Введение

иммунодефицит вич сестринский

ВИЧ - инфекция - медленно прогрессирующее вирусное заболевание, характеризующееся поражением иммунных клеток, терминальная стадия которого, приводит к крайней степени угнетения иммунной системы человека и именуется как СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита).

Первые случаи таинственного заболевания появились в США, Швеции, Танзании, Гаити ещё в конце 1970-х годов.

Главную страницу эпилога в драматической истории СПИДа открыли в 1981 году центры по контролю заболеваний США. Именно они впервые зарегистрировали новое заболевание, которое в то время было названо СПИДом (синдромом приобретённого иммунодефицита). С чего же всё началось?

В 1981 году в различные клиники Лос-Анджелеса, Сан-Франциско стали поступать молодые люди нетрадиционной сексуальной ориентации с заболеваниями, не характерными для их возраста: раком сосудов (Саркомой Капоши) и воспалением лёгких, вызванных особыми микроорганизмами из рода пневмоцист. Врачи понимали, что эти заболевания могут возникать при снижении иммунитета (защитной системы организма), но почему они возникали у молодых геев, было загадкой.

История СПИДа в нашей стране отличается тем, что эпидемия все время застает нас врасплох, как зимние холода или авария на АЭС. Вначале считали, что вирусу не пройти сквозь железный занавес. Когда с 1987 г. начали появляться случаи ВИЧ-инфекции среди наших соотечественников, у многих все еще была надежда, что пострадают лишь несколько десятков "гомосексуалистов, наркоманов, людей с беспорядочными половыми связями", а основную часть "добропорядочного" населения ВИЧ-инфекция не затронет. Тогда же сложилась философия борьбы со СПИДом, основанная на том, чтобы выявить всех людей с ВИЧ-инфекцией, поставить на учет и, если уж их нельзя полностью физически изолировать (звучали и такие предложения), то хотя бы изолировать частично, запретив лечиться где-либо, кроме СПИД- центров.

Вслед за первым громом - появлением наших, отечественных случаев СПИДа - грянул второй: массовое заражение детей в больницах Элисты, Волгограда и Ростова-на-Дону. Эта чудовищная трагедия пробила брешь в общей успокоенности, в убежденности, что заразившиеся ВИЧ "сами виноваты". Пресса лихорадочно начала писать о "невинных жертвах". Стали возникать неправительственные организации, ставившие своей задачей не только борьбу с "чумой ХХ века", но и помощь людям, попавшим в трагический водоворот этой проблемы.

Но обыденное сознание инертно, и семьи зараженных детей часто попадали в такое же положение изгоев, что и "заразившиеся по своей вине" взрослые. Разбитые окна в домах, увольнения с работы, отказ принять ребенка в детский сад, бессмысленная травля и изоляция привели к тому, что люди с ВИЧ/СПИДом по-прежнему вынуждены были прятаться, как преступники, бежать из родных мест, или, если диагноз удавалось сохранить в тайне, носить свою боль в себе, не решаясь поделиться даже с самыми близкими.

В 1995 году был принят достаточно либеральный "Закон о предупреждении распространения на территории РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека", где сделана попытка обеспечить соблюдение прав человека и запретить дискриминацию в контексте эпидемии СПИДа. Однако практика, как это у нас водится, сильно отличается от написанного на бумаге.

Но вот гром грянул в третий раз. В течение одного 1996 года количество новых случаев ВИЧ-инфекции было уже почти в 10 раз больше, чем в предыдущий год. Только за первые шесть месяцев 1997 года новых случаев было почти столько же, сколько за все предыдущие появились новые, неожиданные черты. Первая - то, что большая часть заражений теперь приходилась не на оснащенные и просвещенные столицы - Москву и Санкт-Петербург - а на Калининград, Краснодарский край, Ростовскую область, Тверскую область, Нижний Новгород, Саратов - регионы, не подготовленные должным образом к внезапному взрыву эпидемии. Из 88 субъектов федерации в России были не поражены только 18. Основную часть новых пациентов с ВИЧ-инфекцией составляли молодежь 20-30 лет, которые заразились через употребление инъекционных наркотиков, либо были половыми партнерами потребителей наркотиков. годы, начиная с 1987, вместе взятые.

Сегодня ВИЧ-инфекция из заболевания, быстро приводящего к фатальному исходу, превратилась в хроническую болезнь. Это стало возможным вследствие внедрения высокоактивной антиретровирусной терапии (АРВ-терапии), а также успехов в профилактике и лечении оппортунистических инфекций. Течение заболевания, в том числе на терминальной стадии, изменилось. Кризисы чередуются с продолжительными ремиссиями и «терминальный период» при адекватной помощи зачастую оказывается временным, хоть и значительным ухудшением состояния пациента.

ВИЧ - инфицированные пациенты в течение всей жизни нуждаются в специальном уходе. Неотъемлемым компонентом специализированной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам является паллиативная помощь. Паллиативная помощь - относительно новое направление здравоохранения и, по определению Всемирной организации здравоохранения, направлена на улучшение качества жизни пациентов и их близких, столкнувшихся с тяготами опасного для жизни заболевания. Основной задачей паллиативной помощи является предупреждение и облегчение страданий, причиняемых прогрессирующим неизлечимым заболеванием. Раннее выявление, тщательная оценка и эффективное лечение боли и других симптомов, а также психологических, социальных и духовных проблем являются неотъемлемой частью качественной паллиативной помощи.

Потребность в паллиативной помощи и уходе различна на разных этапах жизни с ВИЧ, увеличиваясь в периоды кризисов. По мере прогрессирования болезни возможности лечения сокращаются, а роль паллиативной помощи, напротив, возрастает. При переходе заболевания в терминальную стадию все более важными становится хороший уход.

Одной из важных составляющих паллиативной помощи является сестринский уход. Именно медицинская сестра является своего рода связующим звеном между больным и врачом. Работая с ВИЧ-инфицированными людьми, она должна владеть не только определенными профессиональными знаниями, но и немалыми навыками общения с пациентом, тем более что от этого часто зависит успех лечения.

Немалую роль играет также понимание медицинской сестрой важности недопущения профессионального инфицирования ВИЧ.

Глава 1. Обзор литературных данных по современному состоянию проблемы

Важность проблемы профилактики ВИЧ в мире на настоящий период времени не вызывает сомнений. Эпидемия ВИЧ - это особое явление в истории человечества, связанное со скоростью распространения, масштабом и глубиной последствий. Особенное значение превенция ВИЧ имеет среди тех, кто потребляет наркотики путем инъекций.

Современная социальная ситуация в России характеризуется обострением целого ряда асоциальных процессов и явлений, ранее не представлявших серьезной угрозы обществу, в виду своей малой распространенности. В настоящее время российское общество напрямую столкнулось с проблемой наркотизма: рост количества наркопотребителей и распространителей наркотиков; сильная пораженность контингента наркопотребителей как ВИЧ-инфекцией, так и инфекциями, передаваемыми половым путем, парентеральными вирусными гепатитами; увеличение числа ВИЧ-инфицированных среди женщин, подростков и даже детей. Проблема наркотизма обострила проявление таких феноменов как: расширенное вовлечение в потребление наркотических средств достаточно широких слоев населения; размытость и деформация социальных норм по отношению к потреблению наркотиков; неразработанность методологии профилактики ВИЧ среди потребителей наркотиков путем инъекций на разных уровнях воздействия и стадиях формирования данного поведения.

