничительных мер [2,3,18].

ДОСТИГНУТО. Потребление алкоголя в Республике Беларусь снизилось с 11,2 л/чел (2016) до 10 л/чел (2020), планируемое снижение потребления алкоголя

на душу населения до 9,2 литра осуществлено с перевыполнением. Наблюдается сокращение потребления алкоголя на душу населения до 7,9 л/чел., что подтверждает уменьшение смертности от случайных отравлений алкоголем до 10,6 на 100 тысяч человек (2019), а также доступность услуг здравоохранения по комплексному ведению психических расстройств [2,3,18].

Подрастающее поколение осведомлено о том, что реальная угроза их жизни начинается с дозы спиртного 4,5‰, поскольку 60% дорожно-транспортных происшествий осуществляется водителями в состоянии алкогольного опьянения. Травматизм при этом достигает 50%, отравления, несчастные случаи и суицид – 25% («Беларусь в цифрах», 2021).

Популяризация здорового образа жизни и профилактика НИЗ, вызванных основными факторами риска (курением, злоупотреблением алкоголем, нездоровым питанием и недостаточной физической активностью), носит планомерный характер, несущий не только негативную информацию, но возможности по укреплению и сохранению здоровья на фоне личной заинтересованности.

Справка. Уровень самоубийств, который в Республике Беларусь в 2012 г. был в 3-4 раза выше, чем в развитых странах, продолжает оставаться индикатором социального и психического благополучия. В 2013 г. число самоубийств составляло 20,1 случаев на 100 тыс. населения – 2,4% от общей смертности от самоубийств, в 2018 г. он составлял 3,5% [18], а этот уровень не должен превышать 0,5%.

Справка. Психические расстройства и расстройства поведения (коэффициент смертности подростков от суицида в 2012 г. 3,8, а ранее составлял 4,2 на 100 тыс.

нас.). Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя в 2017 г. снизилось на 2,4% (с 2014 г.) [2,3,18]. Число лиц, перенесших алкогольные психозы и находящихся под «Д» наблюдением в 2017г. увеличилось на 6,7% (с 2016г.).

Справка. По данным Детского фонда ЮНИСЭФ, наиболее высокий процент самоубийств наблюдался среди подростков в Латвии, Литве, Новой Зеландии, России, Словении и Финляндии (2012), который изменился в 2019 г. Показатели исследований в европейских странах свидетельствуют о распространенности депрессивной симптоматики у детей и подростков от 7,1% в Венгрии до 19,4% в Израиле; суицидальные мысли посещают от 15% подростков в Армении до 43,8% в Латвии. Среднее значение этих показателей – 30,8% в 7 европейских странах. В Республике Беларусь в соответствии с исследованием 2018-2019 гг. ЮНИСЭФ совместно с Министерствами образования и здравоохранения среди подростков 14-19 лет в 156 учреждениях образования (3,6 тыс. учащихся) признаки депрессивной симптоматики выявлены у 18,2%, при этом среди 3,2% – они выраженные, известно о 5% подростков, думающих о возможности самоубийства [3,4].

Данные показатели позволяют сделать вывод о несовершенстве обучения борьбы со стрессом подростков, но в первую очередь педагогов, медицинских работников учреждений образования [13]. Основные составляющие «белых пятен незнания»:

- учащиеся должны знать, куда обратиться (46% этого не знают);
- хотели бы знать признаки кризисных состояний (44% не знают);

- хотели бы изучить способы повышения устойчивости к стрессам (46%);
- интересуются о доступности услуг и получении поддержки от специалистов (41%-40,2%).

Полученные сведения привели к созданию в г. Минске с 1998 г. телефона доверия для детей и подростков. Специалисты учреждений образования и здравоохранения знают контактный телефон общенациональной детской линии 8-801-100-1611.

Проблемным вопросом в профилактике суицидов среди детей и подростков является отсутствие эффективных программ обучения и повышения квалификации для специалистов учреждений образования и здравоохранения со средним медицинским образованием, при имеющемся недостатке профильных специалистов.

- Снижение заболеваемости учащихся и отсутствие отрицательной динамики состояния здоровья основных участников образовательного процесса.

ДОСТИГНУТО. Благодаря формированию ценностных ориентиров по охране здоровья, повышению медико-психологической поддержки и сопровождению детей и подростков предполагается изменить мотивацию на это с 69,7% до 94%.

Подобное направление обеспечило динамику числа детей с 1 группой здоровья с 14% (2008) до 22% (2016), а также уменьшение функциональных нарушений у школьников 10-14 лет с 15% до 10% (2008-2016) [1,12].

ДОСТИГНУТО. Вакцинацией против кори в период 2010-2018 гг. предотвращено 23 млн. случаев смерти, что стало успехом работы глобального здравоохранения, по мнению ВОЗ (2020), а наличие единичных случаев заболеваний корью в Республике Беларусь подтвердило верность избранной профилактики.

ДОСТИГНУТО. Об эффективности мониторинга состояния здоровья населения и диспансеризации свидетельствует такой, например, показатель, как удельный вес пациентов до 70% с раком на начальной I-II стадии в общем числе выявленных в процессе скрининга. Это могло косвенно повлиять на снижение коэффициента смертности трудоспособного населения до 4,1‰ на 1 тыс. населения, который ранее (2015 г.) составлял 3,8‰ на 1 тыс. населения [2,3]. Подобный мониторинг осуществляется и совершенствуется по отношению к детскому населению в Республике Беларусь [4,8,16].

Цифры и факты по школьно-обусловленной патологии и целевые уровни коррекции факторов риска в процессе реализации I-III этапов проекта «Школа – территория здоровья» свидетельствуют:

- снижение насыщенных жиров, с фокусом на цельно-зерновые продукты, овощи, фрукты и рыбу, поскольку питание учащихся в Республике Беларусь содержит определенные элементы его нерациональности (недостаток витаминов В, D и Ca, дефицит Fe и пищевых волокон (72,9% - менее 500 г в день). Однако, во вновь разработанных рационах школьных комбинатов питания с 1 сентября 2023 г. в г. Минске и г. Витебске, в других местах несколько позже, вступают в силу *новые рационы питания школьников*, в которых осуществлено снижение трансизомеров жирных кислот в продуктах переработки до 2% и менее.

ДОСТИГНУТО. Целевым показателем Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. произошло сокращение потребления NaCl с 10,6 г/сут до 7,5 г/сут, налицо движение в сторону рекомендации ВОЗ к показателю 3 г/сут.

- достижение к совершеннолетию учащихся индекса массы тела (ИМТ) 20-25 кг/м², окружности талии < 94 см у мужчин и < 80 см у женщин. Это обусловлено тем, что 9,6% детей имеет избыточную массу тела, а 3,4% низкое физическое развитие. При этом, 13,1% мальчиков и 6% девочек обладают дисгармоничным физическим развитием, составляя группу 29,6% школьников, нуждающихся в индивидуальном профилактическом консультировании [1].

Для понимания базового состояния здоровья населения и принятия обоснованных управленческих решений [3,4] по оптимизации работы с детьми и подростками согласно STEPS исследованию ВОЗ (2016-2017) была изучена распространенность факторов риска НИЗ в Республике Беларусь.

Учеными установлено, что 40,5% населения (47,9% мужчин, 33,7% женщин) имеют 3 и более факторов риска: ежедневное табакокурение (вклад в смертность согласно мировой шкале – 6%); потребление менее 5 порций овощей и/или фруктов в день (вклад в смертность от факторов риска согласно мировой шкале – 11,7%); избыточную массу тела и повышенное от нормы АД (вклад в смертность от факторов риска согласно мировой шкале – 5,8%).

В целом, доля БСК во всей преждевременной смертности населения составляет 63%; в гиподинамию – вклад в смертность от факторов риска согласно мировой шкале – 3,6%.

Положительную динамику мониторинга уровня физической подготовленности косвенно демонстрирует активность участия школьной молодежи в спортивно-массовых мероприятиях и мода на физическое здоровье, физкультуру и спорт [11-13]. Согласно целевым показателям Государственной программы «Здоровье

народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг. произошло увеличение физической активности до 60%, не менее 20 мин/день среди молодежи.

- **Осанка.** Связь движения и здоровья в цитатах мудрых людей, например, Авиценны: «Если заниматься физическими упражнениями, нет никакой нужды в употреблении лекарств» или Аристотеля: «Ничто так сильно не разрушает организм, как физическое бездействие» могут заставить ребенка задуматься о собственных желаниях по совершенствованию тела. Эту мысль доносит и Гиппократ: «Гармония функций является результатом правильного отношения суммы упражнений к здоровью данного субъекта». Медицинские работники совместно с педагогами по физическому воспитанию изучают и практически используют разнообразные виды движений в течение учебного дня в расписаниях занятий учащихся.

Виды двигательной активности, которые развивают в образовательных учреждениях

Под двигательной активностью понимают естественную и специально организованную физическую деятельность ребенка, обеспечивающую его успешное физическое и психическое развитие:

- спорт профессиональный;
- спорт любительский, в том числе йога, туризм, альпинизм, игры и т.д.;
- физическая культура, направленная на совершенствование физических кондиций;
- индивидуальная двигательная активность (ходьба, бег, велосипед и т.д.);
- физическая культура, направленная на восстановление деятельности функциональных систем организма (ЛФК, реабилитационная физическая культура);

- физическая культура танцевально-ритмического назначения, особенно востребованная в подростковой среде [8].

