

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра Управления сестринской деятельностью

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ
КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ
(на примере ГБУЗ СО «Уральский научно-исследовательский институт
дерматовенерологии и иммунопатологии» г. Екатеринбург)

Факультет ПСР и ВСО
Направление подготовки Сестринское дело
Квалификация Академическая
медицинская сестра. Преподаватель
Допущена к защите: 29 мая 2017 г.
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.
д.м.н., доцент
Дата защиты 21 июня 2017 г.
Оценка хорошо

Исполнитель: Лустикова
Наталья Юрьевна
Группа ЗСД - 414
Руководитель: Шардин С.А.
д.м.н., профессор
Нормоконтролер: Иванова Н.В.
ст. преподаватель
Рецензент Грицаева Е.В.

Екатеринбург, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ	4
1.1. Определение качества жизни	7
1.2. Исторические аспекты псориаза (лишай чешуйчатого)	8
1.3. Распространенность псориаза	9
1.4. Тяжесть протекания псориаза	12
1.5. Клиника псориаза	13
1.6. Клинические формы псориаза	15
1.7. Факторы влияющие на развитие и обострение псориаза	19
1.8. Качество жизни больных псориазом	25
2. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПО- МОЩИ НА ПРИМЕРЕ ГБУ СО «УРАЛЬСКИЙ НАУЧНО- ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ИММУНОПАТОЛОГИИ» Г. ЕКАТЕРИНБУРГ	29
2.1. История развития и характеристика ГБУ СО «УрНИИДВиИ»	29
2.2. Анализ сестринского персонала ГБУ СО «УрНИИДВиИ»	32
2.3. Психологические и эмоциональные факторы влияющих на качество жизни пациентов	37
2.4. Материалы и методы исследования	40
2.5. Результаты исследовательской работы, по определению качества стационарной помощи пациентам с псориазом в ГБУ СО «УрНИИ- ДВиИ»	41
3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ	55
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	59

ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ГБУ СО «УрНИИДВиИ»	– Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии»
П	– Псориаз
НИИ	– Научно-исследовательский институт
НИКВИ	– Научно-исследовательский кожно-венерологический институт
СКВИ	– Свердловский кожно-венерологический институт
ФГБУ «УРНИИДВиИ»	– Федеральное государственное бюджетное учреждение «уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» министерства здравоохранения Российской Федерации
ДС	– Дневной стационар
КС	– Круглосуточный стационар
КЖ	– Качество жизни

ВВЕДЕНИЕ

Хронический псориаз (П) - одна из актуальнейших медико-социальных проблем современной дерматологии. «Болезнь цивилизации» — так называют сегодня П в виду значительного удельного веса в структуре заболеваний человека. Псориаз характеризуется, как системное, иммунозависимое заболевание, характеризующееся преимущественным поражением кожи, а также других органов и систем. [7; С. 7]

Заболевание становится причиной снижения качества жизни, негативно сказываясь на социальной адаптации, профессиональных возможностях пациентов. Изменения, происходящие в связи с физическими и моральными страданиями больных, сходны с таковыми при других заболеваниях, таких как рак, заболевания сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет и артрит. Порой имеет место и депрессия.

По данным исследований на Земном шаре, псориазом страдает от 2 до 7% населения [7; С. 11], в России около 2.8 мил больных псориазом.

Разнообразные клинические проявления псориаза характеризуют его как медико-социальную проблему, псориазическую болезнь. [7; С. 8] Системность проявлений П и тяжесть течения псориазического процесса обуславливают актуальность дальнейшего уточнения патогенеза заболевания кожи.

В патологический процесс при П вовлекаются нервная и сердечно-сосудистая системы, желудочно-кишечный тракт, гепато-билиарная система, мочевыделительная система, опорно-двигательный аппарат. Известно, что при П чаще, чем в общей популяции, встречаются сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания. [7; С. 8]

В настоящее время многое в этиологии, патогенезе заболевания остается окончательно невыясненным в частности процессы наследования, механизм иммунопатогенеза, факторы, обуславливающие развитие тяжелых форм.

Обращает на себя внимание частая ассоциация псориаза с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, прежде всего печени и желчных путей, частота которых составляет, по некоторым данным, около 30% от общего числа П и 80% от всех сопутствующих соматических заболеваний. [7; С. 8] Из сопутствующей патологии наиболее часто встречаются гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей и жировой гепатоз.

Хроническая эндотоксинемия при псориазе, по данным, может приводить к функциональным нарушениям в работе печени и почек, тяжесть которых зависит от ее уровня и длительности, а также от наличия сопутствующих заболеваний. Таким образом, при псориазе немаловажное значение в дополнительной элиминации эндотоксинов отводится органам естественной детоксикации, и в первую очередь печени, кишечнику и почкам. [7; С. 9]

В настоящее время уделяется больше внимания отягощающему влиянию функциональных нарушений биоценоза кишечника на клиническое течение псориаза. [3; С. 46]

Терапия псориаза должна быть комплексной, сочетаться с качественным уходом. Системное изучение роли различных патогенетических механизмов развития псориаза позволит обосновать и разработать эффективную комплексную терапию и реабилитацию для больных псориазом.

Длительное течение псориаза, влечет за собой возникновение психических нарушений (астеническая симптоматика, расстройства сна и аппетита, депрессия и др.) со снижением качества жизни больных. В результате возникает своеобразный «порочный круг»: псориазная болезнь – психоэмоциональный статус – качество жизни пациента [13]. Соответственно, исследование качества жизни больных псориазом и выявление их приоритетных результатов лечения в медицинской организации представляется актуальной задачей.

Актуальность рассматриваемой проблемы псориаза заключается в повышении качества оказания медицинской помощи пациентам, находящимся

на лечении в клинике, создание благоприятных условий для лечения, обследования, реабилитации и восстановления.

В контексте изложенного цель исследования: разработка мероприятий, направленных на улучшение качества стационарной помощи больным псориазом с учётом результатов лечения в медицинской организации (ГБУ СО «УрНИИДВиИ» г. Екатеринбург).

Задачи:

1. Изучить литературу по теме работы;
2. Проанализировать качество стационарной помощи ГБУ СО «УрНИИДВиИ»;
3. Провести анализ приоритетных ожиданий пациентов во время пребывания на стационарном лечении в клинике;
4. Разработать рекомендации по улучшению качества оказания медицинских услуг в ГБУ СО «УрНИИДВиИ» и разработать рекомендации по их совершенствованию.

Объект исследования: процесс оказания стационарных услуг.

Предмет исследования: процесс оказания стационарных услуг пациентам с псориазом.

База исследования Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» г. Екатеринбург.

Методы, применявшиеся в ходе написания дипломной работы:

- аналитический метод;
- социологический метод.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА

1.1. Определение качество жизни

Всемирная организация здравоохранения (1999) предложила рассматривать понятие качества жизни, как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) в достижении благополучия и самореализации [23].

Качество жизни — это оценка индивидуумом своего положения в жизни общества (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями. Другими словами, качество жизни отражает уровень комфортности человека в обществе и базируется на трех основных компонентах:

- 1) условия жизни, т.е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.);
- 2) образ жизни, т.е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.);
- 3) удовлетворенность условиями и образом жизни.

В последние годы в медицине стало больше уделяться КЖ. Изучение проблемы отношения больного к своему здоровью. Появился даже специальный термин «качество жизни, связанное со здоровьем», под которым подразумевают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального состояния больного, основанную на его субъективном восприятии. [23]

Три составляющих качества жизни (КЖ):

1. Многомерность (КЖ связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболева-

нием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного);

2. Изменяемость во времени (анализ КЖ, связанного со здоровьем, изменчивости во времени, зависимости от состояния больного, позволяет осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию ухода);

3. Участие больного в оценке своего состояния (оценка КЖ данная самим больным, представляет собой ценный показатель его общего состояния).

Исследования КЖ пациентов – это своеобразный контроль качества оказания медицинской помощи. Исследования дают картину эффективности организации медицинской помощи.

1.2. Исторические аспекты псориаза (чешуйчатого лишая)

Псориаз является одним из распространённых хронических заболеваний кожи. В литературе до сих пор нет единого мнения о этиологии и патогенезе этой болезни. Ещё в глубокой древности было известно заболевание, характеризующееся шелушением кожи. Во времена Гиппократы была введена дерматологическая терминология, используемая и в настоящее время, некоторые из терминов имели групповое значение. Так, термином «псориаз» объединяли заболевания, сопровождающиеся бугристостью, образованием чешуи, пятен и ороговением (такие как экзема, лишай микозы, красный плоский лишай, туберкулёзная волчанка, лепра и др).

Термином «псора» (родоначальник названия болезни — псориаз) называлась группа заболеваний кожи, для которых характерно шелушение, сухость и зуд. В таком смысле этот термин использовали Геродот и Платон. В начале нашей эры известный греческий врач Клавдий Гален первым применил термин «псориаз» для обозначения чешуйчатых изменений кожи с

сильным зудом, однако клинически это заболевание мало напоминало нынешние проявления болезни. [6; С. 3]

В памятниках письменности прошлых столетий само заболевание П иногда ошибочно принимали за лепру, чесотку, витилиго, что нередко требовало строгой изоляции и других вытекающих последствий пациенты не обеспечивались больничной помощью, должны были носить специальный костюм, трещотку или колокольчик. Можно только представить, какое качество жизни было у этих людей, и какой психологический стресс они постоянно испытывали. [6; С.3]

И только в начале XIX века английский врач Уиллэн и его ученики чётко изложили понятие о П, как болезни, его проявлениях, осложнениях. Они помогли отдифференцировать подагру от лепры, грибковых болезней, выделили обычное и необычное течение (изменения ладоней, стоп, крупных складок). В последующем учёные разных стран Ф. Гебра, Г. Кёбнер, А. Полотебнов и др. описали связь заболевания с состоянием нервной системы, болезнями внутренних органов и т. д. [6; С. 4]

1.3. Распространённость псориаза

В настоящее время псориаз является самым распространённым хроническим дерматозом, которым в среднем страдают от 2 до 7% населения земного шара. Развитие П сопровождается не только поражением кожи, но и артритом, очень сходным по проявлениям с серонегативным ревматоидным артритом у 10- 30% больных, поражением других внутренних органов. Не случайно многие авторы считают более правильным характеризовать этот дерматоз как псориатическую болезнь.

Распространение псориаза зависит от географических особенностей региона варьирует от 0,1 до 10%. В климатических зонах с преобладанием низких температур и высокой влажности воздуха он встречается чаще, чем в тропических регионах. Частота регистрации псориаза составляет в Малайзии

- 5,5%, в Индии - 0,5-1,5%, в Кувейте - 3,1%, в Японии - 0,29-1,18%, в Китае - 0,2 - 1,5%. В целом у представителей монголоидной расы низкая частота П связана с малой распространенностью антигена HLA-Cw6 основного иммуногенетического маркера этого заболевания. В странах Южной Америки она достигает 1,3-4,2%, частота П в этнически смешанных популяциях Египта и Южной Африки, по данным S.P. Raychaudhuri (1998), составляет 3% и 4-5% соответственно. Среди жителей Восточной, Центральной и Южной Африки (сухой климат) она выше (2,8-3%), чем у населения Западной Африки (0,08-0,5%). Частота П у белых жителей Австралии близка к таковой как в странах Запада (около 2,6%). Тогда как у австралийских аборигенов, населяющих этот материк на протяжении почти 30 тысяч лет и происходящих из Юго-Восточной Азии, у которых отсутствует иммуногенетический маркер П (антиген HLA-B17). Псориаз также никогда не встречается у американских индейцев из поселений в лесах Амазонки и Ориноко, у жителей Аляски, Канады и коренных народностей США, среди которых отсутствуют или очень редко встречаются антигены HLA-B13 и B17. В США частота П составляет от 2-4,7%, каждый год регистрируется от 150000 до 260000 новых случаев заболевания. При этом в северных штатах уровень заболеваемости значительно выше, чем в южных, также выше она и у представителей белой расы, по сравнению с негроидной.

Довольно высока популяционная частота псориаза в Европе, где им страдают до 5 млн. человек, а с учетом географических особенностей стран от 1,5 до 4,8% населения. В большей мере псориазу подвержены жители стран северных широт, тогда как в южных странах заболеваемость ниже. Например, в Болгарии псориазом страдают 0,2-0,3% населения, в Хорватии - 1,55%, тогда как в Норвегии - 4,8% и в Германии - 6,5%. Его доля среди амбулаторных больных дерматологического профиля составляет около 5%, а среди больных кожных отделений 6,5-22%. [7; С. 12]

В России в группу с максимальными значениями вошли 12 и 10 территорий, уровень заболеваемости в них выше, чем среднее значение с учетом

среднеквадратичного отклонения. К этой группе относятся территории преимущественно Дальнего Востока и Северо-Запада РФ, отчасти Сибири.

В средней группе более 25 территорий имеют значение заболеваемости выше среднего. Более 30 территорий имеют значения общей заболеваемости меньше среднего. Большая часть территорий средней группы расположена в Центральном, Южном и Северо-Кавказском, Приволжском и отчасти Уральском федеральных округах. [11; С. 4]

В группу с минимальными значениями заболеваемости псориазом, выходящими за границы среднее с учетом среднеквадратичного отклонения, вошли 13 субъектов РФ, расположенных практически во всех федеральных округах: В Центральном, Южном и Северо-Кавказском, Уральском, Сибирском и Дальневосточном. [11; С. 6]

Таблица 1 - Заболеваемость псориазом детского (0-17 лет) и взрослого (18 лет и старше) населения РФ, на 100 тыс. населения

Население	2012	2013	2014	2015	2016
Общая заболеваемость					
Всего	221,1	222,5	217,4	211,9	217,8
Взрослое	247,7	247,2	240,5	233,7	239,8
Детское	112,6	108,3	114,8	114,9	116,0
Впервые выявленные случаи					
Всего	68,4	65,9	69,6	70,5	69,8
Взрослое	74,3	71,7	75,2	75,2	76,0
Детское	42,6	40,8	44,9	45,9	45,6

Статистика по половому признаку. В целом женщины и мужчины болеют псориазом в равной степени, однако проявление болезни у женщин начинается несколько раньше, чем у мужчин. Вероятнее всего, раннее начало заболевания связано с половым созреванием. У девочек половое созревание происходит раньше, чем мальчиков.



