

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Рекомендовано

ГОУ ВПО «Первый Московский

государственный университет имени И.М. Сеченова»

в качестве учебного пособия для студентов,

обучающихся в учреждениях среднего профессионального

образования по специальности «Сестринское дело»

дисциплины «Сестринское дело в дерматовенерологии»

Регистрационный номер рецензии 411

от 27 октября 2010 г. ФГУ «ФИРО»



Москва

Издательский центр «Академия»

2011

УДК 616.5:616.97(075.32)
ББК 55.83:55.81я723
К58

Рецензенты:

зав. кафедрой кожных и венерических болезней факультета
совершенствования врачей Российского государственного медицинского
университета, д-р мед. наук, профессор *Ю. С. Бутов*;
преподаватель акушерства и гинекологии высшей квалификационной категории
Медицинского колледжа № 4 Департамента здравоохранения г. Москвы,
канд. мед. наук *Л. А. Сафронова*

Кожные и венерические болезни : учеб. пособие для студ.
К58 учреждений сред. проф. образования / [В. А. Молочков,
О. Л. Иванов, Н. Н. Камынина, А. Н. Львов]. — М. :Издательский
центр «Академия», 2011. — 240 с., [16] л. цв. ил.
ISBN 978-5-7695-6758-2

Рассмотрены болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем. Особое внимание уделено тактике лечения и ухода за больными. Важное место отводится сведениям о клинических проявлениях заболеваний, роли среднего медицинского персонала в раннем выявлении инфекционных кожных болезней, оказании доврачебной помощи. Изложены вопросы косметического ухода за кожей. Освещены этические и юридические аспекты деятельности среднего медицинского персонала.

Учебное пособие может быть использовано при освоении профессионального модуля ПМ.02 «Лечебная деятельность» (МДК 02.01) по специальности 060101 «Лечебное дело».

Для студентов учреждений среднего медицинского образования.

УДК 616.5:616.97(075.32)
ББК 55.83:55.81я723

Оригинал-макет данного издания является собственностью Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом без согласия правообладателя запрещается

ISBN 978-5-7695-6758-2

© Коллектив авторов, 2011
© Образовательно-издательский центр «Академия», 2011
© Оформление. Издательский центр «Академия», 2011

Лечебно-профилактическую помощь пациентам, страдающим кожными и венерическими заболеваниями, оказывают в кожно-венерологическом диспансере. Основными задачами этого учреждения являются:

- профилактика, ранняя диагностика, оказание специализированной дерматовенерологической помощи населению;
- организация диспансерного наблюдения больных, страдающих инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), и заразными кожными заболеваниями;
- оказание организационно-методической помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления кожных и венерических заболеваний;
- организация и проведение статистического учета больных ИППП и заразными кожными заболеваниями;
- проведение санитарно-просветительской работы среди населения по профилактике ИППП и заразных кожных заболеваний.

В структуре кожно-венерологического диспансера предусмотрены следующие подразделения:

- 1) амбулаторное отделение;
- 2) стационарное отделение;
- 3) организационно-методический отдел (кабинет);
- 4) отдел первичной профилактики;
- 5) диагностическая лаборатория;
- 6) отделение периодических профилактических медицинских осмотров;
- 7) косметологическое отделение (кабинет);
- 8) прочие структурные подразделения (финансово-экономическая служба, гараж, медицинский архив, пищеблок, хозяйственные службы и т. д.).

Амбулаторное отделение оказывает специализированную дерматовенерологическую помощь по профилактике, обследованию, диагностике, лечению, диспансерии-

зации больных кожными, заразными кожными заболеваниями и ИППП. Структура отделения формируется с учетом потребностей обслуживаемого населения в оказании специализированной консультативной и амбулаторной дерматовенерологической медицинской помощи на условиях конфиденциальности, в том числе и анонимности.

Отделение в своей структуре предусматривает наличие кабинетов:

- по приему больных — сифилисом, гонореей и другими ИППП (раздельно для мужчин и женщин), дерматозами, микозами;
- приему детей;
- платных услуг;
- процедурный;
- по забору лабораторного материала;
- перевязочный.

Стационарное отделение организуется для лечения больных, нуждающихся в квалифицированном обследовании и лечении, круглосуточном медицинском наблюдении как по состоянию здоровья, так и по эпидемиологическим показаниям.

