

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ**

**Дипломная работа студента
очной формы обучения
Специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051508
Петрова Дмитрия Сергеевича**

Научный руководитель
Преподаватель Косова С.В.

Рецензент
Заведующая педиатрическим отделением №1
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница» Л.М. Петрова.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	6
1.1 Этиология. Патогенез. Клиника дистрофии	6
1.2 Особенности лечения и профилактики дистрофии у детей раннего возраста.....	10
1.3.Основные аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.....	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	15
2. 1 Методологическое обеспечение и организация исследования.....	15
2. 2 Анализ результатов исследования.....	15
2.3Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры по профилактике дистрофии у детей раннего возраста.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	42
ПРИЛОЖЕНИЯ	44

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Дистрофия – это заболевание, которое относится к серьезным медико-социальным проблемам. Заболевание дистрофией актуально в виду высокой распространенности, которая охватывает 50-60% детей первых годов жизни, эти показатели говорят нам о недостаточности или отсутствии профилактических мероприятий, предотвращающих развитие заболевания, связано это низкой информированностью молодых родителей по вопросам воспитания и обучения ребенка азам здорового образа жизни.

Заболеваемость детей дистрофией напрямую зависит от качества жизни семьи.

Еще одна особенность патологии детей раннего возраста, связана с тем, что среднетяжелые и легкие формы заболевания дистрофией существенно изменяют реактивность детского организма, при таких формах дети отстают в развитии от своих сверстников, они позднее начинают сидеть, стоять, отмечается задержка в развитии психики. Детей, больные дистрофией, склонны к более тяжелому течению инфекционных процессов, которые зачастую переходят в хроническую форму.

Дистрофия связана с обменными процессами, которым подвергаются дети раннего возраста. Основной и наверно самой главной причиной этого заболевания считают недостаточное количество в организме витамина D.

Последствия для организма, связанные с течением этого заболевания, достаточно серьезные, деформация грудной клетки, черепа, конечностей, приводящие даже к инвалидности, так как при рахите поражается опорно-двигательный аппарат, поражаются внутренние органы и нервная, эндокринная системы.

В виду выше изложенного возникает острая необходимость в профилактике рахита, таким образом, в данной ситуации возрастает роль медицинского персонала в профилактике и лечении дистрофии у детей раннего возраста, особенно медицинской сестры, которые не только констатируют

проблемы, но и проведет грамотное обучение молодых родителям основам здорового образа жизни.

Цель дипломной работы: выявление особенностей профессиональной сестринской деятельности в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.

Объект исследования: пациенты ОГБУЗ «Детская поликлиника № 4 г. Белгорода»

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.

В качестве **гипотезы** выступает предположение о том, что дистрофия напрямую зависит от анатомо-физиологических особенностей организма, неправильного питания, нарушение в работе обменных процессов, профилактической работы медицинского персонала.

Задачи:

1. Провести анализ учебной литературы и интернет источников по изучаемому вопросу.
2. Рассмотреть этиологию, патогенез, клинические проявления дистрофии
3. Определить особенности профилактики дистрофии.
4. Изучить теоретические аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.
5. Провести практическое исследование роли медсестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение научной литературы, математический и статистический анализ, полученной информации, социологический опрос-анкетирование.

Исследования проводились на базе ОГБУЗ «Детская поликлиника №4 г. Белгорода» с 01. 10. 2018-01. 04. 2019 год.

Теоретическая значимость: Углубление и расширение теоретических аспектов профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.

Практическая значимость заключается в определении значимости

профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.

Новизна исследования заключается в том, что проблема дистрофии у детей раннего возраста, имеет глобальные масштабы не только в России, но и во всем мире. Еще два-три года назад рахит встречался у 30-40% детей до 2-х лет жизни, то в настоящее время процент детей с таким диагнозом увеличился до 60%, это настораживает и требует принятия срочных мер по предотвращению роста численности заболевания. На уровне ОГУБЗ «Детская поликлиника № 4 г. Белгорода» таких исследований не проводилось.

Структура данной дипломной работы состоит из введения, основной части, заключения, практических рекомендаций, списка литературы, приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

1.1. Этиология. Патогенез. Клиника дистрофии

Дистрофия (дегенерация, перерождение) – патологическое изменение в органах, которые возникают в результате нарушения обменных процессов.

В основном это связано с качественными изменениями химического состава, как следствие изменяются физико-химические свойства и морфология клеток и тканей организма, связанных с нарушением обмена веществ [2, с. 6].

