

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ АНЕМИЯХ

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Биналиевой Фадимы Ибрагимовны**

Научный руководитель
Преподаватель Байбикова Ж.Н.

Рецензент
Заведующий центром по оздоровлению детей и подростков ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер г. Белгорода» Гринько И.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ АНЕМИЙ.....	5
1.1. Классификация и этиология различных видов анемий	5
1.2. Лечение и сестринский уход при анемиях	7
1.3. Профилактика и реабилитация	15
Глава 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АНЕМИЯМИ.....	18
2.1. Анализ статистических данных заболеваемости анемиями в Белгородской области.....	18
2.2. Анализ анкетных данных пациентов, с диагнозом анемии	19
2.3. Практические рекомендации для пациентов с анемиями.....	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Разнообразные нарушения со стороны крови занимают важное место в патологии современного человека. Патология крови и кроветворной системы составляют 5 – 8% общего числа заболеваний.

Среди различной патологии системы крови на первом месте стоят железодефицитные анемии, составляющие до 80 – 90% всех видов анемий. По данным ВОЗ, пациентов с диагнозом анемия насчитывается два миллиарда во всей планете [7].

Анемия – снижение общего количества гемоглобина в организме и гематокрита. В большинстве случаев анемии сопровождаются эритропенией – снижением по сравнению с нормой количества эритроцитов в единице объема крови.

Причинами анемии являются: питание, экология, стрессы, неблагоприятные факторы внешней среды и часто различные заболевания. Данная болезнь приводит к нарушению трудоспособности и ухудшению качества жизни пациентов. Выбор темы «организация сестринского ухода при анемиях» обусловлен её актуальностью для практического здравоохранения.

Цель исследовательской работы – исследование особенностей организации сестринского ухода при анемиях.

Для достижения поставленной цели в работе сформулированы следующие **задачи**:

1. Провести теоретический анализ литературы и периодических изданий по теме дипломной работы.

2. Определить профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации и проведении лечебно-реабилитационной и профилактической помощи пациентам с анемиями.

3. Провести анализ статистических данных распространённости анемий в Белгородской области за 2016 – 2017 год.

4. Провести социологическое исследование проблем пациентов и исследовать основные этапы организации сестринского ухода за пациентами с различными видами анемий на основании, которого разработать программу сестринских компетенций лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ;
- статистические;
- социологические – анкетирование.

Объект исследования – пациенты ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа».

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры в организации и проведении сестринской помощи у пациентов с анемией.

База исследования – ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Глава 1. АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ АНЕМИЙ

В этой главе мы рассмотрим классификацию и этиологию различных видов анемий, сестринский уход при анемиях, а также профилактику анемий.

1.1. Классификация и этиология различных видов анемий

Анемии – патологическое состояние, которое связано со снижением гемоглобина или эритроцитов в периферической крови [7].

В зависимости от этиологического фактора все анемии делят на три группы: вследствие кровопотери (постгеморрагические); вследствие нарушения кроветворения (железодефицитные, гипопластические, апластические и другие); вследствие повышенного разрушения эритроцитов (гемолитические) [3].

По цветовому показателю: нормохромные (цветовой показатель равен 0,85 – 1,15); гипохромные анемии (цветовой показатель меньше 0,85); гиперхромные (цветовой показатель больше 1,15) [4].

По размеру эритроцитов: нормоцитарные (средний диаметр равен 7,2 мкм); микроцитарные (средний диаметр меньше 6,5 мкм); макроцитарная (средний диаметр больше 8 мкм) [3].

По клиническому течению: острые анемии; хронические [7].

Острая постгеморрагическая анемия возникает вследствие значительной кровопотери (травмы, ранения, операции, желудочно-кишечные кровотечения)

Хроническая постгеморрагическая анемия возникает в результате часто возникающих небольших кровотечений, причинами которых могут быть язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, геморрой, менструальные кровотечения [4].

Основанием железодефицитной анемии является: нарушение потребления железа (несоответствие потребляемого с пищей железа и его расхода в

организме); нарушение всасывания железа в организме (заболевания желудка, тонкой кишки); хронические кровопотери (желудочно-кишечные, маточные кровотечения); повышенная потребность организма в железе [4].

Хлороз это заболевание системы крови, которое характеризуется недостатком железа и нарушением функции половых желез. Ранний хлороз возникает у молодых девушек в период полового созревания, из-за дисгормональных расстройств, которые приводят к уменьшению выработки эритроцитов костным мозгом. Поздний хлороз это нарушение всасывания железа в желудке, возникает при ахилии желудка.

К развитию железодефицитной анемии наиболее подвержены: молодые люди в результате усиленного роста; беременные женщины; пациенты с заболеваниями желудка; пациенты, с небольшими хроническими кровотечениями; мамы, кормящие грудью [5].

Причиной В12-дефицитной анемии является неполноценность железистого аппарата дна желудка, характеризующийся прекращением выработки гастромукопротеина, который необходим для усвоения и всасывания витамина В12.

Дефицит витамина В12 появляется при резекции желудка, при этом недостаток витамина В12 начинает появляться через 4 – 5 лет. Недостаток витамина может возникнуть так же при нарушениях всасывания в тонкой кишке; при неправильном питании, вегетарианство, неправильный рацион питания, хронический алкоголизм; при недостаточном всасывании питательных веществ, при заболеваниях желудка или кишечника; при повышенной потребности организма в витамине В12, при гипертиреозе.

В большей степени к развитию В12-дефицитной анемии склонны: мамы, кормящие грудью; пациенты, с онкологическими заболеваниями; хронические алкоголики; пациенты, с заболеваниями желудка кишечника и печени [3].

Фолиеводефицитная анемия проявляется, наличием в периферической крови больших эритроцитов, при этом цветовой показатель больше 1,05.

К причинам, которые приводят к возникновению фолиеводефицитной анемии можно отнести недостаточное поступление фолиевой кислоты с пищей, отсутствие в рационе питания зелёных овощей, фруктов, молочных продуктов. Так же к причинам, которые приводят к развитию фолиеводефицитной анемии, относится недостаточное всасывание фолиевой кислоты (заболевания кишечника и желудка, приём лекарственных средств); повышенная потребность организма в фолиевой кислоте (беременность, кормление ребёнка грудью).

Наиболее подвержены фолиеводефицитной анемии: молодые люди; мамы, кормящие грудью, пациенты, с неправильным рационом питания, хронические алкоголики [4].

1.2. Лечение и сестринский уход при анемиях

Пациенты с анемиями при сестринском обследовании имеют настоящие и потенциальные проблемы. Настоящие и потенциальные проблемы пациентов связаны с общими симптомами заболевания, которые присуще для всех видов: сухость кожи и слизистых оболочек; бледность; слабость; повышенная утомляемость; сонливость; головокружения; обмороки; снижение аппетита [8].

У пациентов могут быть проблемы, связанные со специфическими симптомами присущие для определенного вида анемий; проблемы так же могут быть связаны с недостатком информации о своем заболевании.

Острая постгеморрагическая анемия характеризуется слабостью, бледностью кожных покровов, головокружением, шумом в ушах, мельканием «мушек» перед глазами, одышкой и сердцебиением. При острой постгеморрагической анемии снижается артериальное давление, пульс становится частым, малым, мягким. При исследовании крови определяют снижение количества эритроцитов и гемоглобина и железа, но при этом неизменным остается цветовой показатель [3].

Хроническая постгеморрагическая анемия характеризуется медленным развитием. Наблюдаются такие симптомы как: слабость, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, пониженное артериальное давление. При исследовании крови определяют снижение гемоглобина и эритроцитов.

Определяют следующие проблемы пациентов: слабость, повышенную утомляемость, головокружение, бледность кожных покровов, шум в ушах, сердцебиение, одышка [4].

Медицинская сестра проводит беседу с пациентом или его родственниками о причинах заболевания, факторах риска развития осложнений и обострений. Медицинская сестра четко и ясно в понятной форме объясняет пациенту или его родственникам принципы рационального питания, обучает методике приема лекарственных средств, обучает правильному режиму физической активности.

Необходимо отметить, что основным элементом лечения является предотвращение возможного возникновения кровотечения.

Прогноз зависит от причины кровотечения, объема, скорости кровопотери, адекватного лечения. При кровопотере с дефицитом объема циркулирующей крови более 50% прогноз неблагоприятный [9].

Железодефицитная анемия это патологическое состояние, которое выражается недостаточным образованием эритроцитов в костном мозге или их утратой. По данным ВОЗ, критерием анемии считают уменьшение содержания гемоглобина у женщин меньше 120г/л, у мужчин меньше 130г/л и количества эритроцитов в единице объема крови.

При железодефицитной анемии происходит нарушение утилизации железа в силу различных причин (кровопотеря, заболевания желудочно-кишечного тракта, недостаточное поступление с пищей). Суточная потребность железа, необходимая для кроветворения, обеспечивается процессами физиологического распада эритроцитов в организме и только 10% за счет пищевого микроэлемента. При контакте с соляной кислотой желудка пищевое

железо переходит в закисную форму, которая в кишечнике превращается в железопротеиновый комплекс ферритин. В крови ферритин трансформируется в трансферрин, обеспечивающий эритропоэз.

Клиническая картина зависит от тяжести течения заболевания: легкая – гемоглобин 100 г/л и выше; средней тяжести – гемоглобин 80 – 100 г/л; тяжелая – гемоглобин 55 – 80 г/л; крайне тяжелая, угрожающая развитием анемической комы – гемоглобин меньше 55 г/л [9].

Железодефицитная анемия проявляется следующими симптомами: повышенная утомляемость, головокружение, головная боль, бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, боли в области сердца и артериальная гипотония.

При железодефицитной анемии выделяют специфические симптомы: затруднение при глотании и трещины в углах рта, извращение вкуса (потребность есть мел, глину, уголь и землю) и извращение обоняния (пристрастие к запаху керосина, ацетона, мазута, выхлопных газов бензиновых или дизельных автомобилей, тракторов и резины), сухость кожи и слизистых оболочек, выпадение волос, ломкость ногтей [3].

К настоящим проблемам пациентов можно отнести: слабость и повышенную утомляемость, головокружение и головную боль, сонливость, бледность кожных покровов, тахикардию, одышку, боли в области сердца, затруднение при глотании, извращение вкуса, обоняния, выпадение волос, ломкость ногтей и трещины в углах рта [4].

Медицинская сестра проводит уход: за полостью рта пациентов с анемией, их кожей, слизистыми оболочками, четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием пациентами лекарственных препаратов; контроль побочных эффектов лекарственной терапии; контроль артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений [9].

Медицинская сестра проверяет готовность системы для возможного переливания крови, сывороток для определения группы крови.

Медицинская сестра проводит беседы с пациентом или его родственниками о принципах рационального питания; обучает методике приема лекарственных средств, обучает правильному режиму физической активности, она также проводит беседы о значении систематического и правильного приема антианемических препаратов [10].