Структура стационарного отделения формируется с учетом потребностей населения субъекта Российской Федерации в специализированной стационарной дерматовенерологической помощи.

В отделении могут создаваться структурные подразделения интенсивного лечения, реабилитации, дневного пребывания.

Госпитализация больных в стационарное отделение осуществляется по направлениям врачей амбулаторного отделения кожно-венерологического диспансера и общей лечебной сети.

На больного, находящегося в стационарном отделении, заводится история болезни. При выписке лечащий врач заполняет на больного эпикриз, который подписывает заведующий этим отделением.

Отдел первичной профилактики организуется для выполнения следующих задач:

- 1) предупреждение распространения ИППП;
- 2) предупреждение развития болезней и их осложнений;
- 3) уменьшение риска ВИЧ-инфицирования.

Отдел осуществляет свою работу по следующим направлениям:

- воспитание сексуальной культуры контрацепции среди подростков и молодежи, лиц с «рисковым поведением» (проститутки, бездомные, гомосексуалисты, алкоголики); бесплатная раздача презервативов;
- создание специальных программ по санитарно-просветительской работе среди неучащейся и неработающей молодежи;
- привлечение общественных организаций к работе с названными группами;
- информирование населения о том, что медицинская помощь, оказываемая в рамках государственных служб, обеспечивает как соблюдение принципов неприкосновенности частной жизни, так и конфиденциальность полученной информации.

Диагностическая лаборатория диспансера выполняет общеклинические, гематологические, цитологические, иммунологические, бактериологические исследования по лабораторной диагностике заболеваний, обусловленных ИППП, для широкой сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и реабилитационных учреждений обслуживаемого региона.

В структуру диагностической лаборатории входят клиничко-диагностическая, бактериологическая, серологическая, гистологическая и биохимическая лаборатории.

Отделение периодических профилактических медицинских осмотров организуется в кожно-венерологических диспансерах (отделениях) по решению органов здравоохранения для проведения предварительных (обязательных при поступлении на работу) и периодических медицинских обследований с целью предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Предварительные и периодические медицинские обследования проводят по утвержденному расписанию в удобное для работающих время.

Руководители организаций составляют списки работников, подлежащих периодическим медицинским осмотрам, представляют их в отделение периодических медицинских осмотров.

Косметологическое отделение (кабинет) осуществляет специализированную косметологическую помощь в соответствии с полученной лицензией и сертификатами. Его основной задачей является завершение лечения и реабилитация больных с кожной патологией (угревая сыпь,

себорея, заболевания волос, псориаз волосистой части головы, доброкачественные новообразования, гиперпигментация и др.) с использованием наружных косметических средств, манипуляций и косметологической аппаратуры.

В комплекс оказываемых услуг входят мероприятия по лечебной (консервативной и оперативной) гигиенической и профилактической косметологии.

Пациенты косметологического отделения (кабинета) обращаются на прием самостоятельно или по направлению дерматовенеролога.

Прием ведет врач-дерматовенеролог, имеющий сертификат специалиста по косметологии.

Во время приема проводятся консультации и лечебные мероприятия, включающие мелкие оперативные вмешательства с применением электрокаутера или диатермокаутера.

Пациентов, нуждающихся в оперативном лечении мелких доброкачественных новообразований, консультирует онколог. Выполнение назначенных процедур (кроме врачебных) осуществляет специалист, имеющий среднее медицинское образование и сертификат специалиста по косметологии.

Основными формами первичной учетной медицинской документации кожно-венерологических диспансеров являются:

- направление на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции, — ф. № 057/у;
- медицинская карта больного венерическими заболеваниями — ф. № 065/у;
- медицинская карта стационарного больного — ф. № 003/у;
- медицинская карта больного грибковым заболеванием — ф. №. 054-1/у;
- статистическая карта выбывшего из стационара — ф. № 066/у;
- контрольная карта диспансерного наблюдения — ф. № 030/у;
- извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки — ф. № 089/у-кв.

В целях оперативного информирования о выявленных больных с кожными и венерическими заболеваниями, организации борьбы с этими болезнями осуществляется их специальный учет. Каждое новое заболевание рассматривается как впервые в жизни диагностированное и подлежит специальному учету — заполняется извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом (ф. № 089/у), в котором указывается подробный диагноз заболевания.

