Введение

ВИЧ - одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце ХХв.. В мире зарегистрированы миллионы инфицированных ВИЧ и более 200 тыс. погибло. Каждые пять минут на земном шаре происходит заражение одного человека Заболевание стало важнейшей медицинской, социальной, политической, экономической проблемой, т е приобрело глобальные масштабы.

Цель данной работы - изучение сестринского процесса в условиях ЛПУ.

Задачи исследования:

. Выявить особенности организации сестринского процесса при выявлении ВИЧ - инфекции

. Изучить уровень знаний у посетителей, родственников, пациентов о ВИЧ - инфекции .

. Создать памятки для медицинских сестер в случаях выявления и профилактики ВИЧ - инфекции

Результаты исследования:

ь не имеют представления о заболевании 18% опрошенных в возрасте старше 55 лет и 2% - в возрасте 30-55 лет;

ь о том, что инкубационный период ВИЧ-инфекции может длиться несколько лет, знают только 50% опрошенных;

ь от 2 до 8% населения считают, что СПИД может передаваться воздушно - капельным путем;

ь от 2 до 23% - бытовым и от 2 до 15% считают возможным алиментарный путь заражения 59% респондентов считают ВИЧ-инфицированных опасными для окружающих;

ь 61,5% подчеркнули необходимость изоляции ВИЧ-инфицированных больных;

ь 34% опрошенных не желают общаться с больным и 75% не будут ухаживать за ними;

ь 41% опрошенным неизвестны меры профилактики.

Выводы: выявлен дефицит знаний среди населения о ВИЧ - инфекции, путях ее распространения и мерах профилактики Информированность о заболевании резко снижается в зависимости от возраста. Самая не информированная категория - люди 55 лет

Необходима комплексная, планомерная работа с населением по вопросам ВИЧ. Важно осознавать, что эта проблема давно переросла рамки медицинской и имеет больше социальный характер, а поэтому требует внимания властных структур, изменения Законодательства в этой области и взаимодействия всех организаций - как общественных, так и государственных.

Глава 1. Теоретические аспекты сестринского дела в медицине

.1 Философия сестринского дела

Постановление правительства Российской Федерации от 05.11.97, №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг сестринского персонала. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации больного.

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело - это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В настоящее время сестринское дело - неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Оно является многогранной медико-санитарной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

В 1983 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно - практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции сестринское дело рассматривалось как часть системы здравоохранения, наука и искусство, которые направлены на решение существующих и потенциальных проблем, касающихся здоровья население в условиях постоянно меняющейся окружающей среды.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела, включающей четыре парадигмы: сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье.

Понятие личности занимает особое место в философии сестринского дела.

Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.

Сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. Она принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

Окружающая среда рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье рассматривается не отсутствие болезней, а как динамическая гармония личности с окружающей средой, достигаемая посредством адаптации.

Сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем, связанных со здоровьем человека в изменяющихся условиях окружающей среды.

Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества; цели, к которым стремится профессионал; моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов.

Основной принцип философии сестринского дела - уважение прав и достоинств человека. Он реализуется не только в работе сестры с пациентом, но и в ее сотрудничестве с другими специалистами.

Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер. Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта:

. содействие укреплению здоровья

. профилактика заболеваний

. восстановление здоровья

. облегчение страданий.

Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности.

Сестринское дело является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем, связанных со здоровьем человека в изменяющихся условиях окружающей среды. Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества; цели, к которым стремится профессионал; моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов. Основной принцип философии сестринского дела - уважение прав и достоинств человека. Он реализуется не только в работе сестры с пациентом, но и в ее сотрудничестве с другими специалистами.

Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер.

Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта:

. содействие укреплению здоровья;

. профилактика заболеваний;

. восстановление здоровья;

. облегчение страданий.

Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами. В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности.

.2 Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) вызывается ретровирусом (вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ), который избирательно поражает клетки (Т - хелперы), необходимые для функционирования системы клеточного иммунитета. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) вызывает инфекционное заболевание, связанное с первичным поражением системы иммунитета и развитием ярко выраженного вторичного иммунодефицита, на фоне которого активируется условно-патогенная и непатогенная микрофлора. Человек, заболевший СПИДом, становится беззащитным перед инфекциями, вызываемыми условно-патогенными микроорганизмами, которые заканчиваются смертельным исходом.