С целью достижения успеха в лечении медицинской сестре следует обеспечить соблюдение прописанного врачом двигательного режима, щадящую диету. Для профилактики внутрибольничной инфекции необходимо обеспечить соблюдение проветривания, проведение влажной уборки с дезинфицирующим средством. Необходимо своевременно и правильно выполнять врачебные назначения. С целью улучшения оксигенации крови и повышения аппетита необходимо медицинской сестре обеспечить проветривание палаты, прогулки на свежем воздухе. Медицинская сестра должна наблюдать за внешним видом, состоянием пациента, пульсом, артериальным давлением, частотой дыхательных движений с целью своевременной диагностики осложнений со стороны сердечнососудистой системы. Для профилактики запоров контролировать деятельность кишечника. С целью профилактики разрушения зубов при применении препаратов железа проводить уход за полостью рта при приеме препаратов железа. С целью достижения успеха в лечении заболевания, восполнения недостатка железа в организме провести беседу с пациентом и его родственниками о правильном питании.

Пациентам, с железодефицитной анемией назначают свободный режим, рациональное питание с включением в рацион продуктов, богатых железом (говядина, телятина, печень). Диета подробна, описана в Приложении 2.

Всем пациентам назначают препараты железа. Препараты железа рекомендуют принимать строго после еды.

При проведении лечения повышение уровня гемоглобина начинается через 2 – 3 недели, но улучшение своего состояния пациенты отмечают раньше возрастания уровня гемоглобина.

Следует объяснить пациентам, что лечение железодефицитной анемии проводится с момента диагностики препаратами железа, однако течение 1 месяца, следует обратиться к врачу-гематологу.

Необходимо включить в рацион продукты, богатые железом: антоновские яблоки, мясо, особенно говядина, гречневая каша, укроп. Женщинам, с обильными менструальными кровотечениями не рекомендуют увлекаться вегетарианством, так как мясо является главным источником пищевого железа [5].

Необходимо соблюдать здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек. Пациентам после резекции двенадцатиперстной или тощей кишки необходимо пожизненное парентеральное введение препаратов железа курсами.

Фолиеводефицитные анемии обуславливаются наличием в периферической крови больших эритроцитов.

Недостаток фолиевой кислоты отмечают при неправильном питании, нарушении ее всасывания или повышенном выделении при заболеваниях печени.

У пациентов, с фолиеводефицитной анемией, отмечают следующие симптомы: тошнота; охриплость голоса; воспаление языка; появление трещин на губах, их покраснение и шелушение [7].

Лечение фолиеводефицитной анемии включает в себя: рациональное питание с употреблением в пищу фруктов, зеленых овощей, особенно листьев салата, картофеля, печени, грибов и по назначению врача медикаментозное лечение – приём витамина В9 (фолиевой кислоты) [5].

Медицинской сестре следует проводить уход за полостью рта, выполнять назначения врача – четко и своевременно, наблюдать за внешним видом и состоянием пациента, следить за артериальным давлением, частотой дыхательных движений, частотой сердечных сокращений.

Медицинская сестра обучает пациента принципам рационального питания, по назначению врача методике приёма лекарственных средств,

правильному режиму физической активности, уходу за кожей и слизистыми оболочками, полостью рта, ногтями, волосами.

В12-дефицитные анемии это состояние, которое вызвано недостатком витамина В12.

Недостаток витамина В12 может стать причиной не только анемии, но и фуникулярного миелоза (тяжелое поражение спинного мозга), такое состояние отмечается при сочетанном недостатке витамина В12 и фолиевой кислоты. Однако редко встречаются сочетанный недостаток витамина В12 и фолиевой кислоты.

К причинам, которые приводят к возникновению В12-дефицитной анемии можно отнести: заболевания желудка, хронический гастрит, неправильное питание, неправильный режим труда и отдыха, вредные привычки.

В12-дефицитная анемия начинается незаметно, постепенно прогрессирует. Пациенты начинают отмечать следующие симптомы: слабость, сердцебиение, головокружение, одышка, снижение трудоспособности, ухудшение аппетита, жжение языка, частый субфебрилитет, боль в ногах, онемение стоп и ладоней. На вид пациенты бледные с желтушным оттенком.

При обследовании анализа крови отмечается: анизоцитоз, пойкилоцитоз, тромбоцитопения, наличие телец Жолли и колец Кебота, количество лейкоцитов и ретикулоцитов снижено, уровень билирубина повышается. Низкая концентрация витамина В12 – менее 170 пмоль/л и фолиевой кислоты – менее 4,5 пмоль/л в плазме и менее 280 пмоль/л в эритроцитах.

Отмечают следующие проблемы пациентов: слабость, повышенную утомляемость, головокружение и головную боль, тошноту, сонливость, бледность кожных покровов, одышку и тахикардию, боли в области сердца, затруднение при глотании, извращение вкуса и обоняния, выпадение волос, ломкость ногтей, боль и жжение языка [3].

Медицинской сестре следует объяснить пациенту принципы рационального питания. Продукты, которые необходимо включить в рацион, описаны в Приложении 3.

Медицинская сестра должна провести беседу об адекватной физической нагрузке.

Пациентам с В12-дефицитной анемией, следует регулярно проводить контроль анализа крови (1 раз в 3 месяца), по назначению врача-гематолога пациенты с целью профилактики, пожизненно курсами принимают цианокобаламин два раза в год.

При всех видах анемий целью сестринского вмешательства является: знание пациентом причин своего заболевания; регулярный приём пациентом лекарственных средств по назначению врача; питание, адекватное заболеванию; профилактика травм; профилактика инфицирования; уменьшение депрессии [7].

Планирование сестринского ухода является сложной задачей, поскольку при заболеваниях системы крови нарушаются почти все потребности пациента: дыхание нарушается при анемиях в результате гипоксии органов. Питание нарушается при интоксикации, снижается аппетит; нарушается сон в результате болевого синдрома; двигательная активность нарушается в результате общей слабости организма; нарушается труд и отдых – пациент из-за длительной болезни боится потерять работу [3].

Осуществление сестринских вмешательств, предполагает высокую грамотность медицинской сестры. Медицинская сестра должна четко знать алгоритмы выполнения практических навыков.

При возникновении приоритетных проблем, таких, как слабость, субфебрилитет, одышка, отсутствие аппетита, нарушение сна медицинская сестра должна составить конкретные планы.

Медицинской сестре следует следить за своевременным приёмом пациентом лекарств, объяснять особенности диеты.

Пациенты, с анемией, часто бывают подавленными, раздражительными, при уходе за ними медицинская сестра должна проявлять терпение и внимание.

Медицинская сестра участвует в диагностических и лечебных процедурах, проводит санпросвет работу, обучает членов семьи пациента правилам двигательного режима, питания, различным элементам ухода и гигиеническим навыкам.

Медицинской сестре следует провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений, так как возникает потенциальная угроза здоровью, которая связана с недостатком информации о своем заболевании. Необходимо провести беседу с пациентом о важности назначенной диеты, объяснить, как она влияет на течение болезни и быстроту выздоровления. Следует оказывать пациенту помощь при перемещении, сопровождать его, потому что имеется риск получения травмы из-за слабости, головокружения. При наличии у пациента тошноты, извращения вкуса необходимо создать благоприятную обстановку во время еды, рекомендовать пациенту принимать пищу маленькими порциями, но часто. При наличии у пациента слабости необходимо проводить контроль над соблюдением режима двигательной активности, осуществлять контроль над своевременным приёмом лекарств. Следует рекомендовать принимать жидкую и полужидкую пищу маленькими порциями, но часто. Необходимо провести беседу о необходимости полноценного питания. Обеспечить пациента жидкостью. Ежедневно взвешивать пациента, измерять суточный диурез, потому что у пациентов с анемиями снижается аппетит, имеется риск снижения массы тела. Необходимо проводить тщательный уход за полостью рта, кожей.

Провести беседу о значении личной гигиены, так как имеется риск инфицирования кожи из-за расчесов и заед в уголках рта. Необходимо обучить пациента дыхательной гимнастике, провести беседу о мерах повышения иммунитета, потому что есть риск развития пневмонии из-за снижения иммунитета. Провести беседу о необходимости регулярного опорожнения мочевого пузыря. Подавать судно в постель, подмывать пациента после

каждого мочеиспускания. Следует провести беседу с пациентом, оказать психологическую поддержку.

Целью сестринской помощи является восстановление и поддержание независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. Современное представление о развитии сестринской помощи в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне вне зависимости от меняющихся условий проживания и работы. Очень важную помощь по сохранению и укреплению здоровья, по профилактике заболеваний, а именно в патологии системы крови, оказывает медицинская сестра.

1.3. Профилактика и реабилитация

Для профилактики анемий следует вовремя диагностировать и лечить заболевания, которые связаны с небольшими кровопотерями (геморрой, язвенная болезнь, эрозивный гастрит, неспецифический язвенный колит, фиброматоз матки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, опухоли кишечника), а также глистных инвазий, вирусных инфекций.

Врач-гематолог назначает препараты железа, витамины В12 и фолиевую кислоту. Советуют употреблять в пищу продукты, в которых содержатся эти витамины. Эти мероприятия рекомендуют проводить женщинам с обильными менструальными кровотечениями, донорам крови, беременным и кормящим матерям.

С целью предотвращения тяжелых состояний и осложнений необходимо рекомендовать пациентам обращаться к врачу-гематологу при обнаружении у себя каких-либо симптомов, не следует заниматься самолечением, так как это может привести к тяжелым осложнениям. Следует каждый год или чаще, если есть показания, проходить медицинское обследование и проводить контроль анализа крови.

Ранняя реабилитация пациентов, с анемиями, предусматривает: успешную медикаментозную терапию заболевания; сбалансированное питание; соответствующий режим [6].

Поздняя реабилитация пациентов, с анемиями, предусматривает: режим с достаточной двигательной активностью; достаточное пребывание на свежем воздухе; рациональное питание; массаж; гимнастику; санацию очагов хронической инфекции; лечение заболеваний, связанных с нарушением кишечного всасывания [9].

Пациентам, с железодефицитной анемией назначают диету с включением в рацион питания следующих продуктов, богатых железом: мясо, язык и печень, яйца, сухофрукты, абрикосы и яблоки, орехи, гречневая и овсяные крупы. Следует ограничить употребление молочных продуктов, потому что всасывание железа из них затруднено. Также сводят к минимуму употребление мучных изделий [1].

Пациентам, с В12-дефицитной анемией, назначают рациональное питание с употреблением в пищу говядины, телятины, печени в отварном виде.

При фолиеводефицитной анемии пациентам назначают рациональное питание употребление в пищу фруктов, зеленых овощей, особенно листьев салата, печени, грибов, картофеля.

Основная роль в реабилитации принадлежит физической реабилитации (метод физического воздействия на организм). В период санаторного лечения проводят физическую реабилитацию с использованием утренней гигиенической и лечебной гимнастики, дозированной ходьбы, подвижных игр, элементов спортивных игр.

Применяют комплекс лечебно-восстановительных средств, которые обладают реабилитирующим эффектом: физические упражнения; различные виды массажа; трудотерапия; занятия на тренажерах; психотерапия; аутотренинг; физиотерапия; различные ортопедические приспособления [2].

Назначают активный режим, с максимальным пребыванием на свежем воздухе.

Комплексная терапия также включает в себя: соблюдение режима труда и отдыха; лечебную физкультуру и водные процедуры, незначительные физические нагрузки (ходьба, гребля, лыжи); санаторно-курортное лечение, которое включает в себя горный и морской климат, морские грязи и морскую соль, водоросли и железистые воды [1].

Показан при анемии, также массаж живота, рук и спины. Применяют поглаживание, растирание и разминание. Неприемлемы ударные приёмы и выжимания. Используют активизацию дыхания - сдавливание грудной клетки при выдохе пациента. Продолжительность сеанса – 15 – 20 минут, курс состоит из 15 – 20 сеансов.