I

РАЗДЕЛ

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

- Глава 1. Особенности сестринского процесса у пациентов с инфекциями, передающимися половым путем
- Глава 2. Медицинская этика
- Глава 3. Роль медицинской сестры в проведении профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий
- Глава 4. Инфекционная безопасность пациента и персонала

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Сестринский процесс — это способ организации сестринской деятельности, основанный на научных принципах и состоящий из последовательно сменяющих друг друга взаимосвязанных этапов, которые позволяют сестринскому персоналу, используя свои профессиональные знания и умения, обеспечивать качественный уход за пациентом.

Сестринский процесс включает в себя следующие основные этапы:

- 1) обследование (сбор информации о состоянии здоровья пациента);
- 2) сестринская диагностика (определение и обозначение существующих и потенциальных проблем пациента, требующих сестринского вмешательства);
- 3) планирование (определение программы действий);
- 4) выполнение плана ухода (осуществление сестринских вмешательств);
- 5) оценка полученных результатов.

Целями сестринского процесса являются: определение потребностей пациента в уходе; установление приоритетов по уходу и ожидаемых целей или результатов ухода; применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение потребностей пациента; оценка эффективности сестринского ухода.

Обследование. Это получение необходимой для деятельности сестринского персонала информации о пациенте. Источниками информации могут быть: наблюдения сестринского персонала, сам пациент, его друзья и родственники, медицинская документация,

медицинская литература. Информацию также получают путем субъективного (опрос) и объективного обследования (антропометрия, термометрия и т. д.). Для того чтобы собрать необходимую информацию и выстроить дальнейшее взаимодействие с пациентом, медицинской сестре важно обладать навыками общения.

При субъективном обследовании выясняют:

- 1) общие сведения о пациенте;
- 2) причины обращения в медицинскую организацию;
- 3) данные из анамнеза болезни (начало заболевания, его течение, с чем оно связано и т. д.);
- 4) факторы риска (аллергоанамнез, эпидемиологический анамнез, вредные привычки, стрессовые ситуации и т. д.);
- 5) основные потребности, которые пациент может удовлетворять сам и при удовлетворении которых нуждается в помощи;
- 6) наличие нарушений зрения, слуха, памяти, сна;
- 7) кто или что является поддержкой для пациента;
- 8) как пациент сам оценивает свое состояние, относится к процедурам.

При объективном обследовании медицинская сестра осматривает пациента по определенному плану с соблюдением ряда необходимых правил.

Пациента обследуют при рассеянном дневном свете или ярком искусственном освещении. Источник света при этом должен находиться сбоку — так более рельефно выделяются контуры различных частей тела, сыпь, рубцы, следы ранений и т. д. Определяют общее состояние, состояние сознания, положение в постели, телосложение, рост, массу тела, температуру тела, состояние кожи и слизистых оболочек.

Оценка состояния кожи и видимых слизистых оболочек. При осмотре, пальпации (при необходимости) кожи и видимых слизистых оболочек нужно обратить внимание на несколько моментов.

Окраска кожного покрова и слизистых оболочек. Осмотр позволяет выявить пигментацию или ее отсутствие, гиперемию или бледность, цианоз или желтушность кожи и слизистых оболочек. До проведения осмотра следует спросить пациента, не замечал ли он у себя каких-либо изменений кожного покрова.

Встречается несколько характерных изменений окраски кожи и слизистых оболочек.

1. Гиперемия (покраснение). Гиперемия может быть временной, обусловленной приемом горячей ванны, алкоголя, лихорадкой, сильным волнением, и постоянной, связанной с артериальной гипертензией, работой на ветру или в жарком помещении.

2. Бледность. Бледность временного характера может быть вызвана волнением или переохлаждением. Выраженная бледность кожных покровов характерна для кровопотери, обморока, коллапса.

Гиперемия и бледность лучше всего заметны на ногтевых пластинках, губах и слизистых оболочках, особенно на слизистой оболочке полости рта и конъюнктивы.

