

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»  
факультет Психолого-социальной работы и высшего сестринского образования  
кафедра Управления сестринской деятельностью

## БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

### РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ, КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

(на примере Кожно-венерологического отделения  
ФКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России)

Направление подготовки \_\_\_\_\_  
Сестринское дело  
Квалификация Академическая  
медицинская сестра. Преподаватель  
Допущена к защите: « 30 » апреля 2018 г.  
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.  
д.м.н., доцент  
Дата защиты 24 мая 2018 г.  
Оценка отлично

Исполнитель: Вылегжанина  
Анастасия Дмитриевна  
Группа ОСД-315  
Руководитель: Ткаченко Т.Н.  
ассистент  
Нормоконтролер Иванова Н.В.  
старший преподаватель  
Рецензент Коваленко Ф.М.  
заведующий отделением

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСОРИАЗА .....	8
1.1. Типы, виды и формы профилактики .....	8
1.2. Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний кожи .....	10
1.3. Псориаз: этиология, патогенез, формы .....	13
1.4. Роль психологического фактора и понятие качества жизни .....	16
1.5. Особенности консультативно-профилактической деятельности медицинской сестры при работе с пациентами дерматологического профиля ..	20
2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ФГКУ «354 ВОЕННО-КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ» МИНОБОРОНЫ РФ .....	25
2.1. Характеристика деятельности кожно-венерологического отделения ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны РФ .....	25
2.2. Материалы и методы исследования .....	27
2.3. Анализ деятельности медицинской сестры кожно-венерологического отделения в профилактике осложнений псориаза .....	30
2.3.1 Анализ нормативных документов по профилактической деятельности .....	32
2.3.2 Динамика информированности пациентов .....	33
2.3.3 Оценка качества жизни, связанная со здоровьем и динамика дерматологического индекса качества жизни пациентов до и после обучения .....	37
3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ .....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	49
ПРИЛОЖЕНИЯ	

## ВВЕДЕНИЕ

Развитие страны и благосостояние ее населения тесно связано с таким важным показателем, как состояние здоровья населения в целом и каждого человека, в частности. В настоящее время наблюдается увеличение заболеваемости и инвалидности населения, в том числе заболеваний, вызванных заболеваниями кожи и подкожной клетчатки. Значительное влияние на уровень и качество жизни человека оказывает наличие кожных заболеваний.

Под определением «качество жизни» понимается совокупность факторов, отражающих качество физического, психического, социального и ролевого или функционально-ассоциированного образа жизни индивидуума [1]. Особенно интенсивно на сегодняшний день изучается качество жизни в дерматологии. И это не случайно. В дерматологической практике доля хронических заболеваний высока, и хотя большинство этих дерматозов не представляют непосредственной угрозы для жизни, хронический и неизлечимый характер многих из них (например, псориаз) оказывает отрицательное воздействие на качество жизни пациента. [11, с. 17]

Псориаз – хронический эритематозно-сквамозный дерматоз мультифакториальной природы, с большей долей генетической компоненты. Характеризуется доброкачественной гиперпролиферацией эпителиоцитов, нарушением их дифференциации и процесса кератинизации, а также воспалительной реакцией в дерме. [13, с. 54]

Среди всей дерматологической патологии псориаз занимает одно из ведущих мест. Доля заболевания в дерматологическом профиле составляет 12 – 15% [24, с. 22]. На нынешнем этапе развития цивилизации, высокий показатель уровня заболеваемости псориазом объясняется быстрым ритмом жизни общества, повышенной эмоциональной нагрузкой, которая требует колоссальных нервных и интеллектуальных усилий, в результате чего возникают расхождения между возможностями биологической природы человека

и условиями которые диктует современная жизнь. Именно поэтому, псориаз можно отнести к группе так называемых «болезней цивилизации» [6, с. 13].

Псориаз характеризуется хроническим течением, частыми рецидивами, тенденцией к прогрессированию, выработыванию резистентности к лечебным мероприятиям и зачастую – к инвалидизации пациентов. Многие авторы справедливо считают необратимым патологический процесс при псориазе. Поэтому от лечения больных псориазом следует ожидать только устранения болевого синдрома и временного разрешения высыпаний на коже. В связи с этим термин «выздоровление» при псориазе чаще всего следует считать условным и говорить необходимо, в первую очередь, о повышении качества жизни пациента.

Исходя из концепции качества жизни, оценка результативности лечения псориаза должна быть определена не только по степени коррекции патологических нарушений, но также по воздействию на важнейшие составляющие качества жизни пациента. Из-за своего заболевания или иных изменений в организме пациент не может в полной мере обеспечить комфортные условия для своей жизни. В таких ситуациях человеку требуется более пристальное внимание со стороны специалистов различного профиля, включая медицинскую сестру. В основу деятельности медицинской сестры входит не только компенсаторное удовлетворение потребностей пациента при осуществлении сестринского ухода, но и проведение консультативно-профилактической работы для возвращения пациента к активной жизни, так как это для него в социальном и экономическом плане является более важным, чем наличие самого хронического заболевания. Благополучие для каждого человека состоит во взаимозависимом удовлетворении физических, психологических, социальных, духовных, культурных и интеллектуальных потребностей.

Пренебрежение факторами, которые составляют качество жизни, может привести к значительному снижению качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов и их социальной активности, снижению производительности труда и проблемам в личной жизни. Все это в конечном итоге будет способствовать росту ущерба от болезни пациента и его психо-

эмоциональных издержек. Точный и рациональный подход к организаций ухода за пациентами является неотложной медицинской и социальной проблемой, решение которой может вернуть пациентов к полноценной и активной жизни.

В определение эффективности медицинской помощи входит множество различных аспектов. Одним из важнейших является благосостояние человека, основные параметры которого можно определить сегодня, используя концепцию исследования качества жизни.

Изучение качества жизни – это уникальный подход, который позволил главным образом изменить уже устоявшийся взгляд на проблему болезни и пациента. Методология исследования качества жизни открывает уникальные возможности измерения основных составляющих здоровья человека: физического, психологического, социального, а также позволяет изучить качество жизни пациента, связанное со здоровьем [16, с. 36]. Состояние здоровья пациентов вызвало необходимость улучшения профилактического обслуживания со стороны медицинских сестер. Современное экономическое развитие медицины требует внедрения новых подходов без изменения ее принципов. Одним из направлений развития медицины будет организация медицинских школ, в которых будет проводиться консультативно-оздоровительная и медико-педагогическая работа.

Одним из самых перспективных направлений в решении медицинских и социальных проблем пациента призвана профилактика заболевания. Вопрос о профилактическом противорецидивном лечении является одним из наиболее актуальных. Проводимое лечение больных псориазом часто не избавляет их от вероятности дальнейших обострений заболевания. В комплексе реабилитационных мероприятий при псориазе значительное место занимает предупреждение повторных рецидивов дерматоза и увеличение интервалов между рецидивами. В зависимости от тяжести состояния, локализации и распространенности псориатических проявлений возникает необходимость в целенаправленном восстановлении нарушенных функций организма.

Поскольку псориаз является хроническим заболеванием, которое характеризуется периодическими обострениями, пациент и члены его семьи должны знать и иметь возможность правильно следовать медицинским предписаниям, даже если симптомы заболевания не очевидны. Такие возможности может обеспечить специальное образование для пациентов, что будет являться элементом вторичной профилактики.

Анализ литературных данных указывает на необходимость проведения профилактической работы и психологической реабилитации с учетом клинических форм, тяжести заболевания и индивидуальных потребностей пациента. Таким образом, совершенствование сестринской клинической практики, которая улучшает качество жизни пациентов с псориазом, обуславливает актуальность выбранной темы.

*Цель работы* – совершенствование сестринской клинической практики в профилактике и реабилитации пациентов с псориазом.

*Задачи:*

1. Изучить теоретические аспекты методов профилактики псориаза и роль медицинской сестры в профилактике заболевания.
2. Оценить и проанализировать уровень информированности пациентов о своем заболевании с определением качества жизни больных с псориазом, с последующим установлением потребностей пациента.
3. Проанализировать работу медицинских сестер по профилактике псориаза в кожно-венерологическом отделении.
4. Разработать рекомендации по совершенствованию системы профилактической деятельности для пациентов с псориазом.

*Объект исследования* – пациенты кожно-венерологического отделения с диагнозом псориаз.

*Предмет исследования* – деятельность медицинской сестры по улучшению качества жизни пациентов с псориазом.

*Методы исследования:*

1. Анализ литературы.
2. Наблюдение.

3. Изучения документации.

4. Социологический метод в виде анкетирования.

База исследования: Федеральное Государственное Казенное Учреждение «354 Военный Клинический Госпиталь» Министерства обороны России, кожно-венерологическое отделение.

Работа состоит из введения, трех разделов, заключения, списка литературы и приложений. В первом разделе представлены результаты исследования научной и методической литературы, даны определения основным понятиям. Во второй главе проведен анализ профилактической деятельности в кожно-венерологическом отделении медицинского учреждения. В третьей – разработанные автором рекомендации по совершенствованию системы профилактического обслуживания пациентов.

Работа выполнена на 51 странице, содержит 8 таблиц, 6 рисунков, 5 приложений.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСОРИАЗА

## 1.1. Типы, виды и формы профилактики

Профилактика (prophylaktikos – предохранительный) – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и устранение факторов риска.

Вопросы предупреждения болезней на основе соблюдения правил личной гигиены и рациональной диететики занимали значительное место в медицине древнего мира. Однако разработка научных основ профилактики началась лишь в 19 в. благодаря развитию общебиологических наук, медицинской науки в целом и появлению ее многочисленных дисциплин, занимающихся частными вопросами, в особенности физиологии, гигиены и эпидемиологии; большую роль сыграло распространение общественных идей в клинической медицине. Ведущие врачи и деятели медицинской науки (как в России, так и за рубежом) видели перспективу медицины в развитии общественной профилактики и тесной связи лечебной и профилактической медицины.

Выделяют общественную и индивидуальную профилактику. Индивидуальная профилактика предусматривает соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве, общественная включает систему мероприятий по охране здоровья коллективов. Индивидуальная профилактика включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене, гигиене брачных и семейных отношений, гигиене одежды, обуви, рациональному питанию и питьевому режиму, гигиеническому воспитанию подрастающего поколения, рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой и др. Общественная профилактика включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, пла-

номерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения. Меры общественной профилактики направлены на обеспечение высокого уровня общественного здоровья, искоренение причин, порождающих болезни, создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия, расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного потребления, а также развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры. Эффективность мер общественной профилактики во многом зависит от сознательного отношения граждан к охране своего здоровья и здоровья других, от активного участия населения в осуществлении профилактических мероприятий, от того, насколько полно каждый гражданин использует предоставляемые ему обществом возможности для укрепления и сохранения здоровья. Практическое осуществление общественной профилактики требует законодательных мер, постоянных и значительных материальных затрат, а также совместных действий всех звеньев государственного аппарата, медицинских учреждений, предприятий промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса и т.д.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет три вида профилактики заболеваний:

- Первичная профилактика;
- Вторичная профилактика;
- Третичная профилактика.

Первичная профилактика – система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства.

Вторичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Некоторые специалисты предлагают термин третичная профилактика как комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика включает в себя: социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

## 1.2. Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний кожи

Псориаз – хронический дерматоз, поэтому цель терапии псориаза – не допущение прогрессирования заболевания и достижение максимально глубокой и продолжительной по времени клинической ремиссии, во время которой затем проводятся мероприятия по устранению провоцирующих факторов (санация очагов хронической инфекции, лечение сопутствующих заболеваний, изменение условий труда и отдыха). Современное лечение псориаза основывается на патогенетическом подходе и включает медикаментозное (местное и общее), физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. При этом очень немаловажно, чтобы методика лечения была понятна не только самому пациенту, но и членам его семьи, всем тем, кто сможет оказать ему нужную помощь и поддержку.

Псориаз является хроническим заболеванием и пациентам достаточно часто приходится посещать дерматолога. При всем этом, они зачастую не

полностью понимают суть патологического процесса заболевания, не могут дать правильной оценки необходимости соблюдения режима питания, часто пытаются проводить лечение собственными силами, а чаще всего прибегают к нетрадиционным методам лечения, которые, в свою очередь, могут привести к значительному ухудшению состояния кожи.

Важную роль в профилактике кожных заболеваний играет медицинская сестра. Организация медицинской сестрой обучения пациентов и их родственников методам профилактики заболевания предполагает широкое привлечение психосберегающих технологий на основе поддержки, доверия, сотрудничества между медицинским работником и пациентом.

Медицинские сестры легче налаживают общение с пациентами, чем врачи, они могут составить представления о том, как пациент и его родственники относятся к своему здоровью и что они думают о болезни. Пациенты чувствуют себя значительно свободней, когда беседуют с сестрой, доверяя ей свои беспокойства и проблемы. Таким образом, активное участие медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при кожных заболеваниях приводит к улучшению общего состояния пациентов, уменьшению у них частоты обострений и госпитализаций в медицинские учреждения. Обучение пациента, страдающего кожным заболеванием и его родственников методам управления своим заболеванием приобретает особенный смысл и становится важной частью ежедневной работы сестринского персонала.

Профилактика псориаза, его обострений и лечение болезни предусматривает снижение интенсивности симптоматики. Однако, более важным является предупреждение ее возникновения.

Для этого используют целый комплекс специализированных мер, которые снижают шанс на развитие и прогрессирование этого неприятного дерматоза.

Хоть псориаз не является смертельным заболеванием, но оно оказывает колоссальное влияние на качество жизни, особенно при неправильном и несвоевременном лечении. Так как в патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы организма у больных псориазом нарушается трудоспособность, их социальная активность снижается, т.е. псориаз

имеет не только медицинскую значимость, но и социальную. В связи с этим в 2004 году 29 октября провозгласили Всемирным днем борьбы с псориазом, целью которого является повышение осведомленности людей об этой проблеме [24].

В медицине все больше популярности набирает тенденция к просветительской работе с пациентами. Любую болезнь и ее рецидивы гораздо проще предотвратить, чем бороться с последствиями. Консультативная работа медицинской сестры должна быть направлена на достижение разнообразных целей, важнейшими из которых являются ознакомление пациентов со своим заболеванием (причины и механизмы развития), обучение методам первичной и вторичной профилактики, формирование представлений о правильном образе жизни при данном заболевании и ответственный подход к своему здоровью.

Профилактика псориаза, как и любого другого заболевания, бывает трех типов:

- Первичная. Она направлена на предупреждение возникновения патологии у здорового человека. Суть ее сводится преимущественно к соблюдению диеты, ограничению влияния негативных факторов внешней среды и тому подобное;

- Вторичная. Этот вид профилактики ориентирован на предупреждение возникновения осложнений и рецидивов у пациентов, которые уже страдают от псориаза. Продление периодов ремиссии – главная цель этого комплекса мероприятий;

- Третичная. Она направлена на устранение последствий заболеваний и улучшение качества жизни пациента. При псориазе она ориентирована на нормализацию визуального вида кожи, реабилитацию при специфическом артрите и тому подобное.

Предложенные пациенту информационно-мотивационные технологии будут способствовать полному формированию понятия о своем заболевании, вследствие чего эти знания повысят приверженность пациентов к лечению, разовьют мотивацию к сохранению своего здоровья и повышения качества

жизни. Важно сформировать у пациента потребность в соблюдении и выполнении всех рекомендаций. Поэтому лично-ориентированное профилактическое консультирование будет являться одним из лучших способов осуществить поставленную цель.

### 1.3. Псориаз: этиология, патогенез, формы

Псориаз – распространённое заболевание мультифакториальной природы в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение кератинизации, вызванное гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, возникающее под влиянием эндогенных и экзогенных факторов [4, с.13]. В разных странах им страдает от 2 до 7% населения, а частота встречаемости у пациентов дерматологических стационаров составляет около 15–20%. В настоящее время среди населения земного шара зарегистрировано около 130 миллионов пациентов с этим заболеванием, из них на территории Российской Федерации – порядка 3 миллионов. В последнее время абсолютное большинство исследователей рассматривают псориаз не как изолированное кожное заболевание, а как системную "псориатическую болезнь" с превалирующими проявлениями на коже, что подтверждается данными о системных иммунных изменениях генетической природы, о выраженных психоэмоциональных нарушениях и частом вовлечении в процесс опорно-двигательного аппарата, а иногда – и внутренних органов [17, с. 10].

Псориаз характеризуется тремя основными процессами: гиперпролиферацией кератиноцитов, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме [4, с. 14].

Прежде чем говорить о факторах, которые могут вызвать проявление заболевания, необходимо в деталях понять генетические особенности псориаза. На долю влияния наследственности на развитие болезни отводится около 60 – 70%, тогда как на долю средовых факторов приходится соответственно 30 – 40% [12, с.25]. В пользу доминирования генетической составляющей псориаза свидетельствуют статистические данные. Частота выявления

заболевания выше у родственников больного, причем риск заболеть псориазом тем выше, чем ближе родство с уже заболевшим. В целом наследуемость псориаза колеблется в пределах 60 – 90%, что является одним из самых высоких показателей среди заболеваний с мультифакторной природой [14, с.24]. Кроме того, генетическая составляющая влияет на тяжесть и дебют заболевания. Так, выделяют два типа псориаза. Тип 1 характеризуется выраженной наследственной предрасположенностью, ранним началом болезни (до 25 лет) и тяжелым течением. Тип 2 отличается поздним дебютом (после 40 лет), более легким течением и, как правило, отсутствием болезни в семейном анамнезе [12, с. 25; 13, с. 23; 26, с. 990].

До сих пор проводится поиск определенного гена, который будет отвечать за развитие псориаза. Уже выявлено несколько локусов предрасположенности, которые отображаются на 8 хромосомах (PSORS1 – PSORS8). Мутации в соответствующих генах не могут проявляться без воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Это может быть влияние протоонкогенов и бактериальных антигенов, в т.ч. стрептококковой природы. Также существует связь между возникновением заболевания и алкогольной и никотиновой сенсibilизацией, причем риск псориаза повышается с увеличением стажа курения и числом выкуренных сигарет в день. Имеется ассоциация дебюта болезни с приемом медикаментов, особенно  $\beta$ -адреноблокаторов и оральных контрацептивов. К другим провоцирующим факторам относятся УФ-облучение, травмы, ВИЧ-инфекция [4, с. 18].

В таблице 1 описаны основные формы, их признаки и особенности клинических проявлений.

Таблица 1 – Характеристика основных форм псориаза

Форма псориаза	Признаки	Особенности
1	2	3
Вульгарный псориаз	Папулы розово-красного цвета, возвышающиеся над уровнем кожи, с четкими границами, склонные к слиянию в бляшки, покрыты серебристо-белыми чешуйками. Поражается часть головы (кайма возле начала линии роста во-	Субъективные ощущения отсутствуют или умеренный зуд.

	лос), поверхности локтей, коленей и т.д.	
--	------------------------------------------	--

Продолжение табл. 1

1	2	3
Экссудативный псориаз	Ярко-красные высыпания, чешуйки пропитаны экссудатом, серо-желтого цвета, плотно покрывают бляшку, образуют корко-чешуйки.	Высыпания сопровождаются зудом. Трещины болезненны для человека
Псориатическая эритродермия	Кожный покров ярко-красного цвета, инфильтрован, обильное шелушение.	У больного наблюдается зуд и чувство жжения кожи.
Псориаз ладоней и подошв	Бляшечные элементы красного цвета, с четкими границами, покрыты плотными чешуйками.	Могут быть проявления гиперкератоза, появляются глубокие трещины.
Ограниченный псориаз	Пустулы диаметром 2 – 3 мм глубоко в эпидермисе.	Содержимое пустулезных высыпаний обычно стерильно.
Генерализованный пустулезный псориаз	Ярко выраженная гиперемия, на ее фоне мелкие пустулы, сливающиеся между собой «гнойные озера». Для данного вида характерно поражение кожи в зонах сгибания суставов и в области половых органов.	Сопровождается повышением температуры тела до 39 градусов.

В настоящее время насчитывается более 10 форм псориаза, каждая из которых имеет свои особенности. Как правило, у человека наблюдается только одна разновидность заболевания, которая определяется по характеру высыпаний на кожных покровах.

Отличительной особенностью высыпаний является феномен псориатической триады, который проявляется следующими признаками:

1. «Стеариновое пятно» - при поскбливании папул чешуйки легко отделяются, а поверхность пятна становится похожей на растертую каплю стеарина.

2. «Терминальная пленка» - после полного удаления чешуек с папулы открывается тонкая, полупрозрачная, чуть влажная пленка, покрывающая поверхность элемента.

3. «Кровяная роса» - по мере дальнейшего поскбливания терминальная пленка отторгается, на поверхности пятна появляются капельки крови и наблюдается точечное кровотечение.

По характеру течения псориаз может быть: прогрессирующим, стационарным и регрессирующим.

Для прогрессирующей стадии характерно появление свежих высыпаний и рост уже имеющихся элементов. В центре папул отмечается усиленное шелушение, тогда как по краям такие пятна окружены ярко-красной каймой.

Стационарная стадия характеризуется прекращением роста папул и отсутствием новых элементов. Окраска высыпаний приобретает синюшный оттенок, а интенсивность шелушения уменьшается.

При переходе болезни в регрессирующую стадию отмечается исчезновение клинических симптомов и постепенное рассасывание папул. Окраска элементов бледнеет, исчезает шелушение, на месте исчезнувших элементов остаются участки гипопигментации.

#### 1.4. Роль психологического фактора и понятие качества жизни

В 1978 году Всемирной организацией здравоохранения было разработано определение состояния здоровья как состояния полного физического, умственного и социального благополучия. В связи с этим, ставший уже традиционным, принцип оценки результатов лечения для таких показателей, как заболеваемость и смертность, постепенно заменяется новым. Очень важно, наряду с объективными, оценивать и субъективные показатели. Выделение субъективных ощущений пациента как ключевого показателя при определении эффективности лечения привело к разработке концепции «качества жизни» (КЖ) и создания вопросников для его правильной оценки. Понятие «качество жизни» в повседневной жизни и в исследованиях понимается совсем по-разному. Поэтому требуется более точное определение этой концепции. Понятие «качество жизни» появилось в 1977 г. Под определением «качество жизни» понимается совокупность факторов, отражающих качество физического, психического, социального и ролевого или функционально ассоциированного образа жизни индивидуума [1].

