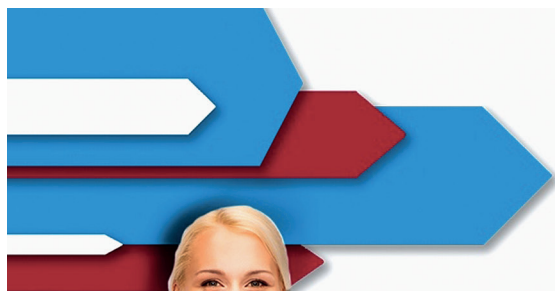


Благополучие специалистов – их объединение!



Ассоциация организаций
осуществляющих содействие
деятельности специалистов с высшим
сестринским, средним медицинским
и фармацевтическим образованием

**«СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ»**

ВЕСТИ

СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

СМПО: МИССИЯ И ЗАДАЧИ

ПРЕЗИДЕНТ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ – И.А. Левина, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Министерства здравоохранения Российской Федерации в Уральском федеральном округе и Министерства здравоохранения Свердловской области, директор Свердловского областного медицинского колледжа.



СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ был создан в 2015 году в контексте Концепции развития здравоохранения до 2020 года как важнейший ресурс совершенствования деятельности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием.

МИССИЯ СОЮЗА заключается в объединении региональных профессиональных организаций, осуществляющих содействие деятельности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием, в целях профессионального единства, защиты прав и предоставления интересов членов организаций.

Союз проводит десятки научно-практических мероприятий ежегодно – конференций, мастер-классов, семинаров и принимает самое активное участие в крупных всероссийских и международных форумах.

СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБЪЕДИНЯЕТ 170 000 специалистов из 35 общественных профессиональных организаций, 14 297 студентов-волонтеров молодежного отделения и более 15 000 волонтеров отделения «серебряного» добровольчества.



В.А. Вишнякова **Н.Н. Косарева** **О.Г. Позднякова** **Л.А. Плигина** **А.В. Гажева** **А.В. Сафина** **И.Н. Засыпкина** **Л.Д. Гололобова**

ЧЛЕНЫ ПРАВЛЕНИЯ СМПО: президент Забайкальской региональной общественной организации «Профессиональные медицинские специалисты» В.А. Вишнякова (вице-президент); президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестер Н.Н. Косарева (вице-президент); президент Межрегиональной общественной организации операционных медицинских сестер О.Г. Позднякова (вице-президент); президент Алтайской региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» Л.А. Плигина, ученый секретарь Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, генеральный директор некоммерческого партнерства «Ассоциация специалистов с высшим сестринским образованием», к.м.н. А.В. Гажева (вице-президент); президент Общественной организации «Ассоциация медицинских сестер Республики Татарстан» А.В. Сафина; президент Региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием Республики Башкортостан» И.Н. Засыпкина; президент Региональной общественной организации «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела» Л.Д. Гололобова.

ЗАДАЧИ СОЮЗА МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

- совершенствование практической деятельности специалистов, внедрение новых организационных технологий, инновационных практик, пилотных площадок, школ передового опыта на базе профессиональных организаций;
- возрождение и развитие отечественных традиций милосердия;
- развитие системы непрерывного медицинского образования с внедрением зачетно-накопительной системы и электронных портфолио;
- изучение, обобщение и распространение лучшего регионального опыта;
- реализация научного потенциала, внедрение доказательной сестринской практики;
- разработка и внедрение системы управления качеством и социальной ответственности профессиональной деятельности специалистов;
- содействие внедрению профессиональных и национальных стандартов;
- разработка и реализация профессиональных образовательных программ;
- создание системы независимой оценки качества медицинского образования в процессе аккредитации;
- формирование культуры безопасности специалистов с высшим сестринским, средним медицинским и фармацевтическим образованием;
- организация мероприятий, способствующих повышению престижа профессий, профессиональной компетенции, общей, этической и правовой культуры специалистов;
- создание единого информационно-методического пространства для обеспечения обмена информацией внутри профессионального сообщества;
- консультационная поддержка по вопросам аттестации, сертификации и аккредитации специалистов.



