

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/vkr/31117>

Тип работы: ВКР (Выпускная квалификационная работа)

Предмет: Сестринское дело

Содержание

Введение 3

Глава 1. Теоретические аспекты проблемы бесплодия 5

1.1. Характеристика бесплодия 5

1.2. Вспомогательные репродуктивные технологии 10

1.3. Общее представление о принципах оказания медицинской помощи при обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия 16

Глава 2. Современные подходы к организации деятельности медицинской сестры в обследовании пар с проблемой бесплодия 19

2.1. Роль медицинской сестры в обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия 19

2.2. Разработка комплекса мероприятий, способствующего повышению качества сестринской помощи в обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия 25

Заключение 33

Список использованной литературы 35

Приложение. Анкета для проведения сестринского обследования супружеских пар, страдающих бесплодием 39

Введение

Актуальность проблемы исследования состоит в том, что бесплодие в браке - одна из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем. Это обусловлено зависимостью от состояния здоровья обоих супругов, а также социальных факторов, которые определяют состояние здоровья супружеской пары и степень нарушения репродуктивной функции.

Многообразие факторов, приводящих к бесплодию в паре, и их сочетание вызывает трудности в диагностике, а также при выработке тактики лечения.

Согласно результатам эпидемиологических исследований, частота бесплодия в браке колеблется от 8 до 29%. По оценке специалистов, в Европе бесплодны около 10% супружеских пар, в США - 8-15%, в Канаде - около 17%, в Австралии - 15,4%.

Глава 1. Теоретические аспекты проблемы бесплодия

1.1. Характеристика бесплодия

Бесплодие – это неспособность семейной пары к зачатию ребенка в течение одного года при условии частой половой жизни без методов контрацепции до возраста женщины 35 лет или 6 месяцев – старше 35 лет.

При оптимальной частоте половых актов, вероятность наступления беременности наступают у 84% женщин в течение 1 года, у 8% женщин в течение 2-го года и у 8% через 2 года и более.

От 10 до 20 % семейных пар не могут иметь детей вследствие тех или иных заболеваний или действия средовых факторов, таких как экологические и (или) производственные, приводящих к бесплодию. Причина бесплодия со стороны мужчин составляет от 40 до 60 % [8].

2

Кроме этого, многочисленные наблюдения свидетельствуют, не менее у 20-25 % супружеских пар одновременно имеются разного рода анатомо-функциональные отклонения от нормы в женской и мужской репродуктивных системах. Помимо этого, причиной бесплодного брака также могут быть генетическая или иммунная их несовместимость (то есть ситуация, когда один или оба из супругов могли бы иметь детей с другими лицами противоположного пола).

Бесплодие в 45% случаев связано с нарушениями в половой сфере у женщины, в 40% — у мужчины, в остальных случаях бесплодие обусловлено нарушениями у обоих супругов. Женское бесплодие – это неспособность женщины репродуктивного возраста к зачатию. Различают первичное и вторичное. Бесплодие первично, если беременности у женщины от данного мужчины никогда не было, и вторично, если раньше беременность была. Основными причинами первичной женского бесплодия являются [13]:

- заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП);
 - аномалии развития матки и ее труб;
 - нарушение нейроэндокринной регуляции репродуктивной функции (как врожденные, так и приобретенные до того, как женщина начала жить половой жизнью).
- К вторичному бесплодию, связанному обычно с перитонеальным и трубным факторами, могут привести такие причины:
- аборт или самопроизвольное прерывание беременности;
 - спаечный процесс на фоне сальпингоофорита или в результате хирургических вмешательств в области малого таза (по поводу внематочной беременности, миом, кист яичников).

По возможности наступления беременности выделяют абсолютное и относительное. Абсолютное бесплодие наступает в результате врожденных патологий, травм половых органов или хирургического вмешательства. Относительное бесплодие - это обратимая ситуация, когда наблюдаются отклонения от нормы, которые с помощью терапевтического или оперативного лечения могут быть устранены [7].