Дистрофия относится к повреждениям, или альтернативным процессам, которые приводят к изменению структуры клеток, межклеточного вещества, тканей и органов, сопровождающиеся нарушениями их жизнедеятельности. Данные филогенетические изменения, относятся к самому древнему виду реактивных процессов, встречающихся на самых ранних этапах развития живого организма [1, с. 2].

Эти повреждения, вызывают различные причины, действуя на клеточные и тканевые структуры напрямую или через гуморальные и рефлекторные влияния. Сила и природа патогенного фактора, влияют на характер и степень повреждения клеток и тканей. В некоторых случаях возникает поверхностное и обратимое изменение ультраструктур, а в других – глубокие и необратимые изменения, завершившиеся гибелью не только клеток и тканей, но и зачастую погибает орган в целом [3, с.4].

Дистрофия развевается в любом возрасте, но особенно ей подвержены дети раннего возраста, в основном это дети до двух-трех лет жизни.

В связи с тем, что очень часто лёгкие и среднетяжёлые её формы регистрируют редко, распространённость дистрофий недостоверна. Тяжёлая форма дистрофии выявляется приблизительно у 3% детей в России и

значительные показатели по данному заболеванию зафиксированы в странах с невысоким экономическим уровнем развития и этот показатель равен промежутку от 20-25% маленьких пациентов [4, с.27].

Перинатальная дистрофия диагностируется у 15-18% доношенных детей и у 30 %, рожденных раньше срока.

Классификация дистрофии представлена в виде таблицы (Табл.1).

Таблица 1

Классификация дистрофии

№	Вид	Характеристика
1.	Гипотрофия	Связано с дефицитом массы тела по отношению к росту.
2.	Паратрофия	Связано с наличием дистрофия, преобладание массы тела над ростом, избыточной массой тела и избыточным ростом.
3.	Гипостатура	Связано с равномерным отставанием массы тела и роста от возрастных норм.
4.	Первичная дистрофия	Связано с белково-энергетической недостаточностью.
5.	Вторичная дистрофия	Связано с врождёнными или приобретёнными заболеваниями.

К внутриутробной или перинатальной дистрофии приводят неблагоприятные условия и различные факторы, нарушающие правильное развитие плода. А именно: очень юный или достаточно зрелый возраст беременной, инфекционные и соматические заболевания, перенесенные женщиной во время беременности, неблагоприятная социальная обстановка, нервные потрясения, несбалансированное питание, злоупотребление вредными привычками, вредное профессиональное производство, как у матери, будущего ребенка так и отца [6, с.14].

На развитие перинатальной дистрофии в высокой мере влияет нарушение маточно-плацентарного кровообращения и внутриутробная гипоксия плода,

которая приводит к расстройству трофических функций центральной нервной системы.

Патогенез постэмбриональной дистрофии не зависит от происхождения и формы и представляет собой единый патофизиологический процесс, в основе которого лежат нарушение пищеварения и снижение возбудимости коры головного мозга [5, с. 72].

Клинические проявления заболевания зависят от формы дистрофии и степени тяжести заболевания, данные по клиническим проявлениям, представлены в виде табл.2.

Таблица 2

Клинические проявления дистрофии

№	Клиника	Характеристика
1.	Гипотрофия, имеет три стадии: легкая, среднетяжелая, тяжелая	<p>Гипотрофия I степени диагностируется только при пристальном осмотре ребёнка, дефицит массы тела составляет 15-25%, отмечается диспротеинемия и снижение аппетита.</p> <p>Гипотрофия II степени характеризуется низким эмоциональным тонусом и активностью ребёнка, отмечается апатия, вялость, адинамия, задержка развития речи, плохой аппетит.</p> <p>Гипотрофия III степени характеризуется значительными нарушениями общего состояния ребёнка: сонливостью, безучастностью, раздражительностью, негативизмом, выраженной задержкой в развитии, утратой уже приобретённых навыков и умений, анорексией.</p>
2.	Квашиоркор	<p>Вариант дистрофии у детей 2-4-го года жизни в тропических и субтропических странах. Характеризуется значительной задержкой в физическом и психомоторном развитии, диффузной депигментацией кожи и волос, выпадением волос, атрофий при частично сохранившемся подкожном жировом слое, тяжёлой степенью анемии,</p>

		проявлениями рахита.
3.	Гипостатура	По сравнению с другими формами дистрофии, присутствуют более стойкие нарушения нервной и эндокринной системы, нарушения в росте и развитии организма, в связи с чем, плохо поддается лечению.
4.	Паратрофия	При осмотре у ребёнка отмечается неустойчивый эмоциональный фон, беспокойство или вялость.

