

ток и тканей печени родившихся крысят претерпевала существенные изменения.

На срезах окрашенных гематоксилином и эозином печеночные клетки выглядели набухшими, с плотной базофильной цитоплазмой. Округлой формы ядро располагалось в центре клетки. Нередко цитоплазма содержала вакуоли, располагаясь по периферии клетки и вокруг ядра в виде узкого ободка. Кровеносные сосуды имели разрыхленную стенку, выглядели полнокровными со значительным периваскулярным отеком. Часто отмечалась пролиферация клеток эндотелия сосудов. Выявлены незначительные расширения синусоидов в области центральных вен.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Приоритетные направления науки, техники и технологий», 14-17 сентября 2005г. Астрахань. Поступила в редакцию 21.10.2005г.

**ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В УСЛОВИЯХ
РЕФОРМИРОВАНИЯ ИХ УЧЕБНОЙ
ПОДГОТОВКИ В МЕДИЦИНСКИХ
КОЛЛЕДЖАХ**

Морозов В.В.

*Медицинский колледж
железнодорожного транспорта,
Ростов-на-Дону*

В настоящий момент особую актуальность приобретают научные исследования в области изучения качества сестринской практики по ходу реформирования сестринского образования во взаимосвязи с эффективностью лечебного процесса пациентов. Целью работы явилось провести оценку профессиональных качеств медицинских сестер различной системы подготовки по показателям, отражающим манипуляционную активность, выраженность высокотехнологичного компонента производственной деятельности и интенсивность ухода за больными.

В работу включены результаты изучения деятельности 415 медицинских сестер хирургических отделений стационаров г.Ростова-на-Дону. Медицинские сестры были разделены на две группы: I группа – медицинские сестры, имеющие повышенный уровень среднего образования (n=205) и II группа – медицинские сестры, получившие базовый уровень среднего медицинского образования (n=210).

Количественные показатели, отражающие среднесуточный объем высокотехнологичных манипуляций, выполненных медицинскими сестрами, достаточно информативны для сравнения профессиональной деятельности сестринского персонала. Среди них наиболее информативна величина, показывающая среднесуточное количество высокотехнологичных манипуляций, приходящихся на одну обслуживаемую профильную койку. Кроме того, для сопоставления различных сестринских манипуляций вводили понятие «сестринской манипуляционной единицы» (СМЕ), характеризующей объем трудозатрат при выполнении стандартной внутримышечной инъекции. Коэффициент сестринской манипуляционной активности рас-

считывали как среднесуточное количество сестринских манипуляционных единиц на одну профильную койку. Для определения объема ухода за пациентами вводили понятие «индекс ухода». Индекс ухода показывал среднесуточное количество пациентов с дефицитом самоухода 1-й степени, приходящихся на одну штатную койку.

Для медицинских сестер 1-й группы среднесуточное количество инъекций составило $4,5 \pm 0,1$ СМЕ, а для медицинских сестер 2-й группы $4,3 \pm 0,2$ СМЕ. Статистически значимого различия между этими показателями не наблюдали ($t=0,89$; $p>0,05$). Забор крови из вены медицинские сестры 1-й группы проводили чаще, чем работники 2-й группы ($0,23 \pm 0,01$ СМЕ против $0,14 \pm 0,03$ СМЕ, $t=2,8$; $p<0,01$). В работе медицинских сестер 1-й группы по сравнению со 2-й группой среднесуточное количество внутривенных инъекций ($0,13 \pm 0,004$ СМЕ против $0,08 \pm 0,006$ СМЕ; $t=6,93$; $p<0,001$), инфузий ($0,68 \pm 0,03$ СМЕ против $0,47 \pm 0,02$ СМЕ; $t=5,82$; $p<0,001$), гемотрансфузий ($0,03 \pm 0,002$ СМЕ против $0,02 \pm 0,003$ СМЕ; $t=2,77$; $p<0,01$) было выше. Количество таких инвазивных методик как аспирация желудочного ($0,21 \pm 0,04$ СМЕ против $0,11 \pm 0,01$ СМЕ, $t=2,43$; $p<0,05$), катетеризация мочевого пузыря ($0,05 \pm 0,005$ СМЕ против $0,02 \pm 0,004$ СМЕ; $t=4,69$; $p<0,001$) в работе медицинских сестер 1-й группы в отличие от 2-й группы было выше. Наряду с этим, частота постановок клизм в работе среднего медицинского персонала двух групп не имела статистически значимых различий ($0,24 \pm 0,02$ СМЕ против $0,25 \pm 0,05$ СМЕ; $t=-0,19$; $p>0,05$).

Коэффициент манипуляционной активности для медицинских сестер 1-й группы был $9,3 \pm 0,2$, а для 2-й группы имел значение $7,2 \pm 0,3$. Индекс ухода в пересчете на одну койку для медицинских сестер 1-й группы имел величину $0,14 \pm 0,001$, а для медицинских сестер 2-й группы был $0,12 \pm 0,002$.

У медицинских сестер 1-й группы коэффициент манипуляционной активности по сравнению с медицинскими сестрами 2-й группы был выше на 29,2% ($t=5,82$; $p<0,001$). При этом, показатели индекса ухода статистически достоверно не различались между собой ($t=0,89$; $p>0,05$).