Глава 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АНЕМИЯМИ

Исходя из задач, поставленных в дипломной работе, в этой главе были изучены статистические данные о заболевании за определенный период времени, и был проведен опрос среди пациентов с анемиями.

2.1. Анализ статистических данных заболеваемости анемиями в Белгородской области

Нами были изучены данные по заболеваемости различными видами анемий в Белгородской области за период 2016 – 2017 год. Данные были взяты с сайта медицинского информационного аналитического центра (Таблица 1, Рис. 1).

Таблица 1.

Статистика заболеваемости анемиями

Исследуемые	Заболеваемость на 2016 год (на 100 тысяч населения)	Заболеваемость на 2017 год (на 100 тысяч населения)
Взрослые	477,7	556,9
Взрослые с диагнозом, установленным впервые	104,5	93,4
Подростки (15 – 17 лет)	672,1	678,8
Подростки (15 – 17 лет) с диагнозом, установленным впервые	308,3	301,1
Дети (0 – 14 лет)	1662,5	1532,6
Дети (0 – 14 лет) с диагнозом, установленным впервые	735,7	627,6

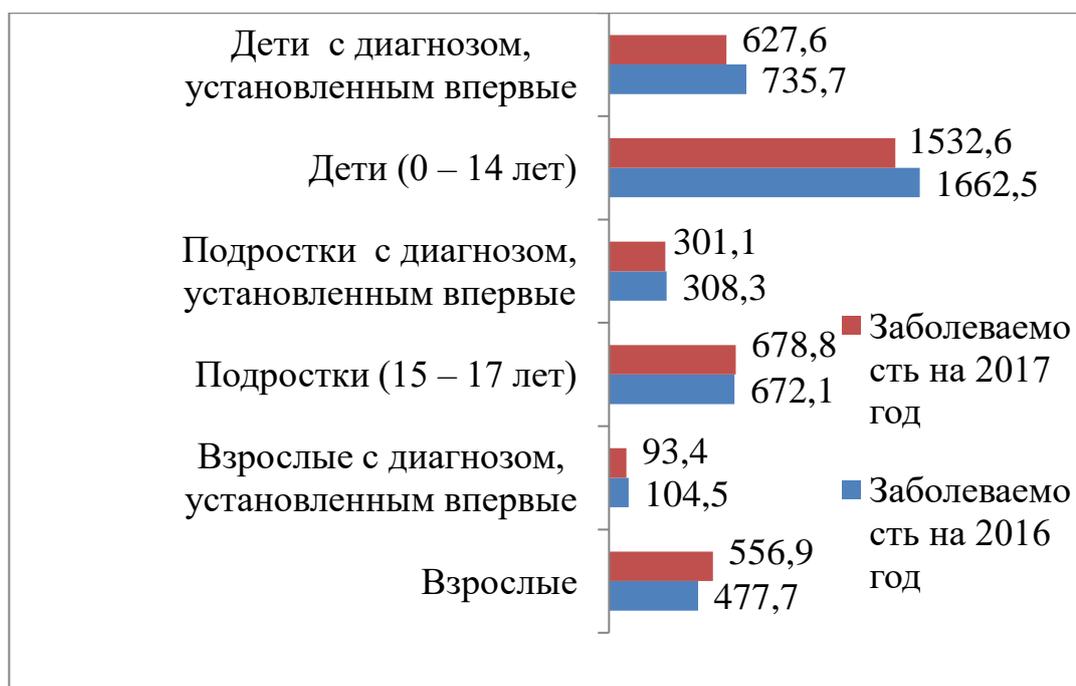


Рис. 1. Статистика заболеваемости анемий

В таблице 1, на рисунке 1 показана динамика заболеваемости анемиями за период с 2016 по 2017 год. На данной диаграмме мы видим, что заболеваемость детей (0 – 14 лет), а также детей (0 – 14 лет) с диагнозом, установленным впервые, уменьшилось; заболеваемость подростков (15 – 17 лет) увеличилось; заболеваемость взрослых также увеличилось.

2.2. Анализ анкетных данных пациентов, с диагнозом анемии

В опросе приняли участие 30 респондентов. Анкета состояла из 20 вопросов. Анкета для обследования представлена в Приложении 1. На основе данных, изученных для опроса пациентов с анемиями, мы исследовали следующие вопросы. После того, как мы обработали все анкетные данные, нами был проведен анализ полученных результатов, который мы рады Вам представить.

Первый вопрос анкеты – это пол респондентов. Изучив эту таблицу, мы обнаружили, что среди респондентов 33% – мужчины, а 67% – женщины (Рис. 1). Мы сделали вывод, что женщин с анемиями больше чем мужчин.

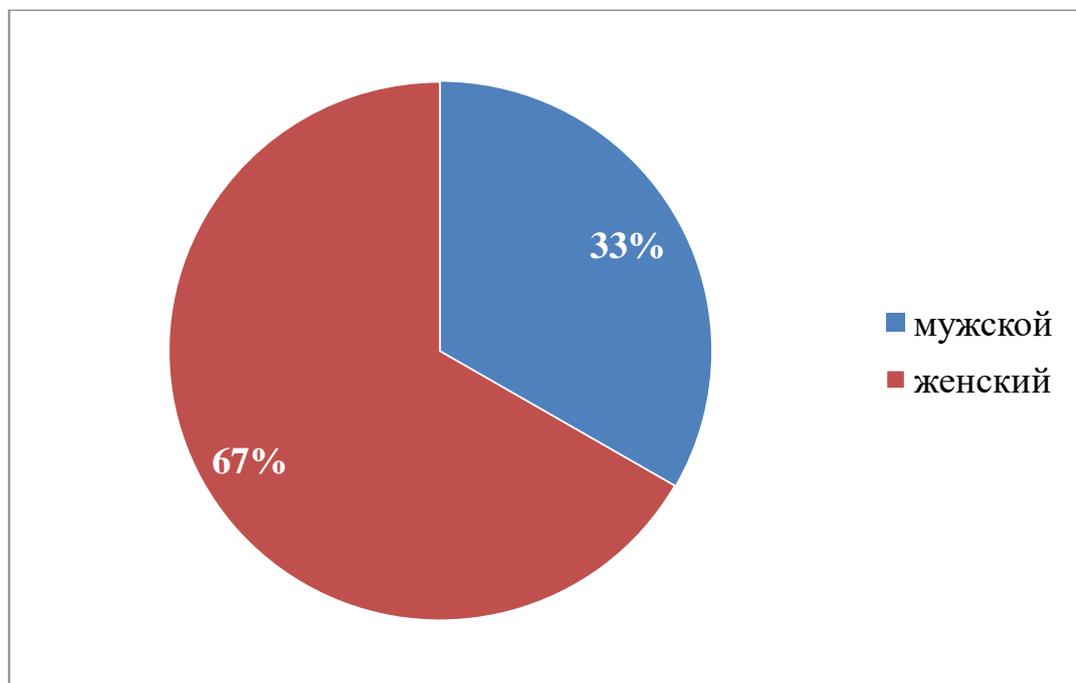


Рис. 2. Пол респондентов

На второй вопрос анкеты, где предстояло, выяснить возраст респондентов мы выяснили, что 27% – пациенты до 25 лет, 40% – пациенты от 26 до 60 лет, 33% – пациенты старше 61 года (Рис. 3).

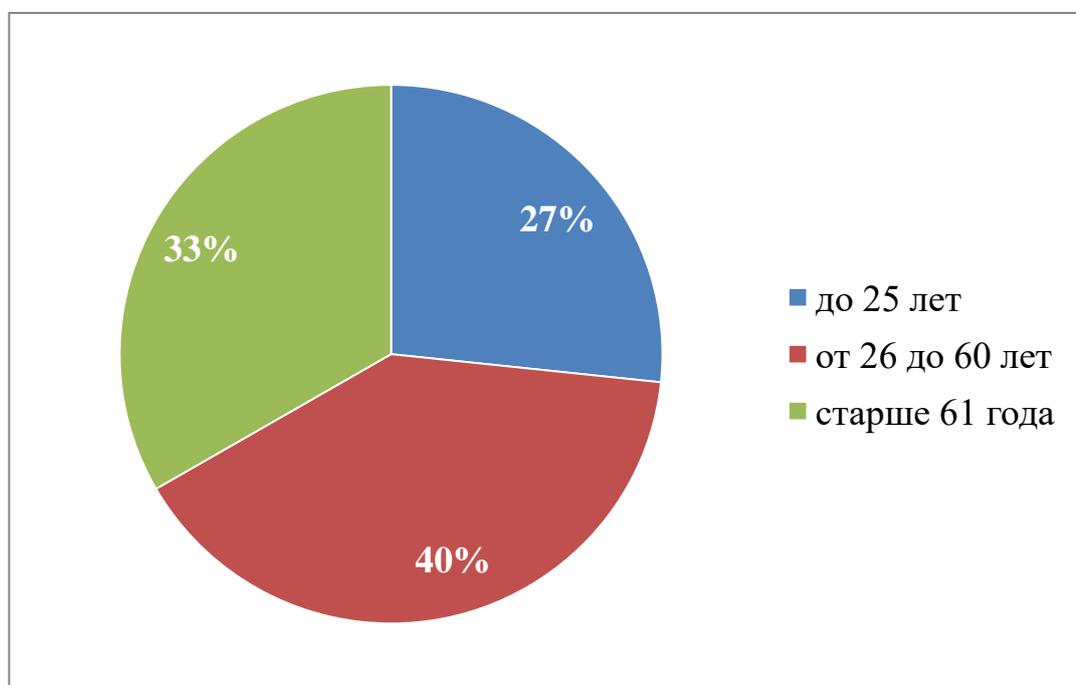
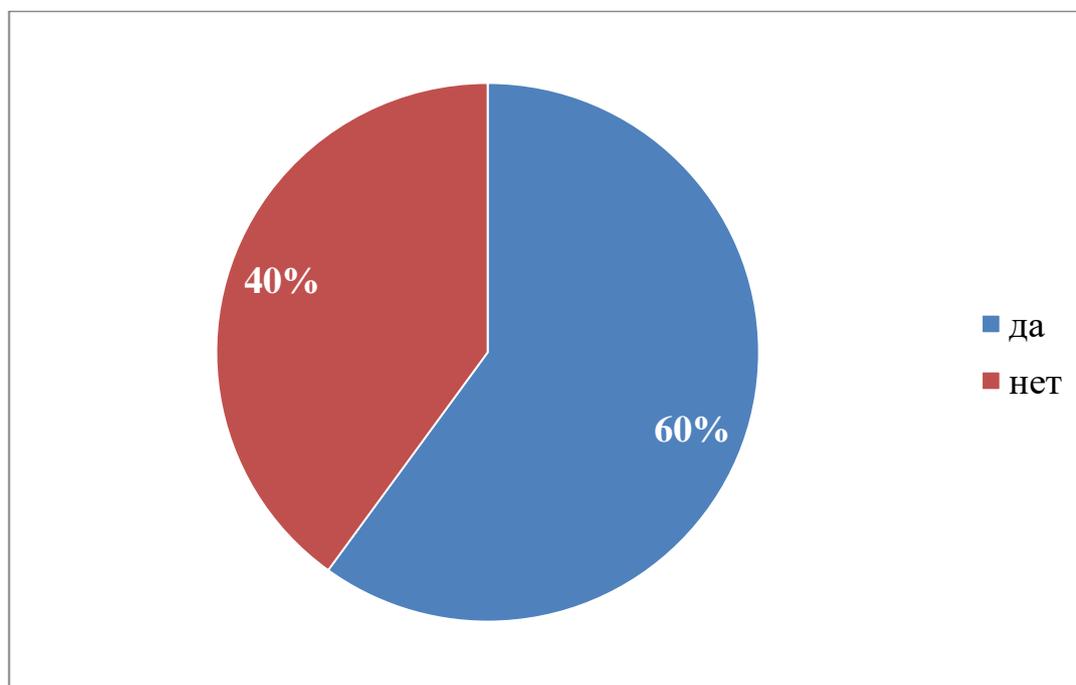


Рис. 3. Возраст респондентов

На вопрос, есть ли у вас заболевания желудка, выяснили, что у 60% исследуемых пациентов имеются заболевания желудка (.Рис. 4). Заболевания

желудка являются одной из причин возникновения анемий. Недостаточное всасывание питательных веществ, приводит к возникновению В12-дефицитной анемии, недостаточное всасывание железа приводит к возникновению железодефицитной анемии, недостаточное всасывание фолиевой кислоты причина фолиево дефицитной анемии.



