4. Breslin P.A. Human gestation // In: The neurobiology of taste and smell, T.E. Finger, W.L. Silver, D. Restrepo, New York. – New York: Wiley-Liss, 2000. – С. 423–461.
5. Wooding S., Kim U.K., Bamshald M.J., Larsen J., Jorde L.B., Drayna D. Natural selection and molecular evolution in PTC, a bitter-taste receptor gene // Am. J. Hum. Genet. – 2004. – 74, № 4. – С. 637–646.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕОРИИ ДЖЕЙН УОТСОН НА ПРАКТИКЕ

Занько О.В., Островская И.В.

Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, e-mail: ovzanko@gmail.com

Во время обучения будущие медицинские сестры изучают основные принципы и аспекты различных сестринских теорий, возможность применения их на практике. Приступая же к рабочей деятельности, медицинские сестры редко руководствуются элементами сестринских теорий, особенно при организации взаимодействия с пациентом. Таким образом, проблема применения элементов сестринских теорий на практике актуальна.

Степень разработанности этой проблемы в нашей стране небольшая. Поэтому целью данного исследования стал анализ возможности применения теории Джейн Уотсон на практике. В основу теории легли собственные наблюдения автора за процессом ухода и обобщение существующего опыта ухода. Первоначально это была попытка придать новый смысл сестринской профессии как области знаний и практики со своей собственной системой ценностей, собственной этикой и миссией в обществе, и обратить внимание на сестринский уход, как новую дисциплину для отдельных медицинских направлений. Д. Уотсон считает, что пришло время для развития науки о заботе – новой области знаний и умений, которая не ограничивается рамками сестринского ухода, а включает в себя и другие отрасли научных знаний, как например, образование, экологию, философию, этику, гуманитарные науки и прочее.

С точки зрения Д. Уотсон, ценности сестринского ухода, знания и умения. направленные на человека, нуждающегося в уходе, в совокупности с внутренними субъективными процессами, которые испытывает каждый индивид в течение жизни и, особенно, в состоянии заболевания – это уникальное искусство исцеления, дополняющее обычную лекарственную терапию. В то же время, этой новой философией и теорией человеческой заботы Д. Уотсон стремится сбалансировать лечебную направленность медицины, выделяя сестринское дело как уникальную дисциплинарную, научную и профессиональную отрасль как в отношении непосредственно сестринского ухода, так и в отношении общественного здравоохранения.

Методы**.** Для оценки возможности применения теории Джейн Уотсон в сестринской практике было проведено анкетирование 40 студентов 4-го курса очно-заочной формы обучения Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, работающих в медицинских учреждениях. Цель проведенного анкетирования – провести анализ представлений студентов о своих знаниях и умениях выстраивать взаимодействие с пациентами и возможности реализации таких отношений в современной российской сестринской практике.

Респондентам было предложено ответить на анкету Caring Nurse–Patient Interactions Scale [12], разработанную на основе теории Д. Уотсон, и переведенную нами на русский язык.

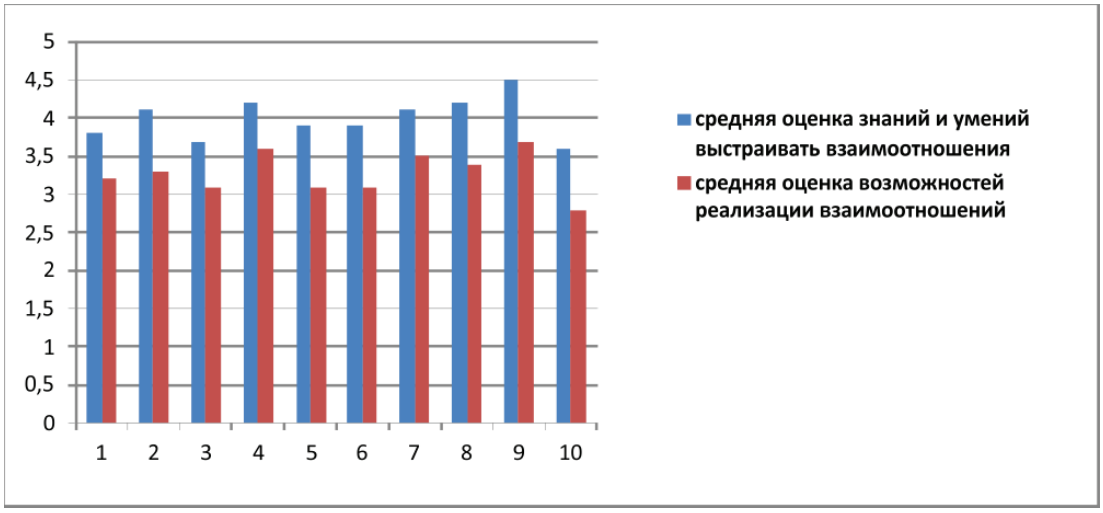
Анкета состоит из 70 вопросов. В ней десять разделов, направленных на выявление знаний и умений выстраивать отношения с пациентами на основе гуманизма, внушения надежды на будущее, проявления сочувствия, установления доверия и взаимопонимания, проявления эмоций, решения проблемных вопросов, обучения, создания благоприятной окружающей среды, оказания помощи в удовлетворении потребностей, и духовности.