Рисунок 1 – Структура клинических форм

Из диаграммы(рис.1) видно, что первое место по распространению среди пациентов страдающих П, занимает бляшечный псориаз.

1.4. Тяжесть протекания псориаза

Исследования показывают(рис. 2), что у большинства больных псориазом, а именно 65 %, болезнь протекает в лёгкой форме (т.е. поражение кожи составляет менее 3%). У 25% больных поражение кожи составляет 3-10%. И только у 10% больных наблюдается тяжёлая форма П (более 10 % кожи находится под воздействием П).

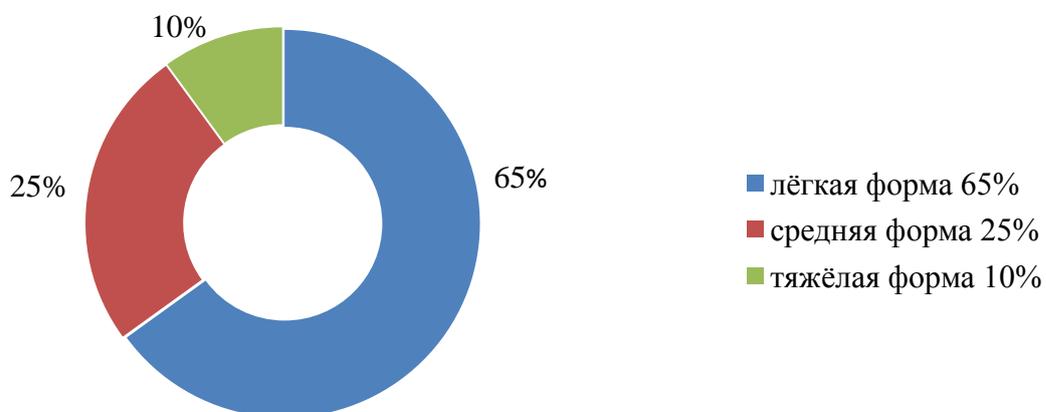


Рисунок 2 – Структура по тяжести течения псориаза

В последние 30-40 лет получены новые данные о сущности и механизме развития заболевания, предложены и используются новые современные методы лечения. [6; С. 4]

Первые признаки заболевания обычно возникают у лиц молодого возраста, хотя псориаз может развиваться в пожилом возрасте и у грудного ребёнка. Имеются сведения врачей, что псориазом можно заболеть и в 4-6 месяцев, хотя наиболее чаще проявления болезни возникают до 30-летнего возраста — эта цифра составляет 3/4 всех больных.

О частоте поражения также имеются разные сведения. Наблюдениями отмечено, что соотношение заболеваемости в связи с полом меняется в разных возрастных группах. В детском возрасте чаще болеют девочки, у взрослых болезнь встречается и среди мужчин и женщин.

С одинаковой частотой псориазом страдают женщины и мужчины. Лишь отдельные авторы указывают на некоторое превалирование среди больных псориазом мужчин. Так, во Франции псориаз регистрируется у 5,8% мужчин и 3,5% женщин, в Испании у 2,8% населения страны. [7; С. 12] В России псориазом страдают около 2,8 млн. человек, среди стационарных больных дерматологических отделений на долю П приходится от 6,5% до 22% случаев, а среди всех больных дерматологического профиля - 5% [1.с.5]. В последнее десятилетие отмечается патоморфоз П процесса: заболевание все чаще возникает в молодом возрасте, отличается торпидностью течения, более частым развитием тяжелых форм, нередко приводящих к инвалидизации, в частности, П эритродермии, с выраженной резистентностью к терапии. [7; С. 5]

1.5. Клиника псориаза

Псориаз – распространенное, мультифакториальное, генетически зависимое, Th 1 -ассоциированное аутоиммунное заболевание, имеющее хроническое рецидивирующее течение с частым поражением суставов и

возможным вовлечением других органов и систем. При П на долю генетических факторов приходится 64-72%, средовых-28-36%. [7; С. 11]

Псориаз – хроническое неинфекционное заболевание, дерматоз, поражающий в основном кожу. Обычно П вызывает образование чрезмерно сухих, красных, приподнятых над поверхностью кожи пятен. Однако некоторые больные П не имеют никаких видимых поражений кожи. Вызванные П пятна называются псориатическими бляшками. Эти пятна являются по своей природе участками хронического воспаления и избыточной пролиферации лимфоцитов, макрофагов и кератиноцитов кожи, а также избыточного ангиогенеза (образования новых мелких капилляров) в подлежащем слое кожи. Избыточная пролиферация кератиноцитов в псориатических бляшках и инфильтрация кожи лимфоцитами и макрофагами быстро приводит к утолщению кожи в местах поражения, она приподнята над поверхностью здоровой кожи и к формированию характерных бледных, серых или серебристых пятен, напоминающих застывший воск или парафин («парафиновые озёрца»). [16]

Чаще всего П бляшки впервые появляются на подвергающихся трению и давлению местах — поверхностях локтевых и коленных сгибов, на ягодицах. Однако П бляшки могут возникать и располагаться в любом месте кожи, включая кожу волосистой части головы, ладонную поверхность кистей, подошвенную поверхность стоп, наружные половые органы. Поражают внутреннюю сгибающую поверхность коленного и локтевого суставов, П бляшки чаще располагаются на внешней, разгибательной поверхности суставов.

Псориаз является хроническим заболеванием, характеризующимся обычно волнообразным течением, с периодами спонтанных или вызванных теми или иными лечебными воздействиями ремиссий или улучшений и периодами спонтанных или спровоцированных неблагоприятными внешними воздействиями (нарушение диеты, курение, употребление алкоголя, инфекции, стрессы) рецидивов или обострений. Степень тяжести

заболевания может варьировать у разных больных и даже у одного и того же больного в периоды ремиссии и обострения в очень широких пределах, от небольших локальных поражений до полного покрытия всего тела П-бляшками. Наблюдается тенденция к прогрессированию заболевания с течением времени (особенно при отсутствии лечения), к утяжелению и учащению обострений, увеличению площади поражения и вовлечению новых участков кожи. У отдельных пациентов болезнь приобретает непрерывное течение без спонтанных ремиссий, или даже непрерывное прогрессирование. Поражение ногтей на руках и/или ногах (псориатическая ониходистрофия), может быть изолированным и наблюдаться в отсутствие кожных поражений. Заболевание может вызывать воспалительное поражение суставов, так называемую псориатическую артропатию или псориатический артрит (10% до 15% больных).

Методов лечения П существует много, но вследствие хронической рецидивирующей природы самой болезни и нередко наблюдаемой тенденции к прогрессированию с течением времени, П представляет собой достаточно трудное для лечения заболевание. Полное излечение в настоящее время невозможно (то есть П неизлечим при текущем уровне развития медицинской науки), но возможны более или менее длительные, более или менее полные ремиссии (в том числе и пожизненные). При этом всегда сохраняется риск рецидива.

1.6. Клинические формы псориаза

Псориатические формы псориаза включают вульгарный (простой, обыкновенный) или, иначе, бляшковидный псориаз (*psoriasis vulgaris*, *plaque psoriasis*), пустулёзный псориаз (*pustular psoriasis*), каплеобразный или точечный П (*guttate psoriasis*), П сгибательных поверхностей (*flexural psoriasis*). В этом разделе приводится краткое описание каждой разновидности

сти П вместе с её кодом по Международной классификации болезней (МКБ-10).

Бляшковидный псориаз, или обыкновенный П, вульгарный П, простой П (*psoriasis vulgaris*) является наиболее часто встречающейся формой П. Он наблюдается у 80% — 90% всех больных П. Бляшковидный вульгарный П наиболее часто проявляется в виде типичных приподнятых над поверхностью здоровой кожи участков воспалённой, красной, горячей кожи, покрытых серой или серебристо-белой, легко отслаивающейся, чешуйчатой, сухой и утолщённой кожей. Красная кожа под легко снимаемым серым или серебристым слоем легко травмируется и кровоточит, так как содержит большое количество мелких сосудов. Эти участки типичного псориатического поражения называются псориатическими бляшками. Псориатические бляшки имеют тенденцию увеличиваться в размерах, сливаться с соседними бляшками, формируя целые пластины бляшек («парафиновые озёра»).

Псориаз сгибательных поверхностей (*flexural psoriasis*), или «обратный псориаз» (*inverse psoriasis*) обычно выглядит как гладкие, не шелушащиеся или с минимальным шелушением, не особенно выступающие над поверхностью кожи красные воспалённые пятна, располагающиеся исключительно в складках кожи, при отсутствии или минимальном поражении других участков кожи. Наиболее часто эта форма псориаза поражает складки в области наружных половых органов, в паху, на внутренней поверхности бёдер, подмышечные впадины, складки под увеличенным при ожирении животом (псориатический паннус), и на складках кожи под молочными железами у женщин. Эта форма П особенно подвержена ухудшению под влиянием трения, травмирования кожи и выделения пота, и часто сопровождается или осложняется вторичной грибковой инфекцией или стрептококковой пиодермией.

Каплевидный псориаз (*guttate psoriasis*) характеризуется наличием большого количества маленьких, приподнятых над поверхностью здоровой кожи, сухих, красных или лиловых (вплоть до фиолетового цвета), похожих

по форме на капли, слезинки или небольшие точки, кружочки элементов поражения. Эти псориазные элементы обычно усыпают собой большие поверхности кожи, наиболее часто бёдра, но могут также наблюдаться на голенях, предплечьях, плечах, волосистой части головы, спине, шее. Каплевидный П часто впервые развивается или обостряется после стрептококковой инфекции, в типичных случаях — после стрептококковой ангины или стрептококкового фарингита.

Пустулёзный псориаз или экссудативный псориаз является наиболее тяжёлой из кожных форм П и выглядит как приподнятые над поверхностью здоровой кожи пузырьки или волдыри, наполненные неинфицированным, прозрачным воспалительным экссудатом (пустулы). Кожа под и над поверхностью пустул и вокруг них красная, горячая, отечная, воспалённая и утолщённая, легко отслаивается. Может наблюдаться вторичное инфицирование пустул, в этом случае экссудат приобретает гнойный характер. Пустулёзный П может быть ограниченным, локализованным, при этом наиболее частой его локализацией являются дистальные концы конечностей (рук и ног), то есть голени и предплечья, это называется пальмоплантарный пустулёз (*palmoplantar pustulosis*). В более тяжёлых случаях пустулёзный П может быть генерализованным, с широким распространением пустул по всей поверхности тела и тенденцией к их слиянию в более крупные пустулы.

Псориаз ногтей, или псориазная ониходистрофия приводит к разнообразным изменениям внешнего вида ногтей на пальцах рук или ног. Эти изменения могут включать в себя любую комбинацию изменения цвета ногтей и ногтевого ложа (пожелтение, побеление или посерение), появления на ногтях и под ногтями точек, пятен, поперечной исчерченности ногтей линиями, утолщения кожи под ногтями и вокруг ногтевого ложа, расслоения и утолщения ногтя, полной утраты ногтей (онихолизис) или развития повышенной ломкости ногтей.

Псориазный артрит, или псориазная артропатия, артропатический псориаз сопровождается воспалением суставов и соединительной ткани.

При псориатическом артрите могут поражаться любые суставы, но наиболее часто – мелкие суставы дистальных фаланг пальцев рук и/или ног. Это в типичных случаях вызывает сосискообразное разбухание пальцев рук и ног, известное как псориатический дактилит. П артрит может поражать тазобедренные, коленные суставы, плечелопаточный сустав, суставы позвонков (псориатический спондилит), коленных или тазобедренных суставов и особенно псориатический спондилит бывает настолько выраженным, что приводит к тяжёлой инвалидности больного, неспособности передвигаться без специальных приспособлений и даже к прикованности к постели. Летальность при этих наиболее тяжёлых формах псориатического артрита повышается, так как иммобилизация больного в постели способствует возникновению пролежней и пневмонии. Приблизительно 10 – 15% больных П страдают также псориатическим артритом.

Проявляется псориатическая эритродермия, или эритродермический П распространённым, нередко генерализованным воспалением и шелушением, отсложкой кожи на всей или на большей части поверхности кожи и может сопровождаться интенсивным кожным зудом, отёком кожи и подкожной клетчатки, болезненностью кожи. Нередко бывает псориатическая эритродермия результатом обострения вульгарного псориаза при его нестабильном течении, особенно при внезапной резкой отмене системного лечения или местных глюкокортикоидов. Иногда наблюдаться как результат провокации алкоголем, нервно-психическим стрессом, интеркуррентными инфекциями (в частности простудными заболеваниями). Эта форма псориаза может быть летальной, поскольку чрезвычайно сильное воспаление и шелушение или отслойка кожи нарушают способность организма к регуляции температуры тела и барьерную функцию кожи, что может осложниться генерализованной пиодермией или сепсисом. [16] Качество жизни с этой формой заболевания резко ухудшается. Пациенты становятся раздражительными, злыми, иногда высказывают суицидалные мысли, развивается депрессия, возникает недоверие к медицинскому персоналу.

1.7. Факторы, влияющие на развитие и обострение псориаза

Псориаз характеризуется многообразием факторов, оказывающих влияние на его развитие и возникновение обострений: стресс, инфекции, алкоголизация, курение, наличие коморбидных состояний и др. (Кочергин Н.Г. с соавт., 2006; Кубанова А. А. с соавт., 2010; Gelfand J.M. et al., 2007; Huerta C., 2007).