.1 Актуальность проблемы

В настоящее время ВИЧ-инфекция распространена во всем мире и является актуальной проблемой здравоохранения, как в Российской Федерации, так и в Республике Башкортостан. Проблема ВИЧ-инфекции на данном этапе развития современного общества стала проблемой номер один в мире, оттеснив на второе место рак и сердечнососудистые заболевания. Это обусловлено несколькими основными причинами. Во-первых, до сих пор не найдено действенное лекарство (вакцина) против вируса; во-вторых, как следствие стремительно растет количество зараженных людей. Так же эпидемия не является только медицинской проблемой. Её распространение, затрагивает все сферы жизни общества и касается каждого из нас. Взгляд на эпидемию как на проблему асоциальных людей (проститутки, гомосексуалисты, наркоманы) отошли в прошлое. В настоящее время ВИЧ-инфекция проникла во все слои населения, включая благополучные, не причисленные к «группам риска», но практикующие рискованное поведение.

Мы живем в стране, которая имеет самые высокие в мире темпы развития эпидемии. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации к 30 июня 2014 г. составило 833 665 человек (по предварительным данным). За весь период наблюдения в Федеральный центр по профилактике и борьбе со СПИДом было сообщено о 135 501 смертях ВИЧ-позитивных лиц, однако эти данные поступали с существенной задержкой. По данным формы мониторинга приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения Роспотребнадзора в Российской Федерации на 30 июня 2014 г. умерло по разным причинам 164 068 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. 10218 только за 6 месяцев 2014 года (9520 - за первые 6 месяцев 2013).

В Республике Башкортостан за весь период наблюдения, начиная с 1987 года, лабораторно выявлено ВИЧ-инфицированных - 18 975 человек. На 30.06.2014г. подлежат учету 14 237 ВИЧ-инфицированных, на 100 тысяч населения республики приходится 350,6 лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией(РФ - 479,0; ПФО - 473,4).

Всего в 1 полугодии 2014 года в РБ зарегистрировано 1 485 случаев ВИЧ-инфекции, по сравнению с аналогичным периодом 2013 года заболеваемость выросла на 19,5 % (с 30,19 до 36,08).

Прошло более четверти века с момента обнаружения первых случаев ВИЧ. За это время ВИЧ радикально изменил наш мир: он унес жизни более 140 миллионов мужчин и женщин, сделал сиротами миллионы детей, усилил бедность и нищету, а в некоторых странах даже обратил вспять все усилия в области человеческого развития. Сегодня около 70 миллионов живут с ВИЧ - половину из них составляют женщины. То, о чем вначале сообщалось, как лишь о нескольких случаях таинственного заболевания, сейчас превратилось в эпидемию, которая является одной из самых серьезных угроз глобальному прогрессу в 21 - м столетии.

1.2 Статистика

В Республике Башкортостан тенденции развития эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в 2014 году следующие:

· регистрируется положительный темп прироста числа новых случаев заражения ВИЧ и, соответственно, увеличение показателя заболеваемости;

· растет общее количество людей, живущих с ВИЧ;

· эпидемия ВИЧ-инфекции затрагивает преимущественно трудоспособное население репродуктивного возраста. В республике увеличилась доля лиц возрастных категорий 21 - 30 лет и 41 - 50 лет при снижении доли лиц в возрасте 31 - 40 лет по сравнению с 2013 годом;

· преобладает половой путь передачи ВИЧ, реализуемый при гетеросексуальных контактах при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркопотребителей;

· на низком уровне выявляемость инфицированных среди лиц, относящихся к ВИЧ-уязвимым группам населения;

· растет распространение эпидемического процесса среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, больных инфекциями, передающимися половым путем, а так же за пределами «группы повышенного риска заражения ВИЧ» - обследованных по клиническим показаниям и прочего населения;

· основной прирост новых случаев зарегистрирован за счет городского населения. Так, по сравнению с 2013 годом заболеваемость в ГО г. Кумертау выросла в 1,62 раза, Салават - в 1,34 раза,

В Башкирии появилась стойкая тенденция роста случаев заражения ВИЧ-инфекцией среди женщин, в том числе среди беременных. Об этом сообщили в Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями (РЦПБ со СПИДом и ИЗ).

В возрастной структуре инфицированных основная доля вновь выявленных приходится на возраст 31-40 лет - 52,9%, детей - 1,11%, лиц в возрасте 21-30 лет - 23,9%, 41-50 лет - 16,4%, старше 51 года - 5,3%. По сравнению с 2013 годом основной прирост новых случаев ВИЧ-инфекции отмечается в возрастных группах 41-50 лет - на 40,8. Снижение новых случаев ВИЧ-инфекции отмечается в возрасте 21-30 лет на 13,4%, 31-40 лет на 3,7%.

В течение последних 5 лет заболеваемость ежегодно увеличивается в среднем на 27,8%.

Число ВИЧ-положительных беременных в настоящее время достигло 414 человек. По сравнению с прошлым годом показатель увеличился на 16%. «Из числа тех женщин, которые выявлены в этом году, 80% инфицируются половым путем, - отметил заместитель главного врача РЦПБ со СПИДом и ИЗ Сергей Зайцев. - Отсюда следует другая проблема: они впоследствии могут родить детей, которые также будут ВИЧ-инфицированы».

В период с 1997 по 2014 год от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 2174 ребенка, из них снято с учета 1558 детей, находятся на учете более 400 малышей. Окончательный диагноз установлен у 136 детей. Говоря об общей ситуации с ВИЧ-инфекцией, Сергей Зайцев озвучил следующие цифры: за весь период наблюдения, начиная с 1987 года, лабораторно выявлено более 17 тысяч ВИЧ-инфицированных, в том числе в 2013 году - свыше 2000 человек.

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 50,5 на 100 тысяч населения. Наибольший уровень заболеваемости отмечен в Уфе, Нефтекамске, Кумертау, Салавате, Стерлитамаке, Нуримановском и Краснокамском районах.

ВИЧ-инфекция перестала быть заболеванием представителей только маргинальных групп. «Встречаются и лица, имеющие высшее образование, работающие в различных государственных учреждениях, то есть вполне успешные люди, - сказал Сергей Зайцев. - Все это реально показывает, что ВИЧ-инфекция может касаться каждого». По его словам, 54,6% ВИЧ-инфицированных - граждане в возрасте 31-40 лет. Прирост в этой группе на 12,1% по сравнению с прошлым годом.

Таким образом, сохраняющаяся в республике ситуация по ВИЧ-инфекции вызывает озабоченность и требует принятия неотложных мер по стабилизации и снижению заболеваемости, расширения комплекса профилактических мероприятий и дальнейшего обследования населения на ВИЧ, прежде всего, групп риска.

1.3 Пути передачи ВИЧ-инфекции

Человек, инфицированный ВИЧ, может заразить других людей. ВИЧ-инфицированный человек является источником потенциального заражения для других от момента инфицирования до конца жизни.

Существуют 3 основных пути передачи ВИЧ:

.3.1 Половой путь

Незащищенный (без презерватива) проникающий половой акт может привести к заражению. В данном случае возможно попадание крови, спермы и вагинального-цервикального секрета в микротравмы, которые всегда образуются на коже и слизистых оболочках при трении, в том числе:

· гетеросексуальный проникающий половой контакт (мужчина-женщина): вагинальный, анальный, изредка - оральный);

· гомосексуальный половой контакт (мужчина-мужчина).

В настоящее время на долю полового заражения в мире приходится свыше 70% от общего количества инфицированных. Причём 60-67% - в результате обычных гетеросексуальных контактов. Особенно увеличивается риск заражения при многократных контактах с разными партнёрами и групповом сексе.

Вероятность заражения женщины от инфицированного мужчины выше, чем при обратном варианте. При гомосексуальных контактах больше страдает пассивный партнёр.

Заражению способствуют: наличие воспалительных очагов, изъязвлений на гениталиях, другие венерические заболевания, половые акты во время менструации и др. Вероятность заражения резко снижает использование при половом акте презервативов.