Участники IV Московской научно-практической конференции по геронтологии и гериатрии



Делегаты конференции «Кадры. Средний медицинский персонал» в рамках конгресса Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения»



Участники Всероссийской научно-практической конференции «Профессиональная стандартизация в подготовке и деятельности специалистов со средним медицинским образованием»

БЕЗОПАСНАЯ СРЕДА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРСОНАЛА

28 ноября в Санкт-Петербурге прошла городская научно-практическая сестринская конференция «Безопасная среда в медицинской организации для пациентов и персонала». Конференция была организована Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Профессиональной региональной общественной организацией медицинских работников Санкт-Петербурга, Северо-Западным государственным медицинским университетом имени И.И. Мечникова и руководством городской больницы Святого Великомученика Георгия, на базе которой состоялось данное мероприятие.

В марте 2018 года больница Святого Великомученика Георгия вступила в проект по внедрению системы менеджмента качества, и многие доклады, сделанные в ходе конференции, освещали тему качественного оказания помощи пациентам и безопасности медицинского персонала при исполнении профессиональной деятельности.

С докладом «Безопасность медицинской помощи – наша приоритетная задача» выступила Елена Полякова. Для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности выделяют 11 основных направлений: управление персоналом (медицинские кадры, компетентность и компетенции); идентификация личности пациента; эпидемиологическая, лекарственная, хирургическая безопасность; контроль за качеством и безопасностью медицинских изделий; организация экстренной и неотложной помощи в стационаре; организация работы приемного отделения; преемственность медицинской помощи, передача клинической ответственности за пациента, организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие учреждения; профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов донорской крови; безопасность среды в медицинской организации (организация ухода за пациентами, профилактика пролежней, профилактика падений); организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины, соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

Докладчик отметила, что все перечисленные направления могут быть скорректированы в каждой медицинской организации с учетом специфики и особенностей ее деятельности, а также в процессе совершенствования работы по внутреннему контролю. Важно, что все эти направления нельзя эффективно реализовывать без активного участия сестринского персонала. Причем по некоторым направлениям, например по обеспечению безопасности среды в медицинской организации, организации ухода за пациентами, профилактике пролежней и падений, роль сестринского персонала представляется ведущей.

Внедрению современных технологий обработки рук был посвящен доклад врача-эпидемиолога Юлии Никуткиной. Она рассказала о программе по гигиене рук в стационаре. Программа рассчитана на пять лет и разделена на три этапа. Первый этап – подготовительный. Его целью является создание условий для соблюдения гигиены рук, использования медицинских перчаток и овладение персоналом необходимыми знаниями и практическими навыками в области гигиены. На данном этапе были разработаны анкеты для выявления основных личных и организационных причин, препятствующих, по мнению медицинского персонала, соблюдению правил гигиены рук и применения медицинских перчаток, выявлены предпочтения медицинского персонала по выбору медицинских перчаток, жидкого мыла, кожных антисептиков и профессионального крема для ухода за кожей рук. Создан чек-лист для аудита гигиены рук

и использования медицинских перчаток в структурных подразделениях. Проведено обучение аудиторов по вопросам заполнения. Подготовлены наглядные материалы, пособия, видеоролики и другие учебные материалы для дифференцированного обучения медицинского персонала.

Второй этап – переходный. Целями переходного этапа являются повышение мотивации сотрудников к выполнению правил гигиены рук и использованию медицинских перчаток. Основными задачами являются: проведение анализа о трудностях, возникающих у медицинского персонала при выполнении правил гигиены рук и использования перчаток (по данным анкетирования сотрудников).

Третий этап – завершающий. На этом этапе главное – не только достижение целей программы, но и удержание достигнутых показателей на требуемом уровне. На данном этапе активно включаются механизмы контроля эффективности программы: проведение проверок полноты соблюдения медицинским персоналом гигиены рук с использованием лабораторного контроля.

Профилактика инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ) была темой доклада операционной медсестры Анастасии Мунгаловой.