Влияние стресс-условий. Стресс-условия являются ведущими среди факторов, провоцирующих П, поскольку вызывают чрезвычайное психобиологическое напряжение, требующее от человека адаптации к новой, необычной для него ситуации. Стресс может играть триггерную роль в срыве адаптивных систем организма, приводящем к развитию псориаза, что объясняется отсутствием адекватного ответа вегетативной нервной системы на психоэмоциональную нагрузку у большинства обследованных больных. 52% больных связывают развитие П с тяжелой психической травмой, причем между причиной и следствием в одной трети случаев проходит около двух недель, а в остальных случаях - не более трех недель. [7; С. 16]

По классификации А. Н. Львова с соавт. (2006) псориаз относится к психосоматическим заболеваниям. Из клинических особенностей психосоматических дерматозов выделяют: наличие у больных выраженных психовегетативных нарушений, пребывание в условиях хронического стресса; постепенную хронификацию кожного процесса, сформировавшегося в условиях стрессовой ситуации; длительное существование и прогрессирование патологии, исключающее её самопроизвольное излечение; отсутствие глубоких нарушений целостности кожного покрова и рубцовых изменений даже при самом длительном течении болезни; наличие своеобразной психогенной ятрогении. [7; С. 16]

В условиях стресса, каковым является заболевание, функционирование нервной, эндокринной и иммунной систем организм человека испытывает

дисрегуляцию, а у больных псориазом имеются проявления гиперсеротонинемии, гиперадреналинемии и гипонорадреналинемии. [3; С. 22]

Современные люди находятся в условиях постоянной стрессогенности окружающей среды, являющейся этиологическим и активирующим фактором целого ряда тяжелых заболеваний, в том числе псориаза. Хроническое длительное течение псориатического процесса, резистентность к терапии, необходимость соблюдения диеты, мучительные субъективные переживания зуда, постоянное чувство стыда и дискомфорта, испытываемые больными при общении с окружающими, вынужденное ограничение контактов с людьми - таковы неблагоприятные условия, в которых оказываются пациенты. [7; С. 16]

Г. Селье предложил термин стресс в 1937 г. для обозначения адаптационного синдрома или неспецифической реакции организма в ответ на любое воздействие. Различают агенты, вызывающие стресс - стрессоры: психоэмоциональные стрессоры, оказывающие психотравмирующее воздействие на организм; физические, механические, химические и биологические стрессоры, т.е. факторы, приводящие к биологическому повреждению организма.

Психоэмоциональные стрессоры очень разнообразны, к ним относят стрессоры активной деятельности: экстремальные (участие в космических полетах, подводных походах, боевых действиях), производственные (работа, сопряженная с информационной перегрузкой, с большой ответственностью, дефицитом времени), психосоциальные (увольнение с работы); стрессоры оценок предстоящей или прошедшей деятельности: старт-стрессоры или стрессоры памяти (предстоящие состояния защиты диплома и диссертации, сдача экзаменов, ожидание угрозы, операции, воспоминания о пережитом горе), стрессоры побед и поражений (победа или поражение в соревновании, конкурсе), стрессоры зрелища (спортивные состязания, драматические кинофильмы или спектакли); стрессоры рассогласования различной деятельности (конфликты в семье, общественных местах, стрессоры психосоциальных и

физических ограничений, невозможность исполнения желаний, тюремное заключение, голод, жажда и заболевание). Женщины испытывают стрессовые ситуации во время предменструального и климактерического синдрома, во время родов и послеродовом периоде.

Чаще дебют заболевания происходит в подростковом периоде. На неустойчивую психику влияют перегрузки в школе, экзамены, переезд, связанный с поступлением в среднее или высшее учебное заведение, проживание в общежитии, плохое питание.

Как известно, систему стресса образуют гипоталамус и его периферические мишени (гипофизарно-адреналовая ось и автономная нервная система), которые, в свою очередь, тесно связаны с другими отделами нервной системы, ответственными за регуляцию поведения и эмоций, а также с иммунной системой. [7; С. 17] При этом взаимодействие трех основных систем: глюкокортикоидов, катехоламинов, опиоидных пептидов - обеспечивает развитие общего адаптационного синдрома. Острая стрессовая реакция носит адаптивный характер, а при хронизации переходит из адаптивной реакции в патологическую. В настоящее время широкий интерес вызывает оценка участия разных типов опиатных рецепторов в стресс-индуцированных изменениях иммунитета, а также их роль в реализации иммунорегуляторных эффектов основных гормонов стресса.

В коже, как органе, стресс-реакция реализуется посредством дегрануляции ручных клеток, что запускает процесс воспаления. С другой стороны, отражением депрессии могут быть трофические расстройства кожи и её старение. Старение кожи вызывают и другие факторы, среди которых особая роль отводится накоплению свободных радикалов. [7; С. 17]

Возникает замкнутый круг - расстройства тревожно-депрессивного ряда, усиление процессов свободно-радикального окисления, «медиаторный хаос», разбалансировка основных регулирующих медиаторных звеньев в нервной системе - все это создает сложную картину патогенеза дерматоза. [7; С. 17]

Влияние вирусов. Одной из серьезных проблем современной медицины являются нарушения взаимоотношений микро- и макроорганизмов, которые во многом определяются состоянием окружающей среды, а также произошедшими изменениями эндоэкологического равновесия в пользу вирусного микроокружения. Вследствие этого персистирующие вирусные инфекции рассматриваются не только как инфекционное заболевание, но и как проявление глубоких генетических нарушений внутренней среды организма человека, ведущих к необратимым для него, как биологического вида, последствиям. В развитии многих патологических состояний ведущая роль, вероятно, принадлежит вирусам, однако, продолжается поиск доказательств характера их участия - либо в роли этиологического фактора, либо триггера. [22; С. 7]

Данные о наличии лимфотропных вирусов у пациентов с хроническими дерматозами в отечественной и зарубежной литературе немногочисленны. J.J. Voorhees (1998) отметил роль вируса герпеса. В. Kirby с соавт. (2000) не исключают возможность герпесвирусов в гиперактивации лимфоцитов при псориазе и участия вирусных частиц в модификации кератиноцитов, способствующей формированию аутоиммунных нарушений. Длительное персистирование инфекции и стимуляция ею иммунокомпетентных клеток при наличии генетической предрасположенности приводит, вероятно, к инициации псориазического процесса, его непрерывно-рецидивирующему течению, формированию тяжелых форм. S. Samoud (2009) обнаружил в 4 раза превышающую распространенность ВГЧ-8 типа в биоптатах больных П, чем в контрольной группе относительно здоровых лиц. [7; С. 19]

Заболеваемость персистентными вирусными инфекциями резко возросла за последние годы. [4; С. 25] Иммуитет после перенесённых заболеваний значительно снижается, что может спровоцировать обострение П.

Таким образом, в настоящее время продолжает изучение влияния вирусов на иммунную систему человека и течение на развитие и хронических дерматозов.

Влияние алкоголя. Влияние алкоголя на пациентов с псориазом. Нередко обострения проявления болезни возникают после праздничных и воскресных дней. Учитывая важную обезвреживающую функцию печени и рассматривая алкоголь в любом виде как гепато-токсический яд. Алкоголь в силу своей токсичности и отсутствия в нём необходимых питательных веществ: белков, жиров, углеводов, минеральных солей, витаминов и других компонентов — не может служить материалом для построения клеток живого организма, в том числе и изменённой кожи. Более того, попав в организм, алкоголь почти немедленно начинает отрицательно влиять на различные биохимические процессы, происходящие при измененном обмене веществ больного П. [6; С. 13]

Клинически доказано, что алкоголь сильнее всего поглощает клетки мозга и печени, чем и объясняется наибольшее поражение этих органов у пьющего человека. Недоокисленные продукты алкоголя (метаболиты) задерживаются в мозгу, печени, сердце, нервах, желудке и других органах до 15 суток. Повторные выпивки задерживают алкоголь во внутренних органах человека ещё на более длительный срок. [6; С. 13] Вызывает на тургор кожи.

Чрезмерное употребление алкоголя, приводит к недостатку в организме белков, витаминов и минеральных солей. Происходит снижение всасываемости, усвоения и использования организмом водорастворимых витаминов, особенно группы В и др.

В диссертации К. Цабарейшвили отметил, что употребление алкоголя отягощает течение псориаза, способствует генерализации неосложненного псориаза и переход его в псориагическую эритродермию. Частота регистрации псориаза у хронических алкоголиков в 4,7 раза, по данным автора, превышает показатели распространения этого дерматоза среди населения. В исследовательской работе. Для выявления влияния систематического злоупотребления алкоголем на течение псориаза проведён сравнительный анализ клинических особенностей у 728 человек, злоупотреблявших

алкоголем и страдающих алкоголизмом, бытовым пьянством и лиц, не злоупотребляющих алкоголем. [6; С. 13]

У большинства пациентов, злоупотребляющих алкоголем, псориаз протекает с частыми обострениями, утрачивается сезонность течения. У 55,2 % больных этот дерматоз впервые проявился на фоне систематического злоупотребления алкоголем, у остальных клиническое течение псориаза стало более тяжёлым. У всех пациентов отмечался интенсивный зуд. При биохимическом обследовании установлено усугубляющее действие алкоголя на функции печени и почек. [6; С. 14] Больным П не рекомендуется употреблять алкогольные напитки даже в малых количествах. [18]

Влияние курения. Специалисты медицинской исследовательской школы Гарварда и бостонской женской больницы сделали вывод, что у курящих вероятность заболеть псориазом увеличивается сразу вдвое. Для этого сразу 186 тысяч курящих человек наблюдалось на протяжении десяти лет. За этот период у 2500 человек развился псориаз. При этом на повышенном уровне оставался риск заболевания и у бывших курильщиков. По статистике, шанс заболеть псориазом у курильщиков вдвое выше, а у избавившихся от пагубной привычки на 40% выше по сравнению некурящими. [18]

Кроме этого научные исследования подтвердили связь между количеством выкуриваемых сигарет и риском развития заболевания. По статистике, наибольшему риску подвергались люди, которые выкуривали в день более 20 сигарет (у женщин риск развития недуга выше в 3,3 раза, чем у некурящих).

Сочетание курения и псориаза связано с тем, что негативное влияние никотина на все системы и внутренние органы, а кожные покровы здесь не остаются в стороне. Так, например, постоянный контакт кожи на руках и лице с дымом ведет к забитости пор, морщинистости, излишней сухости и желтизне.

Большое количество ядовитых веществ в табачном дыме (различные формальдегиды, смолы, цианиды, вызывающие разрушительные процессы). Так, например, окись углерода способствует сужению кровеносных сосудов,

а это ухудшает питание верхних слоев кожи и, соответственно, ухудшает ее состояние. Попадающий в кровь никотин активизирует действие свободных радикалов, а это замедляет синтез коллагена, необходимого для поддержания эластичности кожи.

Даже у здоровых людей все вредные вещества, содержащиеся в никотине, приводят к преждевременному увяданию кожи из-за недостатка кислорода, влаги, питательных веществ. Кожа шелушится, теряет свою упругость и эластичность, на ней появляются морщины (в первую очередь, вокруг глаз). При этом наиболее активно этот процесс проявляется у женщин. Все эти процессы обратимы и при отказе от курения уже через несколько недель тонус кожи начинает постепенно восстанавливаться и человек на глазах молодеет.

При курении больных псориазом риск развития инфаркта, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета высокий. Особую опасность представляет, так называемый, псориаз Цумбуша, сопровождающийся повышением температуры, слабостью, потерей веса, отеками, электролитным дисбалансом, что требует срочной госпитализации. Несвоевременная помощь у пожилых людей может закончиться смертельным исходом.

Избавление от вредных привычек, а именно по этой причине избавление от курения при псориазе – один из первых шагов, который нужно сделать после постановки диагноза. Это позволит не только снизить вероятность появления новых папул, но и улучшит общее состояние организма, а это залог здоровья, хорошего самочувствия и успехов [17].

1.7. Качество жизни больных псориазом

Псориаз способен ухудшать качество жизни больных в той же степени, что и другие тяжёлые хронические заболевания, такие, как депрессия, перенесённый инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сердечная недос-

таточность или сахарный диабет 2-го типа. В зависимости от тяжести и локализации псориазных поражений, больные с псориазом могут испытывать значительный физический и/или психологический дискомфорт, трудности с социальной и профессиональной адаптации и даже нуждаться в инвалидности. Сильный кожный зуд или боль могут мешать выполнять основные жизненные функции, такие, как уход за собой, прогулки, сон. Псориазные бляшки на открытых частях рук или ног могут препятствовать больному работать на определённых работах, заниматься некоторыми видами спорта, ухаживать за членами семьи, домашними животными или домом. Псориазные бляшки на волосистой части головы нередко представляют для больных особую психологическую проблему и порождают значительный дистресс и даже социофобию, так как бледные бляшки на коже головы могут быть ошибочно приняты окружающими за перхоть или результат наличия вшей. Ещё большую психологическую проблему порождает наличие псориазных высыпаний на коже лица, мочках ушей. Лечение псориаза может стоить дорого и отнимать у больного немало времени и сил, мешая работе и/или учёбе, социализации больного, устройству личной жизни.

Больные псориазом могут также быть (и нередко бывают) чрезмерно озабочены своим внешним видом и придают этому слишком большое значение, особенно это сильно проявляется в подростковом и юношеском возрасте (иногда до степени навязчивой фиксации на этом, почти дисморфофобии), страдают от пониженной самооценки [1]. которая связана со страхом общественного неприятия и отторжения или с опасениями не найти сексуального партнёра вследствие проблем внешнего вида. Психологический дистресс в сочетании с болью, зудом и иммунопатологическими нарушениями (повышенной продукцией воспалительных цитокинов) может привести к развитию выраженной депрессии, тревожного состояния или социофобии, к значительной социальной изоляции и дезадаптации больного. Коморбидность (сочетание) псориаза и депрессии, а также псориаза и социофобии, встречается с повышенной частотой даже у тех больных, которые не

испытывают субъективного психологического дискомфорта от наличия псориаза. Представляется вероятным, что генетические факторы, влияющие на предрасположенность к псориазу и на предрасположенность к депрессиям, тревожным состояниям, социофобии во многом перекрываются. Не исключено также, что в патогенезе псориаза, так и депрессий играют роль общие иммунопатологические и/или эндокринные факторы (так, при депрессиях также обнаруживают повышенные уровни воспалительных цитокинов, повышенную цитотоксическую активность нейроглии).

