

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

период во-многом зависит клинико-психологическая эффективность лечения, отношение больного к жизни в новых биологических и социальных условиях существования. Целью настоящего исследования явилось провести оценку удовлетворенности врачей деятельностью медицинских сестер с разным уровнем подготовки.

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).

Оценка профессиональных качеств и эффективности работы медицинских сестер различной подготовки была проведена с помощью опроса врачей, работающих непосредственно с изучаемым коллективом работников среднего звена, а также больных, обслуживаемых медицинскими сестрами. В анкетировании врачей участвовали 158 человек.

При анализе результатов анкетирования врачей, работающих с медицинскими сестрами I-й группы, было выявлено следующее: в 87,8% медицинские сестры из I-й группы понимали задачу в полном объеме и быстро ее выполняли. Врачи отмечали высокую степень старания 85,4% медицинских сестер при выполнении своих функций. Высокая самоорганизация среднего медицинского персонала и отсутствие необходимости их тщательного контроля имела место в 70,7%. Врачами было замечено, что 73,2% медицинских сестер расценивали себя как члены общей команды. По результатам ответов врачей было также установлено, что 63,4% сестрам были присущи энтузиазм и оптимизм. Врачи отмечали, что 51,2% медицинских сестер из I-й группы умело распределяли обязанности среди младшего медицинского персонала, при этом 75,6% работников проявляли в работе творческие способности. 68,3% медицинских сестрам I-й группы были присущи терпение, стабильность и методичность. 58,5% медицинских сестер хорошо переносили длительные перегрузки, связанные с суточными дежурствами. При выполнении работы 65,8% медицинских сестер проявляли независимую инициативу для повышения скорости выполнения манипуляций. 73,2% работников среднего медицинского персонала из I-й группы легко и эффективно овладевали новыми навыками, 68,3% часто использовали высокие технологии в работе, а 65,8% делали это умело. Врачи отметили, что 51,2% медицинских сестер требовательны к себе и точны в мелочах. 56,1% медицинских сестер при возникновении конфликтных ситуаций разрешали их, проявив гибкость мышления.

Результаты оценки врачами удовлетворенности качеством работы медицинских сестер из 2-й группы были следующими: 69% медицинских сестер из 2-й группы понимали задачу в полном объеме с быстрым ее выполнением. Врачи заметили высокую степень старания 52,4% медицинских сестер при выполнении своих функций. Для 42,9% работников среднего медицинского персонала была характерна высокая самоорганизация. Врачами была отмечена интегрируе-

мость 64,3% сестер с общей командой отделения. По результатам ответов врачей было также установлено, что 40,5% сестрам были присущи энтузиазм и оптимизм, 42,9% медицинских сестер умело распределяли обязанности среди младшего медицинского персонала, 33,3% работников среднего медицинского звена проявляли в своей деятельности творческие способности. При выполнении работы 19% медицинских сестер проявляли независимую инициативу. 28,6% работников среднего медицинского персонала из 2-й группы легко и эффективно овладевали новыми навыками, 23,8% часто использовали высокие технологии в работе. Врачи отметили, что 33,3% медицинских сестер требовательны к себе и точны в мелочах. 40,5% при возникновении конфликтных ситуаций разрешали их умело.

Вывод

С позиций врачей медицинские сестры, имеющие повышенное среднее медицинское образование, по сравнению с работниками среднего звена, имеющими базовую учебную подготовку, быстрее понимают поставленные задачи, обладают большей самоорганизацией, проявляют больше независимой инициативы, эффективнее овладевают новыми навыками, в большем проценте и с большей умелостью используют новые технологии в работе.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ГЛАУКОМЕ

Рева Г.В., Бабич М.Е., Кияница Н.И.

*Владивостокский государственный
медицинский университет,
Владивосток*

В настоящее время стекловидное тело (СТ) остаётся недостаточно изученной внутриглазной структурой. За истекший период времени накопились факты, которые не только расширяют и углубляют наши представления об СТ, но и ставят под сомнение справедливость некоторых основополагающих концепций, характеризующих структуру и свойства витреума человека. Есть все основания полагать, что исследовательские работы в этой области помогут решать не только фундаментальные биологические задачи, но и прикладные, особенно в лечении глаукомы, которая имеет очень сложный, недостаточно изученный патогенез. Роль СТ в механизме развития данного заболевания не совсем ясна. Нами установлено, что при глаукоме СТ претерпевает изменения, связанные с деструкцией, дегенерацией и фрагментацией его фибриллярного остова. Наличие гипогидратации СТ в переднем отделе гиалоида подтверждает концепцию А.П. Нестерова о механизме развития закрытоугольной глаукомы, согласно которой оформленное стекловидное тело смещает иридохрусталиковую диафрагму кпереди, вызывая при этом блокаду угла передней камеры. Анализируя литературные и собственные данные, учитывая накопление в корнеосклеральной сети фибронектина – экстраклеточного гликопротеина и его способность связывать коллаген второго типа, можно предположить, что нарушение оттока внутриглазной жидкости при открытоугольной