Оздоровительная тренировка (за рубежом – кондиционная тренировка) – это система физических упражнений, направленных на повышение физического состояния человека до безопасного уровня, гарантирующего стабильное здоровье. Особенности такой тренировки состоят в цели как росте возможностей, доступности движения для здоровья, исключение нагрузок и травм и получение детьми и подростками удовольствия от занятий в ходе подобной тренировки. Имеет место утверждение Горация: «Если не бегаешь, пока здоров, придется побегать, когда заболеешь» и Симона-Андре Тиссо: «Движение как таковое может заменить любое средство, но все лечебные средства мира не могут заменить действие движения». Привлечение населения к участию в мероприятиях здорового семейного отдыха (скандинавская ходьба, велодорожки, «тропы здоровья») является модным направлением в этом вопросе.

- Зрение

Показатели роста частоты зрительных нарушений среди школьников составляли 6,8%, а среди студентов – 11,5%, что подтверждает актуальность профилактической работы по предотвращению заболеваний органов зрения посредством контроля эргономичности и освещенности рабочего места школьника. Важен медицинский жесткий регламент работы с электронными устройствами, являющимися причиной 62,4% заболеваний глаз. Пример г. Чебоксары по решению задач по созданию оптимальных условий обучения, созданию классов со спортивным уклоном и с определенными программами оздоровления, свидетельствует об

успешности проекта. Удалось приостановить прогрессирование миопии у 11,1% учащихся, устранить нарушения осанки у 44,5% детей, снизить заболеваемость сезонными респираторными инфекциями в 2,3-2,6 раза, а также добиться стабилизации патологических процессов у 10,8% детей с НИЗ в классах здоровья [1].

Новым видом формирования учебной среды на занятиях и вне учебного времени в Российской Федерации является, например, «школа полного дня», опыт которой изучается в Республике Беларусь. Пример интеграции образовательной, двигательной и игровой деятельности стимулирует творчество, повышает умственную работоспособность, выявляет отсутствие случаев выраженного утомления, которое в традиционном обучении диагностируется у 35% учащихся. Опыт Оренбургской области по внедрению научно обоснованного питания гимназистов дополнительными витаминно-минеральными комплексами привело к оптимизации питания, что способствовало удовлетворительной адаптации на 44,3%, с достаточными функциональными резервами на 48,4%, снижению в 4 раза числа детей с резко сниженными функциональными резервами [1].

ДОСТИЖЕНИЯ. В Республике Беларусь продолжительность непрерывной работы с электронными устройствами регламентировано в зависимости от возраста от 15-20 мин. в 7-10 летнем возрасте до 25-30 мин. в 11-14 летнем возрасте и до 45 мин. для учащихся 15-17 лет.

Помогает системная работа МС с рассадкой учащихся 2 раза в год по маркированным партам в соответствии с их физическим ростом, педагогический контроль эргономичности позы учащихся в процессе занятий, а также учет ведущих факторов риска у детей различных возрастных групп [3].

- Репродуктивное здоровье, секс и ИППП.

ДОСТИЖЕНИЯ. Растет размер белорусской семьи, в 2017 г. число семей, в которых родились вторые и последующие дети, составило 58%. Увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,37 согласно целевому показателю Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 гг.

Значительный объем информационно-просветительской деятельности медицинского направления свидетельствует не только об успехах, но выявляет новые направления санитарной пропаганды и молодежные контингенты, тем более что комплексные усилия по предупреждению ИППП сохраняют свою актуальность [17].

Справка. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИД на январь 2018 г. свидетельствовала, что показатель заболеваемости составлял 17,3 на 100 тыс. населения, против 11,6 на 100 тыс. населения в 2012 г., т.е. возростал. При этом наибольшее количество ВИЧ-инфицированных в возрасте 15-29 лет (53,4% от общего числа инфицированных в этой возрастной группе), а доля парентерального пути передачи ВИЧ составила 19,4%, против 13,5% в 2013 г. По кумулятивным материалам за 1987-2018 гг. количество ВИЧ-инфицированных людей составляет 39,5% [2-4,17].

О достижении успехов в возрастании доступности охвата тестированием на ВИЧ, в лечении и контроле неопределяемой вирусной нагрузки позволили достичь почти полного исключения вертикального пути передачи ВИЧ от матери к ребенку.

ДОСТИЖЕНИЯ. Эффективность профилактики вертикального пути передачи – риск снижен до 2%, что

находится в пределах статистической погрешности (обследование, комбинированное лечение, родоразрешение кесаревым сечением, искусственное бесплатное вскармливание ребенка). Итоги 2020-2021 гг. не являются показательными в связи с мировой пандемией COVID-19.

Справка. Результат работы по достижению цели ЮНЭЙДС в отношении СПИД «90-90-90»: факт составил 84,9% – 80,8% – 76,1%. При этом 1 цель – всеобщая доступность: охват тестированием – 19,3% на 1, 8 млн человек (внедрение метода самотестирования по слюне); 2 цель – доступ к лечению всех – 80,8% с ВИЧ-положительным статусом; 3 цель – неопределяемая вирусная нагрузка CD4 у 76,1% [17].

Заключение. Развитие механизмов продвижения ЗОЖ на местном уровне основывается на важности профилактики болезней среди детей и подростков, научно доказанной экономической целесообразности, изученной в Национальном медицинском исследовательском Центре здоровья детей (2019) (табл.2.1).

Согласно данным российских ученых (2019), при затратах на профилактику с детства в объеме 12% достигается 60% эффективности, в то время как 88% первичной, вторичной и последующей профилактики среди взрослых обеспечивают не более 40% эффекта.

Значительные достижения в предупреждении школьно-обусловленной патологии свидетельствуют о верно выбранном направлении развития педиатрии и контингенте для медицинской пропаганды (дети, родители, педагоги).

Таблица 2.1. Экономическая эффективность затрат на профилактику и медицинское сопровождение в зависимости от возраста (РФ, 2019)



Поиск эффективных путей повышения уровня информированности о факторах, формирующих здоровье, способах сохранения и укрепления здоровья особым поведением учащихся продолжается на основе четкой преемственности оздоровительных, профилактических и лечебных мероприятий, основанных на нормативах и правовых актах Республики Беларусь и документах ЕРБ ВОЗ 2015-2020 гг. [1].

Разработанные в Республике Беларусь критерии сформированности навыков осознанного отношения к здоровью среди учащихся разного возраста позволяют объективно оценить успешность работы в будущей школе, являющейся территорией здоровья

Цель государственной политики в отношении детей определена в документе «Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития на период до 2030 года» [7] и ряде других [8-14].

Защита прав ребенка и повышение качества жизни в ходе образовательного процесса на I, II и III ступени общего среднего образования с 01.09.2008 г. организована в режиме 6-дневной школьной недели, включающей пятидневную учебную неделю и один день для физкультурно-оздоровительной спортивно-массовой и иной воспитательной работы [1].

Профилактическое пространство школ регламентируется «Программой капитальных ремонтов зданий и сооружений учреждений образования».

Исследования ученых Республики Беларусь и Российской Федерации выявили приоритеты в медико-гигиеническом сопровождении школьников настоящего времени:

- обеспечение окружающей среды для учебного процесса;
- мотивация школьников к двигательной активности, профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата;
- организация рационального питания;
- профилактика и оздоровление детей с миопией, офтальмо-тренажеры;
- предупреждение нервно-психического переутомления;
- формирование культуры здоровья и мотивация на полезный для здоровья образ жизни детей и подростков [4,9,12].

Гармоничное развитие школьников определяет модель непрерывного совершенствования организации образовательного процесса с этапами: осознанием потребности обеспечения сохранения и укрепления здоровья; формированием команды единомышленников [5,6]; выявлением приоритетных проблем в конкретной

школе и реализацией намеченного плана, самоконтроль и мониторинг эффективности.

Выявлены определенные достижения в профилактике школьно-обусловленной патологии. Это позволяет предложить направления деятельности для актуализации функций МС (Пвр) учреждений образования для детей и подростков:

- контроль приоритетных факторов риска со стороны питания.

Справка. Высокий индекс массы тела вследствие переживания социального стресса; при достаточной энергетической ценности суточного рациона поступление белка и углеводов ниже физиологической нормы у половины обследованных детей [1]. Наблюдается избыточное поступление жира у 63,4% детей. За счет общего жира поступает около 37,4-39% энергии, при рекомендуемом ВОЗ уровне – не более 30%.

Потребление сахаров в рационе школьников 2,5 раза превышает уровень, рекомендуемый ВОЗ, при дефиците поступления сложных углеводов в 2,8 раза у 99,9% обследованных детей.