В опросе Американского национального фонда страдающих псориазом, который проводился в 2008 году и охватил 426 больных псориазом, 71% больных сообщил, что болезнь является серьёзной проблемой их повседневной жизни. Более половины больных отметили существенную фиксацию на своём внешнем виде (63%), страх плохо выглядеть или быть отвергнутым окружающими из-за наличия псориаза, чувство неловкости, стыда или стеснения в социальных ситуациях (58%). Более одной трети пациентов сообщили, что с началом или прогрессированием болезни стали избегать социальной активности и общения с людьми или ограничили поиск партнёров и интимные отношения из-за болезни [15]. Появляется страх потерять работу.

Существует много инструментов для объективного измерения качества жизни больных псориазом и другими дерматологическими заболеваниями. Клинические исследования показывают, что больные псориазом нередко испытывают субъективное снижение качества жизни. Исследование 2009 года о влиянии псориаза на качество жизни использовало для изучения этого вопроса метод интервью с дерматологами и опроса мнения пациентов. В этом исследовании было обнаружено, что и в случаях лёгкого, и в случаях тяжёлого течения псориаза, наиболее беспокоящим больных симптомом, в наибольшей степени вызывавшим субъективное ухудшение качества жизни, был кожный зуд, на втором месте была боль в суставах у больных с псориатическим артритом. Менее зудящие высыпания или высыпания в отсутствие

зуда меньше влияли на самочувствие больных и их субъективную оценку качества жизни.

Больные псориатическим артритом не могут самостоятельно обслуживать себя, они попадают в зависимость, т.к. нуждаются в посторонней помощи и уходе. Нарушены потребности быть чистым, опрятным, двигаться и быть здоровым (поддерживать состояние), спать и отдыхать, одеваться и раздеваться, работать. Пациенты теряют работу, становятся инвалидами, этот факт очень трудно переносят люди трудоспособного возраста, имеющие семьи с маленькими детьми, т.к. пенсии хватает только на приобретение дорогостоящих лекарств необходимых для поддержания зорovia. Таких пациентов необходимо направлять за помощью к психологам, психотерапевтам. необходимо организовать сестринский уход и обучение родственников и пациента правильному уходу.

2. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ ГБУ СО «УРАЛЬСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ИММУНОПАТОЛОГИИ» Г. ЕКАТЕРИНБУРГ

2.1. История развития и характеристика ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии». Руководствуется уставом и другими нормативными документами регламентирующими работу института.

История развития научно-исследовательского института началась в тридцатые годы – время первых пятилеток, трудовых подвигов. Именно тогда на Урале для решения не столько научных, сколько практических, важных для данного региона задач и был создан кожно-венерологический институт местного значения, ставший впоследствии республиканским.

В эти годы в институте царила особая атмосфера научного поиска, направленная на быстрое и качественное решение прикладных проблем, которых немало вставало перед страной. Научная тематика сороковых годов касалась наиболее важных в практическом отношении разделов дерматовенерологии:

- 1) социальная венерология;
- 2) профессиональные заболевания кожи на крупнейших промышленных предприятиях (Уралмашзаводе, медеплавильном комбинате, Верх-Исетском заводе и т.п.), а также в угольной промышленности и сельском хозяйстве;
- 3) грибковые заболевания кожи;
- 4) лечение сифилиса, мягкого шанкра и гонореи.

Военные годы стали жестоким испытанием для страны, резко возросла заболеваемость венерическими и заразными кожными болезнями. Нужно бы-

ло немедленно принимать меры для того чтобы прекратить распространение эпидемии. Для подготовки студентов-медиков были задействованы лучшие силы, лучшие врачи консультировали больных, не прекращался научный поиск. Диалектика развития любого отраслевого НИИ обусловлена не только потребностями общества и здравоохранения, но и личностью руководителя.

В 50-е и 60-е годы его возглавляла Александра Васильевна Бахирева – основоположник и руководитель микологических исследований на Урале. Она сумела вырастить плеяду талантливых ученых, позволивших говорить об Уральской микологической школе и микологии как главном направлении деятельности института тех лет. Свердловский НИКВИ в те годы был единственным в стране институтом, постоянно издающим монотематические сборники научных работ «Вопросы микологии», в которых находили отражение не только результаты научных исследований, но и рекомендации для практического здравоохранения.

При активном участии Александры Васильевны в Свердловской области одной из первых в нашей стране было проведено широкое оснащение кожно-венерологических учреждений люминесцентными установками, внедрен метод массовых профилактических осмотров на дермато-микозы.

С 1955 г. приказом Минздрава РСФСР Свердловский Облвенинститут включен в состав учреждений республиканского подчинения с наименованием Свердловский научно-исследовательский кожно-венерологический институт.

Под руководством А.В.Бахиревой СКВИ превратился в научно-организационный методический центр дерматовенерологов 22 областей, краев и автономных республик Урала, Сибири и Дальнего Востока. Вторым направлением научных исследований института на протяжении четверти века являлось изучение профессиональных заболеваний кожи, занимающих до 20% от всех профессиональных заболеваний рабочих на Среднем Урале.

Вспышка венерических заболеваний в начале 70-х годов привела к смене научной тематики. Новый директор – Яков Александрович Халемин, который немало сделал для профилактики профессиональной патологии кожи на коксохимическом производстве, становится организатором работ по предотвращению распространения вензаболеваний в районах «строек века», в частности на БАМе. Эта задача была успешно решена.

Совершенствование структуры дерматовенерологической помощи проводилось по рекомендациям института. Свои научные исследования институт широко компенсировал с учреждениями Минздрава СССР, РСФСР, Уральского научного центра АН СССР, кафедрами медицинских ВУЗов страны, органами практического здравоохранения Свердловской области и территорий Урала, Сибири и Дальнего Востока. Осуществляются выезды бригад научных сотрудников в курируемые территории. Большое внимание уделяется подготовке высококвалифицированных кадров. Ведется активная издательская деятельность. С 1968 по 1981 гг. институтом изданы 12 сборников научных работ, монография, 2 учебных пособия, 2 книги для населения.

В 2016 году ФГБУ «УрНИИДВиИ» Министерства здравоохранения Российской Федерации был переименован в ГБУ Свердловской области «УрНИИДВиИ». Одним из новых важных направлений в настоящее время является изучение эпидемиологии, этиологии, патогенеза, роли в онкопатологии, возможностей лабораторной диагностики и эффективной терапии вирусных ИППП (герпесвирусная, папилломавирусная инфекция, взаимовлияние сифилиса и парентеральных гепатитов). Результаты завершенных диссертационных исследований, новые методы диагностики и лечения широко внедряются в практику. Лечение дерматозов устойчивых к традиционной терапии, таких как псориаз [5].

Ежегодно в клинике ГБУ СО «УрНИИДВиИ» проходят лечение от 4200 до 4700 больных – взрослых и детей с различными кожными заболеваниями. Пациенты проходят лечение как в условиях круглосуточного, так и в условиях дневного стационара, ведется консультативные приемы для амбулаторных

пациентов. Для успешного лечения в клинике созданы все комфортные условия.

Структура ГБУ СО «УрНИИДВиИ» отвечает целям и задачам, а также воздействующим на неё внутренним и внешним факторами. Структура организации – наилучшим образом позволяет эффективно взаимодействовать с внешней средой, продуктивно и целесообразно распределять и направлять усилия своих сотрудников и, таким образом, удовлетворять потребности клиентов и достигать своих целей с высокой эффективностью.

Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунологии» находится по адресу г. Екатеринбург, ул. Щербакова 8. Здание построено в 1994 году. Общей площадью 1038 м². Пятиэтажное здание, разделенное на два крыла, оборудованное современной лечебно-диагностической аппаратурой.

Каждое подразделение выполняет определённый набор функции и работы. Для выполнения функций, подразделения их должностные лица наделяются определенными правами на распоряжение ресурсами и несут ответственность за выполнение закрепленных за подразделением функций. Схема организационной структуры управления отражает статическое положение подразделений и должностей и характер связи между ними.

Для ГБУ СО «УрНИИДВиИ» характерна линейно функциональная система управления.

2.2. Анализ сестринского персонала ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

В системе оказания специализированной медицинской помощи, приоритет направлен на повышение качества медицинского обслуживания пациентов, и является научно обоснованным и направленным на решение кадровой проблемы. Анализ сестринского персонала важен для экономиче-

ской эффективности использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов

Таблица 2 - Показатели укомплектованности кадрами и коэффициенты совместительства

Персонал	Кол-во штатных должностей	Кол-во занятых должностей	Число физ. лиц	Укомплектованность штатных должностей физ. лицами (%)	Укомплектованность штатных должностей занятыми должностями (%)	Коэффициент Ошибка!
Врачи в целом по учреждению, в т.ч.	31,75	31,5	29	91,3	99,2	1.08
в поликлиниках	3	3	8	100,0	100,0	0,4
в стационарах	28,75	28,5	21	73	99,1	1.35
Средний медперсонал в целом по учреждениям в т.ч.	82,25	82,25	47	57	100,0	1,75
в поликлиниках	2,75	2,75	4	100,0	100,0	0,69
в стационарах	79,5	79,5	43	54	100,0	1,85

На сегодняшний день укомплектованность средним медицинским персоналом составляет 100%.

Таблица 3 - Абсолютные показатели и удельный вес специалистов со средним медицинским образованием до 30 лет и лиц пенсионного возраста за последние пять лет

Год	Специалисты	Специалисты до 30 лет		Специалисты пенсионного возраста	
	Абс.	Абс.	%	Абс.	%
2012	66	6	9,1	18	27,3
2013	66	6	9,1	18	27,3
2014	66	6	9,1	19	28,4
2015	73	7	9,6	19	26,0
2016	77	8	10,4	20	26,0

В медицинской организации имеет место преобладание специалистов, имеющих средний возраст и определенный опыт работы. Среди медицинских

работников со средним специальным образованием молодых специалистов в возрасте до 30 лет - 9,1%, а большую часть составляют лица среднего возраста, проработавшие на одном месте более 10 лет 63,6%, пенсионного возраста 27,3%.

Таблица 4 - Средний медицинский персонал, принятый на работу в ГБУ СО «УрНИИДВиИ» за период с 2012 по 2016 годы

Год	Принято средних медицинских работников	После окончания среднего специального учебного заведения	Перешли из другой специальности	Прибыли из других районов области	Прибыли из других областей РФ	Прибыли из других стран
2012	8	2	-	-	-	-
2013	5	1	-	-	-	-
2014	5	-	-	-	-	-
2015	3	-	-	-	-	-
2016	4	-	2	-	-	-

Средних медицинских работников, пришедших сразу после окончания колледжа - 12% от всех принятых медицинских сестёр за пять лет.

Таблица 5 - Средний медицинский персонал уволенный

Год	Уволено средних Медицинских работников	Вышли на пенсию	Сменили место жительства	Перешли в другую Специальность	Перешли в организации частной формы собственности	Перешли на работу в Немедицинскую сферу деятельности
2012	7	2	2	4	1	-
2013	5	1	1	2	1	-
2014	4	2	1	-	1	-
2015	1	1	1	-	-	-
2016	6	3	2	1	-	-

В системе организации лечебного процесса в ГБУ СО «УрНИИДВиИ» занято 177 сотрудников, организационно-управленческий аппарат, врачи, статистики, медицинские сестры, санитарки и др. обслуживающий персонал.

Специалистов со средним образованием 46 человек - это 26% от всех сотрудников организации. Увольнение сотрудников чаще связано с выходом на заслуженный отдых, и сменой места жительства, переходом в другую специальность связанного с получением высшего образования.

Таблица 6 - Укомплектованность кадрами УрНИИДВиИ

Название отделений	Должности	Кол-во человек	Всего	Медсестер
Консультативно-диагностическая поликлиника	Заведующий отделением	1	15	5
	Врач	6		
	Старшая медицинская сестра	1		
	Процедурная медсестра	1		
	Медицинская сестра	3		
	Сестра хозяйка	1		
	Санитарка	2		
Отделение хронических дерматозов для детей	Заведующий отделением	1	19	11
	Врач	4		
	Старшая медицинская сестра	1		
	Процедурная медсестра	2		
	Медицинская сестра	8		
	Сестра хозяйка	1		
	Санитарка	2		
Дерматовенерологические отделения	Заведующий отделением	2	34	18
	Врач	8		
	Старшая медицинская сестра	2		
	Процедурная медсестра	4		
	Медицинская сестра	12		
	Сестра хозяйка	2		
	Санитарка	4		
Дневногo стационара	Заведующий отделением	1	9	4
	Врач	2		
	Старшая медицинская сестра	1		
	Процедурная медсестра	1		
	Медицинская сестра	2		
	Сестра хозяйка	1		
	Санитарка	1		
Экспериментального лабораторного отдела	Заведующий ЭЛО	1	20	7
	Врач	7		
	Старший лаборант	1		
	Лаборант	6		
	Сестра хозяйка	1		
	Препаратор	4		
Работники пищеблока, прачечной	Все должности	12	12	
Административно-управленческий персонал +Административно хозяйственный персонал	Все должности	68	68	1
Всего сотрудников			177	46

Укомплектованность средним медицинским персоналом на сегодняшний день составляет 100%, младшим медицинским персоналом 50%.

Таблица 7 - Распределение по стажу работы среднего медицинского персонала в ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

Стаж работы	Количество сотрудников	% от среднего медицинского персонала
0-5 лет	9	20%
5-до лет	10	22,2%
Более 10 лет	26	57,8%

Из анализа таблицы видно, что численность сотрудников со стажем работы более 10 лет составляет 57,8%.