Понятие «качество жизни» также относится к степени соответствия между желаемым и реальным образом жизни. Обобщенная концепция «качества жизни» в медицинском аспекте отражает функциональное состояние организма в связи с заболеванием.

Современная концепция исследования качества жизни была сформирована в иностранной медицине в 70 – 80 годах прошлого века. Основные компоненты концепции исследования качества жизни:

- многомерность: качество жизни содержит информацию об основных областях жизнедеятельности человека (физических, психологических, социальных, духовных и финансовых). Качество жизни, содержит компоненты, которые не являются связанными с заболеванием, и позволяет дифференцировать влияние определенного заболевания на пациентов;

- изменяемость во времени: качество жизни пациента явление изменяемое, ведь на него влияют как внешние, так и внутренние факторы. Непрерывный мониторинг качества жизни позволит константно контролировать состояние больного, и в случае необходимости проводить корректировку терапии;

- участие пациента в оценке своего состояния: данная составляющая качества жизни необходима, так как сделанная оценка состояния самим больным является достаточно достоверным показателем его состояния.

Кожа является покровом нашего тела, а значит видимой его частью. Образ человека в обществе и его социальное положение в немалой степени обуславливаются свойствами кожи, что является результатом представления человека о самом себе и о чувстве самосознания, которое во многом зависит от степени оценки даваемой обществом. Неэстетичные хронические кожные заболевания, особенно псориаз, которые заметны для глаз окружающих, значительно снижают представление пациента среди его окружения, а также его самооценку: пациенты чувствуют, что на них обращают внимание, иногда издеваются и, как правило, они стараются изолироваться от общества.

Яцек Щепитовски, Адам Райх, проводя исследование качества жизни больных псориазом, отмечают, что больные, страдающие псориазом, менее

социально активны: 72% - отказываются от посещения бассейна, 64% - общественных бань, 55% - переживают чувство стыда, 53% - застенчивы, 50% - избегают людных мест, 46% - сообщают о влиянии псориаза на интимную жизнь, 46% - носят непривлекательную одежду, с тем, чтобы скрыть высыпания, 40% - уклоняются от занятий спортом. 34% - не пользуются услугами парикмахера, 15% - испытывают страх потерять работу. Интерес представляет и тот факт, что 41% - больных считают лечение и все, что с ним связано, гораздо большей проблемой, отражающейся на качестве жизни, чем сам псориаз.

Для пациентов с кожными патологиями во многом важны не столько показатели физического здоровья, большое значение имеет удовлетворённость в психологическом плане. Психологический аспект особенно важен при заболеваниях, в патогенезе которых этот фактор играет значительную роль. Псориаз является достаточно ярким примером такого заболевания.

В качестве глобальной концепции, концепция качества жизни не может полностью учитывать состояние здоровья. Поэтому для практических целей была сформулирована концепция – «связанное со здоровьем качество жизни» (СЗКЖ). Эта концепция объединяет аспекты жизни в параметры, определяющие состояние здоровья. Такая система полностью удовлетворяет определению ВОЗ. Преимущество концепции СЗКЖ заключается в ясности определения, основанного на собственных ощущениях больного. Чтобы дать оценку СЗКЖ чаще всего используют анкеты, состоящие из вопросов которые относятся к состоянию здоровья. Анкеты должны включать в себя короткий перечень наиболее важных вопросов, они должны быть тщательно подобраны под пациента и отражать реальное влияние заболевания на его качество жизни.

Сегодня дерматологи во всем мире используют большое количество различных показателей и шкал которые характеризуют тяжесть заболевания и качество жизни дерматологических пациентов. Это позволяет повысить точность клинических оценок и проанализировать эффективность проводимой терапии.

Для исследования СЗКЖ используется три вида шкал. Первые из них – общие шкалы, вторые – специальные дерматологические шкалы, третьи – шкалы, специфичные для каждого заболевания. Универсальных шкал качества жизни, которые можно было применить ко всем группам населения, не существует.

Общие шкалы применимы для оценивания всего спектра функционирования, дезадаптации и дистресса, который на прямую связан с качеством жизни. Используя эти шкалы в практике, можно определить общее воздействие болезни на различные показатели здоровья. Например, они позволяют провести сравнение влияния на качество жизни таких заболеваний, как бронхиальная астма и псориаз. Анкеты общего пользования не позволяют изучать дерматоспецифический аспект псориаза на КЖ, однако такие шкалы могут использоваться при обследовании пациентов с широким спектром заболеваний имеющих хроническое течение. Общие шкалы: профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile, SIP); краткая шкала общего состояния здоровья из 36 пунктов (Short Form 36 Items Health Survey, SF-36); ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP).

В рамках данного исследования особый интерес для нас будут представлять специальные дерматологические шкалы. Эти шкалы позволяют оценить качество жизни пациентов с хроническими кожными заболеваниями на разных стадиях заболевания и подходят для оценки влияния псориаза на качество жизни больных. Наиболее широко используются шкалы для изучения индекса качества жизни дерматологических больных (Dermatology Life Quality Index, DLQI); Skindex; VQDermato. Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)) используется дерматологами для проведения оценки уровня негативного влияния дерматологического заболевания на различные аспекты жизни пациента, описывающие качество его жизни в целом. Индекс был разработан специалистами Уэльского университета (авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992). Опросник DLQI представляет собой элементарную шкалу, составленную из 10 вопросов и четырех вариантов ответа на каждый из них.

Недавно одобренная французская версия шкалы, Skindex, содержит пункты, относящиеся к эмоциональной сфере, симптомов и функций. В Европе используется разработанная и одобренная французскими дерматологами шкала VQdermato. Она предназначена для пациентов с хроническими состояниями кожи, включая хронические крапивницы, псориаз и язвы ног. [26, с. 858]. Также можно выделить множество специальных шкал для отдельных заболеваний. Любая из этих шкал предназначена только для одного дерматоза, например, обыкновенных угрей, псориаза, атопического дерматита. Основные шкалы, используемые при псориазе, включают Psoriasis Disability Index (PDI) и Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI). Основным их преимуществом является высокая чувствительность оценки прогрессирования псориаза. Недостатком этих шкал служит узкая специализация, не позволяющая сравнивать псориаз с другими заболеваниями. Шкала PDI дает оценку выраженности отрицательного воздействия заболевания на жизнь больных и заполняется по результатам их опроса. Шкала содержит 15 вопросов и охватывает 4-недельный период до ее заполнения. Этот опросник посвящен повседневной активности и социальной сфере. Шкала PLSI оценивает выраженность стресса, связанного с псориазом. Число пунктов в разных версиях этой шкалы колеблется от 15 до 41.

#### 1.5. Особенности консультативно-профилактической деятельности медицинской сестры при работе с пациентами дерматологического профиля

Здравоохранение настоящего времени претерпевает большие изменения. Особенно сильно продиктована необходимость внедрения новых технологий в сестринскую клиническую практику. В новом понимании медицинская сестра выступает в качестве менеджера, который должен принимать активное участие в рациональной организации процесса лечения и диагностических мероприятий, выработке системного подхода и индивидуализации ухода за пациентом, с ориентировкой на потребности пациента, направленного на укрепление и поддержание здоровья пациента, общества и профи-

лактики болезни, которая правильно и независимо помогает пациентам, использующим современные технологии сестринского процесса.

Пациент с любой патологией должен быть активным участником лечебного процесса. Успех борьбы с болезнями, и это в большой мере относится к псориазу, во многом определяется мотивацией пациента придерживаться режима лечения, поддержания правильного образа жизни, и это напрямую зависит от пациента и его эффективного взаимодействия с медицинским персоналом.

Медицинская сестра должна стать для пациента партнером в решении его проблем и вопросов, а пациент в свою очередь – активным участником сестринского процесса. Понимание новой концепции медицинской, социальной помощи и роли сестринского персонала в ее осуществлении требует совершенно иного научного обоснования процессов, происходящих в этой сфере. Сестринский процесс предусматривает и обеспечивает четкий план действий, выполняемых медсестрой по отношению к пациенту, чтобы предупредить, облегчить, уменьшить и свести к минимуму возникшие проблемы. Это в полной мере относится к работе медсестры с пациентами с псориазом.

Образовательный процесс не гарантирует внедрение и правильное использование знаний пациентами на практике. Полностью закрепить полученные навыки и выявить в какой области пациент имеет недостаточное количество знаний, в рамках своего заболевания, поможет индивидуальное консультирование. Так как именно медицинские сестры налаживают общение с пациентами. Пациенты чувствуют себя намного свободнее во время разговора, доверяя медицинской сестре свои беспокойства и задавая различные вопросы, которые не могут быть до конца выяснены врачом-специалистом во время приема. Во время таких бесед медицинская сестра может понять и дать точную оценку того, что пациент думает о своем здоровье и как относится к своей болезни, то есть оценивать качество жизни до начала лечения и отслеживать динамику этого показателя во время проведения лечения. Важным является тот факт, что медсестра работает не только с пациентами, но и с его родственниками. В этом случае возникает союз врача, пациента, родственников и медицинской сестры,

что позволит сделать терапию максимально гибкой и динамичной с активной медицинской грамотностью родственников при лечении.

Обучение медсестер с высшим образованием в России позволяет рационально и эффективно использовать свои знания и возможности в различных областях работы с пациентами, в том числе в области профилактической работы и укрепления здоровья. Медицинская сестра с высшим образованием принимая участие в процессе обучения пациентов с псориазом может значительно расширить возможности для улучшения качества жизни пациентов и их семей. Образовательные программы должны разрабатываться совместно с врачами-специалистами и содержать в себе основные разделы, необходимые для формирования представлений пациентов об их болезни, знания о проблеме профилактики и надлежащего использования предписанного лечения, навыков необходимых для самоконтроля и самопомощи, а также своевременного доступа к медицинскому обслуживанию. Проводимые с пациентами консультативно-профилактические мероприятия помогут повысить уровень грамотности пациентов в вопросах правильного образа жизни при данном заболевании, улучшения показателей здоровья и качества жизни.

Запланированные мероприятия по уходу за пациентом, направленные на решение его проблем, должны быть по-настоящему осуществимыми и достижимыми. Участие пациента в планировании соответствующих вмешательств и разработке мероприятий по его обучению так же необходимо. Для грамотной организации терапевтической тактики, направленной на конкретного больного, необходимо предусматривать в ней мероприятия, направленные на улучшение качества жизни каждого конкретного пациента, включая индивидуальный образовательный компонент, обучение в правильном ведении домашнего хозяйства и психологическую поддержку по показаниям. При разработке плана работы с пациентом медицинская сестра может руководствоваться стандартом сестринских манипуляций, которые обеспечивают качественную помощь пациентам по конкретной проблеме. Но в стандарте невозможно предусмотреть все разнообразие клинической ситуации и персональных характеристик каждого пациента.

Основные цели консультативно-профилактических мероприятий проводимых медицинской сестрой:

1. Повышение уровня информированности пациента относительно его заболевания и факторов риска его развития и прогрессирования.

2. Повышение ответственности пациента за сохранение и поддержание своего здоровья.

3. Формирование рационального и активного отношения к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача.

4. Обучение навыкам и умениям по самоконтролю за состоянием здоровья, анализу причин и факторов, влияющих на здоровье.

5. Обучение выбору цели, составлению плана индивидуальных действий по оздоровлению и контролю за их исполнением.

6. Обучение практическим навыкам по оказанию самопомощи в случаях обострений и острых эпизодов болезни.