- Организация учебно-образовательной работы в кабинетах информатики (не соблюдение условий и режима работы);

- обучение родителей коррекции нарушений сна у учащихся при переходе на предметное обучение. При этом, каждый пятый ребенок спит менее 8 часов в сутки, 21% детей в выходные дни проводит на свежем воздухе 2 и менее часа, 78,8% учащихся ежедневно находится за компьютером, или смотрит телевизор 18,5% – три часа и более [1];

- контроль планирования, организации физического воспитания, устранение его нарушений;

- расстановка и маркировка мебели, рассадка детей по маркированной мебели в соответствии с темпами их развития;

- риск воздействия медико-социальных факторов у 16,6% детей в возрасте 10-12 лет, обучение стрессоустойчивости (школьная тревожность у 19,2%, страх проверки знаний у 23,4%, низкая способность сопротивляться стрессу у 76,5%) подлежит мониторингу, коррекции на основе обучения в первую очередь МС образовательных учреждений [1,6];

- соблюдение санитарно-гигиенических требований не только на этапе функционирования образовательных учреждений, но на этапе планирования и строительства.

Методология межведомственного информационного проекта «Школа – территория здоровья» способствует сохранению здоровья учащихся, подобной деятельностью охвачено 41,2% детей и подростков (2020), что в 2,6 раза больше в сравнении с 2017 г.

Изученные успехи в профилактике неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков помогают совершенствованию предупредительной партисипативной медицины, базирующейся на комплаенсе и конгруэнтности.

Качество сестринской педагогики станет выше при разработке эффективных программ обучения и повышения квалификации для специалистов со средним медицинским образованием учреждений образования и здравоохранения.

Литература

1. Гузик, Е. О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих : [монография] / Е. О. Гузик ; Белорус. мед.

акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 334 с.

2. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс] : офиц. стат. сб. за 2019 г. – Режим доступа:

https://belcmt.by/docs/Stat/Healthcare_in_RB_2019.pdf. – Дата доступа: 20.01.2022.

3. Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы : монография : в 5 т. / под ред. Н. Ф. Герасименко [и др.]. – М. : Научная книга, 2019. – Т. 1: Состояние здоровья детей и подростков: Федеральные и региональные аспекты. – М., 2019. – 340 с.

4. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015-2020 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int_data/assets/pdf_file/0003/253/64wd12_Rus_InwestCANstrategi_140440.pdf?ua+1. – Дата доступа: 19.04.2019.

5. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело: вчера, сегодня, завтра (1999–2025) / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 74 с.

6. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.

7. Национальная стратегия устойчивого социально-экономического развития Республики Беларусь до 2030 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.economy.gov.by/uploads/files/NSUR.pdf>. – Дата доступа: 01.03.2020.

8. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] :

постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028>. – Дата доступа: 03.04.2020.

9. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 г. № 433-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

10. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438.

11. Об утверждении государственной программы развития физической культуры и спорта в Республике Беларусь на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 12 апреля 2016 г. № 303// КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

12. О физической культуре и спорте [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 4 января 2014 г., № 125-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

13. Об утверждении государственной программы «Физическая культура и спорт в Республике Беларусь на 2021–2025 годы» [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 29 января 2021г., № 54 // Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

14. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.

15. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 144 с.

16. Цели в области устойчивого развития [Электронный ресурс] // Орг. Объедин. Наций. – Режим доступа: <https://sdgs.un.org/ru/goals>. – Дата доступа: 02.04.2021.

17. Кечина, Е. А. Результаты дозорного эпидемиологического надзора по оценке ситуации по ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ: монография / Е. А. Кечина. – Минск, Колорград, 2018. – 209 с.

18. Наркологическая помощь населению Республики Беларусь. 2014–2017 годы : информ.-стат. сб. / сост. А. А. Кралько [и др.] ; Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья. – Минск : Колорград, 2018. – 64 с.

Раздел III. Эффективное взаимодействие с детьми и подростками медицинских сестер и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи образовательных учреждений

Резюме. При оказании профилактической медицинской помощи детям и подросткам важным аспектом является комфорт при взаимодействии. Для коллектива учреждения образования одним из способов является обучение приемам культурного общения с пациентами любого типа и возраста, уровня культуры, образования, опыта, особенностей характера. Обучение основам эффективной коммуникации*, правилам поведения в конфликте, а в идеале – предупреждению деструктивного взаимодействия* возможно совместными усилиями медицинских работников и педагогов на всех этапах образования. Это направление тем для обучения средних медицинских работников учреждений образования.

Ключевые слова: деловое общение, медицинская сестра, конфликт, особенности общения с ребенком и подростком, правила взаимодействия, педагогика сестринская.

Актуальность. Медицина является областью, затрагивающей важнейшие интересы каждого человека – жизнь и здоровье, поэтому не может существовать без конфликтов. В защите интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти разумные границы, что понимают профессиональные медицинские работники.

Под коммуникацией в целом понимается происходящий между пациентами и медицинскими работниками обмен информацией, настроениями, идеями, эмоциями. Основные погрешности в общении с пациентами описаны еще Конфуцием: «Есть три ошибки в общении

людей: первая – это желание говорить прежде, чем нужно; вторая – застенчивость, не говорить, когда нужно; третья – говорить, не наблюдая за своим слушателем».

В резолюциях влиятельных международных организаций – ВОЗ, ООН (ЮНИСЕФ) (1988-2020) – МС отводится одна из ведущих ролей в решении задач повышения качества и эффективности медицинской помощи [15], подчеркнутая в докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» [30].

Функции МС образовательных учреждений разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса или предупреждения болезней [3,20,26], но и взаимодействия с различными пациентами со своими физиологическими, психосоциальными, познавательными и духовными потребностями [10,13,22,23].

Для каждого пациента МС или Пвр создает атмосферу определенного отношения к его настоящему и прошлому, жизненным ценностям, убеждениям, принимает необходимые меры безопасности, если его здоровью угрожает опасность. Основным принципом деятельности специалистов сестринского дела – уважение прав и достоинства ребенка.

Эффективная коммуникация* – это свершившийся акт общения, в результате которого достигнуты поставленные в коммуникации цели. В свое время Ф. Найтингейл в «Записках об уходе» писала об этом: «Излагая диагноз пациенту или его родственникам, избегай устрашающих формулировок. Пациент имеет право знать правду, но долг медика смягчить её милосердием. Мужество и воля к жизни – ценнейшие качества в борьбе с болезнью, и медицинский работник должен

всемерно воспитывать и укреплять их у своих пациентов».

Профессионализм в общении с пациентами или коммуникативная компетентность, ставится для клинической практики на один уровень с такими умениями, как базовые научные знания, клиническое мышление и практические умения. Навыкам взаимодействия с людьми разного возраста [10,20] МС учат в колледжах и вузах, учебные программы периодически обновляют [14].

Повышение профессиональной квалификации – необходимое требование для любого медицинского работника, нормативно закрепленное в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» [24].

Для улучшения взаимодействия медицинских работников учреждений образования и пациентов (детей и подростков) существует серьезная правовая база, которая согласуется с рядом нормативных документов:

- Указом Президента Республики Беларусь от 7 мая 2020 г. №156 «О приоритетных направлениях научной, научно-технической и инновационной деятельности на 2021-2025 годы»;

- «Концепцией развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» (утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 г. №1438) [25];

- «Планом мероприятий (дорожной картой) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» (утв. Приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь от 20.01.2021): разд. II, п.2.14 (разработка и реализация образовательных программ повышения квалификации для специалистов сестринского дела по конфликтологии, коммуникативным навыкам) [27];

➤ «Концепцией развития дополнительного образования взрослых в системе здравоохранения на 2021-2025 годы» (утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 №1439);

➤ анализом ВОЗ в докладе «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» [30].

Возрастание культуры сохранения здоровья, освоение новых информационных [12], психологических [6,11] и педагогических технологий медицинскими работниками [10,22], их профессионализм востребованы учащимися и педагогами учреждений образования и современным обществом в целом.

Цель исследования: предложить педагогические и психологические технологии взаимодействия для актуализации функций МС и Пвр по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в учреждениях образования.

Методы исследования: аналитический, статистический, социально-гигиенический, библиографический.

Результаты и обсуждение. Профилактическая направленность в деятельности МС учреждений образования осложняется незнанием отличий НИЗ от других патологических состояний:

- наличие хронического стресса и его последствий [26];
- психотравмирующие факторы болезни слишком продолжительны [2];
- ситуация неопределенности течения, независимость от усилий пациента и медицинских работников, непредсказуемость развития болезненных проявлений, обусловленная возрастными особенностями детского организма [20].

Эти особенности диктуют необходимость некоторых знаний из области психологии. Для установления заботливых взаимоотношений общение между МС и ребенком должно характеризоваться пониманием, терпением, честностью, искренностью, доверием, надеждой и мужеством. Проявление беспокойства о другом человеке включает оказание помощи. Для МС это означает больше, чем «заботиться» – это означает также «интересоваться» и «ухаживать».

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

- а) не говорить о себе;
- б) не менять темы;
- в) не советовать, пока не спросят;
- г) не думать наперед, что вам сказать;
- д) не игнорировать чувства других и не отрицать их;
- е) не притворяться, что понимаете чувства других;
- ж) спрашивать о нуждах, заботах, тревогах своего собеседника;
- з) показать, что вы понимаете: «правильно ли я понимаю, что ...».