3. Цианоз (синюшность). Цианоз может быть общим и местным, центральным и периферическим. Общий цианоз характерен для сердечно-сосудистой недостаточности. Местный встречается, например, при тромбозе. Центральный цианоз больше выражен на губах и слизистой оболочке полости рта и языка. Однако губы принимают синюшный оттенок и при низкой температуре окружающей среды. Периферический цианоз ногтевых пластин, кистей, стоп также может быть вызван волнением или низкой температурой воздуха в помещении.

4. Иктеричность (желтушность). Желтушность склер свидетельствует о возможной патологии печени или усиленном гемолизе. Желтушность может появляться на губах, твердом небе, коже. Желтушность ладоней, лица и подошв может быть обусловлена высоким содержанием каротина в пище пациента.

Влажность и жирность кожи. Кожные покровы могут быть сухими, влажными или жирными. Состояние кожи оценивается при пальпации. Сухость кожи характерна для гипотиреоза.

Температура кожных покровов. Прикоснувшись к коже пациента тыльной поверхностью пальцев, можно судить о ее температуре. Помимо оценки общей температуры необходимо проверить температуру на любом покрасневшем участке кожи. При воспалительном процессе отмечают локальное повышение температуры.

Эластичность и тургор (упругость). Необходимо определить, легко ли кожа собирается в складку (эластичность) и быстро ли она расправляется после этого (тургор). Снижение эластичности и упругости кожи, ее натянутость наблюдают при отеках, склеродермии. Сухая и неэластичная кожа может свидетельствовать об опухолевых процессах и обезвоживании организма. Нужно учитывать, что с возрастом эластичность кожи человека снижается, появляются морщины.

Патологические элементы кожных покровов. При обнаружении патологических элементов необходимо указать их особенности, локализацию и распределение на теле, характер расположения, конкретный вид и время их возникновения (со слов пациента). Следствием зуда кожи могут быть расчесы, которые приводят к риску инфицирования пациента. При осмотре нужно обратить на них особое внимание, так как причинами расчесов могут быть не только сухость кожи, аллергические реакции, сахарный диабет, но и чесоточный клещ.

Волосной покров. При осмотре необходимо обратить внимание на характер оволосения, количество волос пациента. Люди часто переживают по поводу выпадения волос или избыточного оволосения. Их чувства необходимо учитывать при планировании сестринского ухода. Тщательный осмотр позволяет выявить лиц с педикулезом.

Ногти. Нужно осмотреть и ощупать ногти на руках и ногах. Утолщение и изменение цвета ногтевых пластин, их ломкость могут быть вызваны грибковым поражением.

После общего осмотра следует переходить к обследованию систем организма (костно-мышечной, дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и пр.). Результатом этапа является определение степени нарушения удовлетворения потребностей у пациента.

При обследовании пациента следует уделять особое внимание его психологическому комфорту. Изолированное помещение, осторожность, внимательность к проблемам пациента, тембр голоса, улыбка, подбадривание со стороны медицинской сестры могут обеспечить доверие пациента к медицинскому персоналу. Именно основываясь на доверии, он решает, сколько информации личного характера можно предоставить.

Сестринская диагностика. Второй этап сестринского процесса начинается с анализа данных, полученных при обследовании. Медицинская сестра выявляет *проблемы пациента* — трудности, которые существуют у пациента и препятствуют ему в достижении оптимального состояния здоровья в любой сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания.

С точки зрения сестринского процесса проблемы появляются, когда у пациента в силу определенных причин возникают затруднения, связанные с удовлетворением основных жизненных потребностей. Именно эти затруднения, или реакции пациента на свое состояние, и являются объектом деятельности сестринского персонала. Эти реакции могут быть:

- *физиологическими*, например кожный зуд, боль внизу живота, задержка стула, отсутствие аппетита, снижение защитных функций организма, острая или хроническая боль, нарушение целостности кожного покрова, лихорадка, дефицит самоухода;
- *психологическими*, например недооценка тяжести состояния, беспокойство по поводу своей болезни, страх перед инъекцией, дефицит знаний о своем заболевании, дефицит общения, недоверие к медицинскому персоналу, отказ от приема лекарств;
- *духовными*, например выбор новых жизненных приоритетов в связи с заболеванием, проблема добровольного ухода из жизни на фоне неизлечимого заболевания;
- *социальными*, например самоизоляция, связанная с физическими дефектами; беспокойство о финансовом положении в связи с утратой трудоспособности.