Таблица 8 - Сертифицировано и аттестовано специалистов

Специалистов	Абсолютное и процентное выражение	Врачи	Средние медицинские работники
Из них:			
Сертифицировано	Абс.	29	47
	%	100,0	100,0
Аттестовано	Абс.	14	33
	%	48,3	70,2
Не имеют сертификата специалиста	Абс.	0	0
	%	0	0

100% среднего медперсонала имеют сертификат на право занятия медицинской деятельностью. В 2016 г. 100% среднего медперсонала прошли повышение квалификации в соответствии с утвержденным графиком по курсу «Сестринская помощь больным с кожными и венерическими заболеваниями» по специальности «Сестринское дело» - 14 мед. сестер.

Количество медицинских работников, которым необходима профессиональная переподготовка в ближайшие три года: нет.

Необходимо планировать обучение среднего медицинского персонала на три года.

Таблица 9 - План по обучению среднего медицинского персонала на 2017-2019 годы и финансовое обеспечение плана в % выражении

Год	Средние медработники	Финансовое обеспечение
-----	----------------------	------------------------

2017	4	112800
2018	6	82000
2019	6	133000

В план может вноситься коррективовка.

2.3. Психологические и эмоциональные факторы, влияющие на качество жизни пациентов

Пациенты вначале болезни борются со своим заболеванием в одиночку, затем они ожидают помощи не только от врача и от всех работников клиники . Больные на первый план выдвигаются жалобы, на заболевание и связь этого заболевания с личностью больного. После диагностики заболевания врач лечит больного, а медицинская сестра - ухаживает за ним. Формируется система «врач – сестра - больной». Основа данной деятельности связана с психологическими и эмоциональными факторами.

Психология сестринского общения с больными, страдающими псориазом, – это наполнение содержанием всех видов деятельности, связанных не только с работой по уходу за больными и повышением качества жизни, но и с ожиданиями пациентов эффекта от лечения в медицинском учреждении. В работе медицинской сестры с больными имеет значение и личность медицинской сестры, и связь её с окружающей средой, коллегами и врачом, а также личность самого больного. Нет одинаковых медицинских сестер, больных и даже болезней. У каждого пациента болезнь протекает со своими особенностями, как психологическими, так и физиологическими, в связи с чем возникают разные потребности в планировании ухода. Поэтому уходу за пациентами строго индивидуален [21,с.14].

Факторы, влияющие на психологию больного псориазом:

- 1) само заболевание;
- 2) чувства, впечатления и реакции связанные с болезнью;
- 3) социально – психологические;
- 4) патологические процессы болезни;

- 5) нарушение функций организма или полная утрата этих функций;
- б) неприятные ощущения, идущие изнутри, и с наружи (кожный зуд, боли в суставах при артропатическом псориазе).

Типы поведения больного:

- 1) одни спешат обратиться за помощью;
- 2) другие пренебрегают.

Значение болезни для больного:

- 1) зависит от сведений, которые больной получает (от врача, от окружающих), от уровня образования;
- 2) для больного почти всегда означает угрозу опасности;
- 3) значение отдельных органов в жизни человека;
- 4) влиять на самооценку, источник радости, успеха.

Заболевание может привести:

- 1) к нарушению психического равновесия;
- 2) к нарушению проявления ценных сторон личности;
- 3) изменить роль человека в обществе, в семье;
- 4) к прерыванию отношений.

Эмоциональные проявления:

- 1) недооценка своего состояния (у депрессивных и апатичных больных);
- 2) из-за чувства страха, беспокойства может начаться депрессия;
- 3) проявиться агрессия, как в словах, так и в поступках;
- 4) обидчивость.

Защитные реакции на заболевание:

- 1) реакция отрицания;
- 2) регрессия (может выражаться в зависимости от окружающих, нарушение поведения в отношении ощущения времени).

Удобства, создаваемые для пациентов в лечебном учреждении– это удовлетворение потребностей, способствующих выздоровлению или значительному улучшению состояния. Одновременно нужно воспитывать боль-

ных, помогая им учиться на горьком опыте, приведшем к заболеванию, а также вести более здоровый и целесообразный для сохранения здоровья образ жизни.

Пациенты, поступающие в лечебное учреждение, могут иметь о нем самые различные представления. Больные люди ожидают, прежде всего, освобождения от страданий и последующее выздоровление.

В ГБУ СО «УрНИИДВиИ» направляются пациенты со всего Уральского Федерального округа.

Поступление в стационар часто оказывает на людей тяжелое воздействие новой среды, устрашающих предметов, аппаратуры. Все то, что для медицинского персонала привычно и естественно - может по-настоящему пугать больного. Капельницы, шприцы, иголки, пробирки с кровью, аппараты ПУВА-терапии могут также вызывать беспокойство. К тому же незнакомые люди, медицинский персонал, необходимость приспособиться к новым условиям пребывания в стационаре может усилить психологическую нагрузку. Пациенту приходится расстаться с привычной домашней обстановкой и ритмом жизни и приспособиться к новому режиму дня. Прием в стационар может явиться новым фактором и заставить больного осознать своё новое положение.

Создание благоприятного лечебно-охранительного режима - основополагающее требование в отделениях, которые направлены на поддержание порядка и чистоты в палатах, санузлах и коридорах. Но это не должно вызывать у пациентов состояние напряженности.

Важен распорядок дня в отделении: подъем больных, завтрак, прием лекарств, выполнение процедур, обход и все это организовано в определённые часы. Размещение пациентов в палатах зависит от характера заболевания. Для инвалидов организованы двухместные палаты с санузлом и различными приспособлениями для комфортного пребывания и самообслуживания. Наполнение палат пациентами рассчитывается по нормативам пребывания на одного человека.

К повседневной деятельности среднего медицинского персонала относится подготовка пациентов к различным видам обследования. Подготовка зависит от самого исследования, знаний пациента и его культурного уровня.

Питание больных, сервировка стола и диета имеют большое значение в ходе реализации лечебной деятельности. Соответствующее питание оказывает психическое воздействие на организм. Организация питания осуществляется медицинской диетической сестрой. Пациенты нелегко переносят диету и часто её нарушают, в связи с чем диетическая пища должна быть вкусной. Особую опасность представляет домашняя пища, приносимая родственниками пациентам во время посещения.

Гигиенические запросы пациента и его потребность в чистоте реализуются с помощью осуществления личной гигиены, обеспечения комфорта, чистоты и безопасности, а также смены постельного белья.

2.4. Материалы и методы исследования

В работе применялись следующие методы исследования:

1. *Аналитический метод.* Изучены нормативно-правовая база ГБУ СО УрНИИДВиИ за 2016 г., отчет руководителя за 2016 г., информация официального сайта ГБУ СО УрНИИДВиИ, приказ Минздрава России от 15.07.2016 №520н., Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" (зарегистрирован в Минюсте 17.05.2017 регистрационный номер 46740). Вступает в силу с 01.07.2017г. новый Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 22 мая 2012 года N 560-П «Об организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Свердловской области».

2. Методы *статистической обработки* результатов исследования: математические приемы, формулы, способы количественных расчетов. С помощью последних показатели, получаемые в ходе исследования, можно обобщать, приводить в систему, выявляя скрытые в них закономерности [23].

С целью формирования соответствующих количественных данных в работе использованы методы математико-статистического анализа, как первичные, так и вторичные. Первичные методы, с помощью которых были получены соответствующие показатели, отражали результаты проводимых измерений.

Вторичными методы статистической обработки, с помощью которых на базе первичных данных были выявлены скрытые в них статистические закономерности, позволяющие оценить степень случайности явления, той или иной взаимосвязи явлений. Результаты вторичных методов исследования непосредственно проверяли для доказательства гипотезы, сформулированной в начале исследования.

3. *Социологический метод.* Разработка анкеты оценки качества жизни пациентов с псориазом, проанализировать полученные приоритетные результаты лечения в медицинской организации и с помощью анкетирования провести опрос группы пациентов.

2.5. Результаты исследовательской работы, по определению качества стационарной помощи пациентам с псориазом в ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

Качество жизни пациентов с псориазом и приоритетные результаты лечения в медицинской организации зависят от качества оказания медицинских услуг и их безопасности.

На сайте ГБУ СО «УрНИИДВиИ» существует раздел для пациентов и обратная связь. Все пациенты после выписки заполняют анкеты удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи. В ГБУ СО «УрНИИДВиИ» с января по апрель 2017 года в целом было пролечен 971 человек на круглосуточном стационаре (КС) и 431 человек - на дневном стационаре (ДС), что составляет 44% от всех кожных заболеваний.

Таблица 10 - Анализ заболеваемости псориазом с января по апрель 2017 года

Вид	Число всех	Случаи псориаза
-----	------------	-----------------

стационара	заболеваний		Всего	Койко дней	Взрослые		Дети до 17 лет	
	Всего случаев	Койко дней			Всего случаев	Койко дней	Всего случаев	Койко дней
КС	971	17073	399	7552	325	6175	74	1377
ДС	431	1835	214	1835	194	1741	20	94
Всего	1402	18908	613	9387	519	7916	94	1471

Из общего числа пациентов с псориазом взрослых наблюдалось 85%, детей - 15%,. В среднем каждый пациент находился на стационарном лечении в течение 15 дней.

Таблица 11 - Анализ заболеваемости в ГБУ СО «УрНИИВиИ» за 2014-2016 годы

Исследуемые группы	2014			2015			2016		
	ДС	КС	Всего	ДС	КС	Всего	ДС	КС	Всего
Кол-во госпитализированных пациентов с псориазом	115	1077	1192	542	561	1103	808	994	1802
Кол-во госпитализированных пациентов с другими видами кожными заболеваниями	761	1632	2394	1319	2209	3528	1169	1492	2661
Всего пролеченных пациентов в стационаре	876	2709	3586	1861	2770	4631	1977	2486	4463

Количество больных псориазом 2014 году составило 33,2%, в 2015 году - 23,8% и в 2016 году - 40,4% от всех пролеченных в клинике пациентов.

Показатель наглядности указывает, на сколько процентов или во сколько раз увеличился или уменьшился объём сравниваемых величин.

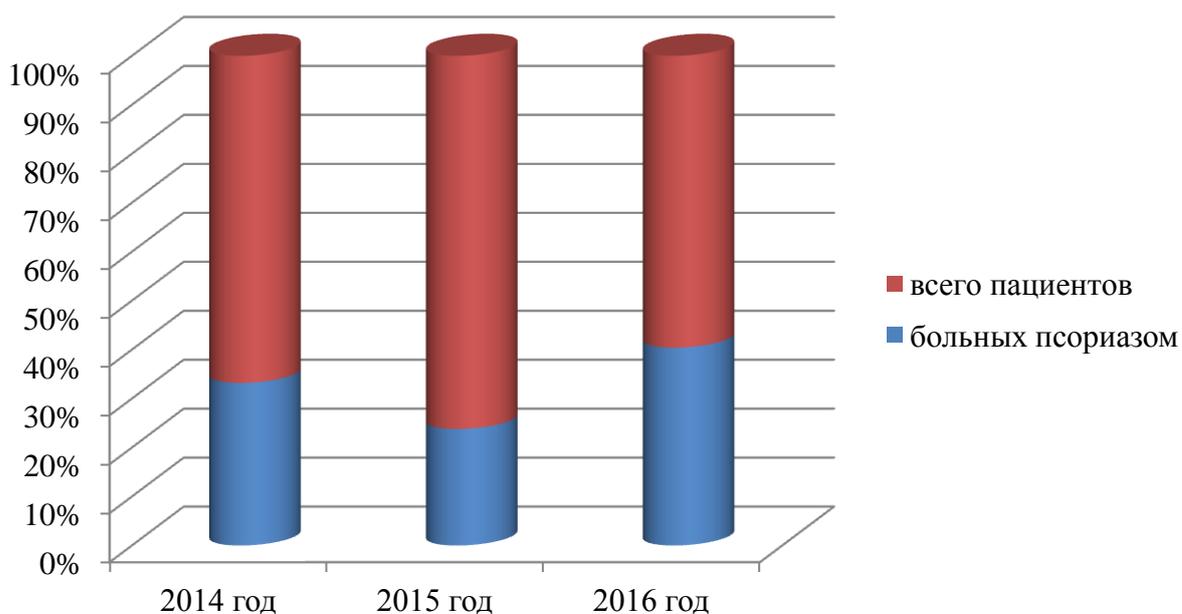


Рисунок 3 - Процент пролеченных в стационаре пациентов

Так в 2015 году процент пациентов с псориазом снизился на 22,3% по сравнению с 2014 годом, а в 2016 году - увеличился на 71% в сопоставлении с 2015 годом. Если сравнивать 2014 год и 2016 год, то процент пролеченных пациентов с псориазом (П) увеличился на 2,9%.

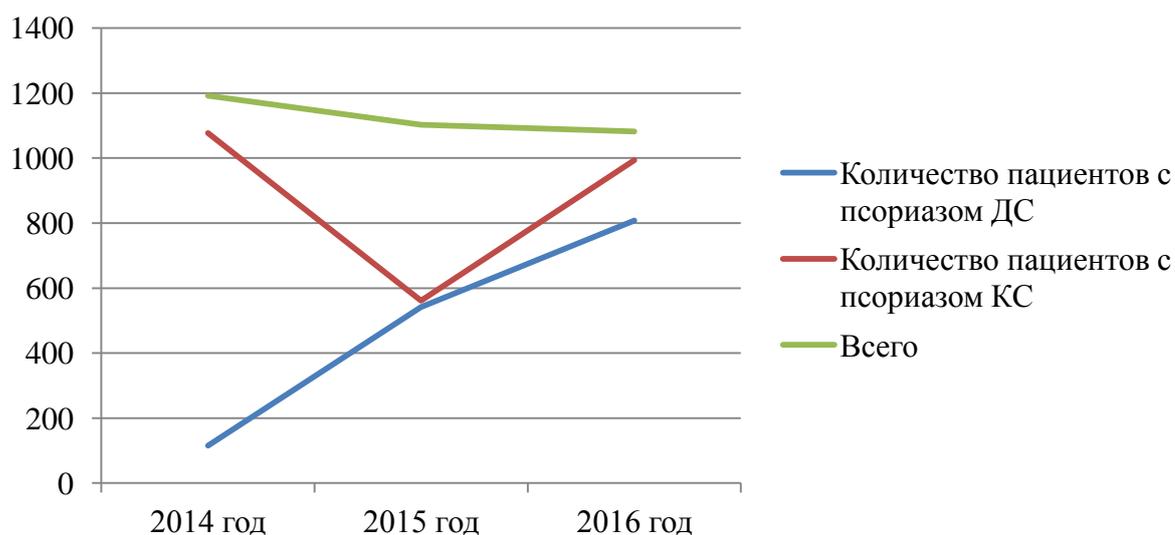


Рисунок 4 - Динамика пролеченных пациентов с псориазом в ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

За последние два года значительно увеличилось количество пациентов, пролеченных в условиях дневного стационара, что способствовало снижению стресс-условий, являющихся ведущими среди факторов, провоцирующих псориаз. Как известно, адаптация способствует новой, необычной для него ситуации, вызывающей необычное психобиологическое напряжение. Сохранение психического равновесия, как правило, позитивно отражалось на лечении (рис.5).