.3.2 Парентеральное заражение

Под таким заражением подразумевают случаи, когда вирусы попадают непосредственно в кровь:

· Применение ВИЧ-инфицированных игл и прочего инструментария, прокалывающего кожу;

· Инъекции ВИЧ-инфицированных готовых растворов, в том числе наркотиков;

· Переливание ВИЧ-инфицированной цельной крови или ее компонентов;

· Применение ВИЧ-инфицированного хирургического и инъекционного инструментария, игл для введения каких-либо (включая наркотические) препаратов, прокалывания ушей, нанесения татуировок, гастро- и колоноскопов, других инструментов и оборудования, при использовании которых могут быть повреждены кожные или слизистые покровы;

Вероятность внутривенного парентерального заражения от ВИЧ-инфицированного приближается к 100%.

1.3.3 Вертикальный механизм передачи

Передача вируса от ВИЧ-позитивной матери ребенку.

Такой механизм передачи возможен:

· Во время беременности - при повреждении плацентарного барьера во время вынашивания ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной. Плацентарный барьер - надежная защита плода от различных инфекций, которые могут быть в организме матери, но если он поврежден, то вирусы и бактерии беспрепятственно проникают в плод; (вероятность инфицирования ребенка повышается в случаях новой инфекции, а также тогда, когда мать находится в продвинутой стадии ВИЧ-инфекции);

· Во время родов, когда при повреждении кожи или слизистой новорожденного во время прохождения родовых путей кровь и вагинальный секрет ВИЧ-инфицированной матери, которые в большом объеме присутствуют в родовых путях, попадают в организм новорожденного;

· Во время кормления грудью.

## .3.4 Каким образом невозможно заразиться ВИЧ

Если среди знакомых вам людей есть человек, инфицированный ВИЧ, нужно знать, что ВИЧ невозможно заразиться:

во время чихания и кашля

через рукопожатие

через поцелуй или объятие

употребляя общую с больным еду или питье

в банях, бассейнах, саунах

путем «уколов» в метро. Информация о вероятном получении инфекции через иглы, подкладываемые на сидения зараженными ВИЧ людьми, или через укол зараженной иглой в толпе, является не более чем выдумкой. В окружающей среде вирус живет очень недолго, более того, концентрация вируса на кончике иглы слишком мала для заражения.

Слюна и другие биологические жидкости содержат крайне мало вируса, которого недостаточно для инфицирования. Риск заражения присутствует, если в биологических жидкостях (пот, слюна, кал, моча, слезы) содержится кровь.

1.4 Профилактика

Профилактика ВИЧ-инфекции должна быть направлена на снижение индивидуального риска заражения. К счастью пути инфицирования вирусом досконально изучены. Соблюдение ряда профилактических мер позволяет в большинстве случаев предотвратить инфицирование. Согласно статистике, наибольшее число заражений ВИЧ в мире происходит половым путем и при инъекциях наркотиков - то есть в процессе поведения, которое человек в большинстве случаев может изменять и контролировать по собственной воле.

Организация противодействия развивающейся пандемии и борьба с ее разрушительными последствиями являются в настоящее время наиболее важной задачей международной и национальной политики в области здравоохранения.

ВОЗ в ряде документов выделяет 4 основных направления деятельности, направленные на борьбу с эпидемией ВИЧ-инфекции и ее последствиями:

) предупреждение половой передачи ВИЧ, включающее такие элементы, как обучение безопасному половому поведению, распространение презервативов; лечение (других) болезней, передающихся половым путем, обучение поведению, направленному на сознательное лечение этих болезней;

) предупреждение передачи ВИЧ через кровь методами снабжения безопасными кровепродуктами, обеспечения асептических условий при инвазивной, нарушающей кожную целостность, хирургической и стоматологической практике;

) предупреждение перинатальной передачи ВИЧ методами распространения информации о предупреждении передачи ВИЧ, перинатальной передаче и планировании семьи, обеспечения медицинской помощи, включая консультирование, женщинам, которые инфицированы ВИЧ;

) организация медицинской помощи и социальной поддержки больным ВИЧ-инфекцией, их семьям и окружающим.

«Осуществление мероприятий по профилактике ВИЧ является гораздо более сложным, чем представляют себе многие организаторы здравоохранения в России, и на этом пути пока неудачи встречаются гораздо чаще, чем заметные успехи»- заместитель главного врача РЦПБ со СПИДом и ИЗ Сергей Зайцев.

«Изоляция» источника инфекции при ВИЧ-инфекции (весьма эффективный метод при других инфекциях) достаточно затруднительна, так как, по-видимому, большинство зараженных остается потенциальными источниками до конца жизни, т.е. по крайней мере, несколько лет. Однако вопрос о возможности использования этого подхода по-прежнему обсуждается.

Реальный опыт изоляции ВИЧ инфицированных имеется только на Кубе. Первоначально всех выявленных инфицированных ВИЧ лиц там помещали в «санаторий» типа лепрозория, где обеспечивали лечением, возможностью выполнять определенные виды труда и т.п. Пациентам этого санатория предоставлялась возможность поездки на экскурсии, разного рода представления и даже побывки у родственников под присмотром медицинских работников. Умеренные темпы развития эпидемии на Кубе, возможно, связаны с реализацией этого проекта.

Хотя нет сомнения, что изоляция ВИЧ инфицированных может снизить уровень распространения ВИЧ на достаточно изолированных территориях, тем не менее, имеется ряд существенных возражений против применения этого метода, кроме, разумеется, самого основного: возражения против непосредственного ущемления прав инфицированных.

.4.1 Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных

В целях предупреждения инфекции от матери к плоду ВИЧ - позитивным беременным назначают АЗТ по 100 мг раз в сутки, начиная с 14 - 34 недели беременности до ее завершения. В период родов АЗТ вводится внутривенно в дозе 2 мг/кг массы в первый час, затем 1 мг/кг до окончания родов. Новорожденному показано оральное назначение АЗТ в сиропе - 2 мг/кг массы каждые 6 часов, начиная с 8 - 12 часов до 6 недель жизни. Если мать не получала антиретровирусную терапию в период беременности и родов, а новорожденный не получил ее в первые 24 часа, назначать АЗТ нецелесообразно.

.4.2 Индивидуальная профилактика ВИЧ в медицинской среде

Сложности для работников медицины заключаются в том, что пациент имеет право не разглашать информацию о своём ВИЧ статусе. Поэтому каждая манипуляция, при которой возникает прямой контакт с кровью пациента, является опасным для медика. В основную группу риска входят стоматологи, хирурги, медицинские сёстры. Рекомендуется обслуживание всех пациентов с максимальным объёмом защитных средств, использование одноразовых инструментов, тщательная обработка инструментов и инвентаря многоразового использования.

Наиболее реальная опасность заражения возникает при разрывах и проколах перчаток, что может привести к попаданию зараженного материала на кожу, возможно имеющую микротравмы, и особенно при уколах и порезах. Для снижения вероятности заражения в таких случаях рекомендуется:

. При подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией убедиться в укомплектованности аварийной аптечки. Состав аптечки « Анти - СПИД» (Приказ № 174-Д от 30.01.2012 Министерства здравоохранения республики Башкортостан «Об экстренной профилактике заражения ВИЧ - инфекцией»):

|  |  |
| --- | --- |
| Спирт 70% | 100 мл. |
| 5% спиртовой раствор йода | 10 мл. |
| Стерильные марлевые салфетки | 10 шт. |
| Лейкопластырь | 1 уп. |
| Напальчники | 3 шт. |
| Резиновые перчатки | 2 пары. |
| Ножницы с закругленными браншами | 1 шт. |
| Ватные шарики стерильные № 20 | 1 уп. |
| Экспресс тесты на ВИЧ | 2 шт. |

. Выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение.