Источником ИОХВ могут быть пациенты, контаминированные объекты окружающей среды и медицинские работники. Экзогенные инфекции реализуются преимущественно контактно-инструментальным путем передачи возбудителя. Инструменты, перевязочные материалы, операционное белье, дренажи, шовный



Выступает главный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и СЗФО, директор Медицинского колледжа №1 И.В. Бубликова



Регистрация участников конференции



Участники и гости конференции



Член президиума конференции Г.М. Подопригора

материал, используемые для орошения раны растворы являются частыми факторами передачи инфекции, но превалентность остается за эндогенными инфекциями. Контаминированная кожа, хронический тонзиллит, аднексит, бронхит, воспалительные заболевания мочевыводящих путей – все это является очагами инфекции, из которых микроорганизмы могут попадать в рану.

Вероятность возникновения ИОХВ повышается при наличии факторов риска. Среди них сахарный диабет, злокачественные новообразования, курение, преклонный возраст и др., а также факторы риска возникновения раневой инфекции, связанные с операцией, – неадекватная подготовка кожи к операционному вмешательству, длительность операции, недостаточная вентиляция воздуха в операционной и т.д. Сроки госпитализации также оказывают существенное влияние на частоту возникновения инфекций.

О современной концепции безопасности пациента в операционной рассказала медсестра-анестезист ГБ Наталья Завизная.

Безопасность пациента – это возможность избежать случайных неблагоприятных последствий при оказании медицинской помощи и вследствие медицинской ошибки, подчеркнула докладчик.

В 1978 году голландским Советом здравоохранения был введен первый стандарт мониторинга состояния пациента в ходе операции. Введение его в практику снизило риск

анестезии и сделало ее более безопасной для пациента. На основании результатов этой работы был принят Гарвардский стандарт 1985 года.

Мониторинг – это контроль функций и процессов, выявление опасных отклонений с целью предупреждения осложнений, в частности во время анестезии и интенсивной терапии. Целями мониторинга являются: определение эффекта обезболивания, миорелаксации, параметров вентиляции, а также своевременная регистрация изменений состояния, связанных с операцией, анестезией или заболеванием пациента.

Докладчик отметила, что электрокардиограмма должна обязательно выполняться при всех операциях. Современные мониторы делают снимки в трех, а то и во всех двенадцати отведениях. В ситуациях, когда пациент находится в тяжелом состоянии, требуется инвазивное измерение артериального давления.

При проведении операций с использованием миорелаксантов необходим контроль нервно-мышечной проводимости, для чего используются специальные приборы, позволяющие объективно оценить релаксацию. Контроль состояния функции почек во время операции является важным элементом наблюдения за пациентом. Для этой цели необходима катетеризация мочевого пузыря и использование систем точной оценки объема выделяемой мочи.

Обеспечение безопасности реци-

пиента во время проведения гемотрансфузии стало темой выступления медсестры отделения переливания крови больницы Святого Великомученика Георгия Надежды Шаровой.

В России ежегодно переливают кровь полутора миллионам человек. Все компоненты крови обследуются на маркеры гемотрансмиссивных инфекций. При наличии сомнительных и положительных результатов на гемотрансмиссивные инфекции, а также при выявлении антиэритроцитарных антител кровь бракуется и утилизируется.

Докладчик подробно остановилась на мерах обеспечения иммунологической безопасности, особенностях транспортировки компонентов крови и проведения биологической пробы, а также рассказала о мониторинге за состоянием пациента после гемотрансфузии: после каждой гемотрансфузии проводится оценка ее эффективности на основании клинических и лабораторных данных (наблюдение в течение двух часов); пробирка с кровью для проведения проб и контейнер с остатками донорской крови (5 мл) должна храниться в холодильнике в течение 48 часов.

Доклад «Технологии, снижающие риск при использовании лекарственных препаратов» представил старший медицинский брат четвертого хирургического отделения городской больницы Святого Великомученика Георгия Александр Каретин. Он перечислил следующие преимущества автоматизированных систем

работы с лекарствами: снижение трудовых затрат сотрудников аптеки и медицинского персонала отделений; сокращение числа ошибок при выдаче лекарственных средств; предотвращение выдачи препаратов с истекшим сроком годности; уменьшение объемов запасов лекарственных средств как в аптеке, так и в отделениях; использование штрих-кода с целью повышения точности выдачи лекарственных средств пациентам; возможность редактирования лекарственных назначений; уменьшение дефектуры лекарственных средств в структурных подразделениях; снижение нерациональных трат лекарственных средств.