Бесплодие может быть как врожденное, так и приобретенное. Врожденное бесплодие у женщин связано с пороками развития и наследственными нарушениями гормональной регуляции репродуктивной сферы или пороки развития органов. Приобретенное бесплодие у женщин является следствием негативного влияния на репродуктивную функцию различных экзо- и эндогенных факторов в постнатальном периоде.

В международном понимании выделяют следующие виды бесплодия.

Эндокринное бесплодие. Частота эндокринных нарушений в структуре женского бесплодия составляет 25-40 %. Единственным признаком, объединяющим все формы бесплодия, является ановуляция (отсутствие овуляции) [18].

1.2. Вспомогательные репродуктивные технологии

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)- это методы лечения бесплодия, направленных на получение беременности, при этом все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов происходит вне организма.

Часто ВРТ используются для преодоления бесплодия после неудачных попыток лечения бесплодия.

Современные ВРТ насчитывают более 10 методов, число которых постоянно расширяется, а практическое применение регулируется национальным законодательством или традициями конкретной страны. К наиболее эффективным и популярным методам относят [4]:

- Внутриматочную искусственную инсеминацию;
- Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- Интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ);
- Криоконсервацию гамет и эмбрионов;
- Донорство гамет и эмбрионов;

3

- Суррогатное материнство.

Метод лечения бесплодия определяется в зависимости от того, что выявит обследование. Но ни один метод лечения не может гарантировать 100% беременность.

По данным некоторых исследований, около 50% супружеских пар, обращающихся по поводу бесплодия, в конечном счете, достигают беременности.

Внутриматочная искусственная инсеминация. Данный метод ВРТ наиболее приближен к естественному зачатию. Для введения эякулята непосредственно в полость матки используется специальный катетер, выполненный из нетоксичных, мягких материалов. Далее все происходит естественным физиологическим путем - активно подвижные

сперматозоиды достигают маточных труб и движутся по ним к дальнему концу трубы, где происходит слияние сперматозоида с яйцеклеткой, то есть оплодотворение [10].

Для внутриматочной искусственной инсеминации может использоваться сперма супруга или донора, содержащая не менее 10 миллионов подвижных сперматозоидов в 1 мл.

Инсеминация спермой мужа (ИСМ) — перенесение во влагалище и шейку матки небольшого количества свежей спермы или напрямую в полость матки спермиев, приготовленных в лабораторных условиях методом всплывания или фильтрации через градиент Перколла. ИСМ производится в тех случаях, когда женщина полностью здорова и трубы проходимы.

При инсеминации спермой донора (ИСД) используют размороженную криоконсервированную сперму донора. ИСД проводится при неэффективности спермы мужа или если не удается преодолеть барьер несовместимости. Техника ИСМ и ИСД одинакова.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). ЭКО наиболее распространено во всем мире. Методика проведения стандартного ЭКО: искусственно стимулируется овуляция у женщины, после чего забирается одна или несколько зрелых яйцеклеток. Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом проводится в лабораторных условиях в благоприятной для этого среде (отсюда и применение термина «из пробирки»). После оплодотворения яйцеклетка некоторое время выдерживается в лаборатории, и в последующем ее осторожно внедряют в полость матки.

ЭКО беременность наступает лишь в 30-35% случаев. Сколько попыток можно предпринимать остальным 65-70 %, решает врач индивидуально для каждого отдельного случая. Процедура является безопасной и может проводиться не один раз. В некоторых случаях ЭКО беременность наступает с 10 попытки. Предел количества процедур для каждого пациента может определить врач [16].

При дальнейших попытках возможно использование полученных ранее и не использованных эмбрионов. Несмотря на безопасность процедуры и ее эффективность в 30-35 случаях из 100, гарантии, что ЭКО беременность наступит при повторных попытках, никто дать не может.

1.3. Общее представление о принципах оказания медицинской помощи при обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия

Для преодоления бесплодия необходимы детальное обследование и лечение, направленное на причину заболевания и на прерывание этапов развития болезни, с соблюдением принципа сроков лечения репродуктивной дисфункции. Именно это влияет на эффективность лечения.