В основном диагноз дистрофия основывается на характерных клинических симптомах. Характерные клинические симптомы включают в себя низкий тургор тканей, последовательное уменьшение толщины подкожной жировой клетчатки на животе, конечностях и лице или наоборот избыточное и неравномерное её отложение, существенное отставание массы тела от роста, снижается сопротивляемость организма к инфекционным заболеваниям и различным негативным воздействиям внешней среды [21,с.39].

1.2. Особенности лечения и профилактики дистрофии у детей раннего возраста

Лечение дистрофии напрямую зависит от формы и степеней тяжести заболевания, но независимо от особенностей и видов дистрофии лечение должно быть комплексным [7,с.151].

В случае диагностирования у ребенка вторичной дистрофии, то основное лечение будет направлено на устранение заболевания, приводящего к нарушению трофики тканей.

Если диагностирован у ребенка первичной дистрофии, то в основу лечения станет диетотерапия и профилактика вторичных инфекций, так как наблюдается снижение иммунной защиты, и организм ребенка подвергается атаке разнообразных инфекционных заболеваний.

При заболевании дистрофий первой степени, то лечение возможно в домашних условиях, если ребёнок не потерял в массе достаточно много, в

противном случае для лечения дистрофии ребенок направляется в стационар. Народные средства при данном заболевании не допустимы. Рациональная терапия при заболевании дистрофией – это правильно подобранная диета.

На начальной стадии лечения врач-педиатр определяет реакцию организма на ту или иную пищу. Затем пища делится на маленькие порции, при дистрофии питание должно быть дробным, постепенно увеличивая объём до достижения нормы.

Детям грудного возраста, страдающих от дистрофии, лучшей пищей будет грудное молоко. Если грудное вскармливание невозможно, то подбираются кисломолочные смеси. Возникает необходимость в увеличении частоты кормлений до 8-10-ти раз в сутки [9,с. 65].

Особенностью медикаментозного лечения является назначение биологически активных добавок, стимуляторов, витаминов и ферментов.

Составление рациона — важный этап первой стадии лечения данной болезни. Специфичность диеты будет зависеть от состояния желудочно-кишечного тракта и степени истощения организма маленького пациента.

Для прогрессирующей дистрофии характерно полное отсутствие тех или иных питательных веществ, поэтому целью диетотерапии является поставка недостающих ресурсов организму [8,с.102].

Но не следует забывать, что усвоение пищи у больного затруднено. Диетотерапия состоит из нескольких этапов. Конкретные рекомендации по организации диетического питания дает лечащий врач. Только при соблюдении правил и врачебных рекомендаций возможно проведение эффективной диетотерапии, выздоровление пациента. На всем этапе выздоровления ребенка должна постоянно присутствовать медицинская сестра, здесь ее роль достаточно высока, так как медсестра информирует и контролирует правильность сдачи анализов, при данном заболевании необходимо регулярно сдавать анализ на копрограмму, который позволяет точно оценить переваривающую способность желудочно-кишечного тракта для корректировки диетотерапии.

Так же присутствие медицинской сестры необходимо при взвешивании, определения эффективности данной терапии, взвешиваться необходимо не менее 4-5 раз в неделю. Точно взвесить и зафиксировать результат – входит в обязанности медсестры.

Диета считается правильно подобранной, если ребенок начинает прибавлять вес от 20 до 40 грамм в день [8,с.102].

Профилактику дистрофии начинаю делать еще до рождения ребёнка, еще на этапе планирования беременности. Будущей мамочке тщательное обследование на исключение наличия хронических заболеваний, пропагандировать здоровый образ жизни, отказаться полностью от вредных привычек.

После рождения ребёнка профилактика дистрофии должна включать в себя тщательное соблюдение всех правил ухода за ним и кормления, с которыми их будет знакомить патронажная медицинская сестра, от ее профессионализма зависит здоровье малыша. От компетенции и личностных качеств медицинской сестры будет зависеть взаимоотношения с родителями ребенка, что также напрямую сказывается на благополучии всей семьи [16,с.18].

Для профилактики дистрофии необходимо регулярно посещать участкового педиатра для контроля динамики антропометрических показателей.

Ярким примером профилактической деятельности служит организация профилактической помощи на базе ОГУБЗ «Детская поликлиника № 4 г. Белгорода», где проходит подготовка санитарного актива, члены, которого ведут занятия в школе здоровья, где освещаются вопросы о различных профилактических мерах для будущих мамочек. [18, с.46].