Проблема пациента и сформулированный на ее основе сестринский диагноз могут относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает и (или) учится, и к государственным службам, особенно в вопросах социальной помощи инвалидам. Поэтому, например, в такой проблеме пациента, как соци-

альная изоляция, связанная с ограничением возможности передвижения, могут быть повинны как члены семьи, так и государство.

В зависимости от времени появления проблемы пациента (сестринские диагнозы) делятся на существующие и потенциальные.

Существующие проблемы, имеющие место в данный момент, — это проблемы «здесь и сейчас», например отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самоухода и т. п.

Потенциальные проблемы не существуют в настоящее время, но могут присоединиться в любой момент, например риск аспирации рвотными массами, риск развития гипергликемии на фоне несоблюдения режима лечения, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т. п. Возникновение этих проблем необходимо предвидеть и предотвращать усилиями медицинского персонала.

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть несколько. Так, при сифилисе наиболее вероятны: нарушение целостности кожного покрова или слизистых оболочек (наличие язвы или эрозии); депрессия, связанная с заболеванием; легкомысленное отношение к своему здоровью; дефицит знаний о своем заболевании; социальная изоляция. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а медицинская сестра помогает пациенту адаптироваться и решает вместе с ним существующие и потенциальные проблемы.

Во время сестринской диагностики учитываются все проблемы пациента, которые лежат в пределах компетенции медицинской сестры. При этом необходимо понимать, что явилось причиной возникновения той или иной проблемы. Например, нарушение сна у пациента может возникнуть как вследствие зуда, так и в результате депрессии.

Затем проблемы выстраивают по приоритетам и решают в порядке значимости, начиная с наиболее важных. При установлении приоритетов может быть использована пирамида потребностей по А. Маслоу. Следует помнить, что если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента могут составлять психологические, социальные, духовные потребности.

Также проблемы можно классифицировать по приоритету:

- на *первичные*, т. е. главные по мнению прежде всего самого пациента; если их не лечить, они могут оказать пагубное влияние на больного;
- *промежуточные* — неэкстремальные и неопасные для жизни, однако способствующие ухудшению течения заболевания и риску осложнений;

- *вторичные* — не имеющие прямого отношения к заболеванию или прогнозу.

Пациент по возможности должен принимать участие в установлении приоритетов. Разногласия могут быть разрешены в процессе прямого обсуждения. В некоторых ситуациях, например при нарушении психологического и эмоционального статуса пациента, медицинским сестрам приходится брать ответственность за установление приоритетов на себя. Так, диагноз «риск суицида», который в любом случае будет самым приоритетным, медицинская сестра нередко выставляет самостоятельно или при участии родственников.

Проанализировав проблемы пациента, медицинская сестра формулирует диагноз.

Сестринский диагноз — это профессиональное суждение медицинской сестры о нынешнем или потенциальном состоянии здоровья пациента.

Выявив проблемы пациента, медицинская сестра решает, кто из профессиональных работников здравоохранения способен помочь пациенту. Следовательно, сестринский диагноз — это выявление проблем, которые медицинские сестры могут самостоятельно предупредить или разрешить.

Сестринский диагноз следует отличать от врачебного:

1) врачебный диагноз определяет болезнь, а сестринский нацелен на выявление реакций организма в связи с болезнью;

2) врачебный диагноз обычно остается неизменным в течение всей болезни, а сестринский меняется каждый день или даже в течение дня по мере изменений реакции организма на болезнь;

3) врачебный диагноз предполагает лечение в рамках врачебной практики, а сестринский — вмешательство сестринского персонала в пределах его компетенции;

4) врачебный диагноз, как правило, связан с возникшими патологическими изменениями в организме, а сестринский — с представлениями пациента о состоянии своего здоровья.

Планирование. Третий этап начинается с определения цели и результатов сестринских действий.

В сестринской практике *цель* — это ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. При определении целей сестринских действий можно руководствоваться стандартами сестринской практики по типичной проблеме пациентов. Необходимо вовлекать пациента в определение целей и планирование ухода. Только в этом случае его можно признать активным участником сестринского процесса.

Выделяют два вида целей для пациентов: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены в короткий период времени, обычно за 1—2 недели. При существующей системе здравоохранения, когда продолжительность пребывания пациента в стационаре ограничена более короткими сроками, эти цели позволяют вести пациента на острой стадии заболевания.