. Обработать кожу ногтевых фаланг спиртовым раствором йода перед надеванием перчаток.

. В случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовым раствором йода;

. При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом;

. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть);

. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в бикс (бак) для автоклавирования;

. Как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

.4.3 Профилактика при переливании крови и ее препаратов

Процедура донорства предусматривает обязательный анализ на ВИЧ. Первый раз анализ берут перед первым забором крови. В случае отрицательного результата полученную от донора порцию крови хранят полгода, берут кровь на повторный анализ, и только после повторного отрицательного результата на ВИЧ используют первую и последующие порции. Смысл двухэтапной процедуры заключается в том, чтобы учесть возможное отсутствие серологической реакции в ранний период инфицирования ВИЧ (первые полгода). В дальнейшем доноры также подлежат регулярным обследованиям на вирус иммунодефицита.

### .4.4 Индивидуальные меры профилактики ВИЧ при половых контактах

Не рекомендуется вступать в половые контакты с людьми, о здоровье которых Вам ничего не известно (в частности о наличии или отсутствии ВИЧ инфекции), или если об их положительном статусе ВИЧ известно достоверно. Если выясняется, что инфицирован один из супругов, вопрос сексуальной близости решается здоровым супругом. Для индивидуальной профилактики рекомендуется использовать презерватив. На сегодня это наиболее эффективный метод профилактики инфекций передающихся половым путём, в том числе и ВИЧ, но далеко не идеальный. По последним данным ВООЗ эффективность презервативов в качестве защиты от инфекций чуть больше 80%. Эффективность защиты презерватива снижается в результате неосторожного вскрытия упаковки, использования некачественных презервативов или тех, что хранились в неподходящих условиях, при нарушении техники одевания презерватива, оральных ласках до или после полового акта, и т.д. Эффективность барьерного метода можно повысить, применяя одновременно с презервативом (нанося снаружи на презерватив или во влагалище) поверхностно активных веществ. Такие препараты могут обладать одновременно антибактериальным и спермицидным действием, нередко наносятся на презерватив в процессе производства. Наиболее эффективным сегодня считается Мирамистин, который имеет высокую активность против ВИЧ внутри клеток эпителия и значительно снижает риск заражения.

Глава 2. Описание исследованного материала и применяемые методики исследования

Научная новизна данного исследования состоит в том, что я провела исследование современного состояния проблемы, систематизировала наиболее важные составляющие профилактических мероприятий и оказания квалифицированной помощи больным ВИЧ - инфекцией.

Цель исследования изучить и провести системный анализ роли медицинской сестры в профилактике и уходе за больными ВИЧ - инфекцией.

Задачи:

. Выявить проблемы, связанные с уходом ВИЧ - инфицированному больному;

. Разработать программу по уходу и психоэмоциональной реабилитацией больных ВИЧ - инфекцией, а именно:

памятку медицинской сестре по уходу за больными с ВИЧ - инфекцией;

памятку медицинской сестре по профилактике ВИЧ - инфекции.

Объектами исследования стали пациенты ГБУЗ РБ ИКБ №4 г. Уфа.

Объем исследования составил 18 пациентов с ВИЧ-инфекцией, госпитализированных в ГБУЗ РБ ИКБ №4 в г. Уфа в 2014 году. Из них 14(77,7%) мужчин и 4 (22,3 %) женщин. Возраст наблюдавшихся больных варьировал от 25 до 37 лет.

Методы исследования: наблюдение за ВИЧ - инфицированными пациентами, анализ статистической отчетности и выкопировка данных.

2.1 Основные симптомы, беспокоящие ВИЧ-инфицированных пациентов и оказание сестринской помощи в данной ситуации

У ВИЧ-инфицированных пациентов могут развиваться различные симптомы со стороны любой системы органов. Эти симптомы могут быть следствием оппортунистических инфекций, злокачественных новообразований, других сопутствующих заболеваний и самой ВИЧ-инфекции, а также побочных действий препаратов. Проведенные исследования показали высокую распространенность различных симптомов у больных СПИДом (табл. 1.)

Таблица 1. Частота различных симптомов у больных СПИДом

|  |  |
| --- | --- |
| Симптомы | Распространенность |
| Слабость, упадок сил | 48-45% |
| Потеря веса | 37-91% |
| Боль | 29-76% |
| Потеря аппетита | 26-51% |
| Тревога | 25-40% |
| Бессонница | 21-50% |
| Кашель | 19-60% |
| Тошнота и рвота | 17-43% |
| Одышка, респираторные симптомы | 15-48% |
| Депрессия или печаль | 15-40% |
| Диарея | 11-32% |
| Запор | 10-29% |

Тактика симптоматического лечения при ВИЧ - инфекции.

. Симптоматическое лечение не исключает патогенетического подхода к лечению.

. По возможности следует стараться устранить причину симптома (например, лечить криптококковый менингит, вызвавший головную боль).

. Часто симптоматическое лечение имеет не меньшее значение, так как быстро улучшает качество жизни пациента и создает условия для более успешного этиопатогенетического лечения.

Роль медицинской сестры в процессе симптоматического лечения:

Роль медицинской сестры в процессе симптоматического лечения следующая:

· Выполнение всех назначений врача.

· Объяснение больному природы его жалоб, правил приема назначаемых препаратов, возможных побочные эффекты и т.п.

· Регулярный осмотр больного, сообщение врачу об изменении состояния пациента.

· Помощь в выборе дополнительных средств лечения - диета, физические упражнения, средства народной медицины и т.п.

· Использование при необходимости массажа.

Важно всегда помнить о том, что в основе сестринского ухода лежит сострадание больному.

Облегчение состояния пациента при часто встречающихся симптомах при ВИЧ-инфекции.

.1.1 Слабость при ВИЧ-инфекции

Описывается как чувство усталости, сонливость, быстрая утомляемость, упадок сил. От 20 до 60% ВИЧ-инфицированных пациентов испытывают слабость. Симптом часто оставляется без должного внимания. Субъективное восприятие слабости бывает разным, чаще страдают женщины. Слабость снижает качество жизни, нарушает повседневную деятельность, часто приводит к снижению способности к независимому существованию.

2.1.2 Боль

Боль у больных ВИЧ-инфекцией характеризуют следующие особенности: высокая распространенность и разнообразие форм проявления; связь со значительными физиологическими и функциональными расстройствами; вызывающее тревогу недостаточное лечение. Около 45% болевых синдромов непосредственно связаны с ВИЧ-инфекцией и оппортунистическими заболеваниями (ВИЧ- невриты, миелопатии, оппортунистические и вторичные заболевания, злокачественные опухоли, органомегалия, артриты, васкулиты, миопатии, миозиты).

В 15 - 30% случаев являются следствием проводимой терапии или диагностическими процедурами (побочные эффекты антиретровирусных, противотуберкулезных и других лекарственных препаратов, химиотерапии (винкристин), лучевой терапии, хирургические вмешательства, люмбальная пункция, бронхоскопия, ЭГДС, колоноскопия, пункция костного мозга).

В 25-40% случаев не связаны с ВИЧ-инфекцией или ее лечением (употребление психотропных препаратов, сопутствующие заболевания).

Болевой синдром у ВИЧ-инфицированных женщин может быть обусловлен неспецифическими болями в малом тазу, гинекологическими злокачественными опухолями, инфекциями. Два основных типа боли - нейропатическая и ноцицептивная.

При хронической боли показан регулярный прием анальгетиков внутрь. Необходимо начинать со слабых анальгетиков и при необходимости постепенно переходить к препаратам более сильного действия.

.1.3 Тошнота и рвота

Причины:

· Лекарственные препараты.

· Инфекции.

· Болезни ЖКТ.

· Болезни ЦНС.

· Надпочечниковая недостаточность.