.Рис. 4. Есть ли у вас заболевания желудка

На вопрос имеются ли вы хроническими кровотечениями, 57% респондентов ответили да, 43% ответили, нет (Рис. 5). Так, например хроническая постгеморрагическая анемия – следствие часто возникающих небольших кровотечений, причинами которых могут быть геморрой, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

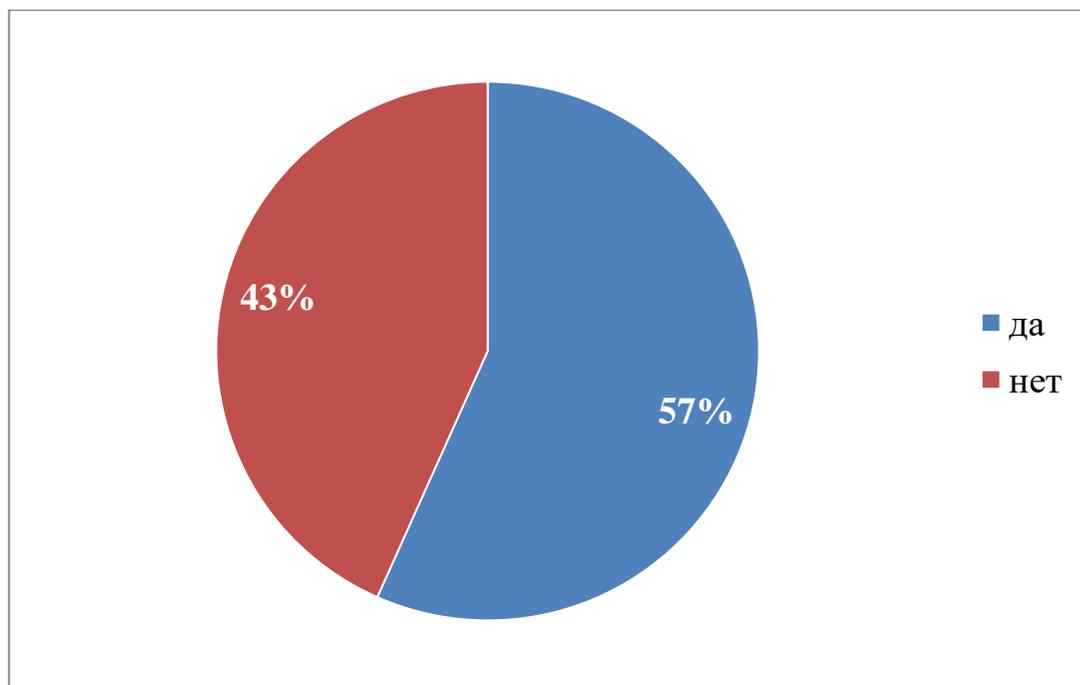


Рис. 5. Имеются ли у вас хронические кровотечения

Для женщин мы задали отдельный вопрос, целью которого было выяснить, обильные ли у них менструальные кровотечения (Рис. 6).

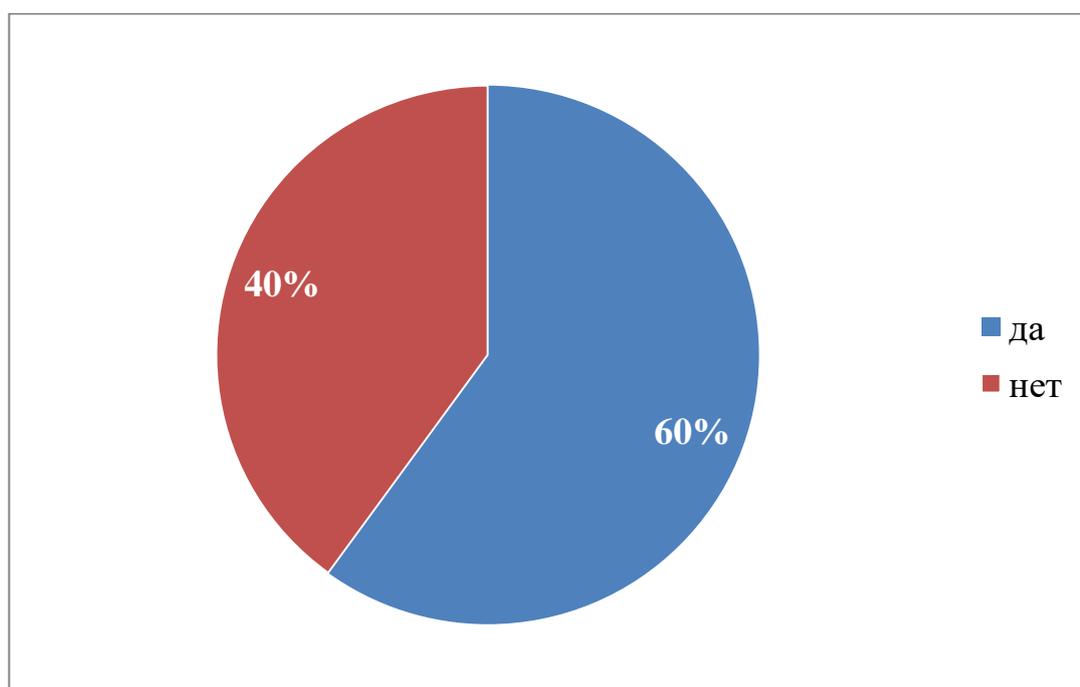


Рис. 6. Обильные ли у вас менструальные кровотечения

На этот вопрос большинство опрошенных женщин ответили да 60%. Обильные менструальные кровотечения могут стать причиной анемий. В этом случае будут отмечаться такие симптомы как: головокружение, ломкость

ногтей, слабость, быстрое утомление. При наличии этих симптомов пациентом женского пола необходимо проконсультироваться с врачом-гематологом.

Задавая следующий вопрос анкеты, нам предстояло выяснить, как часто пациенты с анемией злоупотребляют алкоголем (Рис. 7).

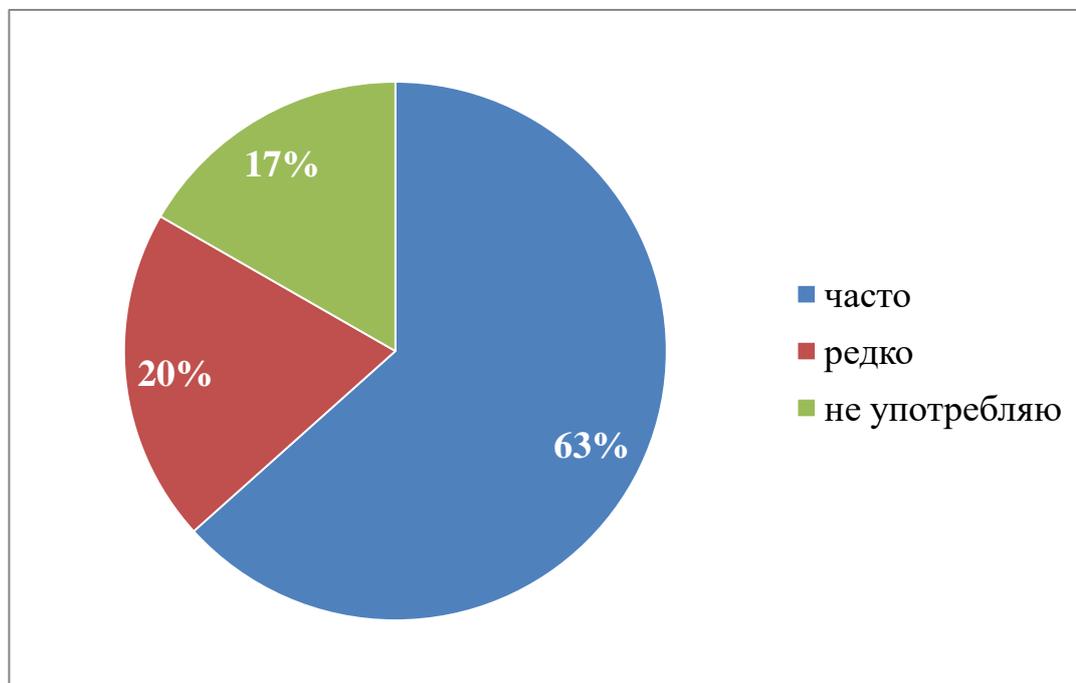


Рис. 7. Часто ли вы злоупотребляете алкоголем

На данный вопрос большинство респондентов ответили, что часто злоупотребляют алкоголем – 63%, 20% – редко злоупотребляют алкоголем, 17% – не употребляют алкоголь. Можно сказать, что алкоголизм является причиной возникновения фолиеводефицитной анемии, В12-дефицитной анемии.

В следующем вопросе анкеты нам предстояло установить, какие имеются погрешности в питании пациентов, с анемиями (Рис. 8).

На основании этого вопроса было выяснено: 20% респондентов питаются правильно, 34% чрезмерно много потребляют пищу, 23% придерживаются строгих диет, 20% не употребляют в пищу животный белок, 3% иногда подвергают себя кратковременному голоданию. Неправильное питание является основным фактором риска развития анемий, потому что развивается при дефиците ряда витаминов. В12-дефицитная анемия развивается при

дефиците витамина В12 (цианокобаламин). Фолиеводефицитная анемия причина недостатка фолиевой кислоты. Следовательно, для профилактики анемий важно рациональное и сбалансированное питание. Для профилактики В12-дефицитной анемии следует включать в пищу печень, мясо птицы, творог, молоко. Для профилактики фолиеводефицитной анемии необходимо каждый день употреблять в пищу фрукты и овощи.