1.3. Основные аспекты профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста

В современных условиях развития здравоохранения и загруженности врачей, медицинские сестры должны взять на себя ответственность за развитие профилактического воспитания населения, ведение школ здоровья, пропаганды здорового образа жизни [20,с.28].

В данный период высока роль сестринского персонала и заключается она в использовании современных технологий, профилактике и информированности всех слоев населения по таким важным направлениям, таким как активная пропаганда здорового образа жизни [14, с.58].

В обязанности медицинской сестры входит осуществление патронажа беременной на дому и решение профессиональных задач, направленных на предупреждение развития различных заболеваний будущего ребенка.

В задачи медицинской сестры входит выяснения условий быта и труда будущей матери, состояния ее здоровья, отношение к вредным привычкам будущих родителей.

В обязанности медицинской сестры входит исследование самочувствия будущей матери, предоставление рекомендаций по режиму труда и отдыха, питанию, гигиене, проводится беседа о создании в семье спокойной, доброжелательной обстановки.

Дородовой патронаж очень важен, т.к. антенатальная профилактика рахита проводится еще до рождения ребенка. Плод на 28-40 неделе своего развития активно запасается витаминами, в том числе и витамином D. Это вещество депонируется в жировой и мышечной ткани, в печени.

Как раз в этот период беременная женщина должна особое внимание уделить своему питанию и образу жизни.

Профилактику рахита у грудных детей должны проводить с первых дней после рождения, здесь опять ведущая роль отводится медицинской сестре, она должна указать на важность регулярности прогулок с ребенком на свежем

воздухе, воздушные и солнечные ванны. В летний период, для профилактики рахита достаточно оставить открытыми ножки и ручки малыша.

В первые дни жизни малыша пребывание на солнце ограничивается 3-5 минутами, постепенно время увеличивается до 30 минут.

Очень полезно принимать воздушные ванны, ребенка раздевают и на несколько минут оставляют голеньким, но температура воздуха должна быть комфортной [16,с.18].

Таким образом, медицинский персонал должен иметь представление о методах проведения профилактической работы с населением, а также профессионально проводить сестринскую работу в лечебных учреждениях, школах, в семьях, и т.д. [11,с. 84].

Главным направлением профессиональной деятельности медицинской сестры по профилактике дистрофии у детей раннего возраста является воспитание здорового ребенка, предупреждение развития возможных заболеваний и нарушений развития. Первичная профилактика состоит из комплекса медико-психолого-педагогических и правовых мероприятий, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья путем снижения влияния неблагоприятных факторов окружающей среды [10,с.33].

Направления профилактических мероприятий, проводимых медицинскими работниками, представлены в виде табл.3.

Таблица 3

Разделы профилактической работы

№	Направление	Краткое описание
1.	Аntenатальная охрана плода	На данном этапе проводится дородовой патронаж и просветительные беседы с беременными женщинами.
2.	Динамический контроль за состоянием здоровья детей	Проводятся плановые профилактические осмотры в декретированные возрастные периоды с целью комплексной оценки здоровья и принятия, оздоровительных мер, а при необходимости - и терапевтического воздействия.

3.	Вакцинопрофилактика	На данном направлении проводятся беседы о необходимости проведения вакцинопрофилактики и вакцинация маленьких пациентов.
4.	Гигиеническое воспитание	Направление работает по обучению населения соблюдению санитарных норм и правил.
5.	Подготовка детей к поступлению в детские образовательные учреждения	Данное направление контролирует адаптацию детей в этих заведениях.

В современном здравоохранении профилактическое направление реализуется по системе прогностического слежения за здоровьем ребенка [22,с.95].

Этапы прогностического слежения за здоровьем ребенка со стороны медицинских работников:

1. На первом прогностическом этапе проводятся исследования на установления особенностей развития и прогноза риска ряда наиболее часто встречающихся заболеваний.

2. На втором диагностическом этапе проводится комплексная оценка состояния здоровья по уровню физического и нервно-психического развития, резистентности, реактивности, наличию заболеваний.

3. На третьем оздоровительном этапе медицинская сестра осуществляет немедикаментозные назначения, которые способствуют нормальному развитию и тренировке защитных сил организма.

4. Четвертый корректирующий этап имеет место при выявлении различных нарушений состояния здоровья [13,с.22].