· Острые инфекции (кишечные, диссеминированные).

· Опухоли печени и желчных путей.

· Боль, страх, тревожность.

· Неизбежные побочные эффекты (при химиотерапии).

· Метаболические.

· Вестибулярные.

При наличии тошноты или рвоты следует кормить больного часто, маленькими порциями, предлагать еду, которая нравиться больному, в меньшей степени вызывают тошноту и рвоту, но не настаивать. Поить больного необходимо часто, маленькими порциями, медленно для профилактики обезвоживания.

Уход при тошноте и рвоте:

· Перераспределять объем порций пищи - увеличивать порции, когда тошнота прекращается.

· На время отказаться от любимой пищи, чтобы не возникло к ней отвращения.

· Использовать холодные продукты, так как они меньше пахнут и лучше переносятся.

· По утрам употреблять сухие продукты, например крекеры.

· При рвоте возмещать потери жидкости бульоном, соками.

· Отдыхать после еды, но не ложиться.

· Принимать пищу медленно.

· Начинать лечение следует с малой дозы, постепенно повышая ее до прекращения боли

· Если боль возникает в промежутке между плановыми

приемами анальгетика, необходимо дать дополнительную дозу

препарата (50-100% разовой дозы, принимаемой каждые 4 часа)

· Для купирования умеренной боли эффективен аспирин, однако его следует применять с осторожностью, поскольку у ВИЧ- инфицированных пациентов повышен риск развития кровотечений

· При выраженном нарушении функции печени парацетамол и аспирин противопоказаны.

· Использовать дополнительные методы лечения:

иглоукалывание, гипноз, методы релаксации, музыкотерапию.

· Вызвать врача, если:

рвота продолжается более суток;

у больного сухой язык;

выделяется мало мочи;

появились боли в животе.

.1.4 Диарея

Характеризуется разжижением, учащением стула и увеличением его объема. На протяжении болезни возникает у 30- 50% лиц с ВИЧ-инфекцией. Сопровождается значительными осложнениями, потерей веса и истощением. Нарушает повседневную жизнь пациента и вызывает тревожность и чувство унижения.

Причины:

· В 75-80% случаев в кале обнаруживаются несколько патогенных бактерий, вирусов, паразитов.

· В 25-50% случаев составляет идиопатическая ВИЧ- энтеропатия, частая причина - криптоспоридиоз.

· Лекарственные препараты (диарея - побочный эффект нескольких антиретровирусных препаратов и многих антибиотиков широкого спектра действия).

· Питание.

· Метаболические нарушения.

· Хроническое воспаление кишечника.

Уход при диарее:

· Давать обильное питье (включая глюкозо-солевые растворы) для возмещения потери жидкости.

· Увеличить частоту приема пищи, кормить маленькими порциями.

· В диету включать легкоусвояемую пищу (рис, бананы, яблочное пюре, подсушенный хлеб, продукты с высоким содержанием белка и калорий).

· Из рациона исключить молочные продукты, кофеин, очень горячую или холодную пищу, пряности, жирные продукты.

· Уход за кожей перианальной области.

· После каждого акта дефикации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью.

· Обмывать перианальную область три раза в день водой с мылом.

· Если больной чувствует боль при дефекации, смазывать перианальную область вазелином.

Вызвать врача, если у больного: рвота и лихорадка, стул с примесью крови, диарея продолжается более пяти суток, нарастает слабость.

Персистирующая диарея.

Диета:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Морковный суп содержит витамины, минеральные вещества и пектин, который благотворно воздействует на кишечник и улучшает аппетит. |
| 2. | Рис и картофель оказывают закрепляющее действие. |
| 3. | Следует добавлять в рацион бананы и томаты, поскольку они богаты калием. |
| 4. | Вместо трехразового питания перейти на кормление больного 5-6 раз в день маленькими порциями. |
| 5. | Добавлять в блюда мускатный орех, поскольку он замедляет перистальтику. |
| 6. | Исключить из рациона кофе, крепкий чай, алкоголь. |
| 7. | Исключить из рациона сырые продукты, продукты с высоким содержанием жира или клетчатки, холодную пищу. |
| 8. | Попробовать исключить молоко и сыр (йогурт усваивается лучше). |
| 9. | Предлагать пищу, которая больному больше нравится и которую он лучше переносит. |

.1.5 Запор

· Часто предлагать питье.

· Включать в рацион больше фруктов (в том числе сухофрукты) и овощей, овсяную кашу, мягкую пищу, отруби.

· Давать пациенту столовую ложку растительного масла перед завтраком.

· Осторожно ввести в прямую кишку больного вазелин или кусочек мыла, если он не может сделать это сам.

.1.6 Лихорадка

Тактика при лихорадке:

· Выявить причину и лечить.

· Парацетамол или аспирин каждые 4 часа (не больше 8 таблеток парацетамола в сутки).

· Достаточное потребление жидкости.

· Часто давать больному питье: воду, некрепкий чай, фруктовые соки.

· Использовать физические методы, в частности холодные компрессы или прикладывание льда.

.1.7 Одышка, кашель и мокрота

Одышка.

Одышку могут вызывать многие легочные и внелегочные заболевания:

· Легочные патологии: ХОЗЛ, бронхиальная астма, пневмония, ТЭЛА, рак легкого, лимфома, пневмоторакс, плевральный выпот.

· Внелегочные патологии: сердечная недостаточность, анемия, ацидоз.

Одышка может быть связана и с эмоциональными, психическими расстройствами. Поэтому важно уметь распознавать и лечить тревожность и депрессию, уделять время общению с больным и его родственниками.

Тактика лечения одышки:

· Выяснить причину.

· Лечить то, что поддается лечению.

· Поводить поддерживающее лечение.

Уход при одышке:

· Выяснить, что беспокоит больного и его близких, оказать поддержку. Обеспечить спокойную обстановку, устранить факторы, вызывающие тревогу.

· Помочь больному принять позу, в которой ему легче дышать (обычно сидя, иногда с небольшим наклоном вперед, положив руки на стол).

· Усадить больного поудобнее, положить под спину подушки.

· Использовать методы релаксации.

· Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно,

использовать вентилятор, обмахивать больного.

· При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).

Кашель

Кашель и затрудненное дыхание могут быть вызваны часто наблюдающимися при ВИЧ оппортунистическими инфекциями, а также синдромом восстановления иммунитета (обычно развивается в первые два-три месяца после начала прием АРВ-терапии).

Рекомендации по уход при простом кашле:

· Использовать домашние средства: мед, лимон, паровые ингаляции (например, с настойкой эвкалипта).

· Если появился кашель с мокротой и он сохраняется более 3 недель, необходимо провести обследование на туберкулез.

Правила обращения с мокротой:

· Обращаться с мокротой осторожно, чтобы избежать распространения инфекции.

· Для отхаркивания мокроты дать больному банку с крышкой.

· Выливать содержимое банки в унитаз, после чего вымыть банку дезинфицирующими средствами, либо обдать кипятком.

.1.8 Язвенные поражения полости рта

Если причиной язвенных поражений является кандидоз:

· Облегчить состояние больного могут местные анестетики.

· Растворить 2 таблетки аспирина в стакане воды и давать больному для полоскания рта до 4 раз в день.

· При необходимости дать анальгетики.

· Необходимо удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде.

Различные язвенные поражения слизистой рта

Мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба. Давать больному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан воды) после еды и перед сном (3-4 раза в день).

Рекомендации по питанию:

· Предлагать мягкую пищу, так как она вызывает меньший дискомфорт.

· Пациенту легче глотать протертую и жидкую пищу.

· Не кормить пациента горячей, холодной или острой пищей.