В условиях специализированного амбулаторного приема осуществляется первый этап обследования супружеской пары-этап диагностики. На данном этапе следует проводить: снимок турецкого седла с описанием; консультацию окулиста (поля зрения); сахарную кривую; анализ суточного количества мочи на содержание 17-кетостероидов [5].

17-оксикортикостероидов; цитологию влагалищных мазков в течение 2 месяцев (8 мазков); измерение ректальной температуры в течение 2-3 месяцев; консультацию эндокринолога; спермограмму мужа; гистеросальпингографию (через 3-10 дней после

4
окончания менструации); кимографическую пертубертацию (в середине менструального цикла).

Второй этап обследования проводится в гинекологических отделениях стационаров, оснащенных лапароскопами и гистероскопами, имеющих возможности гистологического исследования биоптатов эндометрия и яичников, брюшины и маточных труб, а также проведения гормональных исследований.

По результатам обследования принимается решение о необходимом методе лечения для каждой пары. Лечение супруга при мужском бесплодии должно проводиться у врача-андролога. При установленной инфекционной патологии (хламидиоз, трихомониаз и др.) проводится антибактериальная терапия обоих супругов [19].

Назначение гормональных препаратов необходимо при эндокринном бесплодии в зависимости от выявленных нарушений.

В случае трубно-перитонеального бесплодия предусматривается десенсибилизирующая, общеукрепляющая и противовоспалительная терапия, а также физиотерапия и бальнеотерапия, курортолечение.

Помимо организации необходимого обследования и лечения бесплодной супружеской пары медицинская сестра должна выяснить все проблемы, волнующие партнеров, обратив особое внимание на социально-психологический аспект и конфликтные ситуации в семье.

Глава 2. Современные подходы к организации деятельности медицинской сестры в обследовании пар с проблемой бесплодия

2.1. Роль медицинской сестры в обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия

Ученые выделяют следующие особенности работы медицинской сестры при обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия. Так, согласно данным, медицинская сестра:

1. Имеет представление об основных причинах, условиях развития бесплодия у мужчин и женщин, а также методы его лечения или заменяющей терапии.
2. Знает схемы стимуляции, препараты для стимуляции суперовуляции, дозировки и методы их введения, возможные побочные действия.
3. Обучает молодые пары правильному зачатию, а также объясняет правила ведения образа жизни для того, чтобы это зачатие состоялось.
4. Подробно инструктирует супружеские пары о применении различных препаратов, которые назначает врач.
5. Знает необходимый перечень обследования для выявления причин и характера бесплодия.

В практической деятельности рассматриваются следующие навыки медицинской сестры центров планирования семьи, которые принимают участие в обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия [17]:

1. Подготовка рабочего места к приему пациентов.
2. Ведение и правильное оформление рабочей документации.
3. Проведение записи пациентов на консультативный прием.
4. Помощь пациентам в оформлении соглашений и договоров на обследование лечение.
5. Обучение пациентов самостоятельно принимать препараты.
6. Подготовка к работе процедурного кабинета.
7. Ассистирование врачу при различных вмешательствах, которые необходимы для выявления причин и характера бесплодия у мужчин и женщин.
8. Обработка инструментария после проведения различных сестринских и врачебных манипуляций, которые необходимы для проведения обследования супружеских пар с бесплодием (дезинфекция, ПСО, стерилизация).

Также важно отметить основные направления работы медсестры регистратуры отделений или центров, к которым относятся [16]:

5

1. Предварительная запись пациентов на прием к врачу как при непосредственном обращении в отделение, так и по телефону.
2. Обеспечение четкого регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой помощи. В данном случае нужно отметить следующую особенность: сложность в организации потока связана с тем, что необходимо подстраиваться под менструальный цикл пациенток.
3. Проведение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки.
4. Обеспечение оптимального взаимодействия между специалистами, медицинскими сестрами и супружескими парами.
5. Ведение учетно-отчетной документации по поступлению пациентов в рамках ОМС, ВМП.

Наряду с командой врачей, медицинская сестра несет ответственность за жизнь и здоровье супружеских пар, которые имеют проблему бесплодия и обращаются за медицинской помощью для проведения его обследования и лечения.