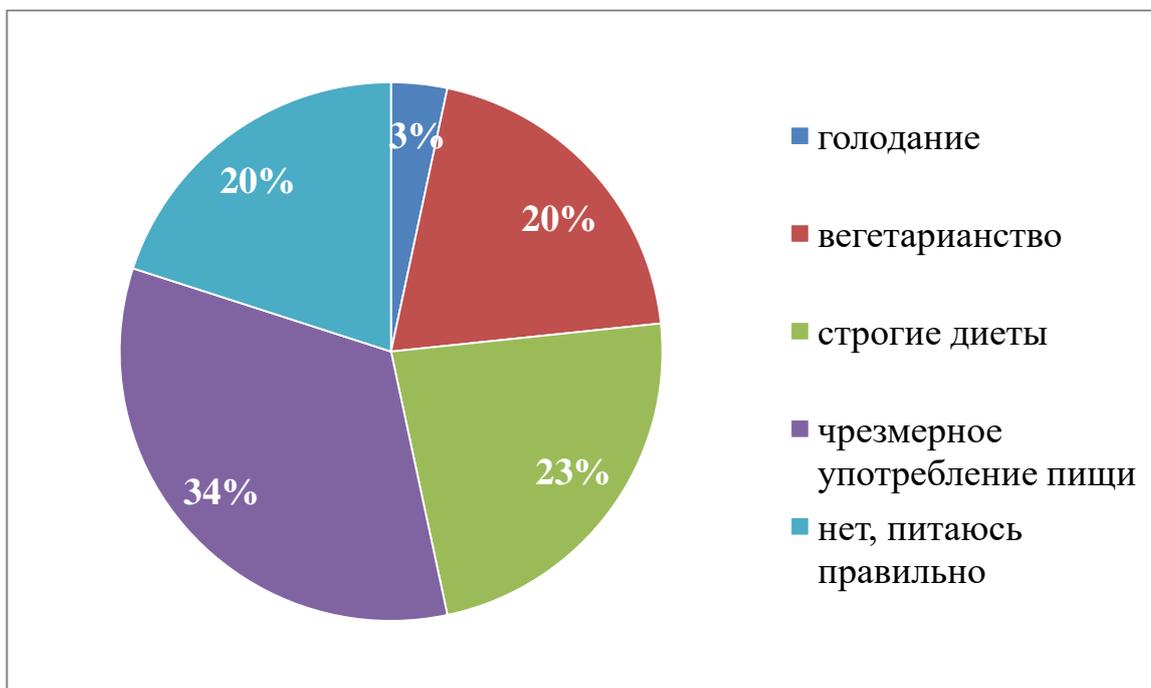


Рис. 8. Какие у вас имеются погрешности в питании

При постановке следующего вопроса анкеты нам предстояло определить, какие продукты преобладают в рационе у пациентов, с анемиями (Рис. 9).

Исследования по данному вопросу показало, что, 23% респондентов употребляют фрукты, 40% употребляют овощи, 37% употребляют животный белок. Пища при анемии должна быть разнообразной и включать достаточное количество животного белка (красное мясо, печень, птица, рыба), свежих фруктов (особенно цитрусовых), свежих овощей, круп, с умеренным ограничением жиров, сахара.

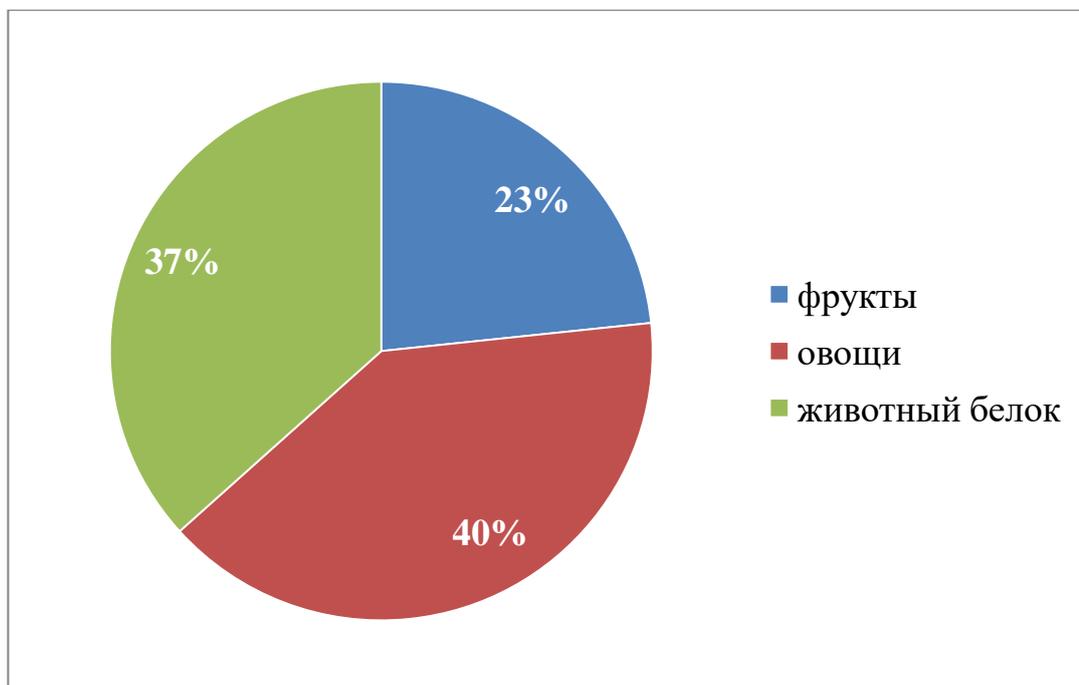


Рис. 9. Какие продукты присутствуют в вашем рационе

В следующем вопросе анкеты, мы выяснили, имеются ли нарушения вкусовых пристрастий у пациентов с анемиями (Рис. 10).

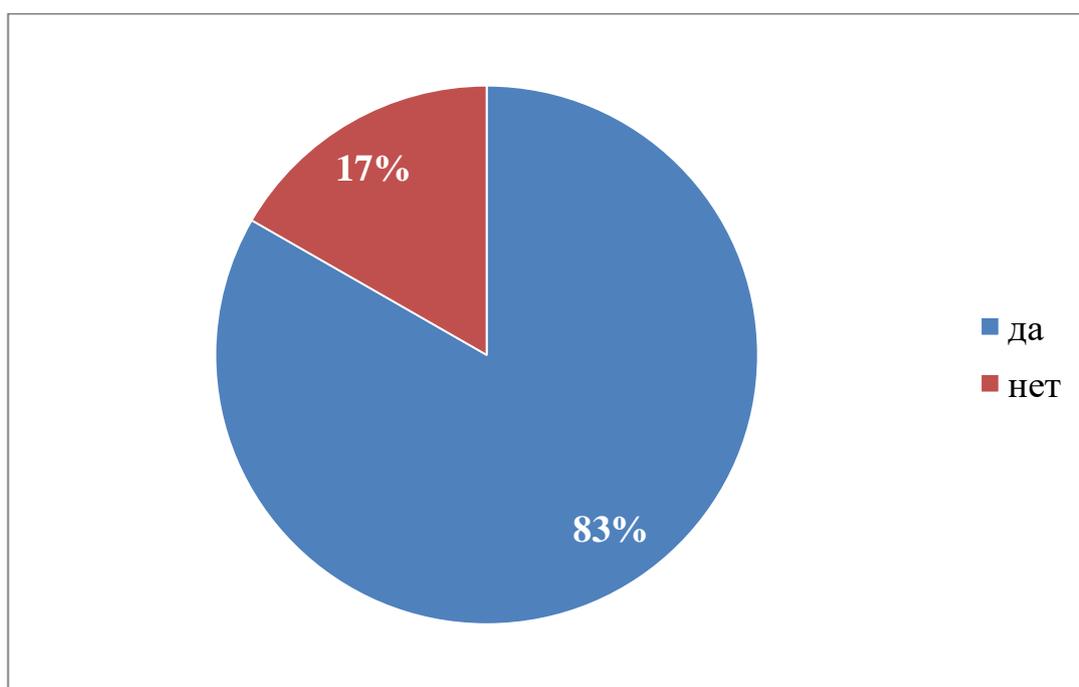


Рис. 10. Имеются ли нарушения вкусовых пристрастий

Исследование по данному вопросу показало, что 83% пациентов имеют нарушения вкусовых пристрастий, 17% не имеют нарушения вкусовых пристрастий. При недостатке железа пациенты отмечают извращение вкуса.

Появляется зависимость от мела, сухих злаков, угля, извести, земли, глины, льда, от запахов бензина, керосина, выхлопных газов и мыла.

При обработке следующего вопроса анкеты нами получены данные о том, бывает ли у пациентов с анемиями головокружение и сердцебиение при каких либо физических нагрузках (Рис. 11).

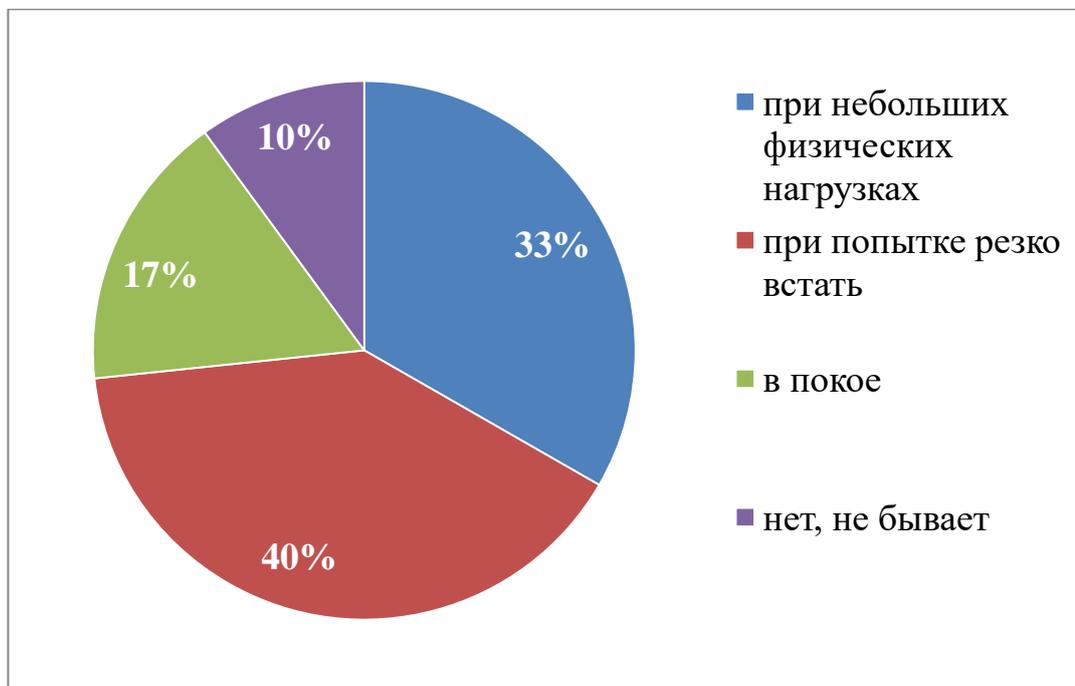


Рис. 11. Бывает ли у вас головокружение и сердцебиение

Нами было выявлено что, 33% – при небольших физических нагрузках, 40% – при попытке резко встать, 17% – в покое, 10% – не бывает.