Результаты исследования**.** Проанализировав результаты анкетирования, мы получили среднюю оценку представлений респондентов о своих знаниях и умениях выстраивать взаимодействие с пациентами, а также среднюю оценку возможности реализации таких отношений в современной российской сестринской практике (таблица).

Средняя оценка знаний и умений и возможности реализации

№ вопроса	Средняя оценка знаний и умений выстраивать взаимоотношения	Средняя оценка возможностей реализации взаимоотношений
1 – Гуманизм: формирование гуманитарно-альтруистических систем ценностей		
Итого	3,8	3,2
2 – Надежда: внушение надежды на будущее		
Итого	4,1	3,3
3 – Сочувствие: сочувствие к ближнему и другим людям		
Итого	3,7	3,1
4 – Взаимоотношения при оказании помощи. Установление отношений доверия и взаимопонимания		
Итого	4,2	3,6
5 – Выражение эмоций. Восприятие и поощрение положительных и отрицательных эмоций		
Итого	3,9	3,1
6 – Решение проблемных вопросов. Системный подход к решению проблемных вопросов в процессе обслуживания пациентов		
Итого	3,9	3,1
7 – Обучение: поощрение обучения межличностному общению		
Итого	4,1	3,5
8 – Окружающая среда: Обеспечение поддерживающего, оградительного и/или коррекционного психического, физического, социального и духовного окружения		
Итого	4,2	3,4
9 – Потребности: Оказание помощи в удовлетворении		
Итого	4,5	3,7
10 – Духовность		
Итого	3,6	2,8

Результаты сравнения вышеуказанных оценок показали, что анкетируемые оценивают свои знания и умения выше, чем возможность их реализации в современной практической деятельности (рисунок).



Средние показатели по шкалам:
1 – Гуманизм: формирование гуманитарно-альтруистических систем ценностей; 2 – Надежда: внушение надежду на будущее; 3 – Сочувствие: сочувствие к ближнему и другим людям; 4 – Взаимоотношения при оказании помощи. Установление отношений доверия и взаимопонимания; 5 – Выражение эмоций. Восприятие и поощрение положительных и отрицательных эмоций; 6 – Решение проблемных вопросов. Системный подход к решению проблемных вопросов в процессе обслуживания пациентов; 7 – Обучение: поощрение обучения межличностному общению; 8 – Окружающая среда: Обеспечение поддерживающего, оградительного и/или коррекционного психического, физического, социального и духовного окружения; 9 – Потребности: Оказание помощи в удовлетворении; 10 – Духовность

Обсуждение результатов исследования

Анализ результатов анкетирования показал, что наиболее высоко респонденты оценивают свои знания и умения по оказанию помощи в удовлетворении потребностей (4,5 балла) и возможность применения их на практике в современных условиях российского здравоохранения (3,7 балла). Мы связываем это с тем, что в обучении и в практической деятельности основной акцент ставится на выполнение манипуляций по уходу за пациентом.

Чуть ниже респонденты оценили свои знания и умения по установлению отношений доверия и взаимопонимания и обеспечению поддерживающего, оградительного и/или коррекционного психического, физического, социального и духовного окружения (по 4,2 балла) и возможности применения их на практике (3,6 и 3,4 соответственно). Таким образом, сестринский персонал понимает необходимость холистического подхода к взаимодействию с пациентом. Но, к сожалению, возможности для реализации такого подхода в современных условиях респондентами оценены как невысокие.

Наиболее низко респонденты оценили свои знания и умения выстраивать отношения на основе духовности (3,6 балла) и возможности выстраивания таких отношений на практике (2,8 балла). Мы связываем это в первую очередь с тем, что понятие «духовность» достаточно сложно для определения, и проблемам духовности уделяется мало внимания во время обучения. Отсюда следует вывод, что, имея смутные представления о духовности, сложно выстраивать подобные отношения с другими, тем более их оценивать. Немалую роль в этом играют наши смИ – наше общество неоднократно характеризуется как «бездуховное».