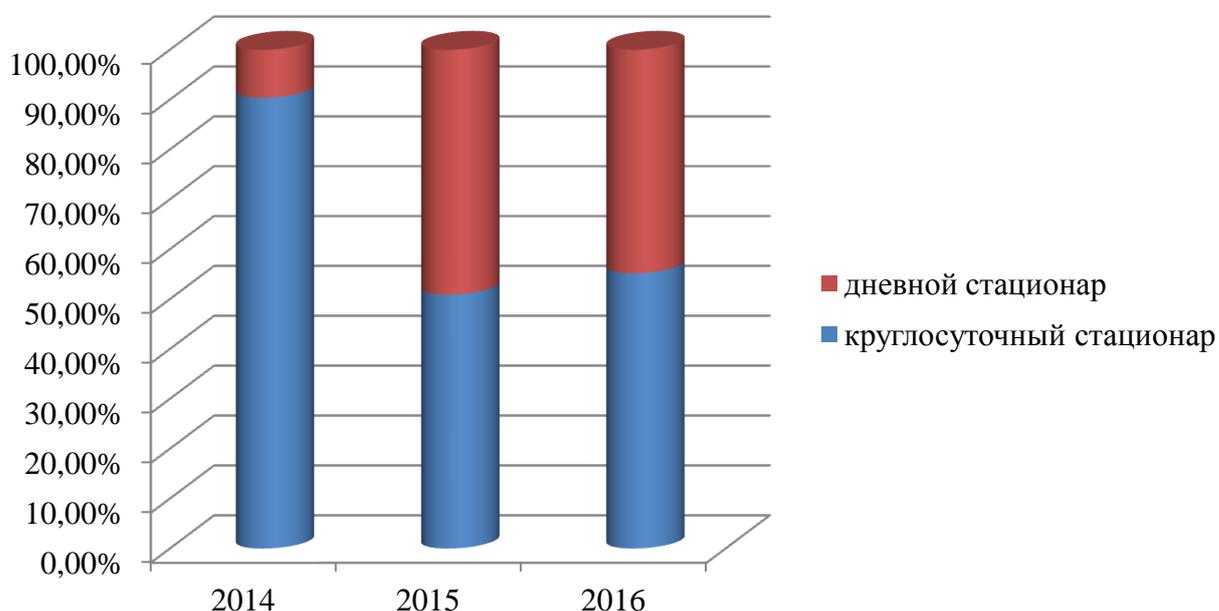


Рисунок 5 - Показатель пролеченных пациентов в условиях стационара

В анкетировании принимали участие 50 человек. Вопросы, задаваемые респондентам:

- ранжирование по полу и возрасту;
- оценка общего состояния самим пациентом;
- оценка состояния здоровья до лечения;
- условия пребывания в стационаре;
- психоэмоциональное состояние;
- ожидаемые результаты после лечения;
- пожелания.

По гендерному признаку среди респондентов соотношение распределилось одинаково.

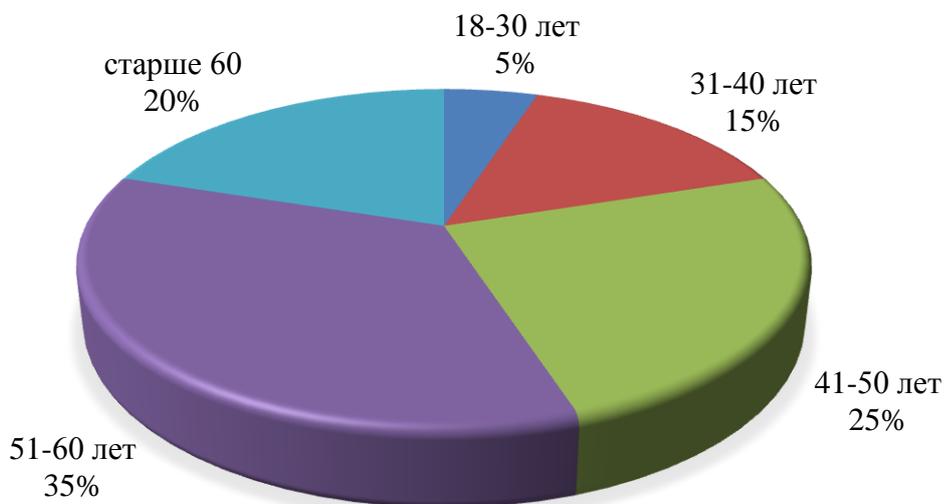


Рисунок 6 - Возрастная структура пациентов

Как показало исследование (рис.6), среди опрошенных большую часть составили пациенты в возрасте 51-60 лет это 35%.

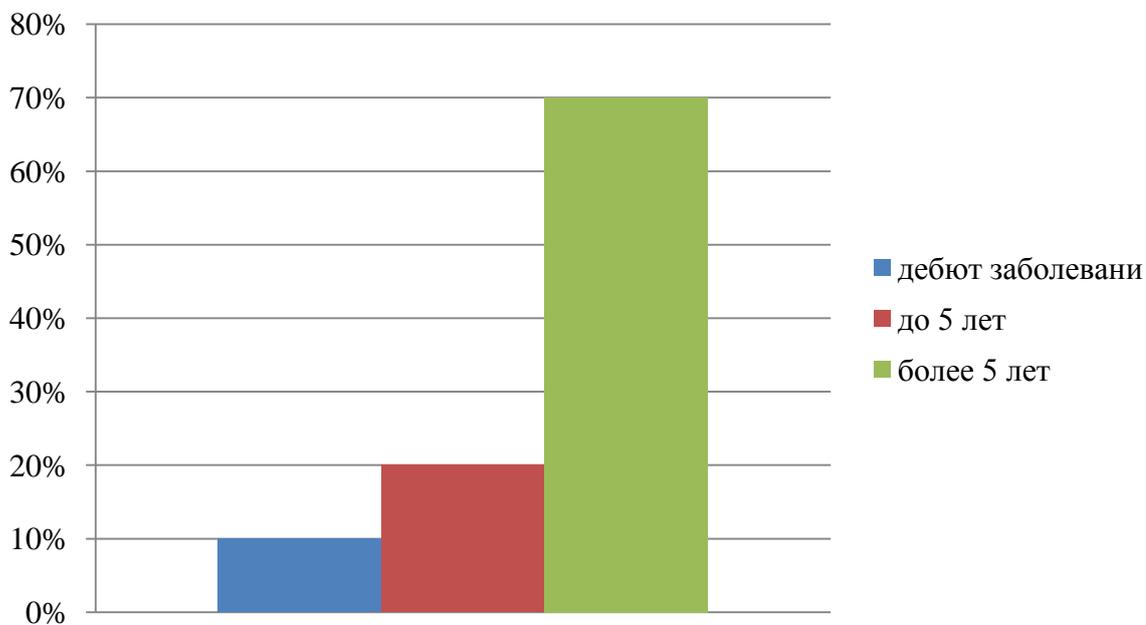


Рисунок 7 - Длительность течения заболевания

Среди респондентов, страдающих рассматриваемым заболеванием более 5 лет 70%, только 10% сообщили о первичности проявления у них псориаза (рис.7).

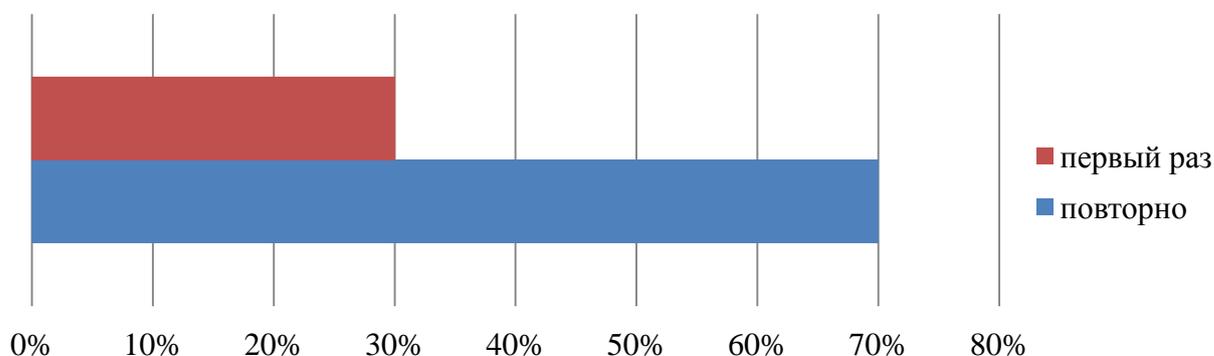


Рисунок 8 - Обращение за специализированной медицинской помощью

Повторное обращение отмечено у 70% всех опрошенных, что существенно выше, чем первичное, связанное с дебютом заболевания П (рис.8). При этом 30% пациентов, страдающих этим заболеванием, не направлялись ранее на лечение в специализированные медицинские организации врачами поликлиник с места жительства. О том, где можно получить квалифицированную помощь, пациенты часто узнавали самостоятельно в интернет-источниках и делились информацией между собой.

На сайте ГБУ СО «УрНИИДВиИ» размещена подробная информация о предоставлении медицинских услуг и о том, как можно записаться на консультацию, где взять направление на лечение, какие нужно иметь при себе документы, телефоны заведующих отделениями, телефоны консультативно-диагностического отделения и т.д. Запись на прием, консультацию и лечение осуществлялась предварительно, что благоприятно отражается на работе персонала и на пациентах, так как не создается очередь, не проявляются нервозность и торопливость.

Повторные обращения связаны с обострением заболевания, вызванные нарушением диеты, инфекционными заболеваниями, нервными стрессами, временем года (смена климата).

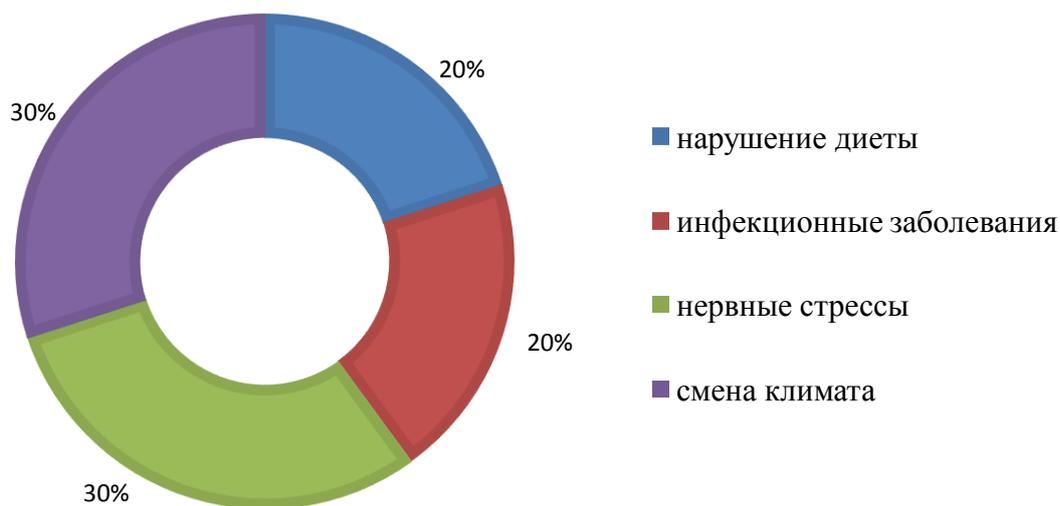


Рисунок 9 - Факторы, влияющие на обострение псориаза

Соотношение этих факторов примерно одинаковое (рис. 9), так по 20% нарушение диеты и инфекционные заболевания, несколько выше по 30% нервные стрессы и смена климата.

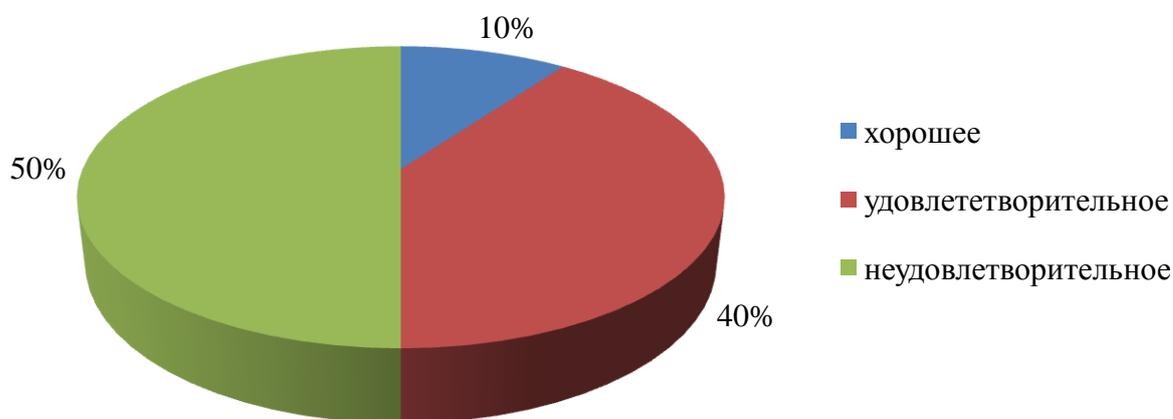


Рисунок 10 - Оценка состояния здоровья при поступлении

Большая часть респондентов оценили свое состояние при поступлении в стационар, как неудовлетворительное 50%. Это связано с процентом поражения кожного покрова и сопутствующей патологией (рис.10).