2.2 Специальный уход за пациентами с ВИЧ-инфекцией

Реформа сестринского дела, происходящая в России начиная с 90-х годов, привела к качественному изменению профессионального и социального статуса сестринской профессии, возросшей ответственности сестер и изменению их отношения к своей профессии. Общепризнано, что при оказании помощи по уходу за пациентом сестринский персонал играет ключевую роль, что особенно хорошо видно в паллиативной помощи.

Уход за пациентом - это система лечебных, профилактических и санитарно-гигиенических мероприятий по облегчению состояния пациента, правильному своевременному выполнению лечебных назначений, подготовке и проведению ряда диагностических процедур, грамотному наблюдению за больным и мониторингу его состояния, оказанию первой доврачебной помощи и оформлению соответствующей медицинской документации.

Цель ухода - достижение наивысшего уровня адаптации пациента к ситуации, связанной со здоровьем, и, тем самым, достижение наивысшего качества жизни пациента. Областью клинического применения ухода являются вопросы сохранения здоровья, адаптации к условиям острого и хронического заболевания, паллиативный процесс. В узком значении термин "уход" представляет собой комплекс манипулятивных вмешательств, выполняемых медицинской сестрой самостоятельно или по назначению врача и направленных на удовлетворение базовых потребностей пациента. Общий уход - мероприятия, проводимые независимо от характера болезни. Специальный уход - мероприятия, применяемые при определенных заболеваниях (болезни легких, сердца, желудочно-кишечного тракта, ВИЧ-инфекции и пр.). Современные принципы ухода за подопечными претерпели изменения. Ранее специалисты по уходу были уверены, что чем меньше их подопечные будут делать сами, тем лучше. Поэтому они стремились обеспечить максимальный комфорт пациенту в постели, кормили и умывали их. Каждый пациент получал стандартный пакет услуг, без учета индивидуальных особенностей и потребностей. В последнее время профессионалы сестринского дела пришли к пониманию, что люди начинают чувствовать себя лучше и восстанавливают силы намного быстрее, когда поощряется их желание и участие в уходе за собой. Восстановительный период проходит быстрее. Было замечено, что когда подопечные имели возможность делать то, что по мере сил и возможностей могли и хотели делать в данный момент, то люди лучше воспринимали уход, особенно, если им объясняли их состояние и давали возможность участвовать в планировании ухода. «Не делать за больного то, что он может делать сам» - один из главных принципов современного сестринского ухода. Это открытие изменило профессиональные методы ухода. Специалисты должны помнить, что теперь их задача и даже ответственность - максимально вовлекать в процесс ухода самого пациента. Пациент должен стать полноправным членом сестринской команды. И не просто членом, но ее центром, ядром.

При уходе за пациентом важно сосредоточиться на его личности и индивидуальных потребностях. Ежедневный уход не должен превращаться в рутину или становиться автоматическим, напротив, уход должен быть всегда индивидуализирован. Для реализации этого медицинская сестра может применить все свои творческие способности. Личностно-ориентированный подход предполагает ориентацию на потребности пациента. Пациент рассматривается как личность с его мыслями, опасениями, ожиданиями и предполагает живой отклик сестры.

Медицинская сестра принимает во внимание условия жизни в семье, влияние культуры и религии, стимулирует самостоятельность пациента, предоставляет информацию, привлекает к принятию решений. Важно уметь отбирать и оценивать информацию, полученную в ходе сбора анамнеза, использовать эту информацию при составлении плана ухода с учетом следующих принципов:

последовательности назначений;

сохранения толерантности в случае не достижения результатов;

умение принимать решения при неотложных состояниях;

наблюдение и выявление новых симптомов болезни;

постановка сестринского диагноза на основе выявленных проблем.

Сестринский уход предполагает осуществление комплексного подхода при оказании медицинской помощи. Надо научиться работать с пациентом, предъявляющим большое количество жалоб и имеющим несколько заболеваний - острых и хронических, научиться побуждать к здоровому образу жизни, профилактике, лечению и его приверженности.

Важной компетенцией сестры, оказывающей паллиативную помощь, является целостное представление о пациенте и его состоянии с учетом биопсихосоциальной модели, культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей. Терпимое отношение к жизненному опыту, вере, ценностям и ожиданиям больного человека. Часто духовные и экзистенциальные переживания являются серьезным источником клинических проблем. Для реализации сестринского ухода за ВИЧ- инфицированными людьми необходимо формирование приверженности пациента к принятию лечения. При ВИЧ- инфекции главная составляющая лечения - это высокоактивная антиретровирусная (АРВ) терапия, направленная на подавление процесса размножения ВИЧ. Приверженность к лечению проявляется в приеме препаратов по схеме, назначенной врачом, в определенное время и в определенной дозировке, при соблюдении рекомендуемого режима питания. Формирование приверженности к лечению - непростой многоступенчатый процесс. Он проходит через несколько стадий: формирование приверженности к принятию помощи - формирование приверженности к лечению - формирование приверженности к принятию АРВ-терапии.

Формирование у пациентов мотивации к принятию медицинской помощи очень сильно зависит от «терапии присутствием» (общение, поддержка, понимание).

Шесть принципов ухода за пациентом:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. *Безопасность.* | Лица, предоставляющие уход должны оберегать пациента, предупреждая возможные травмы. |
| 2.*Конфиденциальность.* | Персональная информация о пациенте, подробности личной жизни должны оставаться в тайне, нельзя допускать, чтобы посторонние видели и слышали то, чего не хотел бы пациент. |
| 3.*Уважение* (поддержание чувства достоинства). | Уважать пациента как личность, признавать его право на выбор и принятие решений. |
| 4. *Общение.* | Помнить о том, что слово лечит. Беседуя с пациентом необходимо обращать внимание на его чувства. Проговаривать с пациентом предстоящие манипуляции, получать его согласие на то или иное вмешательство. Докладывать руководству о проблемах пациента. |
| 5. *Независимость.* | Поощрять пациента быть максимально самостоятельным, насколько это возможно в конкретной ситуации. |
| 6. *Инфекционная безопасность.* | Проводить мероприятия, обеспечивающие инфекционную безопасность. Уход может быть предоставлен пациенту в медицинских учреждениях (профильных стационарах, где пациент находится по поводу лечения того или иного заболевания и при этом нуждается в уходе, больницах (домах) сестринского ухода), в социальных учреждениях и на дому. |

.3 СПИД-индикаторные болезни. Уход за умирающим

СПИД-индикаторые - заболевания, при наличии которых у ВИЧ-положительного человека ставится диагноз "СПИД".

Наиболее часто развиваются пневмоцистная пневмония, кандидоз, туберкулез, токсоплазмоз, герпесвирусная или цитомегаловирусная инфекция, атипичный микобактероз, саркома Капоши.

Особенности ухода за умирающим пациентом

Ухаживая за больным человеком, мы, как правило, надеемся, что он выздоровеет или, по крайней мере, состояние его здоровья в результате лечения и ухода улучшится. Надежда на благоприятный исход заболевания и видимое улучшение состояния здоровья больного придают нам дополнительные силы и наполняют смыслом наши труды. Однако не всегда, ухаживая за больным, можно надеяться, что он поправится и вернется к обычному образу жизни. Не всегда за болезнью следует выздоровление или улучшение здоровья. Болезнь может заканчиваться неумолимо приближающейся смертью. Умирающий больной нуждается в особо тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе. Он нуждается в помощи не меньше, а больше, чем другие больные - наша помощь имеет очень большое значение для достойного завершения жизни человека.