Заболевание имеет фазовое течение. Период выраженных клинических проявлений болезни был назван синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД), хотя в настоящее время по рекомендации ВОЗ принят термин «ВИЧ - инфекция».

Источником инфекции служит вирусоноситель. Он выделяет вирус со всеми биологическим жидкостями. В достаточной для заражения концентрации вирус содержится в сыворотке крови, сперме, редко в слюне. Механизм передачи требует обязательного попадания вируса в кровь. Пути передачи: половой, особенно при гомосексуальном контакте, парентеральный через инфицированные препараты крови, загрязненные медицинские инструменты, а также - трансплацентарный (через плаценту). В соответствии с этим различают группы риска: гомо- и бисексуалы, наркоманы, больные гемофилией, дети больных родителей, больные, которым часто переливают кровь, а также медработники.

Вирус неустойчив в окружающей среде. Он погибает при температуре 56°С в течение 30 мин, чувствителен ко всем дезинфектантам, однако достаточно устойчив к высушиванию.

Меры профилактики ВИЧ - инфекции включают:

ь выявление ВИЧ-инфицированных лиц среди угрожаемых контингентов (лица, контактные с инфицированными, проститутки, наркоманы, подозрительные больные);

ь предупреждение инфицирования медицинского инструментария, лекарств, препаратов крови;

ь пропаганда знаний по предупреждению заражения ВИЧ при половых контактах (исключение случайных связей, применение средств индивидуальной защиты);

ь предупреждение заражения медработников при контакте с больными и их биологическими жидкостями (кровь, секреты, экссудаты, моча и т.д.).

В настоящее время предпринимаются попытки создать вакцины против СПИДа.

Заболевание, вызываемое ВИЧ - инфекцией, приобрело массовое распространение, вызывая тяжелые социально-экономические и демографические последствия для всего мира и в том числе для России.

В целях осуществления защиты прав и законных интересов населения нашей страны был принят Федеральный закон от 30.03.1995 № 38 - ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ - инфекции)», в соответствии с которым государство гарантирует:

ь регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

ь эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ - инфекции на территории РФ;

ь производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

ь доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

ь предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемой Правительством РФ;

ь развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

ь включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

ь социально-бытовую помощь ВИЧ-инфицированным - гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

ь подготовку специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

ь развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ - инфекции;

ь обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством РФ, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов РФ, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов РФ.

На территории РФ запрещается дискриминация граждан Российской Федерации в связи с наличием у них ВИЧ - инфекции. В частности, не допускаются увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ - инфицированных, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных. В исключительных случаях права и свободы таких лиц могут быть ограниченны только федеральным законом.

Дипломатические представительства или консульские учреждения РФ выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ - инфекции, если иное не установлено международными договорами РФ. В случае выявления ВИЧ - инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ, они подлежат депортации из Российской Федерации.

Предусмотрен определенный порядок предоставления медицинской помощи ВИЧ - инфицированным.

. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензии на соответствующие лабораторные исследования. Однако выдачу официального документа по результатам освидетельствования о наличии или отсутствии ВИЧ - инфекции у освидетельствуемого лица могут осуществлять только государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев обязательного освидетельствования доноров крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а также работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций при проведении обязательных, предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, проводится по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

. Лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

. В случае выявления у гражданина ВИЧ - инфекции, медицинский работник, проводивший освидетельствование, обязан уведомить ВИЧ - инфицированного о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности, с целью исключения распространения ВИЧ - инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ - инфицированных, а также об уголовной ответственности за постановление в опасность заражения, либо заражение другого лица. При выявлении ВИЧ - инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных недееспособными, информация о наличии заболевания и об ответственности за незаконные действия доводится до сведения родителей или иных законных представителей указанных лиц.

. ВИЧ-инфицированные лица не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Все виды медицинской помощи оказываются ВИЧ-инфицированным по клиническим показаниям на общих основаниях. При этом они пользуются всеми правами пациента, предусмотренными законодательством РФ об охране здоровья граждан.

Государством предусмотрены следующие меры социальной поддержки для ВИЧ - инфицированных и членов их семей.