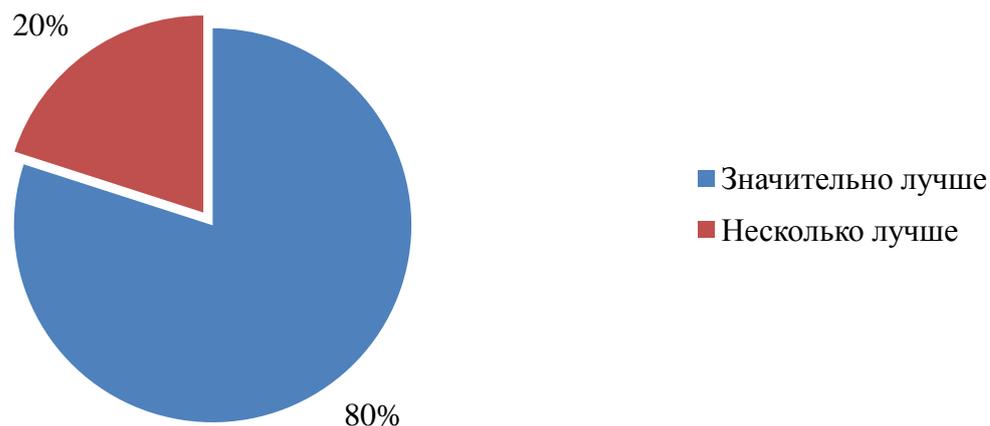


Рисунок 11 - Оценка состояния здоровья при выписке

Большая часть респондентов 80% оценили свое состояние значительно лучше при выписке из стационара.

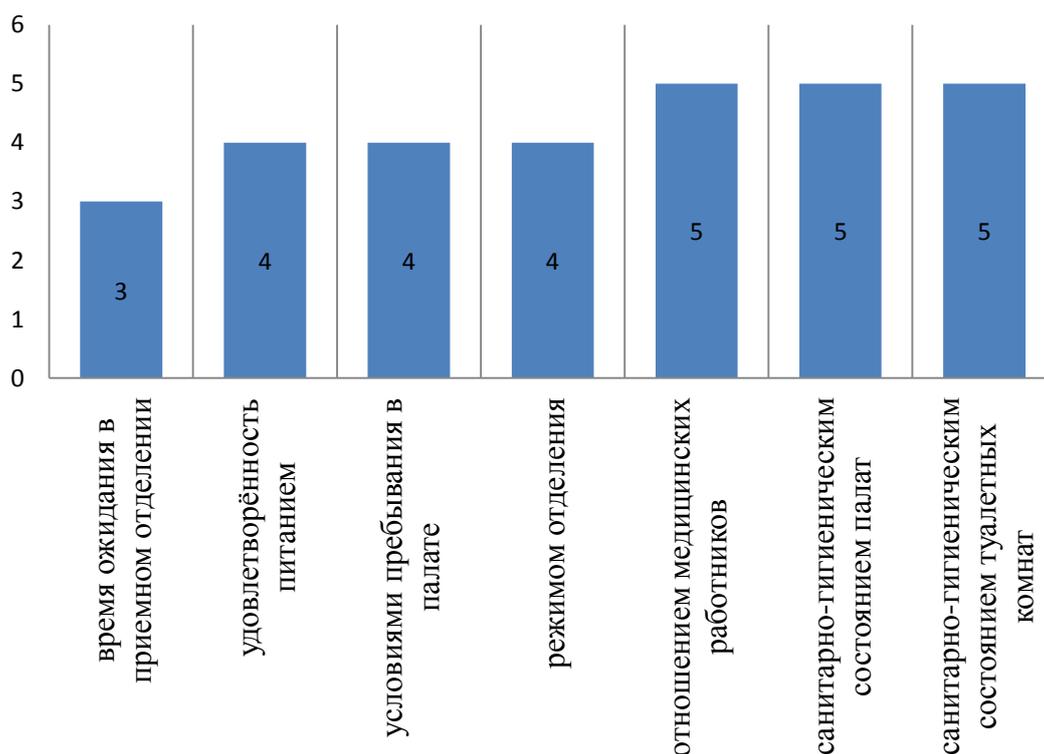


Рисунок 12 - Удовлетворенность условиями пребывания на лечении (по пятибалльной шкале)

В ходе исследования удовлетворенности пациентов условиями пребыванием в стационаре было установлено, что больные оценивают его на «хо-

рошо» и «отлично». В частности, оценкой «отлично» отмечены санитарно-гигиенические состояния палат и туалетных комнат. Отношение средних медицинских работников к пациентам также получило высокую оценку. Несколько ниже удовлетворены питанием, условиями пребывания в палате, общим режимом отделения. Низкую отметку получило время ожидания в приемном отделении.

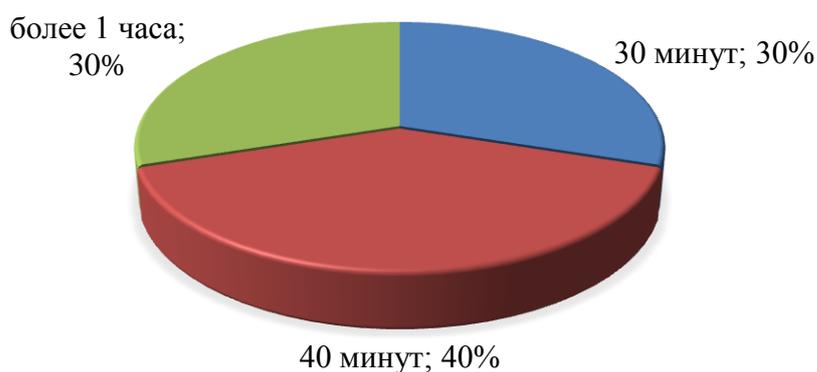


Рисунок 13 - Время ожидания в приемном отделении

Неудовлетворённость вызывает длительность оформления в приёмном отделении. Так 30% респондентов высказались, что время, проведенное в приёмном отделении, составило 30 мин, более 40 минут - 40%, более 1 часа - 30%. Это связано, как правило, с большим объемом заполнения документов, в которых нужно указать всю информацию о больном, информированном согласий на лечение и обработку персональных данных. Медицинская сестра измеряет температуру и массу тела, проводит осмотр на педикулез и это отмечает в истории болезни. В среднем на прием одного пациента уходит примерно 15-20 минут рабочего времени. В день поступает примерно 10- 25 человек. В оформлении медицинской документации медицинской сестре помогает регистратор, она регулирует поток пациентов, заполняет медицинскую документацию и делает копии документов.

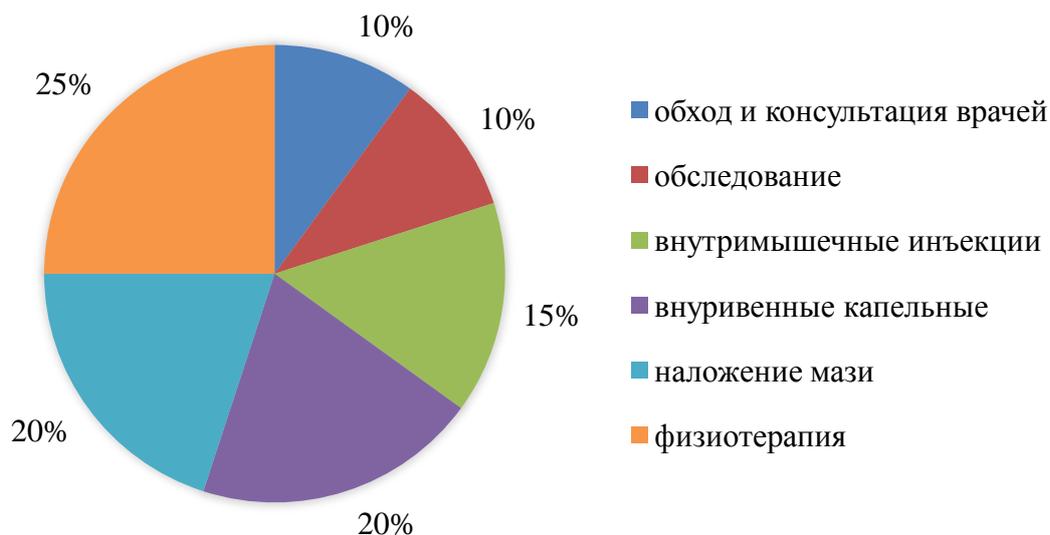


Рисунок 14 - Мониторинг времени затраченного пациентом

В режиме дня больных большая часть процедур (физиотерапия, капельные, внутривенные и внутримышечные инъекции, наложение мази на поврежденную кожу), обходы и консультации врачей, приходится на утреннее время, что иногда образует очереди в манипуляционные кабинеты и кабинеты врачей.

Качество питания пациенты единодушно отметили (по пятибалльной шкале) хорошее. Питание сбалансированное, диетическое, пятидневное меню. Но у пациентов диетическое питание очень быстро вызывает привыкание (хочется остренького, копченого, соленого) и медицинским сестрам приходится более тщательно следить за передачами, не допускать продуктов неразрешённых в условиях стационара. С пациентами приходится проводить беседы о пользе гипоаллергенной диеты и о последствиях нарушения её.

Санитарное состояние палат, санитарных комнат, душа и туалета полностью удовлетворили всех респондентов.

В пожеланиях пациенты с благодарностью отметили отзывчивость, доброжелательное отношение, профессиональность процедурных и постовых медицинских сестёр. Но также некоторые из пациентов высказали неудовлетворенность младшим медицинским персоналом, от которого можно услы-

шать грубость, неуважение к пациенту, что недопустимо в медицинской организации (сказывается недостаток образования). Это недоработка старших медицинских сестер. Нужно больше времени уделять проведению занятий на тему «коммуникативная компетентность младшего медицинского персонала». Пациенты не всегда жалуются на грубое отношение к ним, стесняясь и боясь. Нужно чаще общаться с пациентами, проводить анонимный опрос удовлетворенности качеством общения. Важно не вызывать негативных эмоций, которые могут повлиять на дальнейшее течение заболевания, вызвать обострение и ухудшение общего состояния пациентов.

Таблица 11 - Результаты исследования психоэмоционального состояния пациентов во время пребывания в стационаре, %

Вопросы	Все время	Часто	Большую часть времени Большую	Иногда	Редко	Ни разу
Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	4	32	50	10	4	0
Вы сильно нервничали?	0	0	0	12	38	50
Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	0	0	0	6	30	44
Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	0	28	72	0	0	0
Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	20	30	34	6	10	0
Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	0	0	6	12	28	54
Вы чувствовали себя измученным(ой)?	0	0	2	12	10	76
Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	6	58	30	6	0	0
Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	0	0	0	10	10	80
Итого среднее арифметическое позитивные эмоции	7,5	37	46,5	5,5	3,5	0
Итого среднее арифметическое негативные эмоции	0	0	1,6	10,4	23,2	60,8

Свое эмоциональное состояние во время пребывания в стационаре респонденты оценили комфортное. Так, негативных эмоций часто не испытывал никто, ни разу не испытывали 60,8%. Позитивные эмоции очень часто испытывали 7,5% респондентов, часто - 37%, большую часть времени - 4,5%, иногда - 5,5%, редко - 3,5%. В целом пациенты чувствовали себя комфортно,

физическое и эмоциональное состояние не мешало активно общаться с людьми. Многие респонденты отмечали, что находясь в стационаре, могут не стесняться своей болезни, не переживать о том, как на их проблему будут реагировать другие люди.

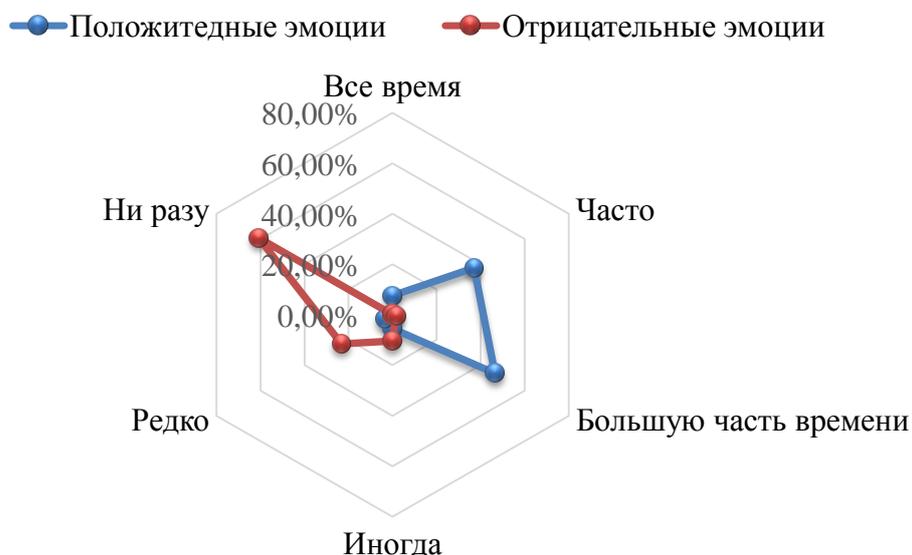


Рисунок 15 - Анализ эмоционального состояния

Доброжелательное и чуткое отношение среднего медицинского персонала благоприятно сказывалось на психоэмоциональном состоянии пациентов, а значит, и на течение заболевания. Младший медицинский персонал иногда являлся инициатором конфликтных ситуаций, что вызывало у пациентов негативные эмоции.

Поскольку 100% респондентов желали полного выздоровления кожи, пациенты желали, чтобы все медицинские работники всегда относились к ним с пониманием и уважением.