Для получения полной достоверной информации МС необходимо определенным образом строить беседу:

- а) задавать вопросы – узнавать детали;
- б) перепроверять услышанное – убедиться, что вы правильно все поняли: «Я хочу проверить, правильно, ли вы меня поняли? Повторите то, что я сказала»;
- в) не бояться естественных пауз в разговоре;
- г) обращать внимание на перемену в позе, вздохе и т.д.

Если подросток с неокрепшей культурой и изменчи-

вым настроением повышает голос, кричит, попытка перекричать его только ухудшает положение. В таком случае:

- не нападайте в ответ;
- имейте в виду, что иногда люди кричат, так как считают, что их не слышат. Дайте им знать, что вы понимаете их возмущение: «Я вижу, как вы расстроены»;
- разузнайте, что скрывается за их эмоциями, в чем же дело;
- объясните свою точку зрения, не отвергая их;
- спросите, что можно сделать, чтобы исправить положение [18].

Некоторые факторы, обусловленные болезнью, являются временными, поскольку новые знания механизмов НИЗ могут смягчить негативное влияние беспомощности на больного ребенка. Известно, что протекание НИЗ проходит в три стадии:

- Стадия 1 – прерванное время – ежедневные занятия на время отходят на второй план в связи с ожиданием диагноза.
- Стадия 2 – фаза вторжения – подстраивают ежедневные занятия, влияющие на результат болезни.
- Стадия 3 – инкапсуляция времени – болезнь поглощает пациента, ему приходится следовать режиму по лечению [26]. Содержанием педагогической деятельности МС учреждения образования является то, какую тактику она предпримет в общении с детьми. Перефразируя слова А. Дистервега, можно сказать: «Плохая МС преподносит истину, хорошая – учит ее находить».

В понятие сестринская педагогика и техника обучения включают две группы компонентов:

- первую группу компонентов составляют умение

обучающего Пвр (МС) управлять собственным поведением. Контроль МС включает владение собственным телом и лицом (мимика, пантомимика); управление эмоциями и настроением (снятие излишнего психического напряжения, создание творческого самочувствия). Также это социально-перцептивные способности (внимание, наблюдательность, воображение); техника речи (дыхание, постановка голоса, дикция и темп речи);

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

Управление эмоциональным состоянием важно для людей общественных профессий [6,10,20,22].

Публичный характер общения преподавателя (МС) с коллективом школьников, как правило, может вызывать у него «мышечные зажимы», чувства неуверенности, страха, скованности.

Деятельность МС под пристальным взглядом коллег, пациентов, родителей, т.е. взаимодействие «на виду», отражается на стройности мыслей, состоянии ее голоса, физическом самочувствии (ноги деревенеют, руки, как палки), психическом состоянии (страшно быть смешным, показаться неумелым). Все это требует знания и умения осуществлять психофизическую настройку на предстоящее занятие, управлять своим эмоциональным состоянием во время общения.

Среди важнейших приемов для МС можно выделить следующие способы саморегуляции:

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

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

Пантомимика – это движения тела, рук, ног, помогает выделить главное, рисует образ МС. Например, руки, сложенные на груди – защитная позиция или негативное состояние ребенка. Прикосновение раскрытыми ладонями к груди – жест честности и открытости. Закладывание рук за спину с захватом запястья – неудовлетворенность, расстройство, попытка взять себя в руки. Поднятые руки с раскрытыми ладонями, направленными в сторону собеседника – откровенность, прямота. «Смотрящие» вниз ладони, покачивающие движения ими вверх-вниз – стремление успокоить, остановить человека. Подпорка ладонью щеки – демонстрация скуки. Постукивание пальцами – нетерпение. Лихорадочное прикосновение пальцами к часам, обручальному кольцу, к пуговице на рукаве, движение руки поперек тела к другой руке – стремление замаскировать неуверенность, нервозность. Рука прикрывает рот – произвольная констатация собственной лжи. Нередко ложь сопровождается почесыванием лица и шеи. Руки на бедрах свидетельствуют о готовности человека к действию. Переплетение пальцев рук и потирание

больших пальцев один о другой демонстрирует неуверенность, неверие в свои силы. Руки за спиной, приподнятый подбородок – властная поза.

Жесты, часто используемые МС в общении с ребенком, могут быть указательные, описывающие, вспомогательные, поддержки, угрозы, запрещающие.

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

Сопровождение речи хаотичными, неопределенными жестами, размахивание руками, ухудшает восприятие, создает впечатление, что говорящая МС не владеет собой, нервничает, волнуется. Каждое движение медицинского работника должно выражать достоинство. Жесты должны быть легкими, уверенными и в то же время энергичными. Плохое настроение МС недопустимо при обучении. Макаренко увольнял педагогов с формулировкой: «Постоянно разводит в колонии грусть».

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

По нижней части лица можно опознать гнев, страдание, радость. По средней части лица – удивление, страдание, страх. Отсутствие сочетания разных зон лица – неискренность. Одна из наиболее информативных частей лица – глаза. Л.Н. Толстой описывал 85 оттенков выражений глаз: хитрые, лучистые, грустные, холодные... Выражение глаз зависит от величины зрачков. Зрачки расширены – заинтересованность, возбужденность; суженные зрачки сигнализируют о расстройстве, враждебной настроенности, мрачности, сердитости. Блестящие зрачки глаз пациента выражают любовь, сентиментальность, бегающие взгляды – страх, желание скрыть, умолчать, ложь, вину человека.

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

Выражение лица МС (Пвр) в роли преподавателя должно соответствовать характеру речи, отношений с детьми и коллегами.

Техника речи. Процесс восприятия и понимания речи МС пациентами тесно связан со сложным процессом общения, на которое приходится приблизительно

$\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ части времени. Из этого следует, что правильное восприятие учебного материала зависит от совершенства речи обучающего. Современная экспериментальная физиология утверждает, что качество голоса можно коренным образом улучшить. Разработана система упражнений по технике речи, которая, опираясь главным образом на опыт театральной педагогики и представляя собой комплекс навыков в речевом дыхании, голосообразовании и дикции, позволяет МС-преподавателю донести до обучающегося ребенка все богатство содержания своего слова.

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

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

Полет звука – способность посылать свой голос на расстояние и регулировать громкость. Гибкость, подвижность – изменение голоса по высоте, тональному уровню.

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

Тембр – окраска звука, яркость, а также его мягкость, теплота, индивидуальность. В звучании голоса всегда присутствует основной тон и ряд обертонов, т.е.

дополнительных звуков, более высокой, чем в основном тоне, частоты. Чем больше дополнительных тонов, тем ярче, красочнее, сочнее звуковая палитра человеческого голоса.

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

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

Скорость речи зависит от индивидуальных качеств МС образовательного учреждения, содержания ее речи и ситуации общения. Оптимальный темп речи составляет 120 слов в минуту. Длительность звучания отдельных слов зависит не только от их длины, но и от значимости их в данном контексте. Чем важнее слово, тем медленнее речь.

МС, работающей с детьми в области профилактической медицины и обучения мотивации и навыками по сохранению и укреплению здоровья, целесообразно владеть определенными методами и приемами, к которым относятся:

- словесный (устное изложение, рассказ, беседа);

- наглядный (иллюстрация – медицинский атлас, видеофильм, различные виды шприцев, ингаляторы и др.);

- практический метод – отработка самих манипуляций (измерение артериального давления, смена повязок, введение инсулина и т.д.).

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

Обучение в части профилактики невозможно навязать, оно должно быть внутренне желательным самим человеком, поскольку стимулируется отношение пациента к обучению с целью сохранения, укрепления или восстановления своего собственного здоровья. Мотивы – побудительные эффекты делятся на три группы:

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

Все эти мотивы могут быть использованы в сестринской педагогике с учетом возраста ребенка [20].

Показатели заболеваемости [28] детей и подростков в последнее десятилетие вызывают необходимость работать на опережение и воздействовать на негативные тенденции в здравоохранении и медицине. Стратегия сестринского ухода, в которой нуждается часть детей с особенностями психофизического развития учреждений специального образования [2,3], предполагает знание различных классификаций моделей медицинского общения, необходимых для их осуществления [16,20,26].

Популярностью пользовалась классификация (Е. Эсмануэль, Л. Эсмануэль) построенная на критерии *автономии пациента* и включающая информационную, интерпретационную и соведательную модели общения. Наибольшее распространение получила классификация модели Р. Витча, в основе которой лежит критерий ответственности медицинского работника и пациента. Он выделял техническую, патерналистскую (руководство), коллегальную и контрактную модели.

Техническая модель взаимодействия предполагает отношение МС к пациенту как к механизму, в котором произошла «поломка», обусловленная воздействием внешних и внутренних факторов, которая требует исправления.

Патерналистская модель (модель руководства) – авторитарная, реализуемая при ведущей роли МС, которая принимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, берет на себя всю полноту ответственности (юридическую, моральную, психологическую), что недопустимо при использовании взаимозависимой функции МС с врачом и негативной воспринимается молодежью как вариант давления.