Долгосрочные цели могут быть достигнуты к выписке или позже, по возвращении домой, за более длительный промежуток времени. Эти цели обычно направлены на реабилитацию и предотвращение обострений, приобретение определенных знаний о здоровье. Если медицинские сестры не планируют долгосрочные цели, уход обрывается в день выписки.

Следует помнить, что цель должна быть:

1) сосредоточенной на пациенте, т. е. она должна отражать поведение и реакцию пациента на сестринский уход. Неправильно сформулированная цель — «Медицинская сестра обучит пациента правилам пользования ингалятором (тонометром, введения инсулина)»; правильно сформулированная цель — «Пациент продемонстрирует умение пользоваться ингалятором к 17 мая»;

2) единичной, т. е. она выводится для каждой ответной реакции;

3) наблюдаемой, т. е. результат должен быть очевиден;

4) измеряемой, например «Пациент отметит увеличение суточного диуреза до 1 500 мл к 5 июня»;

5) лимитированной по времени, т. е. она имеет конкретные сроки достижения (краткосрочные и долгосрочные цели);

6) совместной, т. е. сформулированной с участием пациента и его близких, а также других медицинских специалистов;

7) реально осуществимой. Нельзя ставить, например, цель «Пациент похудеет за 3 сут на 10 кг». Цель должна находиться в пределах компетенции сестринского персонала. Недопустима цель «У пациента не будет загрудинных болей к моменту выписки», так как это находится в пределах компетенции врача. Следует поставить цель «Пациент продемонстрирует знания о профилактике и борьбе с болями к моменту выписки».

Постановка цели ведет к определению ожидаемых результатов, которых может быть несколько. Под *результатом* понимают изменение состояния пациента с точки зрения физиологического, психологического, социального и духовного состояний. Ожидаемые результаты бывают промежуточными и конечными; при этом промежуточные результаты ведут к достижению цели или конечному результату.

Ожидаемые результаты выполняют несколько функций:

- дают направление сестринской деятельности;
- являются критериями достижения цели;
- помогают рассчитать время для достижения цели;

- дают возможность предусмотреть дополнительные ресурсы;
- являются критериями оценки сестринских действий.

План реализации целей. После определения ожидаемых результатов составляется план реализации целей — перечень специальных действий медицинской сестры по уходу за пациентом. План должен быть конкретным, без общих фраз и рассуждений. Составление и ведение индивидуальных планов ухода имеет ряд преимуществ перед привычной практикой работы:

- план — это письменное руководство по уходу за пациентом, в котором уже отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода;
- план координирует уход, экономит время и способствует эффективному использованию оборудования и материальных ресурсов, так как любая медицинская сестра может быстро определить, что нужно пациенту;
- план определяет продолжительность ухода за пациентом и степень участия в нем каждого медицинского работника;
- план представляет собой письменный обмен информацией в форме отчетов;
- план способствует обеспечению непрерывности ухода и его продолжению после госпитализации или перевода пациента в другое учреждение здравоохранения;
- план позволяет быстро подсчитать материальные затраты на уход.

Рассмотрим примеры организации сестринского процесса при нарушении у пациентов некоторых потребностей (прил. 1).

Потребность в пище. Принимая пищу, человеческий организм получает питательные вещества и энергию, необходимые для нормальной жизнедеятельности. Для решения вопроса об уровне удовлетворения потребности пациента в питании медицинская сестра должна учитывать целый ряд факторов: массу тела, мышечную массу, развитие подкожной жировой клетчатки, модель питания, отношение пациента к собственному телу и т. д.

При нарушении этой потребности у пациента могут быть жалобы на нарушение аппетита (снижение, извращение), отрыжку, тошноту, рвоту, боли в животе, головные боли, повышенную или пониженную массу тела, усталость, вялость, забывчивость, апатию, сухость кожных покровов, медленное заживление ран и т. д.

При объективном обследовании могут быть выявлены: изменение языка; запах изо рта; трещины в углах рта; наличие кариозных зубов, зубных протезов; рвота во время обследования; бледность (желтушность) кожных

покровов; язвенные процессы в полости рта; замедление роста и развития; раздражительность и т. д.