7. Формирование навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (рекомендации по правильному питанию, физической активности, отказа от вредных привычек).

Не существует универсального рецепта успешного обучения, применимого ко всем, но можно разработать собственные методы, основанные на том, что будет лучше и продуктивнее для каждого отдельного человека. Например, можно воспользоваться таким методом как рассказ-беседа или демонстрация наглядного материала. Процесс обучения так же может распространяться и на членов семьи пациента, если пациенту невозможно долгое время заботиться о себе. Медицинская сестра должна выбрать подходящий и эффективный метод обучения принимая во внимание многие факторы: состава слушателей, конкретной ситуации, своих сил, объема и характера представленной информации, времени, доступных средств, и оборудования. Проводя обучение пациентов или членов их семей, медицинская сестра всегда должна помнить, что способы и скорость обучения у всех людей разные. Воздействуя на активацию органов чувств слушателей (зрение, слух, осяза-

ние), а также вовлечение их в работу, этот процесс может быть значительно ускорен. Для того, чтобы облегчить процесс обучения, медицинская сестра может привлекать пациентов к активному участию в планировании занятий, совместно определять задачи, поощрять дискуссии, делиться опытом. Таким образом, медицинская сестра, помимо непосредственного ухода за пациентом, выступает в качестве наставника к поддержанию здоровья и здорового образа жизни, помогает ему уйти от закомплексованности, обрести уверенность в себе и своих силах.

Помогая разобраться в переживаниях пациента в связи с реакциями на болезнь, медицинская сестра должна поддерживать профессиональное достоинство, соблюдая правила этики и деонтологии, а также собственный психологический баланс. На этом этапе работы личные качества медицинской сестры, ее отношение к пациентам играет немаловажную роль. На фоне яркого обострения переживаний, пациенту от медицинской сестры требуется сочувствие, активное участие, вежливость, внимательность, доброжелательность, уважение к жизни, достоинству и правам человека.

2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
В КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ  
ФГКУ «354 ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ»  
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. Характеристика деятельности Кожно-венерологического отделения  
ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России

Кожно-венерологическое отделение является одним из старейших в госпитале. Оно было организовано в 1920 году. Кожно-венерологическое отделение ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России предназначено для оказания квалифицированной и специализированной помощи больным дерматовенерологического профиля, их лечения и проведения военно-врачебной экспертизы. На базе отделения проводится учёба врачей-интернов по программе первичной специализации по дерматовенерологии. Отделение по штату развернуто на 25 коек.

В течение отчетного периода 2017 года в сравнении с отчетным периодом 2016 года лечилось 544/523.

Таблица 2 – Структура пациентов госпиталя по контингенту

Контингент	2017 г.		2016 г.	
	абс., чел.	уд.вес., %	абс., чел.	уд.вес., %
Военнослужащих, всего	544	100	523	100
-военнослужащих по призыву	382	70,22	354	67,75
-военнослужащих по контракту	129	23,71	150	28,63
Военнослужащие в запасе и отставке	16	3,00	15	2,86
Члены семей кадра, запаса и отставке	17	3,07	4	0,76

Из данной таблицы показателей удельного веса лечившихся, мы можем увидеть какой процент пациентов относится к группе военнослужащих по призыву и военнослужащих, проходящих службу на контрактной основе.

Таблица 3 – Распределение лечившихся больных по классам

Классы болезней	Призыв				Контракт			
	2017		2016		2017		2016	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Военнослужащих, всего	382	100	354	100	129	100	150	100
Болезни кожи и подкожно – жировой клетчатки (класс XII)	304	79,6	235	66,34	96	74,55	95	63,71
Группа 1. Инфекции кожи и подкожной клетчатки	56	18,4	51	21,69	2	2,37	9	9,94
Группа 3. Дерматит и экзема	107	35,19	98	41,9	34	35,08	23	24,6
Группа 4. Папулосквамозные нарушения	35	11,57	16	6,61	43	44,72	36	37,66
Группа 5. Крапивница и эритема	15	4,92	12	4,9	15	15,46	5	5,3
Группа 7. Болезни придатков кожи	84	27,61	49	20,85	-	-	15	15,7
Группа 8. Другие болезни кожи	7	2,31	10	4,05	2	2,37	6	6,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (класс I)	78	20,4	119	33,66	33	25,45	55	36,29
Группа 5. Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	11	14,07	20	16,9	18	53,52	35	64,29
Группа 11. Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек	19	24,36	29	24,36	6	18,19	7	11,93
Группа 15. Микозы. Дерматофития.	48	61,57	70	58,74	9	28,29	13	23,78

Таблица 4 – Причины увольнения из ВС, %

	2016 г.		2017 г.	
	призыв	контракт	призыв	контракт
Всего человек	4,79	4,67	4,97	0,78
Причины				
Группа 3	7	1,97	5	1,31
Группа 4	12	5,30	7	1,83
Группа 7	2	0,56	3	/0,78
Группа 8	1	0,28	1	0,26

По проведенному исследованию кожных заболеваний и данным полученным из таблиц 2 и 3 можно сделать вывод, что папулосквамозные нарушения являются самой распространенной причиной обращения пациентов в

стационар кожно-венерологического отделения, а также лидирующей по увольнениям из вооруженных сил РФ.

Исходя из популярности, данной группы заболеваний в кожно-венерологическом отделении, нами были разработаны наглядные материалы для пациентов с псориазом, выпущены бюллетени и памятки об особенностях диеты, правильного питания и здорового образа жизни при этом заболевании.

## 2.2. Материалы и методы исследования

Настоящая работа была проведена на базе Федерального Государственного Казенного Учреждения «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России Центрального военного округа г. Екатеринбург в кожно-венерологическом отделении.

В практической части работы был использован метод социологического опроса (анкетирование). По теме работы в течение трех месяцев проанкетировано 20 больных с псориазом в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст  $34,8 \pm 1,75$ ) и длительностью заболевания от 1 до 30 лет (в среднем 12,3). Среди больных было 18 (90%) мужчин и 2 (10%) женщин. У всех обследованных больных выявлен распространенный вульгарный псориаз (РВП), из них у 3 больных в сочетании с псориатическим артритом 1 степени активности (ПА).

Таблица 5 – Клиническая характеристика больных

Форма псориаза	Пол		Средний возраст	Средняя длительность заболевания	Средняя длительность суставного синдрома
	Мужчины	Женщины			
РВП	16	1	33,9	13,3	-
ПА	2	1	35,8	12,5	5,4
Всего	18	2	34,8	12,3	5,4

Таблица 6 – Распределение пациентов по полу и возрасту

Пол	Возраст												Всего больных	
	До 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		51 - 60		Старше 60		Аб с.	%
	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%		
Мужчины	3	15	2	10	8	40	3	15	1	5	1	5	18	90
Женщины	-	-	-	-	2	10	-	-	-	-	-	-	2	10
Всего	3	100	2	10	10	100	3	100	1	100	1	100	20	100

Как можно увидеть из таблицы 6 основную часть пациентов составили лица трудоспособного возраста от 31 – 40 лет (50 %), до 20 лет – 15%, 41 – 50 лет – 15%, 21 – 30 лет – 10%, 51 – 60 лет – 5%, старше 60 лет – 5%.

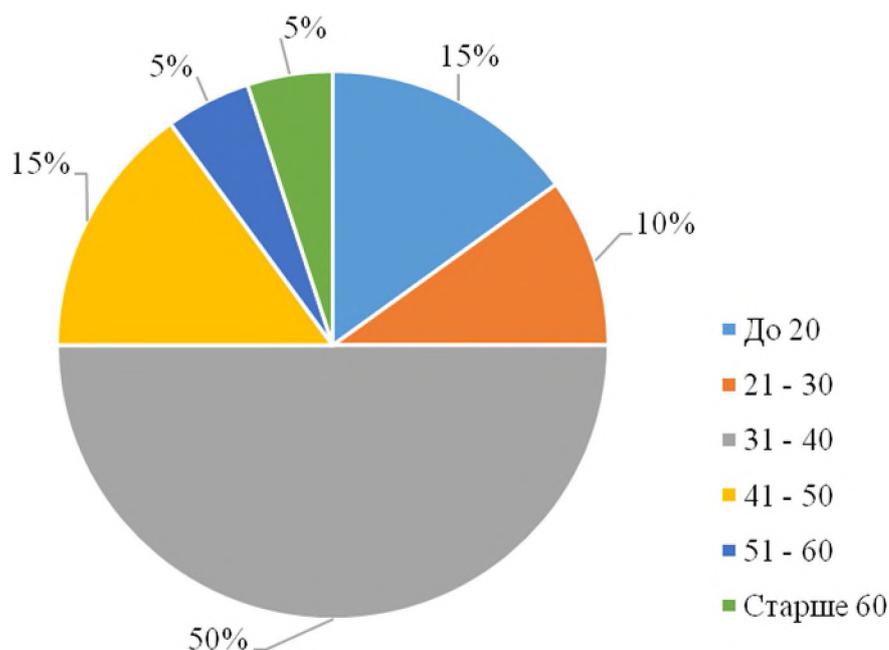


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу и возрасту

Далее нам было необходимо определить, среди каких контингентов военнослужащих, чаще всего преобладает данное заболевание. Распределение происходило среди тех пациентов, которые проходили начальное анкетирование.

Таблица 7 – Распределение пациентов с псориазом по контингентам военнослужащих

Контингенты	Абс.	%
В/с по призыву	5	25
В/с контрактной службы:	13	65
- рядовые контрактной службы	3	15
- офицерский состав	10	50
В/с в запасе и отставке	2	10
Всего	20	100

Из таблицы 7 можно увидеть, что псориаз преобладает в группе военнослужащих, проходящих службу на контрактной основе – 65%, из них 3 человека – 15% являются рядовыми контрактной службы, 10 человек – 50% входят в офицерский состав. В следующую группу можно выделить категорию военнослужащих, проходящих службу по призыву, 5 человек – 25%. Военнослужащие находящиеся в запасе или отставке составляют самый низкий процент по заболеваемости, 2 человека – 10%.

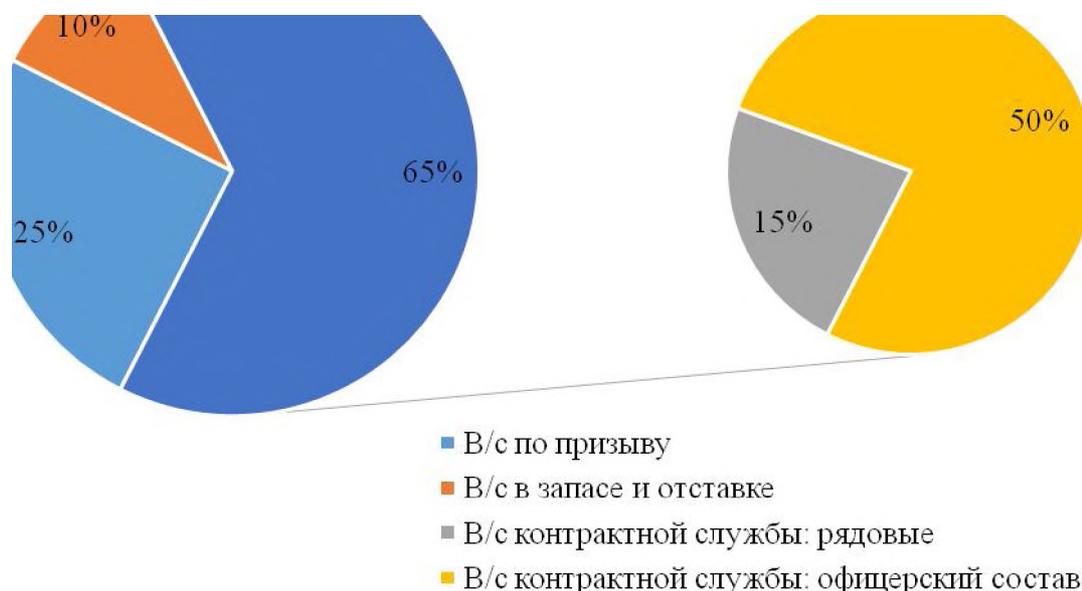


Рисунок 2 – Распределение пациентов с псориазом по контингентам

Для проведения работы необходимо осуществить сортировку пациентов по группам. Группы были сформированы исходя из срока давности начала заболевания.