Работа автоматизированного комплекса организуется в определенной последовательности. Первоначально лекарственные средства в зависимости от вида лекарственной формы помещаются в специальные загрузочные устройства. Твердые и мягкие лекарственные формы в блистерной упаковке, ампулированные лекарственные средства и ряд других помещаются в станции заполнения (BoxStation). Твердые дозированные лекарственные формы (таблетки, капсулы, драже), поставляемые без блистерной упаковки или в госпитальной упаковке, помещаются в специальные «таблеточные» станции заполнения (PillBox). Каждая такая станция заполнения снабжается индивидуальной радиочастотной меткой (RFID) и соответствующим штрих-кодом, генерируемым программным способом, после чего станции заполнения в зависимости от вида лекарственной формы загружаются в многофункциональную систему для автоматической загрузки (AutoPhial) или же в промежуточный склад (AutoBox). На этом этапе проводится автоматическая расфасовка каждой единицы лекарственного средства в пластиковый пакет с указанием наименования и дозировки препарата и соответствующего штрих-кода. Таким образом происходит создание монодоз лекарственных средств, из которых в дальнейшем

формируются персональные дозы.

«Лекарственные препараты на посту: доступность для медицинской сестры, безопасность для пациента» – такова была тема доклада медсестры-анестезиста отделения реанимации и интенсивной терапии для пациентов с ОНМК ГБ Святого Великомученика Георгия Марии Корненко.

Докладчик отметила, что лекарственные средства необходимо размещать по местам хранения в соответствии с требованиями к условиям хранения, указанным в инструкции по применению лекарственного средства, в маркированных, закрывающихся шкафах, стеллажах и холодильниках.

Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оснащены гигрометрами. Холодильники для хранения лекарственных средств должны быть оборудованы термометрами. Гигрометр размещается на расстоянии не менее трех метров от дверей, окон и отопительных приборов на высоте 1,5–1,7 метра от пола. Минимальное время выдержки гигрометров и термометров в измеряемой среде составляет 30 минут. Поверку приборов необходимо осуществлять в соответствии с инструкцией.

С целью оптимизации организации хранения лекарственных средств в больнице разработали СОП, что регламентирует все аспекты системы как качества работы медицинской сестры, так и безопасности пациентов.

Старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии для пациентов с ОНМК ГБ Святого Великомученика Георгия Дарья Бикменова поделилась опытом разработки и внедрения СОП «Порядок работы с периферическим венозным катетером».

При разработке СОП были использованы методические рекомендации «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером»; методические рекомендации по обеспечению и поддержанию периферического венозного доступа; МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики инфекций,

связанных с оказанием медицинской помощи, в медицинских организациях»; СанПиН 2.1.3.2630-10, глава «Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов».

Докладчик рассмотрела классификацию и цветовую кодировку катетеров по размерам, отметив, что на качество выполнения катетеризации влияют квалификация медицинского персонала, условия постановки катетера, метод сосудистого доступа, техника катетеризации, тип катетера, продолжительность катетеризации, соблюдение правил асептики и антисептики при уходе за катетером, тип вводимых растворов, проведение гемодиализа.

О современных подходах к обеспечению проходимости дыхательных путей рассказала медсестра-анестезист ГБ Святого Великомученика Георгия Олеся Батюченко.

Если в 50-е годы XX века в Англии частота тяжелых осложнений или смертей пациента, связанных со сложными дыхательными путями, составляла 1 случай на 1500 общих анестезий, то благодаря современной технике частота летальных исходов в развитых странах снизилась до 1 случая на 100 000 всех общих анестезий.

Однако в отдельных областях медицины эта проблема остается очень актуальной: так, в акушерстве имеется один случай на 300 всех интубаций, что в 10 раз чаще, чем в хирургической практике.