Возможные сестринские диагнозы формулируют следующим образом: боль в животе; тошнота; рвота; изжога; метеоризм; нарушение аппетита; чрезмерное питание; увеличение массы тела; риск нарушения пищеварения в связи с употреблением алкоголя; дефицит знаний о питании в связи с заболеванием; неэффективная схема кормления; отказ от приема пищи (из-за боязни поправиться, нежелания пользоваться судном); нарушение глотания; дискомфорт из-за перехода на диетическое питание; недооценка тяжести состояния и т. д.

Цели сестринского вмешательства могут быть следующими:

- сестра обеспечит соблюдение предписанной диеты;
- сестра обеспечит выполнение физиопроцедур;
- сестра окажет пациенту помощь при рвоте;
- сестра научит пациента приемам борьбы с тошнотой (отрыжкой, метеоризмом);
- сестра проведет с пациентом и его родственниками беседу о характере предписанной ему диеты и необходимости (возможности) ее соблюдения;
- сестра поможет пациенту подобрать индивидуальную сбалансированную диету;
- сестра проведет беседу с пациентом об отрицательных последствиях голодания;
- сестра обучит пациента принципам питания через гастростому;
- сестра проведет беседу с пациентом с целью снижения чувства дискомфорта при пользовании судном и т. д.

Потребность в жидкости. Удовлетворяя эту потребность, человек обеспечивает доставку воды в организм. Без нее невозможна жизнь, так как все химические реакции в клетках протекают в водных растворах.

Здесь особенно важно соблюдение водного баланса. При его нарушении могут развиваться либо дегидратация (обезвоживание), либо отеки. К дегидратации могут привести лихорадка, рвота, диарея, кровопотеря и т. д. Дегидратация сопровождается возбудимостью или, наоборот, угнетенным спутанным сознанием. При сильной дегидратации может возникнуть коматозное состояние.

Причиной отеков бывают тяжелые ожоги, заболевания сердца, сосудов, печени, почек, лекарственная терапия.

При нарушении удовлетворения потребности в жидкости возникают жалобы на жажду, сухость во рту, рвоту, олигурию, прибавление в массе тела, отеки на ногах к вечеру и т. д.

При объективном обследовании можно выявить: сухость кожи и слизистых оболочек или гладкую блестящую кожу; покраснение кожи; шершавый язык; низкий тургор; тахикардию; тахипноэ; одутловатость лица; отеки; дезориентацию; раздражительность и т. д. Для определения отеков сестра пальпирует предполагаемую область отека; появление углубления на месте надавливания свидетельствует об отеках.

Возможные сестринские диагнозы формулируют следующим образом: высокий риск развития дегидратации; жажда; сухость во рту; обезвоживание; асцит; риск развития дефицита объема жидкости; несоблюдение питьевого режима; отеки; раздражительность и т. д.

Цели сестринского вмешательства могут быть следующими:

- сестра обеспечит выполнение назначения врача;
- сестра обеспечит пациенту рациональный питьевой режим;
- сестра проведет беседу с пациентом о необходимости употребления доброкачественной воды;
- сестра проконтролирует соблюдение пациентом водного режима;
- сестра проведет психотерапевтическую подготовку пациента к абдоминальной пункции;
- сестра обучит пациента контролю водного баланса.

Потребность быть чистым. Эта потребность закономерна: кожа и слизистые оболочки человека участвуют в терморегуляции организма, выполняют выделительную и защитную функции. Чтобы нормально функционировать, они должны быть чистыми. Кроме того, внешний вид оказывает влияние на психику человека и окружающих. Поэтому уже с детства ребенка обучают навыкам ухода за кожей, волосами, ногтями, ротовой полостью.

При нарушении удовлетворения этой потребности у пациента возникают жалобы на кожный зуд, изменение кожи в области естественных складок (боль, гиперемия, жжение), кожные высыпания, невозможность осуществлять гигиенические мероприятия и т. д.

При объективном обследовании могут быть выявлены: гиперемия кожи; нарушение целостности кожи; неприятный запах (в целом и изо рта); неприятная одежда; неряшливый вид (грязные волосы, несвежее белье, неухоженные ногти) и т. д.

Возможные сестринские диагнозы формулируют следующим образом: дефицит самоухода; дефицит знаний о личной гигиене; высокий риск инфицирования, связанный с нарушением целостности кожи; недостаточность самогигиены; нарушение целостности кожи в области естественных складок; риск развития педикулеза; нарушение комфортного состояния при проведении сестрой туалета наружных половых органов.