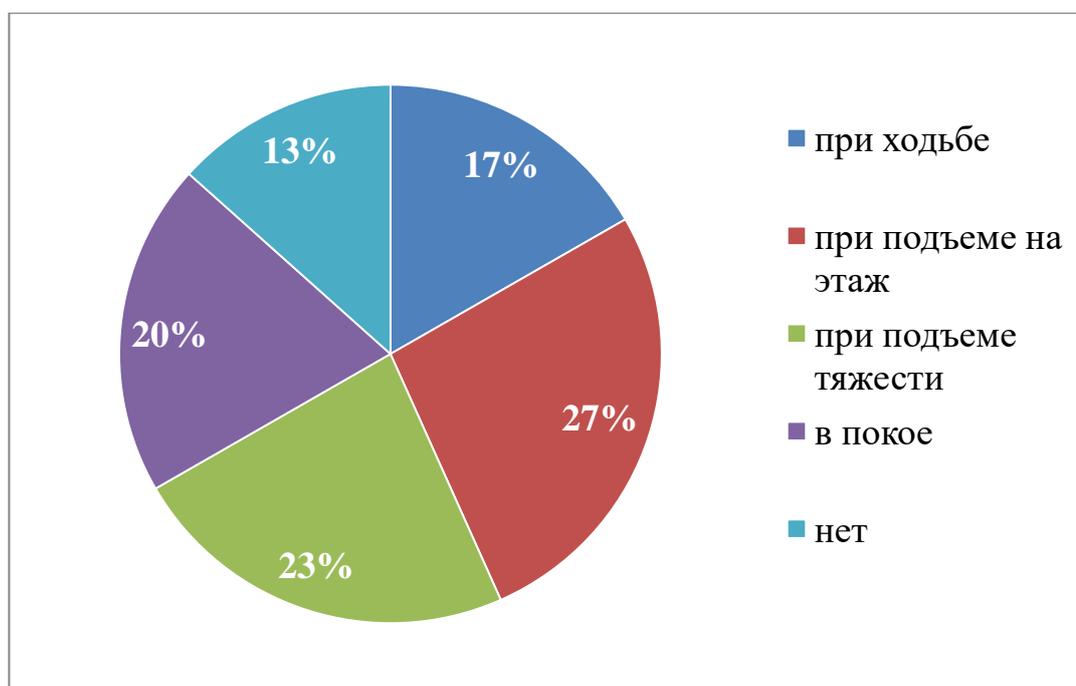


Рис. 12. Бывает ли у вас слабость при каких-либо нагрузках

На следующий вопрос анкеты, в котором мы выясняли, бывает ли слабость у пациентов с различными видами анемий, при небольших нагрузках: 17% –ощущают слабость при ходьбе, 27% – при подъеме на этаж, 23% – при подъеме тяжести, 20% – в покое, 13% – не ощущают слабость (Рис. 12). На этой диаграмме мы видим, что многие пациенты с анемией ощущают слабость даже при небольших нагрузках. Медицинской сестре следует тщательнее организовывать сестринский процесс, направляя его на улучшение качества жизни пациентов при анемиях, проводить беседы о равномерном распределении физических нагрузок.

На следующий вопрос, было ли у ваших родственников данное заболевание, 80% ответили, отрицательно (Рис. 13). Следовательно, лучшей профилактикой будет здоровый образ жизни (правильное питание, адекватная физическая нагрузка, отказ от вредных привычек).

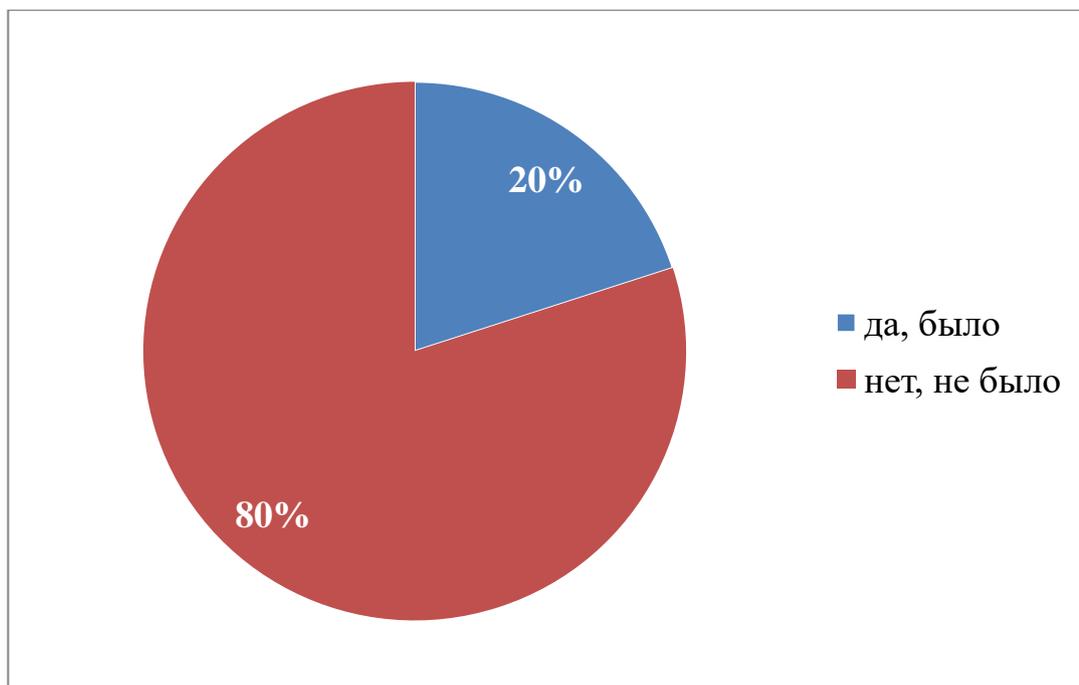


Рис. 13. Было ли у ваших родственников данное заболевание

На вопрос как часто вы проводите контроль анализа крови, выяснили что, 20% респондентов 2 раза в год, 27% – 1 раз в год, 36% – очень редко, 17% – не проводят контроль анализа крови (Рис. 14).

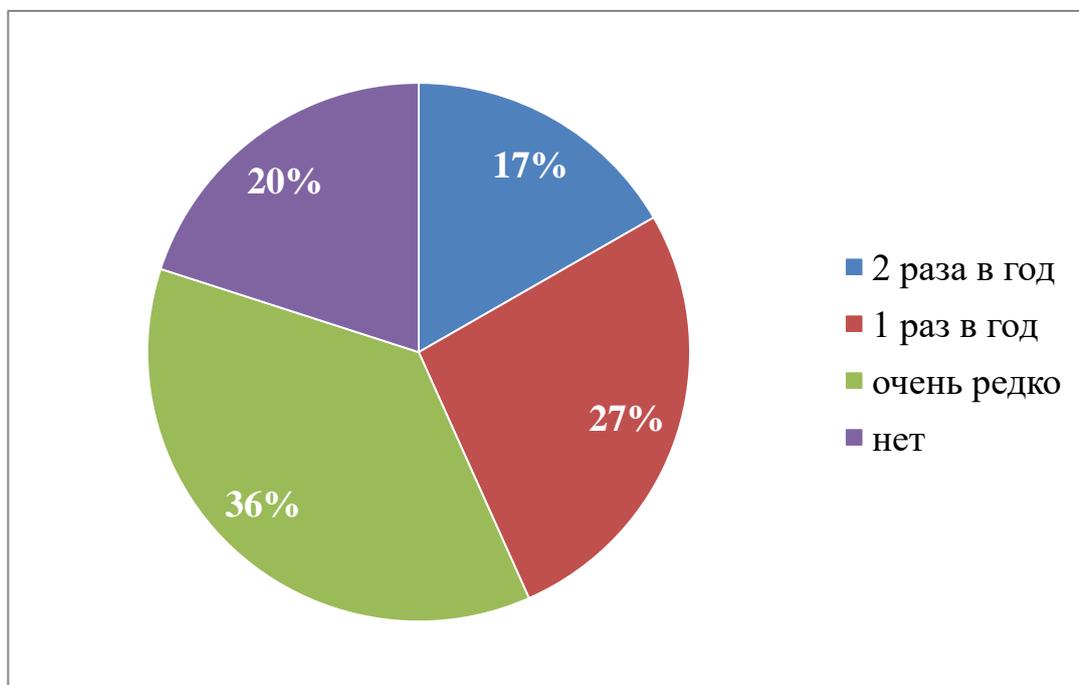


Рис. 14. Часто ли вы проводите контроль анализа крови

Медицинской сестре следует тщательно объяснить пациентам, что для профилактики тяжелых осложнений необходимо проводить контроль общего анализа крови.

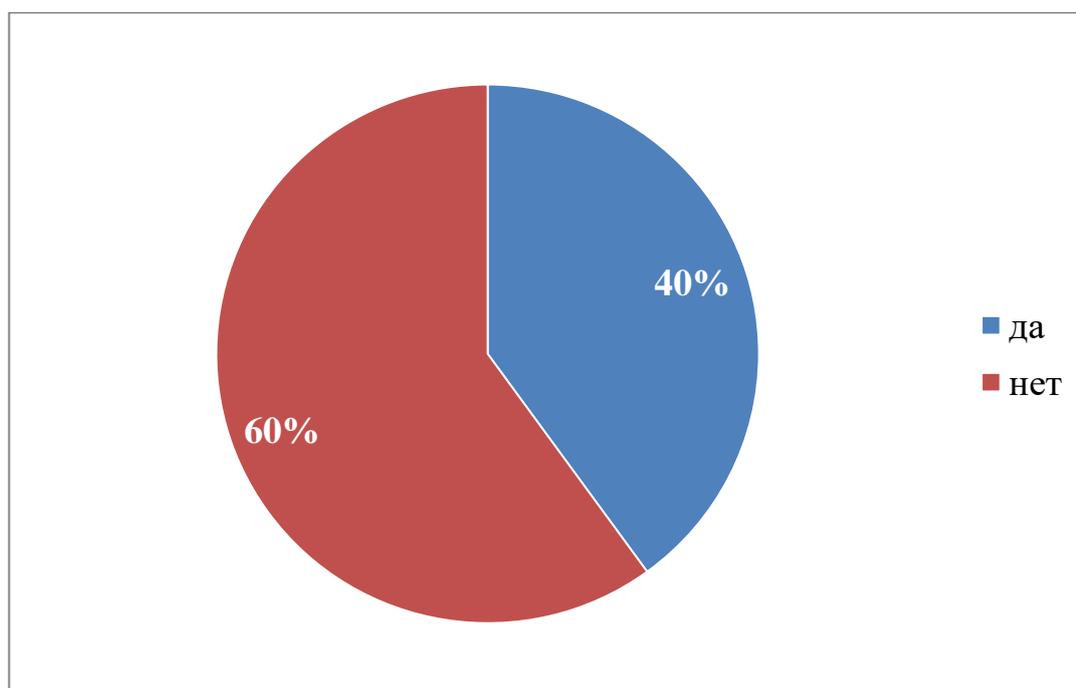


Рис. 15. Наблюдаетесь ли вы у врача-гематолога

На следующий вопрос анкеты, где предстояло выяснить, наблюдаются ли пациенты у врача, 60% населения не наблюдаются у врача по поводу своего заболевания, и только 40% населения наблюдаются у врача (Рис. 15). Для профилактики тяжелых состояний и осложнений пациентам следует рекомендовать и советовать, не заниматься самолечением, а обращаться к врачу при появлении каких-либо симптомов. По возможности стараться ежегодно проходить медицинские обследования, обязательно сдавать при этом общий анализ крови.

Цель следующего вопроса анкеты: выяснить знают ли пациенты достаточную информацию о своем заболевании. На этот вопрос большинство респондентов – 67% ответили, что не знают достаточную информацию о своем заболевании (Рис. 16). Пациентам необходимо дать информацию о данном заболевании, причинах возникновения, факторах риска.