Вызывает сожаление низкая оценка знаний и умений выражать сочувствие к ближнему и другим людям (3,7 балла) и возможность применения этих знаний и умений на практике (3,1 балла). Ведь это первейшая обязанность сестринского персонала. Такие оценки мы связываем с повышенной нагрузкой сестринского персонала и развитием синдрома эмоционального выгорания.

Выводы

Респонденты оценивают свои знания и умения по выстраиванию взаимоотношений с пациентом выше, чем возможность реализации подобных отношений в современных условиях российского здравоохранения. Это говорит о том, что база знаний, которая предоставляется медицинским сестрам, является достаточной для выполнения в полной мере своих обязанностей, но ситуация в российском здравоохранении не дает возможности реализовать данные знания в полном объеме. Это связанно в основном с тем, что в современной системе здравоохранения наблюдается острый дефицит сестринского персонала.

В своей теории Джейн Уотсон считает, что, когда медицинская сестра проявляет заботу и любовь при уходе за пациентами, – это нечто большее, чем просто работа и/или карьера. Но учитывая результаты анкетирования, можно сделать вывод, что в современных условиях сестринскому персоналу проще выполнять действия и манипуляции, направленные на уход за пациентом, чем сопереживать, проявлять любовь и заботу, поддерживать пациента.

В связи с такими условиями современной российской сестринской практики, как повышенная нагрузка, усталость, синдром эмоционального выгорания, сестринский персонал не имеет возможности в полной мере реализовать эффективное взаимодействие с пациентом. Таким образом, с целью ухода от бесчувственного выполнения манипуляций по уходу за пациентом, необходимо создать такие условия работы для среднего медицинского персонала, в которых будет возможна реализация сестринской теории Джейн Уотсон, которая особенно актуальна на сегодняшний момент.

В процессе обучения сестринского персонала необходимо смещать акценты от формирования умения выполнять манипуляции на развитие духовности и гуманитарно-альтруистических систем ценностей.

Список литературы

1. Грибанов Э.Д. Женщина со светильником: (К 175-летию со дня рождения Флоренс Найтингейл) // Медицинская помощь. – 1995. – № 3. – С. 50-52.

2. Киркеволд М. Сестринское дело. Анализ и оценка теорий. – М.:ПЕР СЭ, 2001.-191 с.

3. Котельников г.П. Взаимодействие медицинской сестры и пациента на основе принципов милосердия // Главная медицинская сестра. – 2000. – № 4. – С. 139-144.

4. Найтингейл Ф. Записки об уходе. – М.: Рус. врач, 2002. – 95 с.

5. Перфильева Г.М. Сестринское дело: эволюция понятия и развитие теорий // Медицинская помощь. – 1996. – № 4. – С. 3-6.

6. Перфильева Г.М. Флоренс Найтингейл и ее наследие // Медицинская помощь. – 1998. – №3. – С. 4-8.

7. Перфильева г.М. Вирджиния Хендерсон и ее теория сестринского дела. // Медицинская помощь. – 1998. – №1. – С. 13-17.

8. Теория сестринского дела: учебник для студентов медицинских вузов / Г.М. Перфильева, Н.Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –256 с.

9. Теория сестринского дела: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060109 «Сестринское дело» / Г.М. Перфильева [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 251 с.

10. Туркина Н.В., Кощеева Н.А., Королева И.П. Очерки о теориях и теоретиках сестринского дела. – М.: Издательство Панфилова, 2010. – 198 с.

11. Теоретические основы сестринского дела: учебное пособие / сост. Е.Ю. Шкатова, О.Д. Михайлова. – Изд. 2-е, стереотип. – Ижевск, 2012. –124 с.

12. Watson, Jean (2010-10-07). Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science. Springer Publishing. Kindle Edition.

СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ У ДЕТЕЙ

Зарницына Н.Ю., Арбузова М.С.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава», Пермь, e-mail: luis-kerol46@yandex.ru

Хронические гастриты и гастродуодениты – самая частая гастродуоденальная патология в детском возрасте. Нередко при этих заболеваниях вторично страдает поджелудочная железа.

Целью работы являлось диагностика изменений поджелудочной железы у детей с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Проведен анализ 55 случаев хронических гастритов и гастродуоденитов в стадии обострения у детей в возрасте от 4 до 17 лет, мальчиков 23 (41,8%), девочек 32 (58,2%).