Коллегиальная модель (партнерская) носит наиболее демократичный характер, предполагает сотрудничество, терапевтический союз медицинского работника и больного человека, активное участие пациента в лечебном процессе, в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатичный подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства.

Контрактная модель (договорная) сложилась главным образом в условиях платной медицины и предполагает взаимодействие медицинского работника и пациента на основе соглашения (контракта), регулирующего структурирование и контроль лечебного процесса обоими его участниками [7].

Наиболее полно все модели общения используются в современной адаптационно-ситуативной модели сестринского ухода за пациентом [16].

Медицинский работник, опираясь на эмпатию, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения. Каждая из моделей коммуникации медицинского работника с пациентом может приводить к оптимальным результатам в профилактике и лечении в зависимости от личностных особенностей ребенка, ситуации, обусловленной его сиюминутным психофизическим состоянием, спецификой заболевания. В качестве самой эффективной называется коллегиальная модель взаимодействия, в ее реализации рекомендуют следовать модели «4 Е»: вовлекать в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (educate), заинтересовывать в выздоровлении (enlist). МС и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу

правду, поровну делят ответственность за исход лечения [19].

Сестринская педагогика – это область деятельности, в которой можно проявить творческий потенциал, опираясь на профессионализм. Эта деятельность сталкивает МС образовательного учреждения с рядом проблем, требующих терпения, такта и специальных знаний, касающихся профилактической работы, занимающей от 10 до 30% ее рабочего времени.

Существуют резервы повышения качества медицинской профилактики, осуществляемой МС, Пвр, акушерками на основе комплексного воспитания на базе территориальных учреждений образования:

- осуществление адресного санитарного просвещения, с учетом индивидуальных пожеланий пациента, возможностей коррекционной помощи;
- определение уровня готовности пациента к сохранению и укреплению здоровья на основе общего развития, культуры и поддержки в бытовой адаптации;
- учет фактора мотивации индивидуума к профилактике и социализации в зависимости от характера нарушений и уровня обучаемости, который прямо пропорционален ухудшению состояния здоровья и увеличению числа болезней ребенка;
- сроки, объемы и формы проведения работы с пациентами должны зависеть не только от его готовности и мотивации к укреплению здоровья [11,22], но и условий для особой категории детей с психофизическими особенностями [2,3,5];
- планирование оздоровительных, профилактических и реабилитационных мероприятий и коррекции нарушений физического развития осуществлять не в состоянии болезни, а в период практического здоровья или ремиссии [17,26,29];

- привлечение к реализации плана профилактических мероприятий индивида, его друзей и членов семьи [20,21,26];

- контроль оценки состояния здоровья при выполнении пациентом врачебных рекомендаций по первичной или вторичной профилактике болезней или нивелированию факторов риска их развития [5].

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

Второй, более высокий тип учения начинается с полной схемы действий, данной пациенту в готовом виде. Полную схему действий можно обеспечить для любого знания-умения-навыка [19].

Процесс обучения ребенка с НИЗ предусматривает особые, не свойственные обычным функциям МС знания и умения из области педагогики и психологии. Необходимость их приобретения медицинскими работниками, как и высокая эффективность привлечения пациентов к активному участию в лечебном процессе, стали очевидны в последние десятилетия.

В 1998 г. был опубликован Отчет рабочей группы ВОЗ, в котором приводится список заболеваний и состояний, при которых *обучение составляет существенную часть лечебного процесса.*

Это аллергические и онкологические заболевания, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, последствия инсульта, перемежающаяся хромота, цирроз печени, болезнь Аддисона, сахарный диабет, ожирение, нарушения функции щитовидной железы, ВИЧ-инфекция, алкогольная и лекарственная зависимость, табакокурение, болезнь Альцгеймера, депрессия, артрит, состояния после ампутации конечностей, остеопороз, эпилепсия, глухота, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, снижение зрения, слепота, бронхиальная астма, почечная недостаточность, необходимость проведения регулярных сеансов диализа, пересадка органов и т.д. Данный перечень позволяет конкретизировать акценты в работе медицинских работников.

Предупредить эти заболевания или их обострение может пациент, если он знает, как это делать, а Пвр или МС образовательного учреждения способна обучить этому на уровне работы с факторами риска.

Личностно-ориентированные технологии обучения

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

При осуществлении эффективного взаимодействия МС с детьми и подростками можно рекомендовать следующие личностно ориентированные технологии обучения: обучение в сотрудничестве и развивающее обучение.

Обучение в сотрудничестве. Обучение в малых группах используется давно, детально разработано американскими педагогами Славиным, Р. Джонсон и Д.

Джонсон в 20-е гг. в США. Используется в Германии, Нидерландах, Великобритании, Австрии, Израиле, Японии, первоначально назывался методом проблем и был связан с идеями гуманизма в философии и образовании. Сущность метода заключается в акцентировании важности проблемы, знакомой и значимой для обучаемого человека, взятой из реальной жизни. Для решения проблемы необходимо приложить как полученные знания, так и новые, которые нужно приобрести. Обучаемый подросток должен самостоятельно (с направляющими действиями МС-наставника) решить проблему.

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

Требования к использованию метода:

1. Наличие значимой в практическом или творческом плане проблемы, требующей интегрированного знания от МС.

2. Познавательная значимость для ребенка предполагаемых результатов.

3. Самостоятельная деятельность обучаемого лица.

4. Структурирование содержательной части проекта (с указанием поэтапных результатов для поддержки мотивации при этапных достижениях).

5. Использование исследовательских методов: определение проблемы, вытекающих из нее задач исследования, выдвижение гипотезы решения, обсуждение методов исследования, анализ полученных результатов (для МС с высшим сестринским образованием, сестринских руководителей) [16].

Технология развивающего обучения подразумевает

развитие ребенка не как совершенствование отдельных психологических процессов: внимания, памяти, мышления, воображения, – а как общее развитие личности – развитие воли, ума и чувств. При этом происходит не только усвоение, а переработка знаний, в которых участвуют различные виды умственной деятельности – логическое мышление, наблюдательность, различные виды памяти, воображение, характеризующие развитие ума. При этом нужно опираться на веру в каждого учащегося в его силы. Он воспринимается таким, каков он есть, МС учитывается, что уровень развития каждого индивидуален.

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

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

- позитивное восприятие ученика: верим в него, но ничего за него не делаем;
- восприятие ребенка без принуждения и насилия, без претензии на абсолютную истину МС;
- педагогическую поддержку, позволяющую принимать человека таким, каков он есть;

- обращение личности к самой себе, самовоспитание;
- воспитывающую ситуацию, в которой важна роль МС как педагога.

Занимаясь развитием навыков молодого специалиста и совершенствованием его личности, наставник должен знать и уметь использовать оптимальный метод обучения (табл. 3.1).

МС-наставнику нужна обратная связь с ребенком, которая основывается на ведении записей о приобретенных навыках, отражающих достижение им поставленных целей.

Таблица 3.1. Методы обучения (по Lemon)

Тип	Любит	Способности	Оптимальный метод обучения
1	2	3	4
Люди, усваивающие материал на слух, через музыку - «Аудиал»	Читать, рассказывать, петь, напевать мелодии, слушать музыку	Запоминание мест, имен, дат, мелодий, тембра, соблюдения ритма	Произношение вслух, музыка прослушивание, ритм мелодии
Обучающийся через логику/математику - «Логик»	Проводить опыты, находить решения, работать с числами, задавать вопросы, изучать	Математика, дискуссии, логика, решение проблемы	Работа с абстрактными моделями/отношениями, схемами, классификаци-

	модели и отношения		ями, таблицами
Ученик с пространственным восприятием -«Интуитивный»	Рисовать, строить, разрабатывать вещи, мечтать, смотреть фильмы, слайды, фотографии	Воображение, чувство изменений, лабиринты/головоломки, изучение карт, графиков	Наглядное представление, использование мысленного представления, работа с цветами, фотографиями
Ученик, воплощающий материал в движение - «Тактильный»	Двигаться, дотрагиваться и описывать предметы, пользоваться мимикой и жестами	Двигательная активность: спорт, танцы, ремесла, медицинские манипуляции	Ощущение, передвижение, работа с пространством, тонкие манипуляции
Обучающийся через общение -«Общительный»	Иметь много друзей, разговаривать с людьми, присоединяться к группам	Понимание людей, вовлечение других, организация, общение, манипуляция, урегулирование конфликтов	Участие в совместной работе, сравнение, рассказ, сотрудничество, опрос других, урегулирование разногласий

Ученик, лично переживающий обучение – «Индивидуал»	Работать в одиночку, преследовать собственные интересы	Понимание самого себя, сосредоточение на собственных ощущениях, следует инстинктам, оригинален	Самостоятельная работа, индивидуальные проекты, обучение в собственном темпе, предоставление личного «пространства»
--	--	--	---

Применение оптимального метода обучения к конкретному ребенку способствует успешности усвоения материала.