Родители, дети которых являются ВИЧ - инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ - инфицированных - несовершеннолетних имеют право на:

ь совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

ь сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного - несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным - несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж.

Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов РФ могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ -инфицированных и членов их семей.

ВИЧ - инфицированным - несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством РФ, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными - несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком - инвалидом в порядке, установленном законодательством РФ.

инфекция медсестра социальный

Глава 2. Сестринские особенности по уходу за ВИЧ-инфицированными

.1 Понятие о сестринском процессе

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс - это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод - это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод - это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом - документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы - это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные - те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский - основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем. Американская ассоциация медицинских сестер, например, в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве сестринских диагнозов они используют такие, например, словосочетания, как «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство» и т. п.

. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Например, «цель - пациент к 5 января с помощью медсестры должен вставать с кровати». Действие - вставать с кровати, критерий 5 января, условие - помощь медсестры.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением. Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

. Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

ь оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства;

ь оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода

ь оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента;

ь активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

В профессиональном сестринском общении все чаще появлялись новые термины, такие как "сестринский процесс", "сестринский диагноз" и др. Им отводилось место и в новых формулировках сестринского дела. К примеру, в 1980 году Американская ассоциация сестер определила задачу сестры как "умение поставить сестринский диагноз и скорректировать ответную реакцию пациента на болезнь". Уточним, что сестринский диагноз отличается от врачебного тем, что определяет не болезнь, а ответную реакцию пациента в связи с болезнью. Развивающиеся сестринские знания требовали дальнейшего обсуждения, проверки, применения и распространения.

В 1952 году в свет вышел первый международный научный журнал по сестринскому делу - "Нерсинг Рисерч". В настоящее время только в Америке выходит около двухсот профессиональных сестринских журналов. К 1960 году стали появляться и программы докторантур в области сестринского дела, К концу семидесятых годов число медсестер, имеющих степень доктора наук, достигло в Соединенных Штатах 2000. В 1973 году в Америке была создана Национальная Академия сестринских наук, а в 1985 году Конгресс США принял законодательство, в соответствии с которым в рамках Национального Института здравоохранения в стране был создан Национальный центр сестринских исследований.

Однако такие благоприятные условия для развития сестринского дела были далеко не везде. Пренебрежительное отношение к сестринской профессии и неправильное использование сестринского персонала во многих странах затормозили развитие не только сестринской помощи, но и всего здравоохранения в целом. Со слов выдающейся исследовательницы и пропагандистки сестринского дела в Европе, Дороти Холл, "многих проблем, стоящих сегодня перед национальными службами здравоохранения, можно было избежать, если бы в течение последних сорока лет сестринское дело развивалось такими же темпами, что и медицинская наука". "Нежелание признать, - пишет она, - что медицинская сестра занимает равноправное по отношению к врачу положение, привело к тому, что сестринский уход не получил такого развития, как врачебная практика, что лишило как больных, так и здоровых возможности пользоваться разнообразными, доступными, экономически эффективными сестринскими услугами".

Тем не менее, медицинские сестры во всех странах мира все с большей решительностью заявляют о своем желании внести профессиональный вклад в создание качественно нового уровня медицинской помощи населению. В условиях глобальных и региональных, социальных и экономических, политических и национальных преобразований они по - иному видят свою роль в обществе, выступая порой в качестве не только медицинского работника, но и воспитателя, учителя, адвоката пациента. На совещании национальных представителей Международного Совета сестер, проходившем в 1987 году в Новой Зеландии, единогласно была принята такая формулировка: "Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения и включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп. Такая помощь оказывается медицинскими сестрами, как в лечебных, так и в любых других учреждениях, а также на дому, везде, где есть в ней потребность". Наверное, нет человека, который не знал бы, кто такие медицинские сёстры. Многие вспомнят, что до 1917 года медицинских сестёр звали сёстрами милосердия или милосердными сёстрами. Кто-то, быть может, вспомнит, что в России сёстры милосердия впервые появились во время Крымской войны 1854-1855 годов в осаждённом Севастополе, и даже станет утверждать, что связано их появление с именем великого русского врача-хирурга Николая Ивановича Пирогова. А вот это будет не совсем верным утверждением, ибо своим появлением институт сестёр милосердия обязан не столько Пирогову, сколько одной замечательной женщине, некогда очень известной, а сейчас, к сожалению, очень редко вспоминаемой, - великой княгине Елене Павловне. Казалось бы, что Бог дал этой женщине всё необходимое для счастья: красоту, ум, дом - прекрасный дворец, восторг и почитание выдающихся людей своего времени, наконец, большую семью - мужа и пятерых дочерей. Но счастье это длилось недолго: в 1832 году умерла годовалая дочь Александра, а в 1836 году скончалась двухлетняя Анна; в 1845 году умирает девятнадцати летняя Елизавета, а ещё через год - старшая дочь Мария, которой был лишь 21 год. В 1849 году умер Михаил Павлович, и великая княгиня овдовела в возрасте 43 лет. После этого Елена Павловна полностью посвятила себя общественной и благотворительной деятельности.