Цели сестринского вмешательства могут быть следующими:

- сестра осуществит комплекс гигиенических мероприятий пациенту;
- сестра проведет беседу с пациентом о необходимости соблюдения личной гигиены;
- сестра обучит пациента навыкам личной гигиены в условиях его ограниченных возможностей;
- сестра будет ежедневно контролировать выполнение пациентом гигиенических навыков и т. д.;
- сестра проведет беседу со школьницами об особенностях личной гигиены в период менструаций;
- сестра будет создавать условия для самостоятельного удовлетворения пациентом его потребности.

К разработке планов ухода медицинская сестра подключает пациента и его родственников. Семья нередко является основным рычагом в достижении целей ухода. План ухода обязательно записывают в сестринскую историю болезни, что обеспечивает его преемственность, контроль, последовательность выполнения. Следует согласовать свой план с пациентом, заручиться его поддержкой, привлечь его к реализации.

Выполнение плана ухода. Осуществление плана включает:

- оказание физической и психологической помощи;
- управление деятельностью по самоуходу;
- обучение и консультирование пациента и его семьи;
- оценку работы всей бригады;
- фиксирование и обмен важной для лечения информацией.

Медицинская сестра многократно встречается с пациентом, оценивает его состояние, в случае необходимости осматривает, изменяет существующий план ухода, намечает и осуществляет вмешательства, связанные с уходом. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс начинается заново, так как проблемы пациента постоянно изменяются под воздействием обстоятельств, лечения и сестринских вмешательств. Для успешного выполнения плана медицинская сестра должна хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в компетенцию сестринского персонала.

Сестринские действия подразумевают три типа вмешательств: зависимые, независимые и взаимозависимые.

При *зависимом вмешательстве* медицинская сестра осуществляет действия по требованию или под наблюдением врача. Однако и в этом случае не следует автоматически выполнять указания врача. Уточнение назначений входит в компетенцию сестринского персонала. Медицинская сестра, выполняющая неверное или ненужное предписание, профессионально некомпетентна и в той же степени, что и врач, ответственна за последствия ошибки.

При *независимом вмешательстве* медицинская сестра действует по собственной инициативе, руководствуясь своими соображениями и рамками своей компетенции. Это оказание помощи пациенту в самообслуживании, обучение его приемам лечения и ухода за собой, организация досуга, советы относительно здоровья, наблюдение за реакциями пациента на болезнь, лечение.

При *взаимозависимом вмешательстве* медицинская сестра сотрудничает с другими специалистами на равных (например, при реанимационных мероприятиях).

Проведенные вмешательства должны иметь документальное подтверждение (запись): «проведена беседа...», «выполнена инъекция...», «поставлена клизма» и т. п. Помимо вмешательств желатель-

но регистрировать реакции пациента на них. Это может дать основание на проведение дополнительных мероприятий по уходу за пациентом.

Оценка. На заключительном этапе дают оценку результатам, степени достижения поставленной цели. При этом оценивают как предварительную деятельность, включающую определение критериев и кратности оценки результата, так и результаты после выполнения плана ухода:

- определяют состояние пациента на текущий момент;
- оценивают достижение целей;
- определяют аспекты, влияющие на достижение целей;
- модифицируют сестринский диагноз, цели и (или) план ухода в случае необходимости.

В оценку сестринской помощи должны быть вовлечены обе стороны: и персонал, и сам пациент. Нужно знать, какой аспект предполагается оценивать; иметь источники информации (пациент, медицинский персонал, родственники), необходимой для оценки; уточнять критерии оценки — предполагаемые результаты, которые медицинская сестра стремится достичь совместно с пациентом.

В качестве *оценочных критериев* можно использовать слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информацию, полученную от соседей по палате или родственников. Например, при отеках в качестве оценочных критериев могут выступать показатели массы тела и водного баланса, при выявлении уровня боли — пульс, положение в постели, поведение, вербальная и невербальная информация и цифровые шкалы оценки боли (если они используются).

Медицинские сестры, которые будут продолжать уход за пациентом после выписки, вправе пересмотреть запланированные мероприятия для скорейшей адаптации больного к домашним условиям.