Таблица 8 – Распределение пациентов в зависимости от срока протекания заболевания

Срок заболевания	В/с по призыву		В/с контракт: рядовые		В/с контракт: офицерский состав		В/с в запасе и отставке		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0 – 5 лет	5	100	3	100	2	20	-	-	10	50
6 – 10 лет	-	-	-	-	3	30	-	-	3	15
11 – 20 лет	-	-	-	-	4	40	2	100	6	30
21 – 30 лет	-	-	-	-	1	10	-	-	1	5
Всего	5	100	3	100	10	100	2	100	20	100

Все пациенты были поровну разделены на 2 группы: I группа – пациенты с впервые выявленным псориазом или коротким сроком заболевания, II группа – пациенты с большим сроком протекания псориаза.

### 2.3. Анализ деятельности медицинской сестры кожно-венерологического отделения в профилактике осложнений псориаза

Работа отделения в значительной степени обеспечивается участием среднего медицинского персонала. Медицинские сестры играют более значительную роль в процессе ведения хронических пациентов. Средний медицинский персонал выполняет функции помощника врача, осуществляет контроль и уход за больными, проводит скрининг, привлекает и организует участие сотрудников социального профиля, поддерживает связь с родственниками больного, обеспечивает выполнение больным врачебных назначений, следит за соблюдением годового плана по ведению пациента, фиксирует проведение лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Консультативная работа медицинской сестры должна быть направлена на достижение разнообразных целей, важнейшими из которых являются ознакомление пациентов со своим заболеванием (причины и механизмы развития), обучение методам первичной и вторичной профилактики, формирование представлений о правильном образе жизни при данном заболевании и ответственный подход к своему здоровью.

В этой части работы был использован метод наблюдения. Наблюдение проводилось за медицинскими сестрами кожно-венерологического отделения, и их работой с пациентами по профилактике рецидивов псориаза.

Большей частью работы медицинской сестры кожно-венерологического отделения является выполнение медикаментозных назначений лечащего врача. На профилактическую работу у медицинских сестер уходит очень мало времени. Профилактическая работа по псориазу в кожно-венерологическом отделении ведется поверхностно, и заключается лишь в том, что медицинские сестры могут дать пациенту консультацию о правилах приема медицинских препаратов, назначенных лечащим врачом, о наружной терапии, и уходе за кожей вне условий стационара. Медицинскими сестрами не используются методики социологических опросов, с целью выявления знаний пациентов о своем заболевании, так же в работе не применяются дерматологические индексы качества жизни пациента, для определения субъективной оценки пациента относительно влияния заболевания на здоровье. С пациентами не проводятся специальных занятий по формированию навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска (рекомендации по правильному питанию, физической активности и отказа от вредных привычек).

Обобщая все вышесказанное, деятельность медицинской сестры кожно-венерологического отделения в профилактике осложнений псориаза находится на низком уровне.

В кожно-венерологическом отделении планируется провести ряд мероприятий (мероприятия и условия их реализации представлены в 3 главе дипломной работы) для расширения роли медицинских сестер в профилактике рецидивов псориаза, поскольку в настоящее время функции медицинского персонала сводятся к выполнению лишь медикаментозных назначений. На сегодняшний момент существует потребность в смещении роли медицинской сестры от технического исполнителя назначений врача в сторону его высококвалифицированного помощника по уходу и обеспечению высокого уровня оказания профилактической медицинской помощи.

### 2.3.1. Анализ нормативных документов по профилактической деятельности

Работа каждого медицинского учреждения не может быть организована без определенного фундамента. Этим фундаментом является свод нормативных документов, которые определяют требования по безопасности, правила, общие принципы, характеристики, касающиеся определенных видов деятельности или их результатов и доступные широкому кругу потребителей.

Основным нормативным документом, определяющим меры медицинской профилактики является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На основании этого федерального закона работают все учреждения здравоохранения.

Так же существуют приказы Министерства здравоохранения по проведению профилактической деятельности в медицинских учреждениях. На базе этих приказов так же проводится профилактическая работа в ФГКУ «354ВГК» Минобороны России.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.09.2015г. № 683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.09.2003г. N 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в РФ».

В отдельную группу нормативных документов по профилактической деятельности в ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России можно выделить приказы Министерства обороны РФ.

Приказ Министра обороны РФ от 18 июня 2011 г. N 800 "Об утверждении Руководства по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных Силах Российской Федерации".

### 2.3.2. Динамика информированности пациентов

Для проведения качественной консультативно-профилактической работы необходимо было оценить уровень знаний пациентов, включенных в исследование, о своем заболевании, профилактике рецидивов, и приверженности к соблюдению назначений лечащего врача. С этой целью мы провели анкетирование до начала терапии разработав специальную анкету (прил. 1). В этой анкете мы выявляли уровень знаний по следующим позициям:

- Причины заболевания;
- Генетическая предрасположенность;
- Факторы, вызывающие появления и обострение;
- Проявления заболевания;
- Процессы, происходящие в коже, суставах при заболевании;
- Формы псориаза;
- Течение псориаза;
- Лечение псориаза;
- Уход за кожей при ремиссии и обострении;
- Влияние образа жизни на течение заболевания;
- Профилактика обострения псориаза;
- Влияние псориаза на трудовую деятельность;
- Реабилитация. Предупреждение инвалидности.

В дальнейшем, после окончания стационарного лечения повторно оценивали уровень знаний, мотивацию к соблюдению полученных в ходе профилактических бесед и изучения раздаточного материала с рекомендациями. Начальное анкетирование проводилось с целью определения исходного уровня знаний больных о своем заболевании. Разработанная анкета включала в себя тринадцать открытых вопросов; опросники пациенты заполняли самостоятельно, в течение 10 – 15 минут. Уровень информированности оценивался в баллах. В ответах на все вопросы выставлялись оценки (от 1 до 5), которые наиболее точно соответствовали, по субъективной оценке пациентов, их

информированности о своем заболевании. При ответе на вопросы предполагалось, что чем выше знания о своем заболевании, тем выше балл. Всего проанализировано 20 анкет. Анкетирование показало, что начальный уровень знаний о своем заболевании у пациентов во всех группах был в целом невысоким.

Каждый этап процесса является важной ступенью в решении основной проблемы – лечении пациента. Но, очевидно, для решения этой проблемы необходимо получить наиболее представительную информацию о проблемах пациента, как до начала терапии, так и во время лечения, включая стандартизованное исследование показателей качества жизни и информированности пациентов. Поэтому дальнейшее совершенствование сестринского ухода на основе индивидуального подхода к решению проблем пациента необходимо для правильного обоснования и выбора адекватной терапии.

На первом этапе до начала работы и проводимой терапии нам необходимо было выяснить степень информированности пациентов о своем заболевании. Это мы сделали с помощью составленной анкеты (прил.1) на вопросы которой отвечали пациенты.

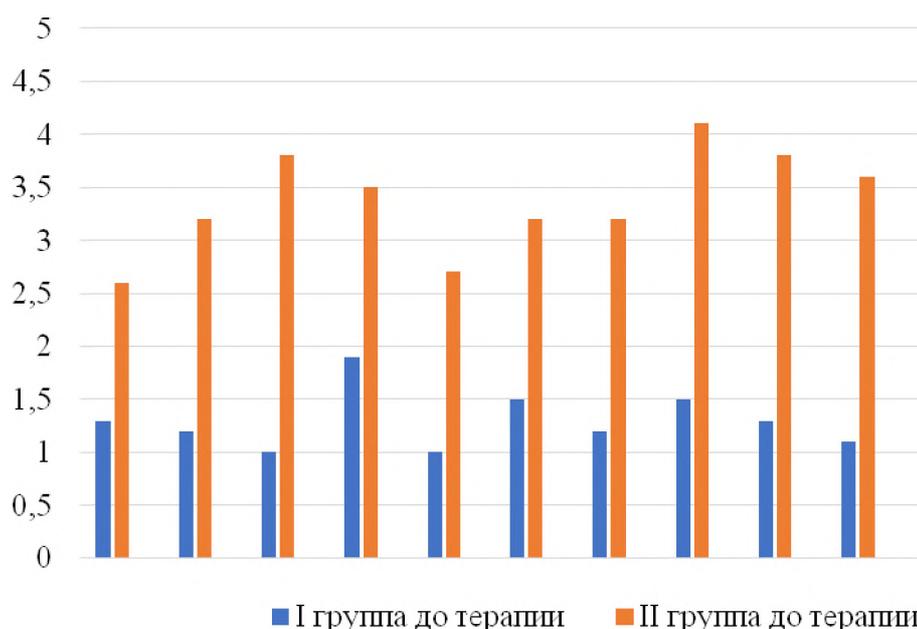


Рисунок 3 – Степень информированности пациентов I и II групп до начала терапии

На рисунке 3 нами показаны интегральные показатели информированности пациентов (среднеарифметическая сумма баллов всех пациентов, полученная по результатам анкетирования – приложение 1) до начала исследования, консультационных занятий и терапии по обеим группам.

Из анкетирования по информированности на начальном этапе можно отметить общую, достаточно низкую информированность пациентов о своем заболевании, в I группе (в среднем от 9 до 16 баллов), во II группе результаты намного выше (от 25 до 40 баллов), что можно связать с более длительным сроком заболевания.

При дополнительном исследовании начального уровня информированности пациентов о своем заболевании, было выявлено, что большинство пациентов не знают причины заболевания. Только 10% пациентов среди причин заболевания назвали инфекционные заболевания. Так же был проведен анализ о факторах риска. Около 70% пациентов не считали факторами риска нового обострения употребление алкоголя и курение. Только 10 % пациентов знало о роли химической травмы, 50% пациентов отмечали что заболевание рецидивирует при несоблюдении диеты – неправильное питание с обилием углеводов, фастфуд, высокоаллергенные продукты.

После проведенного анкетирования и бесед с пациентами был разработан план совместной работы пациента и медицинской сестры. На основании результатов опроса были выявлены приоритетные проблемы пациентов, которые были подробно описаны в процессе ознакомления с историей пациента и амбулаторной картой, а также во время личных бесед.

Данные полученные из анкетирования позволили нам более конкретно составить мероприятия для пациентов из I и II групп. При осуществлении плана ухода за пациентами с псориазом, помимо выполнения своих функциональных обязанностей, медсестра выступала в качестве консультанта в следующих аспектах:

- Обучение и консультирование пациента по вопросам профилактики осложнений;

– Обучение правилам ухода за кожными покровами, как во время обострения, так и вне;

– Обеспечение пациента информационными пособиями, в которых они подробно могли узнать о своем заболевании, о правильном питании и важности соблюдения диеты, ежедневной гигиене и уходе за кожей, о необходимости соблюдения здорового образа жизни, и ограничениях при занятии спортом.