Ещё в 1828 году императрица Мария Фёдоровна завещала ей заведование Мариинским и Повивальным институтами, и с тех пор проблемы медицины были постоянно в поле её зрения. Её, правда, обвиняли в протекции и покровительстве в основном врачам немцам, но вряд ли подобные упрёки были справедливы, если вспомнить её участие в судьбе выдающегося русского врача Николая Ивановича Пирогова…

В 1856 году по просьбе всё той же Елены Павловны была отчеканена медаль для награждения особо отличившихся сестёр Крестовоздвиженской общины. Тогда же подобную медаль учредила и императрица Александра Фёдоровна - вдова Николая I . Умерла Елена Павловна 3 (15) января 1873 года. В том же году было принято решение реализовать один из её последних замыслов - построить в Петербурге институт усовершенствования врачей.

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс - это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

.2 Сестринский уход при ВИЧ-инфекции и СПИДе

Нарушенные потребности пациента: пить, есть, выделять, общаться, работать, поддерживать температуру тела, безопасности.

Проблема пациента: высокий риск условно - патогенных инфекций.

Цели ухода: риска инфекций уменьшится при условии соблюдения пациентом определенных правил.

План сестринских вмешательств:

. Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим в палате (дезобработка, кварцевание, проветривание).

. Обеспечить полноценным ночным сном не менее 8 часов.

. Обеспечить полноценным питанием (белки, витамины, микроэлементы).

ь избегать контакта с инфекционными больными, посетители с респираторными инфекциями должны одевать маски;

ь избегать скопления людей;

ь избегать контакта с биологическими жидкостями другого человека;

ь не пользоваться общими бритвами;

ь регулярно принимать душ с использованием антибактериального мыла;

ь мыть руки после туалета, перед едой и приготовлением пищи;

ь не трогать руками глаза, нос, рот;

ь соблюдать гигиену полости рта;

ь следить за чистотой ногтей на руках и ногах;

ь уменьшить контакт с животными, особенно больными, тщательно мыть руки после общения с животными;

ь тщательно мыть и очищать продукты питания, тщательно варить мясо, яйца, рыбу, избегать соприкосновения приготовленной и неприготовленной еды, не пить сырую воду;

ь делать прививки от гриппа;

ь осуществлять контроль за температурой, ЧДД пациента;

ь научить пациента следить за симптомами ВИЧ - заболевания - лихорадка, ночное потение, недомогание, кашель, одышка, головная боль, рвота, диарея, поражения кожи;

ь обучить принятию антиинфекционных и специальных превентивных лекарств, избегать принятия иммуносупрессивных лекарств.

Проблема пациента: трудности в приеме пищи из-за поражения слизистой рта.

Цели ухода: пациент будет принимать необходимое количество пищи.

. Исключить очень горячую и холодную, кислую и острую пищу.

. Включить в рацион мягкую, влажную, высокобелковую и витаминизированную пищу.

. Полоскать рот перед приемом пищи 0,25% раствором новокаина, после еды кипяченой водой или раствором фурацилина.

. Рассказать об альтернативных методах питания (через зондовую трубку, парентеральное питание).

. Для чистки зубов использовать мягкие зубные щетки, исключающие травматизацию десен.

. Использовать по назначению врача антиинфекционные лекарства (местное и общее лечение).

Проблема пациента: диарея, связанная с оппортунистическими инфекциями, побочным эффектом лекарств.