Уход за умирающим человеком требует много физических и душевных сил, много времени. Надо понимать, что уход за умирающим, его сопровождение по всем этапам умирания - трудное испытание для всех, кто участвует в таком уходе. К уходу за больным и общению с ним в этот период должны быть привлечены родственники, друзья, врачи, медицинские сестры, социальные работники, священник. Для того, чтобы эффективно помочь больному, необходимо понимать какие серьезные и специфические проблемы возникают у умирающего человека. К сожалению, до недавнего времени тема смерти в медицине была закрыта. Существовал запрет на сообщение больному смертельного диагноза или неблагоприятного прогноза.

Смерть воспринималась как неестественное и пугающее событие. Люди, казалось, считали, что могут предотвратить смерть, если не будут о ней говорить. Не зная о неблагоприятном прогнозе и не представляя, что ждет его впереди, больной оказывался в глухой психологической изоляции и не имел возможности активно участвовать в процессе лечения и принимать решения в таких важных для себя вопросах, как лечиться или нет, оперироваться или нет, умирать дома или в больнице. Не зная реального прогноза, часто больной строил свою жизнь в последние ее недели совершенно не так, как если бы он знал о скором уходе. В итоге, человек не проходил духовное осмысление своей жизни, не говорил последние важные слова близким людям, не имел возможности распорядиться сохранившимися письмами, дневниками, оставались незавершенными юридические, наследственные дела.

Ни медицинские работники, ни родственники смертельно больных людей не умели разговаривать с такими больными и не знали, о чем с ними говорить. В общении царили обман и неискренность. В силу неверного представления, что все больные могут быть вылечены современными методами лечения, умирающие люди часто рассматривались как результат медицинской неудачи. В результате этого умирающий человек испытывал неловкость при обсуждении с медицинскими работниками своих чувств о смерти и ее приближении.

Основные симптомы, беспокоящие умирающего пациента.

Наиболее часто в уходе за умирающими приходится иметь дело со следующими симптомами:

· подавленное настроение;

· тревожность;

· боль;

· анорексия;

· тошнота и рвота;

· запоры.

Для устранения этих симптомов следует:

· Выполнять все назначения врача.

· Объяснять больному, чем вызваны его жалобы.

· Регулярно осматривать больного.

· Следить за своевременным введением обезболивающих препаратов.

· Придерживаться рекомендованной диеты.

· Использовать массаж и физиотерапию.

Принципы общения с умирающим человеком:

· Будьте всегда готовы оказать помощь.

· Проявляйте терпение.

· Дайте возможность выговориться.

· Произнесите несколько утешающих слов, объясните больному, что испытываемые им чувства совершенно нормальны.

· Берите за руку, поглаживайте пациента (помните о важности тактильного контакта).

· Спокойно относитесь к его гневу.

· Избегайте неуместного оптимизма.

Умирающий больной хочет чувствовать себя защищенным. Он хочет, чтобы его успокоили, сказали ему, что он не будет страдать в момент умирания. Необходимо помочь больному справиться со страхом, предоставив ему возможность говорить о них. Нельзя обходить эту тему молчанием на том основании, что Вы не можете предложить больному стать здоровым. Спрашивать, слушать и стараться понять, что чувствует больной. Помочь ему доделать земные дела. Обещать исполнить его последнюю волю, если он сам не успел что-то сделать. Больному важно чувствовать, что для него делается все возможное.

Больной не должен чувствовать себя в изоляции, не должен ощущать, что от него что-то утаивают. Нельзя использовать ложные обещания выздоровления как способ не говорить с больным на трудные темы. Самое худшее для больного - это отказ ему в медицинской помощи. Основная помощь больному состоит в постоянном общении с ним, в совместном проживании последнего периода его земной жизни. С больным следует установить доверительные отношения. Больной должен знать, что в момент смерти он не останется один, и ему помогут прожить этот период. Даже простое присутствие у постели тяжелобольного и умирающего может иметь успокаивающее действие. Больной должен быть уверен в том, что ему помогут снять боли и другие тягостные ощущения в период умирания.

Многие больные нуждаются в телесном контакте с близкими людьми в момент смерти. Они просят, чтобы их взяли за руку, положили руку на лоб, обняли и т.п.

Терминальные состояния.

Терминальное состояние - конечная стадия жизни, характеризующаяся необратимым состоянием угасания функций организма. Возникают вследствие глубоких нарушений функций важнейших систем жизнеобеспечения организма - кровообращения и дыхания. Ведущую роль играет гипоксия, прежде всего, головного мозга, обусловленная резким нарушением работы сердца и асфиксией.

Преагональное состояние- первый период умирания, во время которого резко снижается артериальное давление, прогрессирует угнетение сознания, падает электрическая активность мозга, нарастает кислородное голодание органов и тканей.

Терминальная пауза характеризуется внезапным прекращением дыхания, угасанием роговичных рефлексов и длится от нескольких секунд до 3 мин.

Агония - второй период умирания. Предшествует наступлению клинической смерти. Вначале исчезает болевая чувствительность, угасают все рефлексы, наступает потеря сознания. Дыхание может быть слабым, редким или, наоборот, коротким с максимальным вдохом и быстрым полным выдохом, с большой амплитудой дыхания. При каждом вдохе голова запрокидывается, рот широко раскрывается. Ритм сердечных сокращений постепенно замедляется до 40 - 20 в 1 мин, пульс становится нитевидным, едва прощупывается. Артериальное давление снижается до 20 - 10 мм рт. ст. Иногда возникает ригидность затылочных мышц и общие тонические судороги. Появляются непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Температура тела резко снижается. Продолжительность агонии зависит от причин смерти.

Признаки приближающейся смерти:

· Повышенная температура.

· Быстрый, слабый или неритмичный пульс.

· Пониженное артериальное давление.

· Кожа кажется холодной и влажной на ощупь и выглядит бледной.

· Руки и стопы холодеют и бледнеют.

· Повышенная потливость.

· Недержание кала и мочи.

· Периоды учащенного поверхностного дыхания, перемежающиеся периодами замедленного дыхания.

· Слизь, скапливающаяся в глотке, может явиться причиной "булькающих" звуков, сопровождающих дыхание.

· Потеря сознания или плавный переход из состояния присутствия сознания в бессознательное и обратно.

· Потеря двигательной активности.

· Потеря способности общаться.

Признаки наступившей смерти:

Человек считается умершим только после того, как его обследовал врач и констатировал смерть. У умершего человека:

· Зрачки глаз зафиксированы в одном состоянии (движение отсутствует) и расширены.

· По мере того, как кровь приливает к той поверхности тела, на которой лежит человек, на его коже появляются темные пятна (трупные пятна).

· Температура тела снижается.

· Мочевой пузырь и кишечник могут непроизвольно опорожниться.

· В пределах 6-8 ч после смерти окоченевают конечности (трупное окоченение).

Рекомендации для медицинских работников.

. Приготовления к смерти

· Постарайтесь наладить общение между членами семьи больным. Такое общение полезно для выявления страхов, которые испытывают и члены семьи, и больной.

· Поговорите с больным о болезни; важно, чтобы он понимал происходящее и знал прогноз.

· Обсудите вопросы, беспокоящие больного, например, опеку над детьми, плату за их обучение, источники поддержки для семьи, старые ссоры, расходы на похороны.

· Расскажите больному о том, что его любят, и о нем будут помнить.

· Поговорите о смерти, если больной этого хочет. Возможно, больной пережил смерть кого-то, кто испытывал перед смертью страдания, и боится испытать такие же.

· Убедитесь, что больному помогают справиться с чувством вины или сожаления.

· Для удовлетворения духовных потребностей больного свяжитесь с его духовным наставником или религиозными организациями по его выбору (если он высказывает такое желание).

. Участие

· Будьте рядом, проявляйте участие.

· Посещайте больного регулярно, держите за руку, слушайте, говорите.

. Уход

Обеспечьте больному комфорт:

· смачивайте губы, рот, глаза.

· следите, чтобы белье всегда было чистым и сухим.