Результаты: у 49 (76%) детей диагностирован хронический гастродуоденит, у 12 (21,8%) – хронический гастрит. Большая часть пациентов предъявляла жалобы на боли в животе (50,9%), тошноту (41,8%), рвоту (14,5%). Болезненность при пальпации живота у 33 (60%) детей отмечалась в эпигастральной области, у 16 (29%) – в околопупочной области. У 12 (21,8%) детей выявлена обложенность языка, склонность к запорам отмечена у 6 (10,9%) детей. По результатам эзофагогастродуоденоскопии у 49 (89,1%) детей выявлены поверхностные изменения слизистой оболочки, у 6 (10,9%) – гиперпластические. Helicobacter Pylori методом браш-биопсии диагностирован у 30,9% пациентов, Хелик-тест дал положительный результат в 87,1% случаев. По результатам УЗИ органов брюшной полости у 91% обследуемых обнаружены реактивные изменения поджелудочной железы. У половины пациентов выявлено снижение уровня трипсина в кале.

Выводы

Вторичные изменения поджелудочной железы встречаются у 91% детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Достоверными клиническими особенностями вовлечения поджелудочной железы в патологический процесс являются жалобы на тошноту, рвоту и значительное снижение уровня трипсина в кале.

СИНДРОМ БУРХАВЕ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Зебзеева Н.В., Шурыгина Е.П.

ГБОУ ВПО «УГМА Минздрава России», Екатеринбург, e-mail: kirakiraZN@gmail.com; МБУ «Центральная городская больница № 7», Екатеринбург

Спонтанный разрыв всех слоев стенок пищевода впервые описан в 1724 г. голландским врачом H. Boerhaave (синдром Бурхаве). Актуальность данной работы заключается в том, что данный синдром является относительно редким заболеванием с высоким уровнем смертности, а также в последнее время в мире наблюдается рост количества случаев перфорации пищевода. Своевременная диагностика данного заболевания представляет большие трудности в связи с его редкостью, разнообразием клинической картины и неосведомленностью большинства врачей об этом синдроме. В мировой литературе к 1998 г. описано всего около 300 наблюдений спонтанного разрыва пищевода (СРП). По данным авторов, гнойные осложнения при СРП возникают у 78% больных, при этом у 12% процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи, у 66% распространялся на средостение. СРП может возникнуть в верхней (шейной, или цервикальной), средней (грудной) или нижней (абдоминальной) части пищевода, чаще локализуясь в грудном отделе. Летальность при этом синдроме составляет на догоспитальном этапе 75% и иногда выше. Послеоперационная летальность достигает 25–85% (зависит от времени с момента перфорации пищевода до выполнения операции и развития осложнений). Как показывает мировая практика, задержка в постановке правильного диагноза (48 ч и более от момента перфорации пищевода) и начале адекватного лечения происходит более чем в 50% случаев, приводя к уровню смертности в 40-60%, но этот уровень снижается, если лечение начато в первые 24 ч. В России случаи СРП описаны преимущественно в НИИ им. Н.В. Склифосовского, причем **большинство** больных не было доставлено в первые часы от начала заболевания: все были переведены из других стационаров в поздние сроки с диагнозами инфаркта миокарда, плеврита, даже перфорации язвы желудка.

Привожу наблюдение. Больной З., 64 лет, поступил 5.08.2012 г. в приемный покой ЦГБ № 7. При поступлении предъявлял жалобы на сильные жгучие, царапающие боли за грудиной и нелокализованно в животе, появившиеся 5.08.2012 г. днем после физической работы (в том числе поднятия тяжестей) и обильного приема пищи, за которым последовала тошнота, интенсивная двукратная рвота. Вскоре возникли сильные боли в груди, затем в животе, через некоторое время у пациента наступило помутнение сознания, дальнейшие события он не помнит. Со слов жены пациента – вел себя неадекватно, «сложился пополам» и «кричал от сильной боли». Вызвана бригада смП, пациент доставлен в экстренном порядке в ЦГБ № 7.

Объективно при поступлении: состояние тяжелое, сознание затуманенное, бред, положение вынужденное (лёжа на боку, прижав колени к груди); кожные покровы бледные, t 36,8 °С, ЧДД 25 в мин., ЧСС 88 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Подкожная эмфизема шейно-грудной области, перкуторно – тупость над левым легким ниже 3 ребра, аускультативно – дыхание в данной области не выслушивается, в остальных – ослабленное везикулярное. При аускультации сердца – тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Зев чистый, язык влажный, при пальпации живота край печени вровень с реберной