Цели ухода: диарея уменьшится.

. Оценить, какая пища приводит к усилению или уменьшению диареи, и откорректировать диету.

. Обеспечить диетой, богатой протеином и калориями, с низким содержанием пищевых волокон.

. Обеспечить достаточный прием жидкости (вода, соки, растворы электролитов).

. Применять меры инфекционной предосторожности при приготовлении и приеме пищи.

. Обеспечить своевременный прием назначенных врачом противодиарейных средств.

. Обеспечить уход за кожей в перианальной области: помыть после каждого испражнения теплой водой с мылом, просушить ее, с тем, чтобы предупредить разрыв ослабленных кожных покровов. Нанести смягчающий крем на перианальную область для защиты кожных покровов.

. Осуществлять контроль за весом, водным балансом, тургором тканей.

Проблема пациента: чувство подавленности, связанное с изменением внешности (саркома Капоши, потеря волос, веса и др.) и негативным отношением окружающих. Вариант: низкая самооценка.

Цели ухода: у пациента улучшится психическое состояние.

. Позволить высказывать страхи об изменениях в образе жизни в обстановке поддержки и отсутствия осуждения.

. Поощряйте родственников общаться с пациентом.

. При необходимости, направлять пациента на консультацию к психотерапевту.

. Обучить методам релаксации.

Проблема пациента: тошнота, рвота, связанная с оппортунистическими инфекциями, побочным эффектом лекарств.

Цели ухода: у пациента уменьшится тошнота, рвоты не будет.

. Проветривание помещения с целью устранения запахов, вызывающих тошноту.

. Дать рекомендации по диете: есть часто небольшими порциями, избегать горячей пищи, отказаться от еды с резким запахом и вкусом, пить за 30 минут до приема пищи, а не во время ее принятия, ест не спеша и отдыхать в течение 30 минут после еды в положении с приподнятой головой.

. Обучить принимать средства, назначенные против тошноты, рвоты (лекарства даются за 30 минут до приема пищи).

. Акцентировать внимание на необходимости тщательного ухода за полостью рта.

. Обеспечить пациента стаканом с водой, емкостью для рвотных масс на случай возникновения рвоты и помочь пациенту при ее возникновении.

Проблема пациента: риск снижения массы тела.

Цели ухода: пациент будет получать адекватное количество пищи, его масса не будет снижаться.

. Уточнить вкусовые пристрастия пациента и его антипатии в отношении еды.

. Обеспечить пациента высокобелковым и высококалорийным питанием.

. Определять массу тела пациента.

. Определять количество съеденной пищи при каждом приеме.

. Консультация диетолога при необходимости.

Проблема пациента: нарушения познавательной способности.

Цели ухода: пациент будет адаптирован на уровне своих умственных способностей.

. Оценить исходный уровень умственных способностей.

. Говорить с пациентом спокойно, давайте ему не более одной инструкции одновременно и в случае необходимости повторить сообщаемую информацию.

. Избегать разногласий с пациентом, так как это может привести к развитию у больного чувства беспокойства.

. Предупредить возможные травмы путем удаления из окружающей пациента среды опасных факторов.

. Использовать приемы, облегчающие запоминание, например, ассоциативные связи со знакомыми предметами, записи в календаре.

. Обеспечить поддержку со стороны семьи и проинструктировать лицо, осуществляющее уход (семью), о выше указанных вмешательствах.

Уход за больным с деменцией

Деменция - это синдром нарушения памяти, мышления, ориентации, понимания, счета, способности к обучению, речи, суждения и других высших функций коры головного мозга, обусловленный заболеванием головного мозга, обычно хронического и прогрессирующего характера. Необходимо отметить, что при этом:

· сознание ясное;

· нарушению когнитивных функций (способности к распознанию, восприятию, ощущению и т.п.) нередко сопутствует (а иногда и опережает их) ухудшение контроля эмоций, социального поведения или нарушение мотивации.

Если симптомы (забывчивость, нарушение концентрации внимания, речи и мышления, перепады настроения, асоциальное поведение) появились впервые, то тактика помощи пациенту должна быть следующей:

. Пациент должен как можно дольше оставаться в привычной для него обстановке;

. Следует держать вещи на своих местах, чтобы пациент легко мог их найти;

. Следует придерживаться привычного распорядка дня;

. Убрать опасные предметы;

. В общении с пациентом использовать простые фразы, следить, чтобы 2 человека не говорили одновременно;

. Приглушать посторонние звуки (телевизор, радио);

. Обеспечить постоянный присмотр за пациентом.