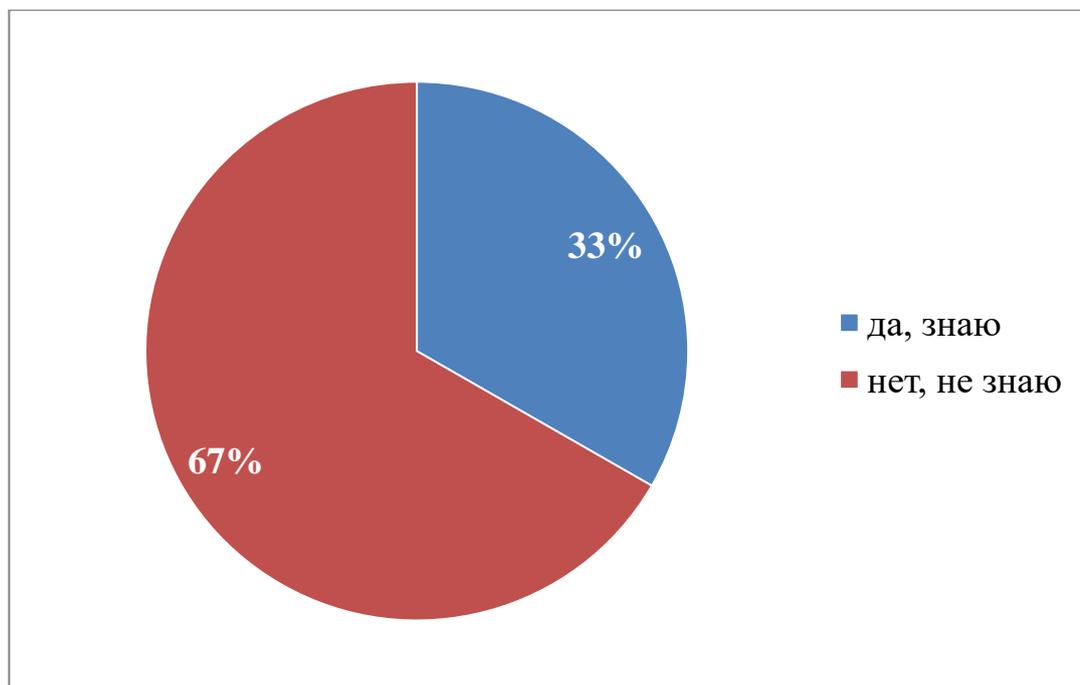


Рис. 16. Знаете ли вы достаточную информацию о своем заболевании

Следующий вопрос нашей анкеты был нацелен на то, чтобы определить хотели бы респонденты расширить свои знания о заболевании (Рис. 17). Мы выяснили, что большинство респондентов – 90% хотели бы расширить знания о заболевании. Это является хорошим показателем, так как успех в лечении зависит не только от медицинских работников, но и от самого пациента.

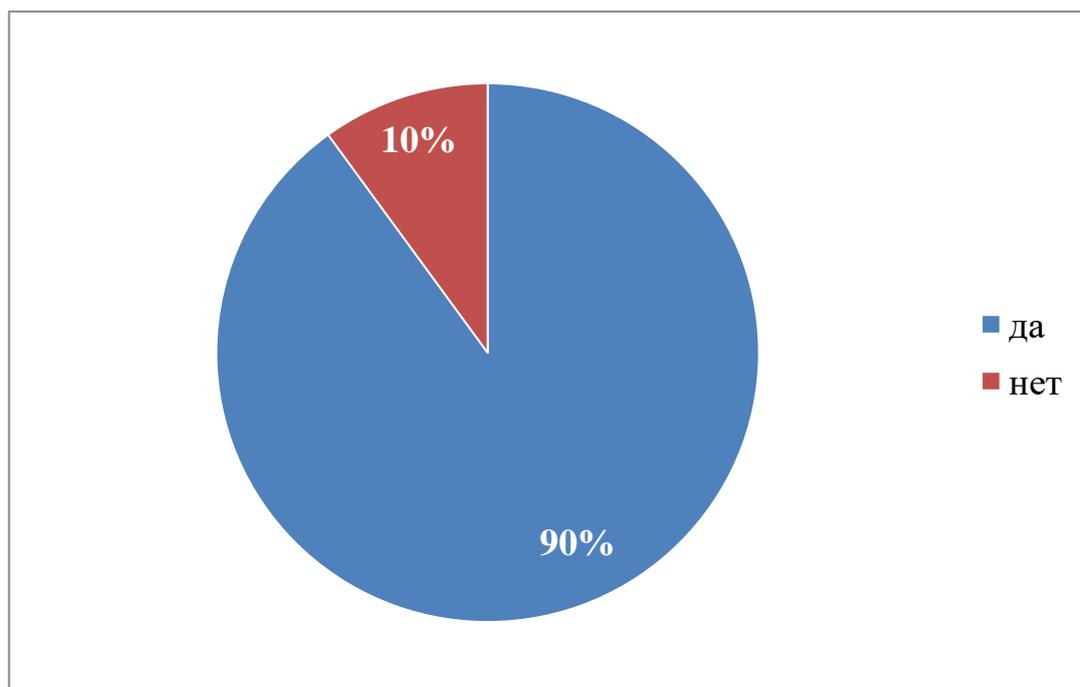


Рис. 17. Хотите ли вы расширить знания о своем заболевании

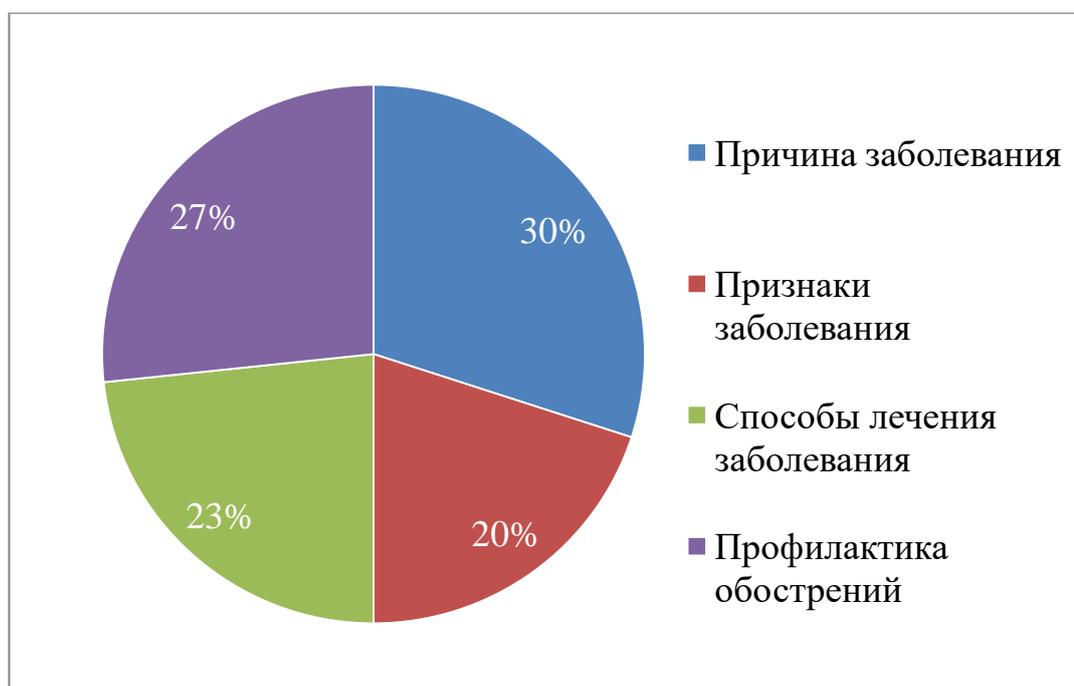


Рис. 18. Укажите, что интересует вас в большей степени

Цель нашего следующего вопроса анкеты – выяснить, что интересует пациентов в большей степени (Рис. 18). Мы выяснили, что 30% респондентов интересует информация о причинах вызвавших заболевание, 20% о признаках заболевания, 23% о способах лечения своего заболевания, 27% о профилактике обострений анемии.

Задавая, следующий вопрос анкеты мы выяснили, из каких источников пациенты предпочитают получить информацию о профилактике своего заболевания (Рис. 19).

На этой диаграмме мы видим, что большинство пациентов 33% предпочитают получить информацию о профилактике своего заболевания у врача-гематолога, 27% – предпочитают получить информацию о профилактике своего заболевания у медицинской сестры, 17% через просмотры телевизионных программ, 13% у родственников, 10% у друзей и коллег. Источником информации о профилактике анемия должны быть медицинские работники.

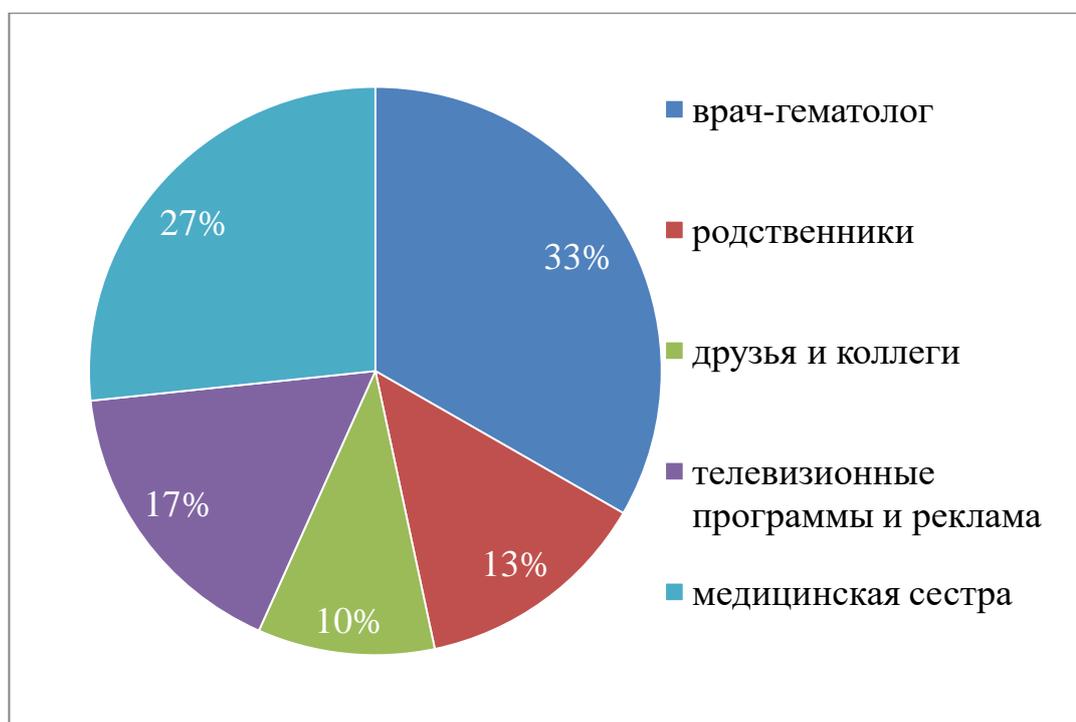


Рис. 19. Из каких источников Вы предпочитаете получать информацию о профилактике своего заболевания

Заключительный вопрос моей анкеты, имел своей целью, выявить какой вид обучения респонденты считают самым оптимальным для себя (Рис. 20).