Задачи МС-наставника по отношению к обучаемому ребенку в образовательном учреждении на разных этапах

1-й этап:

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

2-й этап:

- контроль достигнутого ребенком навыка или умения с использованием обратной связи;
- достижение запланированного уровня готовности к самостоятельной жизни с болезнью или стойкой мотивации на предупреждение факторов риска.

3-й этап:

- систематический отчет с анализом МС перед педагогическим (в учреждении образования) или медицинским коллективом (в амбулаторно-поликлинической организации);
- мотивация ребенка и формирование ЗУН индивидуальным обучением.

Мотивация – это процесс стимулирования себя и других к деятельности, направленной на достижение личностных целей пациента и целей организации, в идеале – целей здоровья для всех, отраженное ранее [4,8]. В создании побудительных мотивов для продуктивного выполнения МС обязанностей, связанных с наставничеством, используется материальное вознаграждение: повышение заработной платы или размера премии; доплаты или надбавки; льготное предоставление путевок на отдых или лечение (в случае, если данные функции не закреплены в функциональных обязанностях приказом главного врача или в трудовом коллективном договоре) [9].

Нематериальное вознаграждение МС по индивидуальному наставничеству в сестринской педагогике разнообразно и проявляется в предоставлении возможностей:

- участия в управлении действиями себя и руководстве коллективом;
- выработки и принятия решения;
- заниматься престижными видами труда;
- удовлетворять потребности работников в уважении со стороны коллег (выражение благодарности, похвалы на общем собрании, награждение грамотами, знаками отличий, присвоение звания «Лучший Наставник») [8,16].

Внутренние мотивационные факторы включают ответственность МС, свободу действий, возможность использовать и развивать собственные навыки и умения, интересную работу, самоуважение, значимость дела по обучению других. МС-наставник формирует внутреннюю мотивацию у опекаемого сотрудника медицинского коллектива с помощью создания условий работы, предоставления свободы выбора действий. В этой связи важно, чтобы медицинский (педагогический) коллектив знал о воспитательных задачах и был подготовлен к их решению [1,22,23].

При постоянных контактах с подшефным МС-наставник ставит перед собой конкретные педагогические цели: отвечает на вопросы воспитанника; устраняет замеченные у него недостатки в самостоятельных действиях; помогает в рациональной организации обучения. При этом она систематически анализирует деятельность подшефного и ищет пути и формы ее совершенствования. Например, в начале работы анализируется организация рабочего времени; в течение рабочего дня – целесообразность применяемых приемов и методов работы, методы контроля и самоконтроля; в конце рабочего дня – правильность его завершения, качество овладения мануальными навыками и выполнение всех требований.

Наставник по определению не имеет права использовать иной, кроме позитивного, стиль общения, однако знание иных стилей в виде негативного или агрессивного, позволяет избежать ошибок взаимодействия с наставляемым учащимся (табл. 3.2).

Таблица 3.2. Стили общения (по Lemon)

Характеристика	Позитивный	Негативный	Агрессивный
1	2	3	4
Отношение к себе и другим	Мне хорошо – вам хорошо	Мне плохо – вам плохо	Мне хорошо – вам плохо
Принятие решений	Решения принимаются самостоятельно	Позволяет другим принимать решения за себя	Принимает решения за других
Поведение в проблемных ситуациях	Открытая честная конфронтация	Уклоняется, уступает	Открытый, атакующий тип
Вербальное поведение	Четкое прямое выражение пожеланий: объективные высказывания; честное выражение ощущений	Попытки извиниться, подстраховаться, бессвязные выражения, невозможность объяснить значение	Повышенный тон обвинения, чувство собственного превосходства, высокомерное выражение, оскорбление других
Общий характер невербального поведения	Уверенные, адекватные реакции	Действия вместо слов (без упоминания о своих	Атмосфера превосходства, легко мысленный, тон

		ощущениях), выглядит так, как будто говорил не то, что имел в виду	саркастический
Голос	Твердый, мягкий, уверенный	Слабый, удаленный, тихий, колеблющийся	Напряженный, резкий, громкий, холодный, требовательный
Взгляд	Теплый, контактный, честный	Отводит взгляд, подавленный, со слезами в глазах, просящий	Невыразительный, холодный, прищуренный, пристальный
Поза	Расслабленная	Склоненная, чрезмерная надежда на поддержку	Руки на бедрах, ноги расставлены
Руки	Адекватная по времени жестикация	Суетливые, влажные	Удары кулаками или сжатые кулаки
Характер отношений	Высокого мнения о себе, но при этом	Принижает свое значение	Высокого мнения о себе, при

	не прини- жает дру- гих		этом при- нижает других
Реакция других лиц	Взаимное уважение	Неуваже- ние, вина, гнев, разо- чарование	Обида, стремление защи- титься, унижение
Послед- ствия стиля общения	Я выигры- ваю, вы выигрыва- ете, стре- мится к ре- шениям с обоюдным выигры- шем или при отсут- ствии про- игрыша	Я проиг- рываю, вы проигрыва- ете, успех достига- ется только за счет ве- зения или помощи других лиц	Я выигры- ваю, вы проигрыва- ете, побе- дить дру- гих любой ценой

Приемы педагогической эффективности МС, обучающей ребенка навыкам по предупреждению развития заболевания:

- используйте факты, а не собственное мнение, когда беседуете с ребенком, чья успешность в поиске информации и ее применении пока что неудовлетворительна;
- подстройка под индивидуальный стиль подростка является важным проявлением гибкости поведения МС;
- задавайте вопросы, поскольку то, как МС задает вопросы, служит ориентиром для пациента и может ка-

саться личных потребностей, целей и ожиданий, подталкивать ребенка к формулировке собственного решения.

Главным методическим приемом работы МС образовательного учреждения является переход от авторитарно-указующей модели воздействия к партнерской, где часть полномочий и ответственности передается самому наставляемому (адаптируемому, учащемуся), а МС выступает в роли опытного «дирижера». Это достигается вовлечением в дискуссию совместным решением ситуационных задач из имеющихся сборников [17,18,21], совместным отдыхом.

МС и Пвр зачастую предпочитают беседовать с пациентами, задающими много вопросов, но именно неактивные ребята больше нуждаются в информации. Порой предстоит приложить немало усилий, чтобы максимально заинтересовать в информации о здоровье ребенка любого пола, возраста, экономического положения. Не следует говорить с пациентом на языке, насыщенном медицинскими терминами, которые они в силу недостаточности образования, не воспринимают.

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

Используйте невербальное общение

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

носки ног смотрели на него, поза предпочтительна открытая, ноги и руки лучше не скрещивать.

Используйте позу тела для проявления интереса к тому, что говорит пациент: например, слегка наклоняйтесь вперед, чтобы не упустить ничего из сказанного им. Поддерживайте контакт глазами, но, не глядя пристально в лицо. Чтобы поощрить к разговору своего собеседника, используйте такие жесты, как кивание, улыбка и поощряющие междометия типа «м-мм» или «да», которые продемонстрируют вашу заинтересованность.

Задавайте «открытые вопросы»

«Открытые» вопросы обычно самые полезные, отвечая на них, пациент сообщает вам некоторую информацию. Эти вопросы обычно начинаются вопросительными словами: как, когда, где, почему и так далее. Закрытые вопросы менее полезны, они подсказывают ожидаемые ответы. На эти вопросы можно ответить словами: да или нет.

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

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

Отражайте слова пациента

В разговоре повторяйте то, что слышали от пациента, — в нескольких словах, сочетая собственные слова с теми, что произнес пациент. Этим вы покажете пациенту, что слышали его, и подбодрите продолжать разговор. Кроме того, повторение важного ключевого слова, сказанного собеседником, позволяет последнему

услышать то, что он произнес. Впервые услышав собственные слова, человек может их более ясно осознать. Например: пациент: «Я очень боюсь предстоящей процедуры». Сестра: «Боитесь?» (повторяет ключевое слово). Пациент: «Да, понимаете, не знаю, как я смогу перенести боль и...». Пациент продолжает беседу, осознавая причины своих страхов и сообщая МС дополнительную информацию.

Избегайте частого употребления оценивающих слов

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

Принимайте все то, что думает и чувствует пациент

Принимать — значит реагировать спокойно, не выражая согласия или несогласия. Иногда точка зрения пациента бывает ошибочной, вы не согласны с ней. Иногда пациенты расстраиваются по пустякам, и вы знаете это. Если вы сразу дадите понять, что повода для тревоги нет, пациент будет думать, что вы его не понимаете, и это снизит его уверенность в себе. Уверенность также уменьшится, если вы выскажете свое несогласие, будете критиковать.

Полезнее в этих ситуациях сначала с пониманием отнестись к чувствам пациента и выразить уважение к его мнению, то есть принять чувства и мысли пациента.

Например, пациент жалуется: «Не думаю, что смогу сам себе делать инъекции инсулина!». Примите чувства пациента, ответив: «Многие люди вначале испытывают

такой страх». Новую информацию вы сможете сообщить ему после.

Одобрите все то, что пациент и его родственники делают правильно

Медицинских работников учат обычно во всем искать проблемы. Они видят в основном только то, что отклоняется от нормы, и пытаются исправить это.