Докладчик отметила, что традиционно анестезиологи пользовались двумя способами вентиляции легких пациента: первый – вентиляция маской, второй – интубация. Эти методики являются основными и по настоящее время. Масочную вентиляцию легких можно проводить сколько угодно долго, она очень важна в анестезии, всегда необходимо проводить преоксигенацию пациента, это увеличивает время десатурации на 5–8 минут, а время для анестезиологической бригады является самым ценным ресурсом. Вторым основным способом вентиляции легких является интубация трахеи, которая используется ру-

ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПРОЕКТА «ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНА»

14 декабря в г. Чебоксары, столице Республики Чувашия, в Республиканской клинической офтальмологической больнице состоялась Республиканская научно-практическая сестринская конференция, на которой были подведены первые итоги проекта «Школьная медицина».

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения Чувашской Республики совместно с ОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников Чувашской Республики».

В работе конференции приняли участие более ста делегатов из медицинских организаций республики. Это главные медицинские сестры, старшие медицинские сестры поликлиник, медицинские сестры врачей-офтальмологов, медицинские сестры отделений общей врачебной

(семейной) практики, фельдшеры фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций, внештатные специалисты по сестринскому делу региона.

Открыла конференцию И.В. Васильева – заместитель главного врача по медицинской части бюджетного учреждения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница».

Со словами приветствия к участникам конференции обратилась внештатный специалист-эксперт

Министерства здравоохранения Чувашской Республики по работе со средним медицинским персоналом по специальности «Сестринское дело», главная медицинская сестра бюджетного учреждения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» А.В. Петрова.

С докладом на тему «Анализ результатов работы проекта «Охрана зрения детей» в рамках программы «Школьная медицина» выступила врач-ординатор бюджетного

тинно и заключается в помещении интубационной трубки в трахею. Это самый надежный способ вентиляции легких пациента.

Падения являются актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. Ежегодно в мире происходят 37 млн падений пациентов, которые не являются смертельными, но имеют достаточно тяжелые последствия для здоровья упавшего и требуют оказания медицинской помощи. В то же время каждый год происходят 424 тыс. смертельных падений пациентов, что делает падения второй по значимости причиной смерти от непреднамеренных травм после дорожно-транспортных травм. Более 80% случаев смерти, связанных с падениями, приходится на страны с низким и средним уровнями дохода.

О том, как организована помощь пациентам с высоким риском падения в неврологическом отделении ГБ Святого Великомученика Георгия, рассказала старшая медсестра отделения Наталья Шевелева.

В больнице разработана и внедряется программа профилактики падений, которая включает в себя оценку риска падений у каждого пациента, пере-

чень мероприятий для повышения безопасности пациентов высокого риска, обучение пациентов данной группы принципам безопасного поведения.

Чтобы быть эффективной, стратегия профилактики падений должна быть всесторонней и многоплановой, подчеркнула докладчик. Каждый сотрудник клиники должен поддерживать политику по созданию более безопасной окружающей среды и снижению факторов риска, стимулировать проведение инженерно-технических работ по устранению потенциальных опасностей, повышать осведомленность коллег и пациентов о факторах риска падений.

Итоги работы конференции подвела кандидат медицинских наук, президент ПРОО медработников Санкт-Петербурга Галина Подопригора. В настоящее время безопасная больничная среда является одной из актуальных и в то же время сложных проблем в профессиональной деятельности медицинских работников, отметила она. Больничная среда имеет различные элементы, отрицательно влияющие на здоровье как медицинского персонала, так и пациентов. Для сохранения здоровья человек должен

быть хорошо адаптирован к таким факторам риска. Большой человек ослаблен, страдает физически и психологически как от самой болезни, так и от непривычной для него обстановки стационара. И сама болезнь, и новая окружающая среда вынуждают его изменить привычный образ жизни и по-новому удовлетворять свои потребности. Необходимо максимально устранить влияние факторов риска на пациента и создать в медицинской организации такие условия, которые обеспечат пациенту безопасность все время, пока он там находится.

А.В. АВЕРИН, менеджер
Союза медицинских
профессиональных организаций
Г.М. ПОДОПРИГОРА,
доцент Северо-Западного
государственного медицинского
университета
им. И.И. Мечникова,
президент ПРОО
медработников
Санкт-Петербурга,
Е.В. ПОЛЯКОВА,
главная медицинская сестра
Городской больницы
Святого Великомученика
Георгия



Делегаты конференции



Выступает А.В. Петрова

учреждения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» А.В. Григорьева.