В процессе работы для пациентов было разработано методическое пособие, которое освещает все основные аспекты псориаза и уходе за собой при этом заболевании (прил.5). В рамках назначений лечащего врача в отделении было организовано несколько занятий с инструктором ЛФК, чтобы продемонстрировать комплекс упражнений.

Для того что бы дать оценку эффективности проведенной работы по окончанию стационарного лечения мы провели заключительное анкетирование с пациентами из обеих групп. Полученные результаты оценки информированности свидетельствуют о том, что пациенты из I и II групп повысили знания о своем заболевании и начали проявлять интерес к предупреждению рецидивов и осложнений.

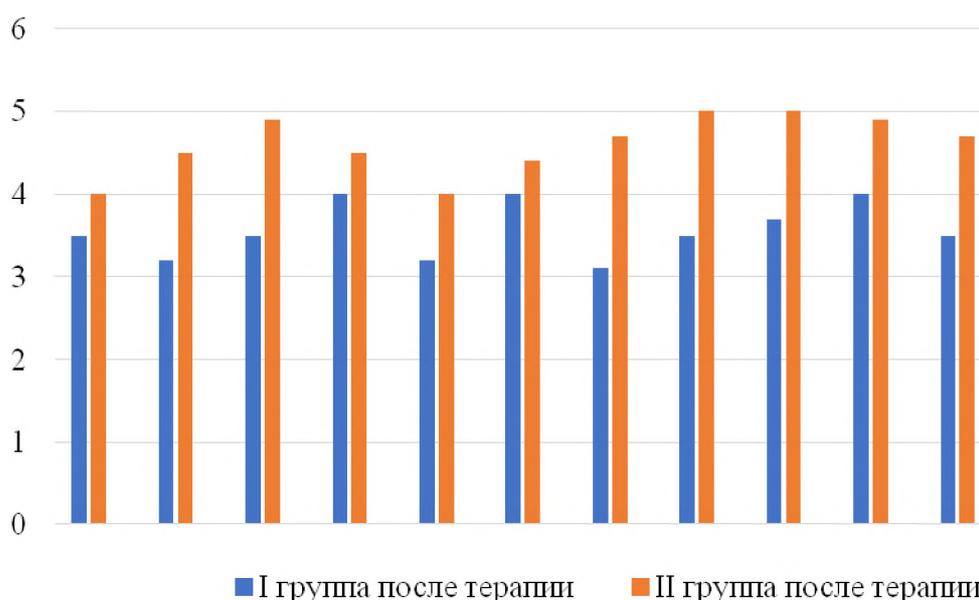


Рисунок 4 – Степень информированности пациентов I и II после проведения терапии

На рисунке 4 представлены данные информированности пациентов из I и II группы по окончании стационарного лечения. Как видно из данного рисунка информированность пациентов обеих групп значительно возросла, по сравнению с начальными результатами. Полученные данные показывают, что при активной совместной работе пациентов с медицинской сестрой у пациентов было сформировано правильное понимание их состояния, симптомов псориаза и факторов риска развития, причин прогрессирования, что способствовало более активному самоконтролю и участию пациентов в лечении.

### 2.3.2. Оценка качества жизни, связанная со здоровьем и динамика дерматологического индекса качества жизни пациентов до и после обучения

Все больше людей сталкиваются с разнообразными формами заболеваний кожи. Основное место среди дерматологических заболеваний занимают аллергодерматозы и хронические заболевания невыясненной этиологии, такие как, аллергический и атопический дерматиты, крапивница, псориаз, экзема и т.п.

Все эти перечисленные заболевания оказывают значительное влияние на качество жизни, причиняя пациентам не только физический, но и психологический дискомфорт. Красивая, ровная и здоровая кожа вызывает восхищение, а любые проблемы на коже становятся причиной проблем в коммуникации с окружающими, значительно снижают самооценку, приводят к депрессивным состояниям и психозам.

Наша цель – определить, как дерматологическое заболевание влияет на качество жизни пациентов с псориазом. В исследовании качества жизни пациентов мы использовали Дерматологический Индекс Качества Жизни (приложение №2) (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)) применяется дерматологами для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом. Индекс был разработан специалистами

Уэльского университета (авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992).

Индекс ДИКЖ может быть использован как критерий оценки эффективности лечения дерматологического заболевания.

Анкета для определения индекса ДИКЖ предназначена для пациентов старше 16 лет. Даная анкета содержит в себе 10 вопросов. Вопросы анкеты ДИКЖ адресованы непосредственно пациенту, поэтому отвечать на них должен он сам. Однако для облегчения работы больного желательно присутствие специалиста – дерматолога, или в нашем случае медицинской сестры.

Цифровой показатель, который получают в результате анализа ответов пациента, отражает уровень негативного воздействия заболевания на качество жизни пациента. Каждый вопрос расценивается по шкале от 0 до 3 баллов: очень сильно – 3, сильно – 2, незначительно – 1, нет – 0. Этот опросник очень удобен в применении, и его можно ежедневно использовать в практической деятельности. К большим плюсам анкеты можно отнести ее простоту (ее могут заполнять пациенты из разных возрастных групп и вне зависимости от уровня развития интеллекта), а также ее заполнение не займет много времени, каждый пациент заполнил ее примерно за 5 минут.

ДИКЖ рассчитывается путем суммирования баллов за каждый вопрос. Результат может находиться в диапазоне от 0 до 30 баллов. Чем больше сумма баллов, тем заболевание негативнее отражается на качестве жизни пациента.

В нашей работе оценка качества жизни выполнялась с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) до и после стационарного лечения. Индекс был рассчитан после суммирования всех баллов за ответ на каждый вопрос. Результат может находиться в диапазоне от 0 до 30 баллов. Максимальным показателем индекса является результат в 30 баллов. Чем больше этот показатель подходит к 30 баллам, тем более выражено негативное действие заболевания на качество жизни пациента.

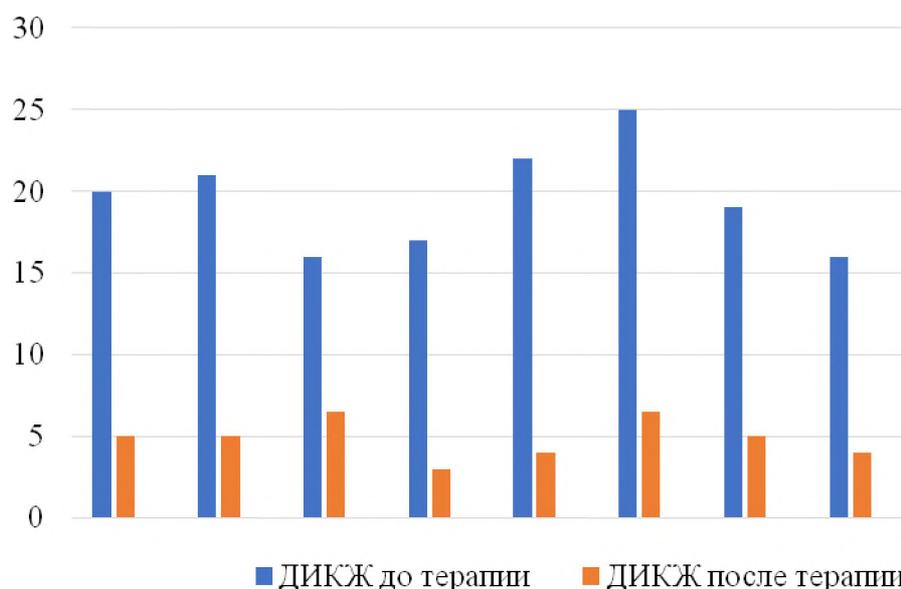


Рисунок 5 – Динамика ДИКЖ пациентов I группы до и после терапии

Медиана ДИКЖ у пациентов I группы (n=10) до проведения терапии составила 20 [16 – 24],  $20 \pm 4$  балла, судя по этим показателям это соответствует сильному влиянию на качество жизни пациентов; после проведенного стационарного лечения и бесед с пациентами эти показатели значительно снизились до 6 [5 – 8]  $6,5 \pm 1,5$  баллов. Дерматологический индекс качества жизни снизился в среднем в 3,5 раза.

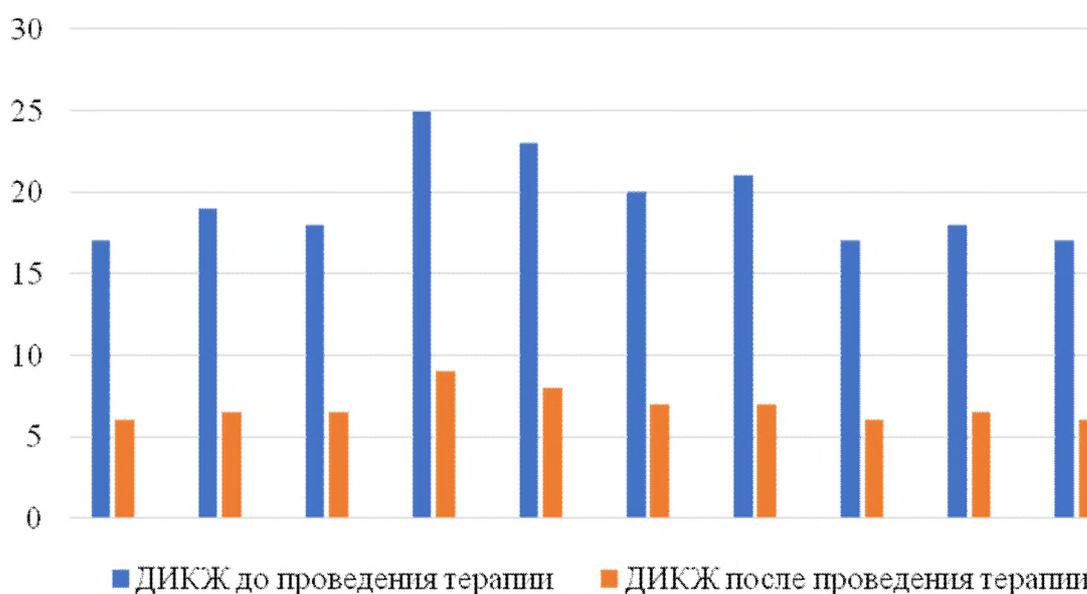


Рисунок 6 – Динамика ДИКЖ пациентов II группы до и после терапии

Медиана ДИКЖ у пациентов II группы (n=10) до проведения терапии составила 20,5 [17 – 25]  $21 \pm 4$  баллов, в данной группе пациентов так же можно судить о значительном влиянии псориаза на качество жизни пациента. После проведенного стационарного лечения и консультационных бесед с пациентами выявилось снижение данных показателей до 7 [6 – 9]  $7,5 \pm 1,5$  баллов. Так же, как и в предыдущей группе можно увидеть снижение показателя ДИКЖ в 3,5 раза.