МС необходимо научиться находить положительные стороны в том, что делают пациент и его родственники, и одобрять это. Если хвалить то, что сделано хорошо, можно получить следующие результаты: вы сформируете у пациента уверенность в своих силах и стремление продолжать делать то, что у него получается. Он будет доверять вашим советам.

Оказывайте практическую помощь

Иногда оказать практическую помощь бывает лучше, чем сказать что-нибудь. Например, если у пациента имеется определенная проблема, требующая практического действия. Если ребенку неудобно лежать, будет лучше, если МС поможет ему занять другое положение в постели, или удобнее сесть за столом (партой), чем будет рассказывать о профилактике нарушений осанки или зрения.

Давайте немного необходимой информации

Необходимая информация – та, что полезна в данную минуту. Рассказывайте о том, что можно сделать сейчас, а не через несколько недель. Сообщайте не более двух новых фактов за один раз, особенно если пациент уже получил множество советов. Новые сведения сообщайте так, чтобы они не казались критикой поступков. Это очень важно при исправлении ошибочных мнений и действий.

Пользуйтесь простым языком

Объясняйте доступно. Помните, что большинство

людей не понимают медицинских терминов.

Предлагайте, а не приказывайте

Будьте внимательны, не приказывайте что-нибудь сделать. Лучше предложите что-то изменить. После этого пациент вправе решать, сам будет он делать это или нет. Самостоятельное принятие решения позволит ему обрести уверенность в себе.

При умелом поведении МС беседа помогает пациенту ощутить и осознать свои проблемы более четко, выбрать наиболее разумный путь их решения. Дополняют рекомендации материалы табл.3.3.

Формы работы МС с ребенком при обучении навыкам сохранения здоровья:

- стажировка по практическим навыкам на муляже (симуляторе) под контролем МС без права самостоятельных действий обучаемого;
- индивидуальные консультации, выявление потребностей наставляемого ученика;
- индивидуальные беседы: ежедневно по 3-5 минут по итогам работы за день; еженедельно 10-20 минут по итогам работы за неделю;
- поддерживающее обучение: стажировка учащегося с правом самостоятельной работы на самом себе в присутствии МС.

Оговоренные в коллективном договоре или Положении о наставниках полномочия наставников, позволяют выполнять функции по формированию ЗУН и трудовому воспитанию молодых специалистов.

Проблемы эффективного взаимодействия в МС с ребенком по развитию навыков и умений по поддержанию уровня здоровья в систематизированном виде предлагают перечень действий для успешности работы в табл.3.3.

Таблица 3.3. Правила эффективной коммуникации*
МС (Матвейчик Т.В., Гатальская Г.В., 2022)

Можно	Нельзя
Определять свою цель в коммуникации	Поворачиваться к человеку спиной, не попрощавшись и не завершив разговор
Уметь представлять себя (правило самопрезентации)	Обращаться только к одному из присутствующих, игнорируя всех остальных
Смотреть в глаза	Делиться своими проблемами или рассказывать о своих успехах
Улыбаться	Приводить самого себя и свои успехи в качестве примера для подражания
Обращаться по имени	Перебивать собеседника
Быть позитивным	Разговаривать по мобильному телефону в присутствии других
Определять правильно момент в коммуникации	Критиковать кого-то в присутствии других
Вовлекать в коммуникацию	Раздражаться и нервничать в присутствии других
Задавать вопросы	Отвечать на вопросы собеседника без энтузиазма и понимания
Искать метафоры	Обращаться к людям на «ты» (если это не происходит по обоюдной договоренности)
Держать паузу	
Говорить грамотно	
Шутить чаще	
Удивлять фактами	
Спорить только с собой	
Формулировать кратко	
Говорить «понимаю» вместо «нет»	
Делать комплименты	
Быть вежливым	
Ставить себя на место собеседника	
Признавать свои ошибки	
Сохрaнять достоинство	
Стараться завершать разговор первым	

Благодарить Менять и меняться	Негативно и резко реагировать на безобидные высказывания собеседника Нарушать правила вежливости и этикета Считать себя правым – во всем и всегда Нарушать формат общения, который сами установили Смеяться над собственными шутками громче всех
----------------------------------	--

Опираясь на высокую потребность в обучении персонализированной профилактике болезней и гуманность работы МС и Пвр с учащимися учреждений образования, **правила эффективной коммуникации*** «врач МС – пациент» могут быть представлены следующим образом:

- поддерживать активный зрительный контакт с пациентом. Это позволяет, с одной стороны, медицинскому работнику быть максимально внимательным, а с другой, – сообщает пациенту, что все внимание направлено на него. И, следовательно, вызывает у пациента переживание позитивного отношения к медицинскому работнику, большее доверие к нему;
- не рекомендуется делать два дела одновременно, например, слушать пациента и заполнять медицинские документы. Если же пациент обращается в тот момент, когда невозможно оторваться от другой деятельности, то эффективная коммуникация предпола-

гает, что диалог следует отложить: «Я обязательно подойду к вам, чтобы более детально обсудить этот вопрос. К сожалению, я не могу уделить вам все свое внимание прямо сейчас, но через четверть часа, завершив... (называется дело, активность), я зайду к вам». Большинство пациентов абсолютно нормально реагируют на такое предложение;

- следить за языком телодвижений. Нахмуренные брови, напряженный лоб, недоброжелательный взгляд могут настроить пациента на негативный лад. В этом случае, корректные вербальные формулировки могут быть восприняты совсем по-другому;

- не перебивать пациента, давать возможность ему более детально описать свое состояние;

- использовать язык позитивных конструктивных высказываний, теплую доброжелательную манеру, приятный тон для того, чтобы пациент прислушивался к объяснениям МС, рекомендациям;

- важно учиться воспринимать агрессивные высказывания пациента (раздраженный тон, повышение голоса, использование конфликтогенов) как сообщение о его неблагополучном физическом и эмоциональном состоянии, осваивать мягкое конструктивное реагирование на это, опираясь на известную мудрость: «Мягкий ответ отворачивает гнев». Позволять пациенту высказывать боль, расстройство по поводу своего состояния. Пытаться ставить себя на его место, видеть ситуацию с его точки зрения, выражая эмпатию и сочувствие [10,22,23].

Выводы. Предложенное расширение функций МС образовательных функций отражает мировые тренды стран с самыми высокими экономическими показателями, но и тех, кто только переходит на рыночную эко-

номику. Навыки МС и Пвр в разговоре с детьми и подростками исключают профессиональные жаргонизмы, менторский тон, невнимательность в разговоре о здоровье и рекомендациях. Грамотность населения в вопросах здоровья начинается с ребенка и семьи, чему в полной мере благоприятствуют знания МС педагогики и психологии детей и подростков.

Семья, медицинские и педагогические работники должны являться примером нравственного поведения, о котором Альберт Швейцер, выдающийся врач, мыслитель и миссионер сказал: «Поистине нравственен человек только тогда, когда он повинуетя внутреннему побуждению помогать любой жизни, когда он может помочь и удерживается от того, чтобы причинить живому какой-либо вред». Добро – это сохранять жизнь, содействовать жизни.

Перспективы развития технологий, взаимодействия и междисциплинарного сотрудничества средних медицинских работников учреждений образования в соответствии с тезисом: «Действовать раньше, действовать вовремя, действовать сообща» (Минская декларация, 2015) способствуют осознанию коллективной ответственности за реализацию Целей Устойчивого Развития.

МС образовательных учреждений предстоит совершенствовать свои профессиональные компетенции, педагогические и общекультурные навыки общения с ребятами, используя поведение, ведущее от авторитарно-указующей модели к партнерской. «Мы привыкли думать, что, возражая кому-то, мы неминуемо вступаем с этим человеком в конфликт, который обязательно должен выявить победителя и побежденного или ущемить чье-то самолюбие. Но давайте не будем воспринимать все в таком свете. Давайте всегда искать между нами

что-то общее. Секрет успеха заключается в том, чтобы с самого начала проявить заинтересованность в точке зрения собеседника. Я совершенно уверен, что это под силу каждому из нас», – считает Далай Лама.

Литература

1. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении: учебн. – методич. пособие / А.Т. Щастный [и др.]; под ред. А.Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 310 с.

2. Борисова, Т. С. Медико-гигиеническое сопровождение детей и подростков организованных коллективов : учеб.-метод. пособие / Т. С. Борисова, Н. В. Самохина, А. В. Кушнерук. – Минск : БГМУ, 2022. – 72 с.

3. Гигиена детей школьного возраста и подростков : учеб. пособие / Т. С. Борисова [и др.] ; под ред. Т. С. Борисовой. – Минск : Новое знание, 2021. – 624 с.

4. Государства-члены Европейского регионального бюро ВОЗ подписали Минскую декларацию [Электронный ресурс] // БЕЛТА. Белорус. телеграф. агентство. – Режим доступа: <http://www.belta.by/society/view/gosudarstva-chleny-evropejskogo-regionalnogo-bjuro-voz-podpisali-minskuju-deklaratsiju-167595-2015/>. – Дата доступа: 22.10.2019.

5. Гузик, Е. О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих : [монография] / Е. О. Гузик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 334 с.