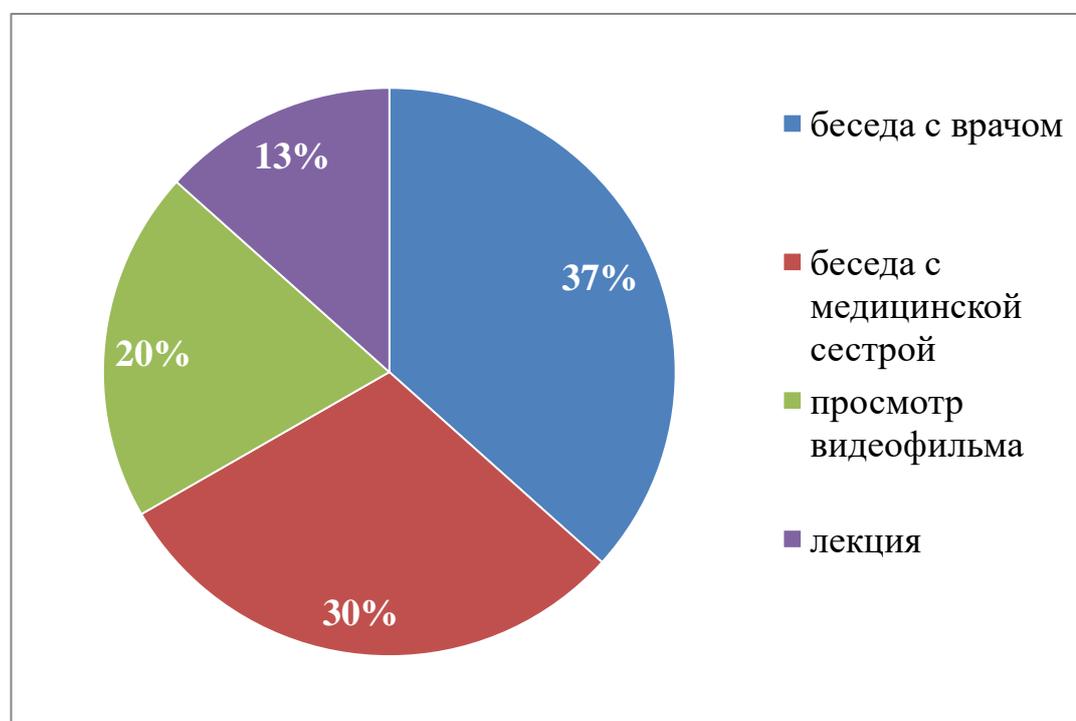


Рис. 20. Какой вид обучения вы считаете оптимальным для себя

Мы сделали вывод, что 37% респондентов предпочли беседу с врачом, 30% беседу с медицинской сестрой, 20% через просмотр видеофильма, 13% через прослушивание лекции.

2.3. Практические рекомендации для пациентов с анемиями

В результате проведенного исследования мы выяснили, что не все пациенты знают достаточную информацию о своем заболевании, поэтому провели беседу о причинах, которые вызвали заболевание, факторах риска, профилактике заболевания и обострений.

На основании проведенного нами исследования были даны следующие рекомендации для пациентов. Необходимо своевременно обращаться за медицинской помощью к врачу-гематологу, при обнаружении у себя каких-либо симптомов, необходимо ежегодно или чаще, если есть показания проводить контроль анализа крови. Следует отказаться от вредных привычек. Следует соблюдать диету, назначенную врачом. Следует ежедневно употреблять в пищу фрукты и овощи. Необходимо своевременно принимать лекарственные средства назначенные врачом. Необходимо своевременно лечить сопутствующие заболевания. Пациенты должны соблюдать правильный режим физической активности, следует ежедневно проводить время на свежем воздухе (не менее 30 минут). Необходимо создать безопасные условия труда, с целью профилактики травмирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе мы провели исследование особенностей организации сестринского ухода при анемиях. Провели теоретический анализ литературы и периодических изданий по теме дипломной работы. Определили профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации и проведении лечебно-реабилитационной и профилактической помощи пациентам с анемиями. На основании этого мы выяснили что анемия – это патологические состояния, связанное со снижением гемоглобина и/или эритроцитов в периферической крови. Дали оценку причинам различных видов анемий. Проанализировали этиологию, классификацию различных видов анемий.

Провели анализ статистических данных распространённости анемии в Белгородской области за 2016 – 2017 год. Провели социологическое исследование проблем пациентов и исследовали основные этапы организации сестринского ухода за пациентами с различными видами анемий в ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» на основании, которого разработали программу сестринских компетенций лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам. Мы выяснили, что женщин с анемиями 67% больше чем мужчин. У многих пациентов есть заболевания желудка 60%, что является одной из причин развития анемий. Выяснили, что у большинства исследуемых пациентов имеются хронические кровотечения 57%. Определили, что 63% респондентов часто злоупотребляют алкоголем. Выяснили, что многие пациенты допускают погрешности в питании 80%, изучили продукты, которые присутствуют в рационе пациентов. Так же, выяснили, что многие пациенты с анемиями имеют нарушением вкусовых пристрастий 83%, ощущают головокружение и сердцебиение при небольших физических нагрузках 90%, слабость при небольших нагрузках 87%. Выяснили, что анемия не наследственное заболевание, так как 80% респондентов ответили, что данного заболевания не

было у родственников. Выяснили, что многие пациенты очень редко проводят контроль анализа крови 56%, многие пациенты не наблюдаются у врача гематолога 60%. Так же, было выяснено, что не все пациенты знают достаточную информацию о своем заболевании 67%. Выяснили, что 90% респондентов хотели бы расширить знания о своем заболевании.

На основании проведенной работы были выявлены основные направления деятельности медицинской сестры: организация беседы о правильном питании, вредных привычках и равномерном распределении физических нагрузок. Необходимо провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике обострений; провести беседу о значимости диеты, назначенной врачом; проводить мероприятия по профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быковская Т.Ю., МДК 01.02. Основы профилактики: ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] / Быковская Т.Ю. [и др.]; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 254 с. - ISBN 978-5-222-27703-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222277034.html>
2. Двойников С.И., Проведение профилактических мероприятий [Электронный ресурс] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-4040-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440407.html>
3. Лычев В.Г., Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.htm>
4. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс] / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427699.html>
5. Нечаев В.М., Лечение пациентов терапевтического профиля [Электронный ресурс] : учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 864 с. - ISBN 978-5-9704-4013-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440131.html>
6. Обуховец Т.П., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 412 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-25457-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222254578.html>
7. Петрова Н.Г., Основы профилактической деятельности (ПМ.01) [Электронный ресурс] : учебник / Н.Г. Петрова [и др.] - Ростов н/Д : Феникс,

2016. - 285 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-26387-7 -
Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263877.html>

8. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при патологии системы крови с основами трансфузиологии [Электронный ресурс] : учебник для мед. училищ и колледжей / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3607-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436073.html>

9. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Электронный ресурс] / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 365 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-28567-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222285671.htm>

10. Щербакова Т.С., Справочник: сестринское дело [Электронный ресурс] / Т.С.Щербакова. - Изд. 10-е, стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 601 с. - ISBN 978-5-222-22740-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222227404.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкетирование

Мы выражаем Вам искреннюю благодарность за то, что Вы согласились ответить на вопросы данной анкеты и уделите этому свое время. Анкетирование проводится студенткой Медицинского колледжа НИУ БелГУ.

Обращаем Ваше внимание на то, что проводимое анкетирование является анонимным. Убедительная просьба – отвечайте на вопросы максимально честно, потому что от этого зависят результаты исследования.

1. Укажите Ваш пол:

- женский;
- мужской.

2. Укажите ваш возраст:

- до 25 лет;
- от 26 лет до 60 лет;
- старше 61 года.

3. Есть ли у вас заболевания желудка?

- Да;
- Нет.

4. Имеются ли у вас хронические кровотечения?

- Носовое кровотечение;
- Желудочное кровотечение.

Для женщин мы задали отдельный вопрос.

5. Обильные ли у вас менструальные кровотечения?

- Да;
- Нет.

6. Часто ли вы злоупотребляете алкоголем?

- Часто;
- Редко;
- Не употребляю.

7. Есть ли у вас погрешности в питании?

- Голодание;
- Вегетарианство;
- Строгие диеты;
- Чрезмерное употребление пищи;
- Нет, питаюсь правильно.

8. Присутствуют ли в вашем рационе:

- Фрукты;
- Овощи;
- Животный белок.

9. Имеются ли у вас нарушения вкусовых пристрастий?

- Да;
- Нет.

10. Бывает ли у вас головокружение и сердцебиение?

- При небольших физических нагрузках;
- При попытке резко встать;
- В покое;
- Нет, не бывает.

11. Бывает ли у вас слабость?

- При ходьбе;
- При подъеме на этаж;
- При подъеме тяжести;
- В покое;
- Нет.

12. Было ли у ваших родственников данное заболевание?

- да, было;
- нет, никогда.

13. Часто ли вы проводите контроль анализа крови?

- 2 раза в год;
- 1 раз в год;
- Очень редко;

- Нет.

14. Наблюдаетесь ли вы у врача-гематолога?

- Да;

- Нет.

15. Знаете ли вы достаточную информацию о своем заболевании?

- Да

- Нет

16. Хотите ли вы расширить знания о своем заболевании?

- Да

- Нет

17. Укажите, что интересует вас в большей степени?

- Причина заболевания

- Признаки заболевания

- Способы лечения заболевания

- Профилактика обострений

18. Укажите источник информации, из которого вы предпочитаете получать сведения о профилактике своего заболевания?

- Врач-гематолог;

- Родственники;

- Друзья и коллеги;

- Телевизионные программы и реклама;

- Медицинская сестра.

19. Какой вид обучения вы считаете оптимальным для себя?

- Беседа с врачом

- Беседа и медицинской сестрой

- Просмотр видеофильма

- Лекция

Режим питания при железодефицитной анемии

В рацион питания пациента с железодефицитной анемией необходимо включить:

- мясо;
- блюда из печени;
- яичный желток;
- курага;
- пекарские и пивные дрожжи (100 – 150 г в день);
- достаточное количество свежей зелени, фруктов, овощей;
- гематоген;
- каши из различных круп;
- свежевыжатые овощные и фруктовые соки.

Необходимо ограничивать содержание жиров в рационе, потому что они оказывают тормозящее влияние на кроветворение. Химический состав диеты при железодефицитной анемии:

- белки – 130 – 160 г;
- жиры – до 70 г (из них 15 – 20 г – растительное масло);
- углеводы – 350 – 400 г;
- энергетическая ценность – 3000 – 3200 ккал.

Кулинарная обработка пищи при анемии должна быть обычной, режим питания должен быть дробным – 6 раз в день.

Продукты в состав которых входит витамин В12 и В9 (фолиевая кислота)
Пациентам, с В12-дефицитной анемией, в рацион питания следует
включить следующие продукты:

- печень;
- почки;
- икра;
- творог;
- молоко.

Пациентам, с фолиеводефицитной анемией, в рацион питания следует
включить следующие продукты:

- дрожжи;
- печень;
- почки;
- грибы;
- шпинат;
- томаты;
- салат;
- зелень;
- петрушка;
- цветная и белокочанная капуста.