При прохождении анкетирования все пациенты отмечали что из-за своего заболевания они испытывают дискомфорт и затруднения при общении с родственниками, друзьями, коллегами по работе. Кроме того, нами было отмечено, что у пациентов с локализацией псориатических бляшек на открытых частях тела, показатель ДИКЖ был высоким. У большинства пациентов это влияло на выбор одежды. Все пациенты, без исключения, отметили сильный эмоциональный дискомфорт находясь без одежды в общественных местах (бассейн, спортивный зал), выразив свои опасения в том, что окружающие могут относиться с неприязнью к их проблемам с кожей.

На фоне проводимой терапии и бесед с пациентами показатели качества жизни значительно улучшились. При беседе с медицинской сестрой пациенты были достаточно открыты, некоторые из них в конце проведенного лечения говорили о том, что с медицинской сестрой легче наладить общение, чем это было бы с лечащим врачом, так как медицинская сестра находится с пациентом почти круглосуточно. Пациенты чувствуют себя значительно свободней, когда беседуют с сестрой, доверяя ей свои переживания и проблемы. Таким образом, активное участие медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при кожных заболеваниях приводит к улучшению общего состояния пациентов, снижению у них частоты обострений и госпитализаций в лечебные учреждения. Обучение пациента, страдающего кожным заболеванием и его родственников методам управления своим заболеванием приобретает особый смысл и становится важной частью ежедневной работы сестринского персонала. Полученные данные подтверждают роль медицинской сестры в процессе лечения больных.

### 3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Для составления практических рекомендаций по результатам проведенной работы, было необходимо провести несколько исследований, касающихся качества жизни пациентов и степени их информированности по данному заболеванию.

Было выяснено, что необходимо провести исследование качества жизни, для определения степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента. Для этого мы использовали Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)). По результатам данного исследования можно сказать что, до проведения стационарного лечения и бесед с пациентами показатели соответствовали сильному влиянию заболевания на качество жизни пациентов. На фоне проводимой терапии и бесед с пациентами показатели качества жизни значительно улучшились, показатель ДИКЖ снизился в 3,5 раза. Самооценка качества жизни является самым достоверным показателем, который отражает внутреннее состояние, и позволяет определить основные потребности пациента. При правильном и своевременном определении индивидуальных потребностей пациентов, возрастает эффективность консультационно – профилактической работы, повышается вероятность более благоприятного прогноза для излечения, в том числе из-за доверия и уважения к рекомендациям медицинского персонала.

В работе с пациентом, медицинский работник должен иметь обратную связь, что реализовалось в процессе проведения анкетирования до начала стационарного лечения и после. Изначально у всех пациентов был выявлен низкий уровень знаний о своем заболевании. Отсутствие достаточного уровня знаний о своем заболевании формирует у пациента искаженную картину происходящих с ним явлений, а в конечном итоге может привести к самолече-

чению или же отказу от лечения, что только усугубляет эстетические, психологические, социальные проблемы у пациентов.

Для модернизации и совершенствования профилактического обслуживания пациентов с псориазом руководство отделения было ознакомлено с результатами исследования и рекомендациями по улучшению медицинской помощи пациентам с псориазом.

1. Необходимо разработать и внедрить программу мероприятий по обучению сестринского персонала. Руководители сестринской службы должны обучить как правильно определять приоритеты в профилактической работе, проводить занятия с пациентами, выбирать темы, формы подобных занятий (лекции, беседы, индивидуальное консультирование); знакомить медицинских сестер с новой информацией, которую необходимо предоставлять пациентам (новые методики лечения, статистические данные по итогам проведенных исследований в области профилактики заболевания). Совершенствование знаний и навыков специалистов среднего звена повышает результативность приложенных усилий в профилактической работе с пациентом с диагнозом псориаз.

2. Разработать программу мероприятий медико-санитарного просвещения для больных с псориазом, в том числе – проведение консультативных бесед и программ обучения самопомощи;

3. Разработать и внедрить информационные пособия для пациентов с псориазом, в которых они подробно могли узнать о своем заболевании, о правильном питании и важности соблюдения диеты, ежедневной гигиене и уходе за кожей, о важности ведения здорового образа жизни, и ограничениях при занятии спортом (прил. 5);

4. Внедрить в ежедневную работу медицинского персонала проведение анкетирования пациентов с псориазом по вопросам информированности о своем заболевании, до и после стационарного лечения (прил.1), а также проведение анкетирования по ДИКЖ (прил.2) При поступлении на стационарное лечение пациент заполняет специальные анкеты по вопросам информированности о своем заболевании и анкету по ДИКЖ. Медицинская сестра, прини-

мающая пациента на стационарное лечение, обрабатывает данные анкеты. По полученным данным, совместно с лечащим врачом составляется план профилактических мероприятий, направленных на повышение уровня информированности пациента о своем заболевании и повышения качества жизни каждого пациента;

5. Создать информационный стенд, который позволит пациентам еще больше узнать о своем заболевании, о проведении ближайших занятий с психологом и инструктором ЛФК;

6. Создать систему сбора предложений и просьб пациентов, результатов анкетирования пациентов, находящихся на стационарном лечении, для оценки степени удовлетворенности и полезности проведения консультативно-профилактических мероприятий. В ней так же можно выразить свои пожелания, или написать, чего не доставало при проведении данных мероприятий (прил.4); осуществлять ежемесячный контроль и анализ поступившей информации.

7. Проведение тренингов для пациентов с помощью штатного госпитального психолога, для решения психологических проблем, связанных с заболеванием и повышение уровня качества жизни пациента. Совместно с госпитальным психологом составлять план мероприятий на каждый месяц для пациентов кожно-венерологического отделения с диагнозом псориаз. Предоставлять результаты начальных данных на каждого пациента по анкетированию ДИКЖ;

8. Проведение занятий с инструктором ЛФК позволит пациентам ознакомиться с комплексом упражнений при данном заболевании, узнать о необходимости соблюдения здорового образа жизни, а также о некоторых ограничениях при занятии спортом. Совместно с инструктором лечебной физкультуры составлять план мероприятий на каждый месяц для пациентов кожно-венерологического отделения с диагнозом псориаз.

Предоставленные рекомендации не являются совершенными и достаточно полными, так как они были разработаны только лишь на основе проведенных наблюдений, социологических методик (анкетирования), бесед с па-

циентами отделения и изучения научной литературы по данному вопросу. Новерная трактовка предоставленных рекомендации и их компетентное использование может оказать влияние на повышение качества профилактического обслуживания пациентов с псориазом.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день, псориаз является очень распространенным кожным заболеванием, и зачастую протекает достаточно тяжело. Большое количество людей страдают от этого заболевания кожи, испытывают ограничения в выборе своей профессиональной деятельности и занятости, планируя свой отдых, или же просто подбирая одежду. Наличие косметических значительных высыпаний на открытых участках кожи, дезадаптирует пациентов с псориазом в социальном плане и резко снижает качество жизни. В результате болезни большинство пациентов испытывают тревогу, у многих заболевание действует на настроение, появляется раздражительность, нарушения памяти, нарушения сна, образование новых психических механизмов, новое поведение, страх инвалидности, частичное отделение от общества, косметические дефекты.

В процессе проведенного исследования выявлено, что ведение больных псориазом заключается не только в лечении пораженных участков кожи, но и в рациональной организации процесса лечения и диагностики, систематизации и индивидуализации ухода, ориентированного на потребности пациента, направленного на укрепление и поддержание здоровья пациента, семьи, общества и профилактики болезни. Очень важно понимать медико-биологические, социальные стороны личности больных, а также их внутренний мир и отношение к своему недугу.

Важная роль в осуществлении этой миссии отводится медицинским сестрам. Все то, что окружает пациента, находящегося на стационарном лечении должно располагать пациента к медицинским работникам и устранять чувство неловкости и страха. Дружелюбие персонала, рациональное расположение интерьеров, хорошо продуманная система визуального санитарного обслуживания, учебные материалы (плакаты, санбюллетени), все это играет важную роль в проведении успешной психологической реабилитации и консультативно-профилактической работы.

В нашем исследовании принимали участие 20 человек с диагнозом псориаз проходившие стационарное лечение в кожно-венерологическом отделении.

Основную часть пациентов составили лица трудоспособного возраста от 31 – 40 лет (50 %), до 20 лет – 15%, 41 – 50 лет – 15%, 21 – 30 лет – 10%, 51 – 60 лет – 5%, старше 60 лет – 5%.

Пациенты кожно-венерологического отделения состоят из числа военнослужащих и их семей, проходящих службу в центральном военном округе. Псориаз преобладает в группе военнослужащих, проходящих службу на контрактной основе – 65%, из них 3 человека – 15% являются рядовыми контрактной службы, 10 человек – 50% входят в офицерский состав. В следующую группу можно выделить категорию военнослужащих, проходящих службу по призыву, 5 человек – 25%. Военнослужащие находящиеся в запасе или отставке составляют самый низкий процент по заболеваемости, 2 человека – 10%.

Для проведения качественной консультативно-профилактической работы нам необходимо было оценить уровень знаний пациентов о своем заболевании, а также определить индекс ДИКЖ. С этой целью мы провели анкетирование до начала терапии. Для достижения цели и поставленных задач работы все пациенты были поровну разделены на 2 группы: I группа – пациенты с впервые выявленным псориазом или коротким сроком заболевания, II группа – пациенты с большим сроком протекания псориаза.

Каждому пациенту был предоставлен методический материал, в котором он подробно мог узнать о своем заболевании, о правильном питании и важности соблюдения диеты, ежедневной гигиене и уходе за кожей, о важности ведения здорового образа жизни, и ограничениях при занятии спортом. В дальнейшем, с каждым пациентом проводились индивидуальные консультационные беседы, в которых обсуждалось то, что было непонятно.

Для того что бы дать оценку эффективности проведенной работы по окончанию стационарного лечения мы провели заключительное анкетирование с пациентами из обеих групп. Полученные результаты оценки информи-

рованности свидетельствуют о том, что пациенты из I и II групп повысили знания о своем заболевании и начали проявлять интерес к предупреждению рецидивов и осложнений. Информированность пациентов обеих групп значительно возросла, по сравнению с начальными результатами. Полученные данные показывают, что при активной совместной работе пациентов с медицинской сестрой у пациентов было сформировано правильное понимание их состояния, симптомов псориаза и факторов риска развития, причин прогрессирования, что способствовало более активному самоконтролю и участию пациентов в лечении.

На фоне проводимой терапии и бесед с пациентами так же значительно улучшились показатели качества жизни. При беседе с медицинской сестрой пациенты были достаточно открыты, некоторые из них в конце проведенного лечения говорили о том, что с медицинской сестрой легче наладить общение, чем это было бы с делать с лечащим врачом, так как медицинская сестра находится с пациентом почти круглосуточно. Пациенты чувствуют себя значительно свободней, когда беседуют с сестрой, доверяя ей свои тревоги и проблемы.

Таким образом, проведенная работа показала, что активное участие медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при кожных заболеваниях приводит к улучшению общего состояния пациентов, снижению у них частоты обострений, и, что очень важно, повышает качество жизни. Обучение пациента, страдающего кожным заболеванием и его родственников методам управления своим заболеванием приобретает особый смысл и становится важной частью ежедневной работы сестринского персонала. Полученные данные подтверждают роль медицинской сестры в процессе лечения больных.

Предложенные направления по совершенствованию консультативно-профилактической работы могут быть одним из путей оптимизации лечения больных псориазом, значительно повышая качество жизни пациентов, а за этим и качество медицинской помощи.