Медицинская сестра дает рекомендации по вскармливанию, проведению массажа, закаливанию, выработке гигиенических навыков, направленных на предотвращение возникновения рахита [12,с.150].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСТРОФИЯ У ПОДРОСТКОВ

2.1. Методологическое обеспечение и организация исследования

Исходя из сформированных целей и поставленных задач для достижения результатов, после углубленного изучения и анализа, в данной исследовательской работе была изучена организация работы медицинской сестры по основным направлениям профессиональной деятельности, направленных на предупреждение развития дистрофии у детей раннего возраста на примере ОГБУЗ «Детская поликлиника № 4 г. Белгорода».

Исследование было разбито на этапы:

1 этап. Изучение методик проведения практического исследования, разработка тактики исследования, подбор респондентов.

2 этап. Социологическое исследование. Анкетирование, проводимое в период с 01. 10. 2018-01. 04. 2019 года, в нем принимало участие 100 человек, пациенты ОГБУЗ «Детская поликлиника № 4 г. Белгорода».

3 этап. Подсчет и анализ полученных в ходе исследования данных.

4 этап. Формирование выводов, исходя из полученных данных с применением научно-теоретических знаний и исходя из практического опыта.

2.2. Анализ результатов исследования

Для того чтобы видеть полную картину заболеваемости по ОГБУЗ «Детская поликлиника № 4 г. Белгорода», нами был проведен сравнительный анализ статистических данных в период с 2016-2018 года. Нами были изучены истории болезней детей с диагнозом дистрофия раннего возраста за 2016 год – 280, за 2017 – 310, за 2018 – 350. Результаты представлены в табл.3.

Заболеваемость детей с диагнозом дистрофия

Года	Всего	Мальчики	Девочки
2016	280	160	120
2017	310	180	130
2018	350	210	140

Для наглядности мы построили диаграмму (Рис.1)

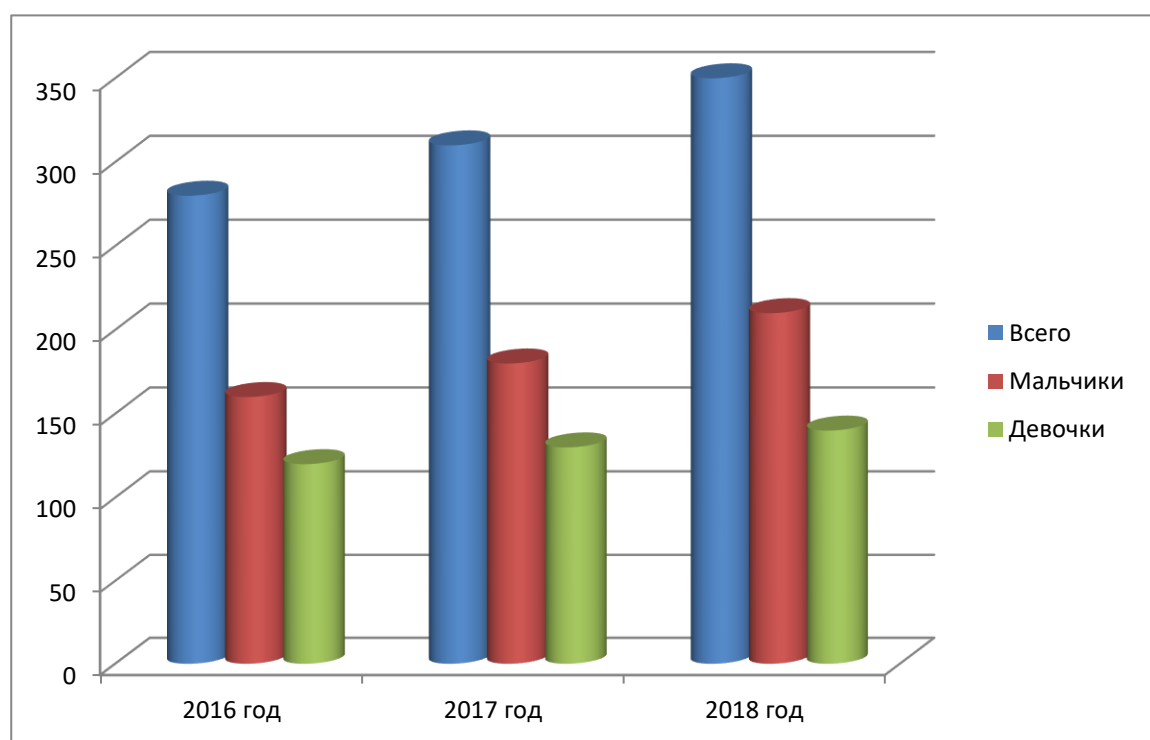


Рис.1 Статистика по заболеваемости в период с 2016 по 2018 годы

Анализ диаграммы показывает динамику численности роста заболеваемости дистрофией у детей раннего возраста и составляет 6-7% ежегодно, если рассматривать отношение числа заболевших в 2016 и число с диагнозом дистрофия за 2018 год, то увидим, что за три года увеличилось число больных на 15-17%.