Настоящее исследование проведено на базе государственного бюджетного учреждения Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии».

В первой главе были рассмотрены теоретические аспекты заболевания и факторы, влияющие на обострение и течение заболевания и, следовательно, снижающие КЖ.

Во второй главе проведен анализ сестринского персонала, определены психологические и эмоциональные факторы влияющих на качество жизни пациентов, выбраны методы исследования, проведен анализ анкет по определению качества жизни пациентов находящихся на стационарном лечении. В организации проведен опрос группы из 50 пациентов. В результате осуществлённое исследование позволило выявить положительные и отрицательные качества оказания медицинской помощи пациентам с псориазом и приоритетные ожидаемые результаты от лечения.

Организация дневного стационара повысила качество жизни больных, снизила интенсивность стрессовой реакции, возникающий при поступлении их в стационар, все это ускорило процесс выздоровления и сократило срок лечения.

Качество жизни пациентов в условиях круглосуточного стационара – это удовлетворение потребностей пациентов (качеством питания, комфортом пребывания в стационаре, режимом, качеством оказанных медицинских услуг, окружающей средой, степенью удовлетворения потребностей в содержательном общении с медицинскими работниками, снижением уровня стрессовых состояний, структурой размещения по палатам и др.).

Разработаны рекомендации по улучшению качества оказания медицинской помощи, повышение качества обслуживания, профессиональное развитие, направленные на повышение качества жизни пациентов, на пропаганду здорового образа жизни, правильного ухода и коммуникативного общения с больными.

Повышение коммуникативной компетентности среднего и младшего медицинского персонала, во многом зависит профессиональная успешность (от умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми). Хороший психологический контакт с больным поможет получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, обеспечит взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Доверительные отношения пациент способствуют налаживанию психологического контакта пациента с медицинскими работниками и оказывает влияние на позитивный настрой на лечение.

3. РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КАЧЕСТВА ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ГБУ СО «УрНИИДВиИ»

На основе результатов проведенных исследований определились основные направления по улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам, находящимся на лечении в ГБУ СО «УрНИИДВиИ», направленных на исправление выявленных проблем:

1. Создать более комфортные условия для пациентов;
2. Организовать проведение обучения младшего медицинского персонала не только санитарно-эпидемиологическому режиму в отделении, но и этике и деонтологии;

3. Снизить негативное психологическое воздействие людей, находящихся на лечении в стационаре, для этого нужно создавать комфортные психоэмоциональные условия.

4. Пациентам внушать веру, оптимизм, волю к победе и жажду жизни. Для этого они должны потратить немало душевных, умственных и физических сил, чтобы восстановить своё здоровье, а для этого нужно иметь терпение, думать о том, как можно достичь выздоровления. Больные должны понимать, что понимание собственных трудностей помогут найти новый смысл жизни. Важно, чтобы все медицинские работники знали все стороны жизни пациента, учитывали его представление о болезни, его отношение к медицинскому персоналу и лечебному процессу.

5. Организовать школу пациентов с псориазом, которая способствовала бы правильному пониманию прав обязанностей не только медицинского персонала, но и самого пациента.

Приоритетные задачи организации школы пациента:

- мотивация медицинского персонала к повышению качества медицинской помощи;

- повышать коммуникативную компетентность среднего и младшего медицинского персонала;

- повышение информированности и грамотности пациентов о своём заболевании;

- мотивировать пациента к укреплению и повышению ответственности за своё здоровье, к отказу от вредных привычек;

- обучать уходу за кожей, гигиене, правильному питанию.

Школа поможет повысить качество жизни пациента и, следовательно, благоприятно повлиять на обстановку в семье, на работе и в обществе, что в последствии приведёт к осознанию больным ответственности за своё здоровье, сокращению количества обострений и продлению ремиссии. Поменять отношение к болезни, к своим ощущениям, чувствам и эмоциям, к себе как личности в целом; отношение к информации о своем диагнозе; отношение к окружающим, включая мнение пациента о том, как к нему и его болезни относятся другие люди. Таким образом, в ситуации болезни изменяется не только соматическое (физическое), но и психическое состояние человека. При этом своеобразии реагирования на свое состояние отразится в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ результатов исследования в полной мере соответствует поставленной цели.

В организации важная роль в осуществлении эффективного ухода за больными принадлежит старшей медицинской сестры отделения. Задачами в области деятельности старшей медицинской сестры являются: контроль над работой по уходу за больными, работа с медицинскими сестрами, младшим медицинским персоналом отделения по улучшению качества оказания медицинской помощи. Двумя важнейшими задачами в области деятельности старшей медицинской сестры является работа с медицинскими сестрами и самим больным. Она должна знать все недостатки в работе отделения, устранять любую психологическую напряженности между сестрами и пациентами.

Старшая медсестра должна знать все недостатки в работе отделения, устранять любую напряженности между подчинёнными ей сотрудниками и пациентами. Нужно добиваться увеличения процента позитивных эмоций и сокращать процент негативных, чтобы создавать комфортное физическое и эмоциональное состояния и активное коммуникативное общение с людьми.

В сотрудниках воспитывать коллективную сплоченность, прививать любовь и заботу о здоровье, уважительнее отношение к больным. Практика показывает, насколько важны беседы об этике и деонтологии, причем не только с медицинскими сестрами, но и с младшим медицинским персоналом. Напряженные отношения ведут к беспокойству пациентов и даже к ухудшению их здоровья. Сестрам и санитаркам нужно проявлять чуткость, отзывчивость, умение полнее раскрывать свои способности в работе по уходу за больными.

Лечащий коллектив сплавливает воедино любовь к больным и заботу о их здоровье. В лечебном процессе важны хорошие отношения между врачом и сестрой. Напряженные отношения в коллективе ведут к беспокойству пациентов и даже к ухудшению здоровья. Сестрам недостаточно только одних знаний и доведенных до автоматизма навыков и опыта, но и нужно

проявлять чуткость, отзывчивость и умение полнее раскрывать свои способности в работе по уходу за больными.

Создание благоприятного лечебно-охранительного режима основополагающее требование в медицинских организациях. Поддержание порядка и чистоты в палатах, санузлах и коридорах, не должно вызывать у пациентов психо-эмоциональной напряженности. Больные в условиях стационара должны находиться в комфортных для себя условиях, поэтому в процессе ухода важно всё - и профессионализм, и ласковое слово, чтобы не вызывать ухудшения состояния здоровья пациентов. В каждом отделении медицинские работники имеют своё рабочее место, свой круг обязанностей, определяемый местными особенностями. Рамки обязанностей медицинской сестры строго определены должностной инструкцией, так как ей нельзя превышать свои полномочия во вред лечебной деятельности.

Проведенный анализ полностью удовлетворяет цели. Задачи исследовательской работы выполнены, цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Andy. Основные факторы, влияющие на качество жизни больных [Электронный ресурс] // Доктория – Режим доступа: <http://doctoriya.com/gruppy/gruppy-podderzhki-patcientov/psoriaz/osnovnye-factory-vliiaiushchie-na-kachestvo-zhizni-bolnykh-psoriazom>
2. Бахлыкова Е.А Пустулезные заболевания ладоней и подошв./ Е.А. Бахлыкова, Н.Н. Филимонкова, Н.А. Курлович, С.Л. Матусевич // Клиническая дерматология и венерология. 2014, №6 стр.91-96.
3. Броше, Е.А. Роль мелатонина в патогенезе псориаза / Е.А. Броше, Г.И. Губина Вакулик, Т.В. Горбач // Вестник дерматологии и венерологии. - 2007. – № 1. –С. 20-22.
4. Быков А.С. Бактериально-вирусные ассоциации при местных нарушениях иммунитета при псориазе/А.С.Быков, Е.С. Козлова, А.Ю.Кладова// Росс. журнал кожных и вен. Заболеваний. 2008.№6.С.24-28.
5. История института. [Электронный ресурс] Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии. Режим доступа: <http://www.urniidvi.ru/>
6. Корсун В.Ф., Корсун А.Ф. Псориаз. Современные старинные методы лечения. Дия.– 1999.– 208с.
7. Кунгуров Н.В. Генетические факторы этиологии и патогенеза./ Н.В.Кунгуров, Н.Н.Филимонкова, В.И.Голубцов, С.А Корзманова // Вестник дерматологии, 2011, № 1, С.23-27
8. . Кунгуров Н.В., Матусевич С.Л., Филимонкова Н.Н., Бахлыкова Е.А.. Псориатическая болезнь и коморбидности. Тюмень: РИЦ "Айвекс, 2015. 232с.
9. Лекция № 3. Медицинская статистика здравоохранения [Электронный ресурс] // Сайт: Plam.ru – Онлайн библиотека / Режим доступа: http://www.plam.ru/nauchlit/medicinskaja_statistika_konspekt_lekcii/p4.ph
10. Методы статистической обработки информации. [Электронный ресурс] // Студипедия. Режим доступа: <http://studopedia.org/2-41983.html>

11. Молочков В. А., Бадочкин В. В., Альбанова В. И., Волнухин В. А. Псориаз и псориатический артрит. КМК, Авторская академия. – 2007. — 300с.
12. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 368с.
13. Методика оценки качества жизни «SF-36 Health status survey» [Электронный ресурс] // Студипедия. Режим доступа: [http://studo\[pedia.ru/9_176\[3_metodika-otsenki-kachestva-zhizni-SF--Health-status-survey.html](http://studo[pedia.ru/9_176[3_metodika-otsenki-kachestva-zhizni-SF--Health-status-survey.html)
14. Орлов Е.В. Оценка качества жизни больных псориазом на фоне лечения с применением фосфоглива./ Е.В. Орлов, П.Е. Коннов, Т.В. Коннова // Тезисы 3 Всероссийского конгресса Дерматовенерологов. Казань, 2009.
15. Подгаева В.А. Статистические методы в оценке здоровья населения. Методические указания для внеаудиторной подготовки к занятиям студентов отдела высшего сестринского образования. Екатеринбург: [Электронный ресурс] // Учебный портал дистанционного обучения УГМУ– Режим доступа: <http://do.teleclinica.ru/1852545/>
16. Псориаз. Описание, виды, причины, симптомы и лечение псориаза [Электронный ресурс] // Медицина – Режим доступа: <http://medicina.dobroest.com/psoriaz-opisanie-vidyi-prichinyi-simptomyi-i-lechenie-psoriaza.html>
17. Псориаз. [Электронный ресурс] Википедия. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/псориаз#cite_note-10
18. Псориаз от курения [Электронный ресурс] Не – курим. ру. Режим доступа: <http://ne-kurim.ru/articles/zdorovie/psoriaz-ot-kurenii>
19. Рауа. Как влияет алкоголь на больного псориазом? [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://psoriaz-net.blogspot.ru/2011/05/blog-post29.html>
20. Ткачук Л.Т. Менеджмент. Ростов н/Д: Феникс. –2012.– 539с.

21. Филимонкова Н.Н. Современные клинико-anamнестические особенности псориаза./ Н.Н. Филимонкова, Я.В. Кащеева, Е.П. Топычканова. // Уральский медицинский журнал. Дерматовенерология. 2011. №08, С.43-46
22. Цинкернагел Р.М. Основы иммунологии. М. Мир, 2008. 325 с.
23. Хадри И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт, Akademia Kiado. 1988. 338 с.
24. Щепин О.П., Медик В.А. Качество жизни, связанное со здоровьем [Электронный ресурс] Яндекс.Директ/ Режим доступа: <http://medbe.ru/materials/obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie/kachestvo-zhizni-svyazannoe-so-zdorovem/>
- 25.

ПРИЛОЖЕНИЯ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

АНКЕТА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Уважаемые пациенты, этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет нам улучшить качество оказания медицинской помощи, узнать насколько хорошо вы адаптируетесь к условиям стационара и ваши ожидания от лечения в стационаре. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

1. Ваш пол (поставьте галочку напротив или обведите правильный ответ)

Мужской

Женский

2. Ваш возраст

18-30

31-40

41-50

51-60

60-70

Старше 71

3. На протяжении скольких лет вы страдаете заболеванием?

1 месяц

1 год

2 года

3 года

4 года

Более 5 лет

4. Ваше обращение в ГБУ СО « УрНИИДВиИ» за лечением

Первый раз

Второй

Третий

Четвертый

Более 5 раз

5. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья, как (обведите одну цифру):

Отличное 1

Очень хорошее 2

Удовлетворительное 3

Хорошее 4

Плохое 5

6. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было до лечения в стационаре? (обведите одну цифру)

- Значительно лучше 1
- Несколько лучше 2
- Примерно так же 3
- Несколько хуже 4
- Гораздо хуже 5

7. Время пребывания в приемном отделении (подчеркните правильный ответ)

- 5 мин 10 мин 30 мин 1 час Более часа

Оцените по пятибалльной шкале

8. Условия пребывания в палате

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Удовлетворенность питанием

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Устаивает Вас режим дня в отделении

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Отношение медицинских работников

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Оцените санитарно-гигиеническое состояние палат

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Оцените санитарно-гигиеническое состояние туалетных комнат

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали, и каким было Ваше настроение в течение лечения в стационаре. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям, в соответствующую клеточку поставьте галочку.

14. Как часто в течение лечения в стационаре:

№	Вопросы	Все время	Часто	Большую часть времени	Иногда	Редко	Ни разу
А	Вы чувствовали себя бодрым(ой)?						
Б	Вы сильно нервничали?						
В	Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что ничто не могло Вас взбодрить?						
Г	Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?						
Д	Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?						
Е	Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?						
Ж	Вы чувствовали себя измученным(ой)?						
З	Вы чувствовали себя счастливым(ой)?						
И	Вы чувствовали себя уставшим(ей)?						

15. Как часто во время нахождения на лечении Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? (обведите одну цифру)

- Все время 1
- Большую часть времени 2
- Иногда 3
- Редко 4
- Ни разу 5

16. Ваши ожидания от лечения в стационаре

17. Ваши пожелания