2.2. Разработка комплекса мероприятий, способствующего повышению качества

сестринской помощи в обследовании супружеских пар с проблемой бесплодия

На сегодняшний день не все медицинские сестры центров планирования семьи могут обеспечить качественную сестринскую помощь в процессе обследования пар, страдающих бесплодием.

Это связано с тем, что во многих клиниках недооценена роль медицинской сестры в этом процессе. Многие врачи, да и сами пациенты, рассматривают сестринскую работу как вспомогательную: сестра осуществляет только помощь врачу, не выполняя никаких самостоятельных функций.

Этот подход является неправильным, т.к. на самом деле медицинская сестра в процессе обследования супружеских пар, страдающих бесплодием, может самостоятельно сделать очень многое. Прежде всего, наряду с теми манипуляциями, которые она осуществляет, согласно общему диагностическому плану, в обязанности медицинской сестры можно также включить проведение анкетирования.

Заключение

Бесплодие – это неспособность семейной пары к зачатию ребенка в течение одного года при условии частой половой жизни без методов контрацепции до возраста женщины 35 лет или 6 месяцев – старше 35 лет. При оптимальной частоте половых актов, вероятность наступления беременности наступают у 84% женщин в течение 1 года, у 8% женщин в течение 2-го года и у 8% через 2 года и более. От 10 до 20 % семейных пар не могут иметь детей вследствие тех или иных заболеваний или действия средовых факторов, таких как экологические и (или) производственные, приводящих к бесплодию. Причина бесплодия со стороны мужчин составляет от 40 до 60 %.

Для преодоления бесплодия необходимы детальное обследование и лечение, направленное на причину заболевания и на прерывание этапов развития болезни, с соблюдением принципа сроков лечения репродуктивной дисфункции. Именно это влияет на эффективность лечения. В условиях специализированного амбулаторного приема осуществляется первый этап обследования супружеской пары- этап диагностики. На данном этапе следует проводить: снимок турецкого седла с описанием; консультацию окулиста (поля зрения); сахарную кривую; анализ суточного количества мочи на содержание 17-кетостероидов.

Список использованной литературы

1. Семейный кодекс Российской Федерации № 223-ФЗ от 29 декабря 1995 года (в действ. ред. от 29 декабря 2017 года) // Консультант Плюс. Информационно-правовой портал. – [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8982/ (Дата обращения: 12.04.2018)
2. Федеральный закон Российской Федерации № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» от 15 ноября 1997 (в действ. ред. от 29 декабря 2017 года) // Консультант Плюс. Информационно-правовой портал. – [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_16758/ (Дата обращения: 11.04.2018)
3. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года (в действ. от 07 марта 2018 года) // Консультант Плюс. Информационно-правовой портал. – [Электронный ресурс] http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения: 10.04.2018)
4. Абрамова С.М. Вспомогательные репродуктивные технологии. – Сыктывкар: Слово, 2015. – 560 с.
5. Холодова Д.А., Кутейникова И.С., Миронова Г.А. Сравнительный анализ эффективности различных типов вспомогательных репродуктивных технологий // Сборник статей Казанского государственного университета им. В.И. Ульянова-Ленина, 2017. – С. 212-223
6. Антонецкая М.В., Круглякова В.Д., Петренко Е.Ф. Репродуктивная медицина. – Волгоград: Ижора, 2016. – 463 с.
7. Арбузова К.А., Суркова И.К., Домрачева И.М. Система развития принципов

проведения типов вспомогательных репродуктивных технологий в специализированных медицинских центрах // Медицинское обозрение. – 2016. – № 10. – С. 54–67

8. Аристархова В.А., Сумская Е.К., Матвеев К.А. Роль и функции работы медицинской сестры в отделениях вспомогательных репродуктивных технологий в России: проблемы, тенденции и перспективы развития // Материалы научно-практической конференции «Психологические и медицинские проблемы современного российского общества». – Челябинск: Челябинский государственный университет, 2014. – С. 65–80