Рациональное применение данных рекомендаций должно внести положительные изменения в профилактическую работу с пациентами, страдающими псориазом, что приведет к повышению качества предоставляемых медицинских услуг и сохранит благоприятный имидж медицинской организации.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии/ В.П.Адаскевич //– М.: Медицинская книга, 2004. – 165 с.
2. Адаскевич В.П., Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) / В.П. Адаскевич, В.П. Дуброва // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – № 1. – С.51 – 56.
3. Адаскевич В.П., Кожные и венерические болезни. – 2-е изд./ В.П. Адаскевич, В.М. Козин. – М.: Мед. лит. 2009. – 672 с
4. Бакулев А.Л., Псориаз как системная патология/ А.Л. Бакулев, Ю.В. Шагова, И.В. Козлова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – Т.4, № 1. – С. 13 – 20.
5. Денишев Р.Р. Псориаз: этиология, патогенез, лечение/ Р.Р. Денишев, А.А. Максимова [Электронный ресурс] // Научное сообщество студентов: Междисциплинарные исследования: сб. ст. по мат. XIV междунар. студ. науч.-практ. конф. № 3(14). – Режим доступа: [https://sibac.info/archive/meghdis/3\(14\).pdf](https://sibac.info/archive/meghdis/3(14).pdf) (дата обращения: 12.03.2018)
6. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами / С.И. Довжанский // Вестн. дерматол. – 2001. – № 3. – С.12 – 13.
7. Довжанский С.И. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псориаза/ С.И Довжанский, И.Я. Пинсон // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – № 1. – С.14 – 19.
8. Кожные и венерические болезни: справочник / Под ред. О. Л. Иванова. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 336 с.
9. Капулер О.М. Факторы, провоцирующие развитие псориаза, и возрастные особенности дебюта и рецидива заболевания у населения республики Башкортостан/ О.М. Капулер, Р.Ф. Хаматнуров, Б.Г. Латыпов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – №4. – С.27 – 31.

10. Кочергин Н.Г. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза/ Н.Г. Кочергин, Л.М. Смирнова // **Рос. журн. кож. и вен. бол.** – 2006. – № 4. – С.11 – 15.
11. Кубанова А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии/ А.А. Кубанова, А.А. Мартынов // **Вестн. дерматол.** – 2004. – № 4. – С.16 – 19.
12. Кунгуров Н.В. Генетические факторы этиологии и патогенеза псориаза /Н.В. Кунгуров, Н.Н. Филимонкова, В.И. Голубцов, С.А. Корхмазова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. - №1. – С. 23 – 27.
13. Лапина Е. Ю. Медико-социальная экспертиза и методы реабилитации хронического распространенного псориаза / Е. Ю. Лапина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. Том 18. – 2015 - №1. – с. 54 – 55.
14. Минеева А.А. Изучение генетических факторов предрасположенности к развитию псориаза/ А.А. Минеева, О.С Кожушная, В.А. Волнухин, Н.В. Фриго, Л.Ф. Знаменская, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. - №3. – С. 22 – 29.
15. Мартынов, А.А. Основные направления развития специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» / А.А. Мартынов, А.В. Власова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – №5. – С.16 – 23.
16. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ А.А. Новик, Т.И. Ионова /2-е издание под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «Олма Медиа Групп, 2007. 320 с.
17. Павлова О.В. Новые аспекты патогенеза псориаза: психонейроиммунные взаимодействия/ О.В. Павлова, Ю.К. Скрипкин // Российский журнал кожных и венерических болезней – 2007. – № 3. – С. 9–11.
18. Павлова О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза/ О.В Павлова // **Вестн. дерматол.** – 2005. – № 6. – С.36 – 39.
19. Персати М.А. Психоземotionalный статус у больных с хроническими дерматозами / М.А. Персати // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. №5. – С.579.

20. Померанцев О.Н. Заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема / О.Н. Померанцев, Н.Н. Потеев // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. - №6. – С.4 – 6.

21. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни/ Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов // – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 544 с.

22. Соболев В.В. Новый подход к комплексной терапии псориаза / В.В. Соболев, Е.В. Денисова, И.М. Корсунская // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. - №2. – С.82 – 86.

23. Чикин В.В. Патогенетические аспекты лечения больных псориазом / В.В. Чикин, Л.Ф. Знаменская, А.А. Минеева// Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. – №5. – С.86 – 90.

24. Шульман А.Я. Возможности медико - генетического консультирования при псориазе (обзор литературы) / А.Я. Шульман, О.А. Терман, Е.Н. Кухарева // Вестн. дерматол. – 2007. – № 4. – С.21 – 22.

25. Boehncke Wolf-Henning, Schön Michael P. Psoriasis // The Lancet. – 2015. – Vol.386, № 9997. – P. 983 – 994.)

26. Javitz H.S., Ward M.M., Farber E. et al. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States // J. Am. Acad. Dermatol. – 2002. – Vol.46. – P.850 – 860.

## Анкета

## «Оценка информированности пациента о своем заболевании»

Предлагаемая Вам анкета предназначена для оценки уровня Вашей информированности о своем заболевании. Ваши искренние ответы помогут разработать обучающую программу, которая позволит получить полный и достоверный спектр знаний по своему заболеванию.

Укажите в соответствующих графах те оценки (от 1 до 5), которые наиболее точно соответствуют Вашей информированности. При этом, в большинстве вопросов следует исходить из того, что чем выше Ваше знания о своем заболевании, тем выше балл.

№	Оцените знания:	Баллы				
		1	2	3	4	5
1	Причины заболевания	1	2	3	4	5
2	Генетическая предрасположенность	1	2	3	4	5
3	Факторы, вызывающие появления и обострение	1	2	3	4	5
4	Проявления заболевания	1	2	3	4	5
5	Процессы, происходящие в коже, суставах при заболевании	1	2	3	4	5
6	Формы псориаза	1	2	3	4	5
7	Течение псориаза	1	2	3	4	5
8	Лечение псориаза	1	2	3	4	5
9	Уход за кожей при ремиссии и обострении	1	2	3	4	5
10	Влияние образа жизни на течение заболевания	1	2	3	4	5
11	Профилактика обострения псориаза	1	2	3	4	5
12	Влияние псориаза на трудовую деятельность	1	2	3	4	5
13	Реабилитация. Предупреждение инвалидности.	1	2	3	4	5

Благодарим за помощь!

Анкета

для пациентов для определения индекса ДИКЖ

Наша цель — определить влияние дерматологического заболевания на Вашу жизнь. Пожалуйста, дайте ответ на каждый вопрос. При ответе учитывайте Ваше состояние на протяжении прошедшей недели.

1. Испытывали ли Вы зуд, жжение или болезненность на прошлой неделе?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
2. Испытывали ли Вы ощущение не ловкости или смущение в связи с состоянием Вашей кожи?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
3. Как сильно Ваши проблемы с кожей мешали Вам заниматься уборкой дома или покупками?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
4. Насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор Вашего гардероба на прошлой неделе?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
5. Как сильно влияло состояние Вашей кожи на Ваш досуг и социальную активность на прошлой неделе?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
6. На прошлой неделе состояние Вашей кожи мешало Вам заниматься спортом?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
7. Пропускали ли Вы учебу, отсутствовали на работе из-за состояния Вашей кожи?	Да	
	Нет	
Если Вы ответили «нет», то насколько сильно Вас беспокоило состояние Вашей кожи, когда вы находились на работе или учебе?	Сильно	
	Незначительно	
	Не беспокоило	
8. Влияло ли состояние Вашей кожи на Ваши отношения с родственниками, партнерами, друзьями на прошлой неделе?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	
9. Насколько сильно Ваши проблемы с кожей влияли на Вашу сексуальную	Очень сильно	
	Достаточно сильно	

жизнь?	Незначительным образом	
	Нет	
10. На прошлой неделе насколько сильно лечение заболевания кожи причиняло Вам неудобства, отнимая время, создавало проблемы?	Очень сильно	
	Достаточно сильно	
	Незначительным образом	
	Нет	

Благодарим за помощь!

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Трактовка результатов по анкете для определения индекса ДИКЖ пациентов

Каждый вопрос оценивается по шкале от 0 до 3 баллов

Очень сильно	3
Достаточно сильно	2
Незначительным образом	1
Нет	0

Трактовка ответа на вопрос №7:

да	3
нет	0

Индекс рассчитывается путем суммирования баллов по каждому вопросу. Результат может варьироваться от 0 до 30 баллов. Максимальное значение индекса – 30. И чем ближе показатель к этой отметке — тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Также индекс может быть выражен в процентном соотношении к максимально возможному баллу в 30.

Трактовка значений индекса ДИКЖ:

Значение индекса	Трактовка
0-1	кожное заболевание не влияет на жизнь пациента
2-5	заболевание оказывает незначительное влияние на жизнь пациента
6-10	заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента
11-20	заболевание оказывает очень сильное влияние на жизнь пациента
21-30	заболевание оказывает чрезвычайно сильное влияние на жизнь пациента

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

*Уважаемый пациент!*

*В данной анкете просим Вас ответить на вопросы, которые в дальнейшем помогут нам оценить качество оказываемой медицинской помощи и работы персонала. Анкета заполняется анонимно. Указанные Вами сведения не подлежат разглашению.*

1. Удовлетворены ли Вы условиями оказания медицинской помощи?
  - А) Да, полностью
  - Б) Больше да, чем нет
  - В) Больше нет, чем да
  - Г) Не удовлетворен
  
2. Удовлетворены ли Вы отношением врачей и медицинских сестер во время пребывания в медицинской организации? Вежливость и внимательность врача, медицинских сестер?
  - А) Крайне плохо
  - Б) Плохо
  - В) Удовлетворительно
  - Г) Хорошо
  - Д) Отлично
  
3. Если во время пребывания в медицинской организации Вам требовалась помощь медицинских сестер по вопросам ухода, то оцените действия персонала?
  - А) Отлично
  - Б) Хорошо
  - В) Удовлетворительно
  - Г) Плохо
  - Д) Крайне плохо
  
4. Во время прохождения стационарного лечения Вам предоставлялся информационно – методический материал по вопросам вашего заболевания? (если да, то переходите к вопросу № 5, если нет, то к вопросу № 6)
  - А) Да
  - Б) Нет
  
5. На сколько баллов по 5 – ти балльной шкале вы можете оценить полезность предоставленного информационно – методического материала?
  - А) 1 балл
  - Б) 2 балла

- В) 3 балла
- Г) 4 балла
- Д) 5 баллов

6. При получении новой информации, относящейся к Вашему здоровью, каким источникам информации вы доверяете?

- А) Интернет и СМИ
- Б) Научная литература
- В) Друзья и родственники
- Г) Медицинский персонал
- Д) Свой вариант \_\_\_\_\_

7. Повысился ли Ваш уровень знаний о своем заболевании после прохождения стационарного лечения?

- А) Да
- Б) Нет

8. Ваши рекомендации и предложения по улучшению качества организации медицинской помощи \_\_\_\_\_

9. В заключение укажите, пожалуйста:

Ваш пол      мужской      женский

Ваш возраст \_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_

Ваше место жительства:

Город (район) \_\_\_\_\_

Ваш уровень образования:

1. Неполное среднее
2. Среднее
3. Среднее специальное
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

Ваш социальный статус:

1. Военнослужащий срочного призыва
2. Военнослужащий контрактной формы
3. Член семьи военнослужащего
4. Пенсионер

*Благодарим за участие!*