6. Здрок, О. Н. Медиация: пособие для магистрантов / О. Н. Здрок ; Белорус. гос. ун-т, УПУ «Центр «Медиация и право». – Минск : Четыре четверти, 2018. – 539 с.

7. Из стажера – в мастера: технологии продажи медицинской услуги в организациях здравоохранения негосударственной формы собственности: учебн.-практич. пособие /Т.В. Матвейчик, В.И. Иванова, Г.Я. Хулуп. – Минск : БелМАПО, 2015. – 200 с.

8. Колосницына, М. Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М. Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. – 2010. – № 3. – С. 170–178.

9. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 ч. / А. А. Кралько. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : БелМАПО, 2019. – Ч. 2. – 147 с.

10. Марченко-Тябут Д.А., Новицкая С.Ф., Шпаковская Е.В. Технология делового общения. /Д.А. Марченко-Тябут, С.Ф. Новицкая, Е.В. Шпаковская. – Минск : БелМАПО, 2015. – 58 с.

11. Максвелл, Д. Мотивация решает все: [как настроить себя и окружающих на успех] / Д. Максвелл; пер. с англ. О. Г. Белошеев. – Минск : Попурри, 2009. – 160 с.

12. Матвейчик, Т. В. Элементы цифровизации при уходе за пациентами на дому в деятельности помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики / Т. В. Матвейчик, И. Г. Солдатенко, С. А. Левчук. – Минск : Ковчег, 2023. – 147 с.

13. Матвейчик, Т. В. Безопасность пациента как условие качества медицинской помощи / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 127 с.

14. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело: вчера, сегодня, завтра (1999-2025) / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2023. – 74 с.

15. Матвейчик, Т. В. Венская и Мюнхенская декларации: реализация в сестринском образовании в Республике Беларусь / Т. В. Матвейчик // Мед. сестра. – 2022. – Т. 24, № 8. – С. 15–20.

16. Матвейчик, Т.В. Управление сестринской деятельностью: учеб.-метод. пособие / Т.В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с. Режим доступа: <http://med.by/content/ellibsci/BELMAPO/620098.pdf>. – Дата доступа: 27.05.2022.

17. Матвейчик, Т.В. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций: учеб. пособие /Т.В. Матвейчик [и др.]; – Минск : БелМАПО, 2017. – 338с.

18. Матвейчик, Т.В. Профилактическая работа помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи /Т.В. Матвейчик, Ю.В. Мещеряков. – Минск : Ковчег, 2016. – 244 с.

19. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.

20. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела: учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, В.И. Иванова. – Минск : Вышэйшая школа, 2006. – 301 с.

21. Матвейчик, Т. В., Емельянович, О.Г. Практикум по преодолению конфликтов: учеб.-методическое пособие /Т. В. Матвейчик, О.Г. Емельянович. – Минск : БелМАПО, 2004. – 61 с.

22. Навыки общения с пациентами /Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер. – М.: Гарант, 2018. – 304 с.

23. Орлова, Е.В. Культура профессионального общения врача. Коммуникативно-компетентный подход / Е.В. Орлова. – М.: Инфра-М, 2015. – 288 с.

24. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 г. № 433-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.

25. Об утверждении Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021–2025 годы: приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1438.

26. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервис. и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие для слушателей системы последиplomного медицинского образования / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.

27. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы: дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.

28. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько ; Белорус. мед. акад. последиplom. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 660 с.

29. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация: моногр. / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. – Минск : Юнипак, 2005. – 420 с.

30. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2020. – 144 с.

Заключение

В представленной работе отражены основные направления, необходимые для перехода от теории к практике в предупредительной деятельности средних медицинских работников организованных коллективов детей и подростков. По содержанию материалы разделены на три основных направления:

Раздел I. Акушерское дело в укреплении и профилактике здоровья девушек и женщин: современные достижения в Республике Беларусь, предлагающий анализ достижений в работе с подростками в области полового просвещения на основе укрепления семейных ценностей.

Раздел II. Медицинские сестры и помощники врача по амбулаторно-поликлинической помощи образовательных учреждений в предупреждении неинфекционных школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков, содержащий новые возможности профилактики школьно-обусловленной патологии при условии достаточного учебно-методического и материально-технического обеспечения.

Раздел III. Эффективное взаимодействие с детьми и подростками медицинских сестер и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи образовательных учреждений, который может быть использован в учебных программах для студентов и учащихся медицинских вузов и колледжей на этапах базового и дополнительного образования.

Ориентир на непрерывное профессиональное развитие согласно концепции *life-long learning* (обучение на протяжении всей жизни) и в соответствии с типологией

образования ЮНЕСКО можно использовать для работы с детьми и подростками образовательных учреждений:

- формирование устойчивой мотивации к обучению и развитию навыков осознанного отношения к здоровью на протяжении жизни, включая личный пример МС;

- продолжение развития технологически современных синергетических обучающих отношений в системе «врач-сестра-пациент» в соответствии не только с передовыми достижениями медицинской и педагогической науки, но и с учетом уровня здоровья, возраста, интеллектуальных способностей и потребностей учащихся (т.е. предупредительной медицины).

Комплексный подход к осуществлению системных профилактики по повышению уровня здоровья школьников, предписанный в государственных программах и нормативных правовых документах в области охраны здоровья населения Республики Беларусь, предусматривает конкретные изменения в образовательных программах по обучению средних медицинских работников.

Внедрение педагогических технологий с основами психологии делового взаимодействия в профилактическую деятельность средних медицинских работников станет ступенькой в последующие достижения в профилактике неинфекционных заболеваний школьно-обусловленной патологии среди детей и подростков организованных коллективов, обеспечивая сохранение лидирующих позиций по доступности, повышению эффективности и профилактической направленности школьной медицины.

Разработанные в Республике Беларусь критерии оценки сформированности навыков осознанного отношения к здоровью детей и подростков образовательных учреждений позволяют объективно оценивать труд МС и Пвр.

Императивы развития сестринской педагогики и диверсифицирование оказания профилактической помощи в школьных коллективах совпадают с долгосрочной политикой социально-ориентированного государства и рекомендациями международных организаций по развитию сестринского и акушерского дела. Это позволяет расширять ответственность и роль сестринского персонала, добиваться баланса между медицинским подходом (вниманием к лечению заболеваний) и здоровьем в целом с акцентом на профилактику и работу с факторами риска подрастающего поколения.

Глоссарий

Барьеры общения – препятствия для взаимодействия людей, факторы, служащие причиной неэффективного взаимодействия, конфликтов или способствующие им.

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

Взаимодействие конфликтное – процесс взаимных негативных воздействий индивидов, групп, движений, партий, этносов, стран друг на друга, в процессе которых сталкиваются между собой интересы, цели, устремления, ценностные ориентации соперничающих субъектов конфликта.

Компромисс – соглашение на основе взаимных уступок.

Коммуникация – обмен информацией между двумя и более лицами в устной, письменной форме или при помощи жестов, интонации и др.

Компетентность – способность выполнить поставленную задачу и наиболее эффективно справиться с предписанными функциями.

Комплаенс – (англ. compliance – согласие, соответствие; от глагола to comply – исполнять) – означает действие в соответствии с запросом или указанием; достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент – МС – врач» за счет рационального ведения пациента. Предполагает обязательное выполнение больным человеком врачебных рекомендаций, соответствующих каким-либо внутренним или внешним требованиям или

нормам пациента, возраст которого не служит причиной недостаточного взаимодействия. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Конфликт – (лат. conflictus – столкнувшийся) – наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии его участников и обычно сопровождающийся негативными эмоциями, выходящий за рамки правил и норм.

Конфликтогены – слова, жесты, оценки, суждения, действия или бездействия одной или обеих взаимодействующих сторон, способные привести к возникновению конфликтной ситуации и к ее перерастанию в реальный конфликт.

Фактор риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Эффективная коммуникация – свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

Научное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна

**Состояние и достижения в профилактике
неинфекционных школьно-обусловленных
заболеваний детей и подростков
организованных коллективов в деятельности
средних медицинских работников**

Подписано к печати 27.09.2023. Формат 84x108 1/32.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 5,93. Тираж 99 экз. Заказ 917.

ООО «Ковчег».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/381 от 1 июля 2014 г.

Ул. Леонида Беды, 11/1-205, 220040 г. Минск.

Тел./факс: (017) 379 19 81, тел.: (017) 358 19 27,

e-mail: kovcheg_info@tut.by

Развитие сестринского дела в деятельности специалистов учреждений образования базируется на освоении правил успешного взаимодействия и мотивации детей и подростков в области предупредительной медицины. Предложены материалы состояния и достижений в этой области деятельности медицинских сестер и помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи, технологии успешного взаимодействия в процессе обучения основам здорового поведения учащихся.

Рекомендовано студентам лечебных факультетов медицинских вузов, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинским сестрам образовательных учреждений для детей и подростков, учащимся колледжей, обучающимся в системе дополнительного образования, лицам, повышающим образовательный уровень в медицинской деятельности.

ISBN 978-985-884-283-3



9 789858 842833