Большинство проблем, наблюдаемых у больных ВИЧ-инфекцией, хорошо известны медицинским сестрам, хотя лежащие в их основе причины могут быть различны. Ниже приводится перечень проблем и их причин, примеров сестринского диагноза и соответствующих сестринских вмешательств.

Таблица 1 Сестринский диагноз №1: Диарея, связанная с оппортунистическими заболеваниями

|  |  |
| --- | --- |
| Возможные причины | Характер сестринского вмешательства |
| Cryptosporidium | Уход за кожей перианальной области: после каждого испражнения промойте эту область теплой водой с мылом. Прикладывая мягкую ткань, осторожно просушите ее с тем чтобы предупредить paзрыв ослабленных кожных покровов. При наличии вазелина нанесите его на перианальную область для защиты кожных покровов. • Обследуйте области, вызывающие у пациента дискомфорт, а также области, на которых наблюдаются ссадины или признаки воспаления. • Посоветуете пациенту принимать жидкости, например бульоны и соки, с тем, чтобы восполнить потерянную организмом жидкость и электролиты (калий; натрий). • Предложите пациенту принимать каждые два часа небольшое количество пищи с низким содержанием волокон. • Проследите за приемом антидиарейных препаратов согласно назначению врача. Одной из обычных характеристик ВИЧ-инфекции и СПИДа является нарушение питания. В основе анорексии могут лежать такие факторы, как тошнота, рвота, синдром интоксикации, а диарея часто осложняет проблему потери веса. |
| Myсоbасtегium avium intracellulare |  |
| Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ- инфекция) |  |
| Саркома Капоши |  |
| Лекарственные средства неясной этиологии |  |
|  |  |
|  |  |

Таблица 2 Сестринский диагноз №2: Изменения в характере питания - потребности организма в питании не удовлетворяются из-за тошноты и рвоты.

|  |  |
| --- | --- |
| Возможные причины | Характер сестринского вмешательства |
| Cryptosporidium  | В случае рвоты после голодания в течение 2 часов предложите пациенту ледяные кубики и прозрачные жидкости. После этого следует постепенно (по мере переносимости) переходить к щадящей диете. • Обеспечить самую тщательную гигиену полости рта, так как это позволяет предупредить болезненные восприятия и потерю аппетита. Сухость во рту можно предупредить, если у постели больного всегда будет стоять питьевая вода. • В соответствии с назначением врача за 30 минут до приема пищи пациенту следует давать противорвотные средства. |
| Криптококковый менингит  |  |
| ЦМВ-инфекция  |  |
| Myсоbасtегium avium intracellularе |  |
| Пневмоцистная пневмония |  |

Таблица 3 Сестринский диагноз №3: Повышение температуры тела, обусловленное с ВИЧ инфекцией, бактериальными инфекциями, туберкулезом или оппортунистическими инфекциями.

|  |  |
| --- | --- |
| Возможные причины | Характер сестринского вмешательства |
| ВИЧ - инфекция | Измеряйте температуру тела каждые четыре часа. • В соответствии с назначением врача пациенту следует давать жаропонижающие средства. • Рекомендуйте пациенту прием как можно большего количества жидкостей (с учетом их переносимости). • Помогите пациенту принять теплую ванну, или приложите ему ледяной пузырь, или накройте его одеялом.  |
| Реакция на прием лекарственных средств |  |
| Криптококковый менингит |  |
| ЦМВ - инфекция |  |
| Cryptosporidiosis Mycobacteriuw avium intercellulare |  |
| Туберкулез |  |
| Пневмоцистная пневмония |  |

Таблица 4 Сестринский диагноз № Одышка - изменения в характере дыхательных функций, связанные с гипоксемией нарушением газообмена.