Вывод

Для медицинских сестер с повышенным уровнем образования по сравнению с сестрами с базовым уровнем подготовки было характерно более качественное выполнение профессиональных обязанностей повышенной сложности, высокая манипуляционная активность, выраженный удельный вес выполнения высокотехнологичных сестринских вмешательств – забор крови из вены, инфузии лекарственных веществ, гемотрансфузии, катетеризация полых органов и удаление их содержимого, выполнение физиотерапевтических процедур, удаление инородных тел, вскрытие поверхностных гнойников и флегмон. То есть, медицинские сестры с повышенным уровнем образования отличались большей профессиональностью.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Фундаментальные и прикладные про-

блемы медицины и биологии», 15-20 сентября 2005г.
Поступила в редакцию 03.11.2005 г.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В РАННИЙ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И
УЧЕБНОЙ ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР**

Морозов В.В.

*Медицинский колледж
железнодорожного транспорта,
Ростов-на-Дону*

Обеспечение высокого качества жизни (КЖ) пациентов - не только одна из основных задач врачей, но и наиболее важная цель сестринского процесса, осуществляемого медсестрой. Использование стандартизированных методик оценки КЖ раскрывает широкие возможности не только для мониторинга состояния пациентов, но и определения эффективности выбранной стратегии лечения и ведения больных, в том числе, оценки значимости сестринского вмешательства в выздоровление пациентов. Целью работы было изучить влияние уровня учебной подготовки медицинских сестер на качество жизни больных в хирургических стационарах.

В работу включены результаты изучения деятельности 415 медицинских сестер хирургических отделений стационаров г.Ростова-на-Дону. Медицинские сестры были разделены на две группы: I группа – медицинские сестры, имеющие повышенный уровень среднего образования (n=205) и II группа – медицинские сестры, получившие базовый уровень среднего медицинского образования (n=210). В анкетировании пациентов участвовали 352 человека. Больные, обслуживаемые медицинскими сестрами I-й группы, составили также 1-ю группу (n=214). Пациенты, закрепленные за медицинскими сестрами 2-й группы, были объединены во 2-ю группу (n=208). Для оценки качества жизни больных использовали краткую форму общего опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36).

У больных двух групп до оперативного вмешательства пациенты испытывали серьезный дискомфорт в повседневной деятельности: заболевание оказывало тотально негативное влияние на КЖ больных как в плане физического, так и в плане психического функционирования. Через 7 дней после операции у больных двух групп все значения по шкалам качества жизни имели крайне низкие значения на фоне существенного ограничения физических возможностей, что было связано с хирургическим вмешательством. В первую неделю после операции пациенты сталкивались с серьезными затруднениями в повседневной жизни вплоть до самообслуживания. Физические трудности возникали на фоне отчетливого снижения энергетического потенциала (шкала жизнеспособности), психической и физической истощаемости, проявляющейся в жалобах на недостаток сил и энергии, чувство усталости. Ситуация усугублялась наличием болевых симптомов (шкала физической боли). В связи с этим неудивительно, что пациенты остро ощущали

ограниченность своих физических возможностей (шкала ролевого функционирования). Сами физические нарушения в сочетании с личностной реакцией на факт заболевания и его последствия (и в плане угрозы жизни, и в плане проблем психосоциального характера), создавали у пациентов двух групп неблагоприятный эмоциональный фон, способствующий развитию нарушений тревожно-депрессивной, ипохондрической окраски (шкалы ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья).

Итак, больные двух групп не отличались друг от друга по качеству жизни, следовательно хирургическое вмешательство одинаково сказалось на изменении физического и психического функционирования у больных, обслуживаемых медсестрами разной учебной подготовки.

Результаты обследования пациентов через 4 недели после операции свидетельствуют о значительном улучшении их КЖ по всем шкалам SF-36, в первую очередь за счет расширения субъективно воспринимаемых пациентом физических возможностей (шкалы физической активности и ролевого физического функционирования), улучшения настроения (шкала психического здоровья) и жизненного тонуса (шкала жизнеспособности), уменьшения негативного влияния эмоционального состояния на повседневную деятельность (шкала ролевого эмоционального функционирования), заболевание не препятствовало активному общению с родственниками (шкала социальной активности).

У больных I-й группы по сравнению с пациентами 2-й группы КЖ было достоверно выше по шкалам физической активности (на 26,3%; $t = 3,45$; $p < 0,001$), ролевого физического функционирования (на 38,9%; $t = 4,78$; $p < 0,001$), восприятия общего состояния здоровья (на 13,7%; $t = 2,31$; $p < 0,05$), ролевого ограничения вследствие эмоциональных проблем (на 16,2%; $t = 2,44$; $p < 0,05$); психического здоровья (на 23,6%; $t = 3,71$; $p < 0,001$).

Вывод

Различия в КЖ пациентов, разделенных на группы по принципу обслуживания медицинскими сестрами разной учебной подготовки, можно считать связанными с реализацией полученных знаний на практике у медицинских сестер, их профессионально развитыми качествами личности.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», 15-20 сентября 2005г.
Поступила в редакцию 03.11.2005 г.

**ИЗМЕНЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
КАЧЕСТВ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ
СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Морозов В.В.

*Медицинский колледж
железнодорожного транспорта,
Ростов-на-Дону*

От окружения больного сестринской медицинской помощью в послеоперационный госпитальный