Целью программы «Школьная медицина» является формирование и реализация системы по профилактике заболеваний органа зрения у несовершеннолетних граждан. Основные задачи программы: организация пунктов охраны зрения в школах и детских дошкольных образовательных учреждениях, оборудованных отечественными медицинскими приборами и оптическими системами для профилактики заболеваний органа зрения, позволяющих контролировать процесс рефрактогенеза в течение всего периода обучения детей; подготовка медицинского персонала школ и детских дошкольных образовательных учреждений для работы в пунктах охраны зрения.

Докладчик рассказала, что перечень основных мероприятий программы включает: организацию работы пунктов охраны зрения в школах и детских дошкольных образовательных учреждениях; комплектацию пунктов охраны зрения современными оптическими приборами; проведение предварительных и профилактических медицинских осмотров детей; проведение курса профилактических мероприятий на базе пунктов охраны зрения; обучение детей упражнениям для глаз; методическое сопровождение организации и функционирования пунктов охраны зрения; организацию и проведение

мониторинга состояния здоровья несовершеннолетних граждан – участников проекта.

В докладе были указаны перспективы проекта «Охрана зрения детей»: увеличение числа детей, охваченных профилактическими мероприятиями по охране зрения; достижение целевых эффективных показателей работы, пунктов охраны зрения в школах и детских дошкольных учреждениях; уменьшение числа детей, имеющих рефракционную патологию зрения; повышение работоспособности и правильное формирование зрительного анализатора в условиях интенсивных нагрузок во время учебного процесса; снижение негативного воздействия зрительной нагрузки и предупреждение развития заболевания органа зрения; обеспечение всех общеобразовательных учреждений республики офтальмологическим лечебным оборудованием.

Докладчик подчеркнула, что проект «Охрана зрения детей» позволит: улучшить показатели заболеваемости у детей школьного возраста с рефракционными нарушениями, в частности с миопией, на 20%; повысить остроту зрения в 80% случаев; улучшить успеваемость благодаря более полноценному и комфортному восприятию учебной программы.

Доклад «Мировоззрение слепых» представила операционная медицинская сестра бюджетного учреждения «Республиканская

клиническая офтальмологическая больница» Л.В. Салдаева.

Лариса Витальевна рассказала, что слепота – это стойкая и необратимая утрата зрения на оба глаза, неспособность отличить свет от темноты. В практическом и социальном смысле понятие слепоты шире: человек считается слепым, когда он утрачивает способность ориентироваться в окружающей обстановке или не имеет изначально этой способности, не может передвигаться без посторонней помощи вне дома. Выделяют понятия бытовой слепоты, относя к этой категории практически слепых лиц; производственной слепоты, когда зрение утрачено до такой степени, что человек не может работать даже при применении различных оптических приборов; профессиональной слепоты, когда зрение понижается до уровня, исключающего возможность выполнения привычной для данного лица работы. В случае слепоты человек становится инвалидом.

Докладчик проинформировала о причинах слепоты. Нарушение или полная потеря зрения, как правило, вызваны разными факторами. К ним относят внутриутробные заболевания и пороки развития плода, которые приводят к врожденной слепоте новорожденных. Потерю зрения у детей и взрослых до пятидесяти лет обычно вызывают заболевания и травмы глаз. У лиц старшего возраста слепота нередко наступает вследствие со-

судистых патологий органа зрения и возникновения глаукомы.

Докладчик отметила, что информацию об окружающем мире человек получает в основном через органы зрения. Однако существуют люди незрячие от рождения. Если пациент ослеп в сознательном возрасте, он мыслит картинками, которые уже успел увидеть и запомнить. Образы возникают перед его глазами после того, как он почувствует знакомый запах или услышит определенный звук. К примеру, такой человек слышит шум воды и представляет море, реку. Тепло у таких людей часто ассоциируется с небом и ярким солнцем. Человек, потерявший зрение в детстве, не может запомнить достаточно информации для создания визуальных образов в голове. Однако он может помнить и понимать значение цвета. В основном такие пациенты воспринимают мир через звуки, запахи и прикосновения. Люди слепые от рождения воспринимают мир не так, как все остальные. Они никогда не видели каких-либо образов, цветов. Эта часть мозга за ненадобностью у них отключается. Ассоциация между предметом и изображением у них абсолютно отсутствует. Они даже не могут понять выражение «видеть». Слепой от рождения может выучить названия предметов и цветов, но при произношении этих слов у него не возникнет никаких зрительных ассоциаций и образов.