· лечите боль и лихорадку (при необходимости давайте препараты по часам).

· устраняйте другие симптомы, используйте симптоматические средства.

· кормите и поите больного понемногу, так часто, как требуется.

· поддерживайте физический контакт.

. Реакция на утрату

После смерти пациента важно помочь его родным и близким перенести утрату. Утрата, связанная с потерей члена семьи, умершего от ВИЧ-инфекции, может быть особенно тяжелой по нескольким причинам:

· ВИЧ-инфицированные умирают в относительно молодом возрасте, поэтому для близких эта утрата еще тяжелее.

· родственники сталкиваются не только с потерей любимого человека, но и близкой или отдаленной перспективой финансовых и социальных проблем.

· с горем труднее справиться из-за «порочащего» характера болезни.

· возможно, что другие члены семьи уже умерли от ВИЧ/СПИДа, или члены семьи тоже инфицированы и могут умереть от ВИЧ/СПИДа.

Все это требует от профессионалов, оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе, участия и внимания, необходимых близким умершего и сиротам для того, чтобы справиться с горем и многочисленными лишениями, связанными с ВИЧ/СПИДом, которые часто обрушиваются на семьи.

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение

.1 Анализ I и II этапов практической работы

На первом этапе практической работы я изучила обзор литературы, провела выкопировку из статистической документации и анонимное анкетирование пациентов с ВИЧ - инфекцией.(Приложение 2, 3, 4, 5)

На втором этапе сделала анализ статистических и анкетных данных. На основании анализа статистических данных я сделала следующие выводы:

1. В республике Башкортостан за период с 2009-2014 год наблюдается рост ВИЧ - инфекции.

Заболеваемость ВИЧ - инфекцией имеет тенденцию к быстрому росту, наибольший уровень и темпы роста определяются в г.Уфе, г. Салавате, г.Кумертау.

. Заболевание ВИЧ - инфекцией наиболее часто встречается у лиц от 20 до 40 лет, но тем не менее отмечается рост заболеваемости в старших возрастных группах (> 50 лет).

. Среди ВИЧ-инфицированных мужчин преобладающим путем передачи ВИЧ-инфекции является парентеральный - 59,4% инфицированы при употреблении инъекционных наркотиков. В то же время большинство женщин (68,4%) заразились половым путем.

.2 Анализы анкетных данных

Анализ анкетных данных показал, что из 18 проанкетированных пациентов:

- 6 пациентов принимали наркотики.

пациентов имели опасные сексуальные связи.

достаточно информированы о своем заболевании 10 чел, что составило (60%), хотели бы знать больше 8 чел.(40%).

получили информацию о своем состоянии от врачей и медсестер 14 чел. (70%), из литературы 4 чел .(20%),от соседей по палате 2 чел. (10%).

все пациенты отмечают внимательное отношение медицинских сестер.

Практически каждого пациента интересовал вопрос о специальном питании, для этого моими силами, совместно с сотрудниками ИКБ №4 была разработана пищевая таблица для людей, живущих с ВИЧ.

Также мной были разработаны памятки по специальному уходу за ВИЧ - инфицированными пациентами и экстренной профилактике ВИЧ - инфекции среди медицинских работников.

.3 Выводы

На основании проработанного мной материала я сделала выводы:

. В РФ наблюдается рост числа ВИЧ - инфицированных пациентов.

. Вследствие антиретровирусной терапии срок жизни ВИЧ - инфицированных пациентов увеличивается.

. Благодаря ранней химиопрофилактике новорожденных передача инфекции от матери к ребенку сокращается.

. Соблюдение правил профилактики среди медицинского персонала, приводит к снижению числа зараженных.

. Создание вокруг пациента медицинской сестрой реабилитационного пространства и квалифицированной помощи, приводит к улучшению состояния ВИЧ - инфицированного.

. Правильное информирование различных слоев населения с использованием всех возможных способов (СМИ, профилактические беседы в школах, учебных учреждениях и пр.), формирование безопасного поведения должно способствовать снижению распространения ВИЧ - инфекции.

. Важным условием успешной программы паллиативной помощи является профессионализм и психологическая поддержка медицинской сестры.

Невозможно переоценить роль медицинской сестры в необходимости создания вокруг пациента реабилитационного пространства. Активизировать пациента, включить его внутренние ресурсы удастся только через завоевание доверия. Доверия не к желанию специалистов оказать помощь, а к способности профессионалов оказать ему эту помощь, причем не краткосрочную, а долговременную.

Медицинский работник может отрицательно относиться к употреблению наркотиков, но как профессионал он должен придерживаться неосуждающего стиля общения. В противном случае он не сможет установить доверительные отношения и выполнить свои профессиональные обязанности.

Заключение

Вряд ли сегодня найдется человек, равнодушно относящийся к проблеме ВИЧ/СПИДа. Но еще многие подростки, юноши и девушки знают не все о том, как передается ВИЧ-инфекция и как можно защитить себя от этого смертельного вируса. Но и те, кто знают, редко задумываются о том, что ВИЧ может коснуться лично их.

СПИД, подобно пожару, охватил в 20 веке почти все страны мира. За необычайно короткое время он стал проблемой номер один для Всемирной организации здравоохранения и ООН, оттеснив на второе место рак и сердечнососудистые заболевания.

Безусловно, СПИД - одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед человечеством в конце 20 века. Дело не только в том, что в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) официально зарегистрировано более 50 миллионов ВИЧ-инфицированных и десятки тысяч миллионов умерших. И даже не в том, что мы уже привыкли к тому, что день 1 декабря стал Международным днём борьбы со СПИД. А в том, что мы по-прежнему не хотим думать, что все это имеет непосредственное отношение к каждому из нас.

Любой человек, в любом возрасте, независимо от пола, места проживания, религиозных убеждений и социального положения может заразиться.

Только знание о путях передачи и профилактике ВИЧ-инфекции и умения, способны защитить каждого из нас от заражения.

Каждому человеку важно понять, что СПИД - это не просто статистика. Это не просто цифры. Это судьбы живых людей.

Нам всем нужно понять что, сегодня ВИЧ - это объективная реальность, игнорировать которую просто невозможно. Знать и постоянно помнить о том, что вирус иммунодефицита человека уже здесь, рядом, а не на другом конце планеты, - единственно правильный выход. Каждому из нас важно внимательно относится к себе, своему здоровью и будущему.

ВИЧ-инфекция должна восприниматься как проблема, требующая разрешения, где важно понимать, что необходимо вести борьбу не с пациентами, а с заболеванием.

Преодоление болезни начинается с изменения отношения и стиля общения медицинских работников с ВИЧ - инфицированными пациентами.

Список использованной литературы

1. Проблемы подготовки социальных работников для работы с больными СПИДом. Пути профилактики СПИДа //Азбука СПИДа: Пер. с англ. /Под ред. Адлера М. - М.: Мир, 2000г.

2. Никитина М.А., Егорова О.Ю., Батракова Г.А. Роль медицинской сестры в обеспечении ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами. РОО «СПИД инфосвязь», 2008г.

. Джонсон А., Адлер М.Проблемы подготовки социальных работников для работы с больными СПИДом. Пути профилактики СПИДа .Азбука СПИДа: Пер. с англ. /Под ред. Адлера М. - М.: Мир, 2009 г.

4. Паллиативная помощь. Убедительные факты. - Под редакцией Elizabeth

Davies и Irene J. Higginson - Всемирная организация здравоохранения, 2005.

. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. Информационный бюллетень. РОО «СПИД инфосвязь» - №1, 2006.

. Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения, 2012.

. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД- М.: «Медицина», 2002.

. Кулаков В.И., Баранов И.И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку: Учеб. пособие- М.: ВЕДИ, 2003.

9. www.aids.ru

10. www.spidu.net