9. Артемьева С.С., Глинская А.В. Проблемы эффективности вспомогательных репродуктивных технологий // Сборник статей Волгоградского государственного университета. – 2017. – № 2. – С. 55–67

10. Архипенко С.С., Поляковская И.М., Лавриненко С.Г. Современные и классические подходы к применению вспомогательных репродуктивных технологий // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы развития современного общества на экономическом, социальном и культурном уровнях». – Казань: Казанский государственный университет им. В.И. Ульянова-Ленина, 2017. – С. 15–27

11. Богдановская Е.А., Щербакова А.С. Медицинская сестра в клинике репродукции: основные принципы деятельности. – Екатеринбург: Эксперт, 2016. – 70 с.

12. Боровикова М.И., Алтынина Л.М., Скрипникова А.А. Современные подходы к применению вспомогательных репродуктивных технологий: проблемы и перспективы // Материалы научно-практической конференции «Инновационное развитие современного общества». – Владивосток: Дальневосточный федеральный университет, 2017. – С. 25–40

13. Бурдинова С.С., Марелова Г.В., Чурсина О.А. Показатели эффективности вспомогательных репродуктивных технологий в современном мире // Медицинское обозрение. – 2017. – № 1. – С. 40–52

14. Вавилов М.А., Сергейчук А.П., Тарабанов М.Т. Сравнение методов проведения вспомогательных репродуктивных технологий. Методы коррекции бесплодия // Материалы научно-практической конференции «Репродуктология в России». – Владивосток: Дальневосточный федеральный университет, 2018. – С. 79–90

15. Валентинова С.С., Куприянова А.В. Медицинская сестра в отделении гинекологии. – Тверь: Зеркало, 2012. – 390 с.

16. Гордеенко А.С., Кутейникова И.В. Проблемы исследования развития и формирования инновационных методов проведения вспомогательных репродуктивных

технологий // Материалы межвузовской научно-практической конференции «Развитие альтернативной медицины в XX и XXI веках». – Ярославль: Ярославский педагогический институт, 2017. – С. 89–99

17. Григорьева С.А., Малышева М.И. Специфические особенности организации деятельности медицинской сестры в отделении репродуктологии в специализированном медицинском центре // Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы деятельности медицинских организаций в России и за рубежом». – Нижний Новгород: Нижегородский государственный университет, 2018. – С. 97–116

18. Дементьева А.А., Голубинская И.М. Сестринское дело в клинике репродуктивных технологий. – Мурманск: Полярные зори, 2016. – 297 с.

19. Дурягина И.И. Особенности развития репродуктологии в современной России. – Тверь: Диамант, 2016. – 230 с.

20. Иваненко А.А., Богословский А.П., Крюков И.М. Особенности социальной коррекции бесплодия проведением вспомогательных репродуктивных технологий // Материалы научно-практической конференции «Организация медицинской деятельности в Российской Федерации и тенденции ее развития». – Махачкала: Дагестанский федеральный университет, 2017. – С. 80–105

21. Казанцева Е.В., Петренко Р.А., Овсянникова С.А. Повышение квалификации медицинской сестры в репродуктологии. Сравнение, перспективность, тенденции. – Ульяновск: Старт, 2018. – 80 с.

22. Кравцова Е.К. Репродуктология. Вчера, сегодня, завтра. – Воронеж: Слава, 2016. – С. 106–120

23. Малышева П.А., Григорьева Н.А. Проблемы и тенденции развития вспомогательных репродуктивных технологий в современной практике // Материалы международной научно-практической конференции «Евразийский научный форум». – СПб.: Российская академия правосудия, 2018. – С. 59–72
24. Москалева А.А. Сестринское дело в гинекологии и репродуктологии. – Владикавказ: Южное издательство, 2017. – 390 с.
25. Москвина Ю.В., Малинина Н.С. Организация работы сестринской службы центров репродуктивной медицины // Сборник статей Кубанского федерального университета. Вып. 6. Медицина и фармацевтика. – Краснодар: Издательство КубФУ, 2015. – С. 40–52

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/vkr/31117>