20–30 лет назад в арсенале слепых и слабовидящих людей были лишь трости, собаки-поводыри и простейшие электронные приборы с голосовой функцией (часы, стационарные телефоны). Современные технологии позволяют незрячим работать на компьютере. Существует программное обеспечение экранного доступа с синтезом речи, брайлевский портативный дисплей, принтеры с рельефно-точечным шрифтом Брайля, клавиатуры с большими кнопками и разделяющей клавиши накладкой. Сегодня на рынке представлен уже целый ряд ин-

новационных технических средств для реабилитации и адаптации. Это коляски-ступенькоходы, «умные» часы для людей с нарушением слуха, которые реагируют на тревожные звуки, умные очки со светодиодами, сканер-интерпретатор шрифта Брайля и многое другое. Современные технологии могут улучшить жизнь слепых и людей с ослабленным зрением и избавить их от зависимости от окружающих.

С докладом на тему «Аттестация специалистов со средним медицинским образованием» выступила внештатный специалист – эксперт Министерства здравоохранения Чувашской Республики по работе со средним медицинским персоналом по специальности «Сестринское дело», главная медицинская сестра бюджетного учреждения «Республиканская клиническая офтальмологическая больница» А.В. Петрова.

Аттестация специалистов со средним и высшим медицинским и фармацевтическим образованием проводится по специальностям, предусмотренным действующей номенклатурой специальностей. Аттестация является добровольной и проводится аттестационными комиссиями по трем квалификационным категориям: второй, первой и высшей. Аттестация проводится один раз в пять лет. Оцениваются теоретические знания и практические навыки на основе результатов квалификационного экзамена, который включает в себя экспертную оценку отчета о профессиональной деятельности специалиста, тестовый контроль знаний и собеседование.

Докладчик отметила, что документы, поступившие в аттестационную комиссию, регистрируются ответственным секретарем в журнале регистрации документов в день их поступления. Не позднее тридцати календарных дней со дня регистрации документов экспертной группой проводится их рассмотрение, утверждается заключение по отчету и назначается дата и место проведения тестового контроля знаний и собеседования. Заклю-

чение на отчет должно содержать оценку теоретических знаний и практических навыков специалиста. Тестовый контроль знаний и собеседование проводятся не позднее семидесяти календарных дней со дня регистрации документов. Тестовый контроль знаний предусматривает выполнение специалистом тестовых заданий и признается пройденным при условии успешного выполнения не менее 70% общего объема тестовых заданий. Собеседование проводится членами экспертной группы по теоретическим и практическим вопросам профессиональной деятельности специалиста. По результатам квалификационного экзамена экспертная группа принимает решение о присвоении или об отказе в присвоении специалисту квалификационной категории. Не позднее ста двадцати календарных дней со дня регистрации документов ответственный секретарь аттестационной комиссии направляет специалисту выписку о присвоении ему квалификационной категории.

Доклады, представленные на конференции, были хорошо оценены аудиторией медицинских сестер. Следует отметить, что большинство докладов являлись дебютными, что явилось стартом для дальнейшего развития общения и обмена опытом между медицинскими сестрами в целях улучшения знаний, умений и качества оказания сестринской помощи пациентам.

А.В. АВЕРИН,
менеджер Союза медицинских профессиональных организаций,
С.Н. АРХИПОВА,
главная медицинская сестра
Федерального центра
травматологии,
ортопедии
и эндопротезирования,
президент Профессиональной ассоциации средних медицинских работников Чувашской Республики,
А.В. ПЕТРОВА, главная медицинская сестра
Республиканской клинической офтальмологической больницы,
г. Чебоксары