|  |  |
| --- | --- |
| Возможные причины | Характер сестринского вмешательства |
| Пневмоцистная пневмония | Каждые два часа оценивайте состояние дыхания пациента, при этом необходимо обратить внимание на такие параметры как частота и качество дыхания, наличие кашля, цвет кожных покровов. • Научите пациента приведенным ниже способам облегчения дыхания: o Поднятие изголовья кровати или проведения большего времени в полусидячем положении в постели (по мере переносимости). o Специальная методика дыхания со сложенными в трубочку губами, что позволяет снизить частоту дыхания. Научите пациента складывать губы в трубочку, как если бы он хотел посвистеть, медленно выдыхать, издавая при этом медленный свистящий звук, стараясь не раздувать щеки и почувствовать, как опускается живот. • Научите пациента использовать (по мере необходимости) кислород и другие лекарственные средства. • Определите, понимает ли пациент и его семья план действий в случае ухудшения симптомов, например, перевод больного в стационар или предоставление паллиативной помощи на дому.  |
| Саркома Капоши |  |
| Туберкулез |  |
| Пневмонит, вызванный цитомегаловирусом |  |

Вывод

Итак, сейчас уже многим ясно, что ВИЧ - одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце ХХ века. И дело не только в том, что в мире уже зарегистрированы многие миллионы инфицированных ВИЧ и более 200 тысяч уже погибло, что каждые пять минут на земном шаре происходит заражение одного человека. ВИЧ- это сложнейшая научная проблема. До сих пор неизвестны даже теоретические подходы к решению такой задачи, как очистка генетического аппарата клеток от чужеродной (в частности, вирусной) информации. Без решения этой проблемы не будет полной победы над СПИДом. А таких научных вопросов это заболевание поставило много...

Инфекция ВИЧ - это тяжелейшая экономическая проблема. Содержание и лечение больных и инфицированных, разработка и производство диагностических и лечебных препаратов, проведение фундаментальных научных исследований и т. Д. Уже сейчас стоят миллиарды долларов. Весьма непроста и проблема защиты прав ВИЧ больных и инфицированных, их детей, родных и близких. Трудно решать и психосоциальные вопросы, возникшие в связи с этим заболеванием.

ВИЧ - это не только проблема врачей и работников здравоохранения, но и ученых многих специальностей, государственных деятелей и экономистов, юристов и социологов.

Все должны знать и понимать, что ВИЧ вошел с нами в XXI век. И для того, чтобы выжить, уменьшить риск заражения и распространения заболевания, как можно больше людей во всех странах должны многое знать о СПИДе - о развитии и клинических проявлениях заболевания, его профилактике и лечении, уходу за больными, психотерапии больных и инфицированных.

Список использованной литературы

1. Учебные материалы, подготовленные - Антони Бако, Франсес Петракка, Хизер Гиксон, Кристин Балт

2. Пособие по уходу за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом / под ред. В.В. Беляевой, А.В. Кравченко, Т.Н. Ермак. - Москва, 2005 г.

. Материалы семинара «Основы оказания паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе», Медицинские аспекты паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе, Введенская Е.С.

. Евсеева И.Д., Жужгова И.В., Кучеренко Ю.Н., Липтуга М.Е. Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и со-зависимым. - С - Петербург, 2004 г.

. Жужгова И.В., Липтуга М.Е. Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и с зависимым. - С-Петербург, 2003 г., С.

. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела". Учебник - М.:Родник, 1998.

. Мухина С.А., Тарновская И.И. "Теоретические основы сестринского дела", часть1 - М., 1996.

. Мухина С.А., Тарновская И.И. "Теоретические основы сестринского дела", часть 2 - М.: Родник, 1998.

. Краткое клиническое руководство по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе под редакцией д.м.м., проф. Г.А.Новикова, Москва, 2005.

. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чисова, О.П. Модникова. Москва, 2004 г.

. Практическое руководство по паллиативной помощи онкологическим больным. Составители: проф. Г.А. Новиков, проф. Н.А. Осипова, к.м.м. Б.М. Прохоров, к.м.н. М.А. Вайсман, к.м.н. С.В. Рудой.

. Рябчикова Т.В., Назарова Н.А. "Сестринский процесс", учебно - методическое пособие, ВУНМЦ, 2000.

. Малая медицинская энциклопедия

. Популярная энциклопедия «Первая медицинская помощь» Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция Изд. 2-е, перераб., доп. 2003.

. Инфекционные болезни с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологии. Малов В.А., Малова Е.Я. "Академия" 2005,