Нами было отмечено, что мальчики болеют чаще, чем девочки данные мы представили в виде диаграммы (Рис.2).

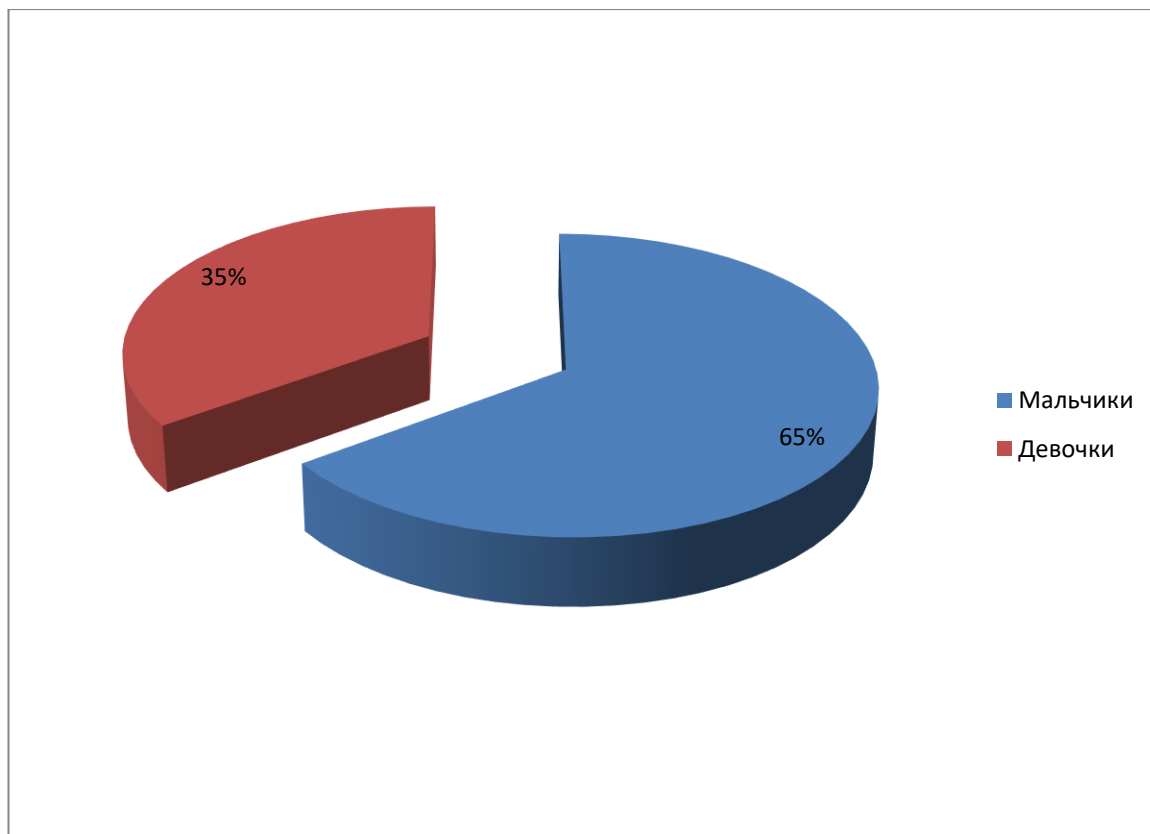


Рис.2 Половой состав детей с диагнозом дистрофия

Анализ диаграммы показывает, что мальчики подвержены чаще заболеванию дистрофией (65%), чем девочки (35%), разница существенна и составляет 30%.

Далее мы изучили частоту встречаемости дистрофии в возрастной категории детей раннего года жизни и получили, следующие результаты, которые представлены в виде табл.4

Таблица 4

Возрастная категория детей раннего года жизни

Возраст детей	0-1 год	1-3 года	3-5 лет	5 лет и старше
%	28 %	44 %	20%	8%

Из полученных данных можно сделать вывод, что чаще всего болеют дети в возрасте от 1 года до 3 лет, данные таблицы мы представили в виде диаграммы (Рис.3).

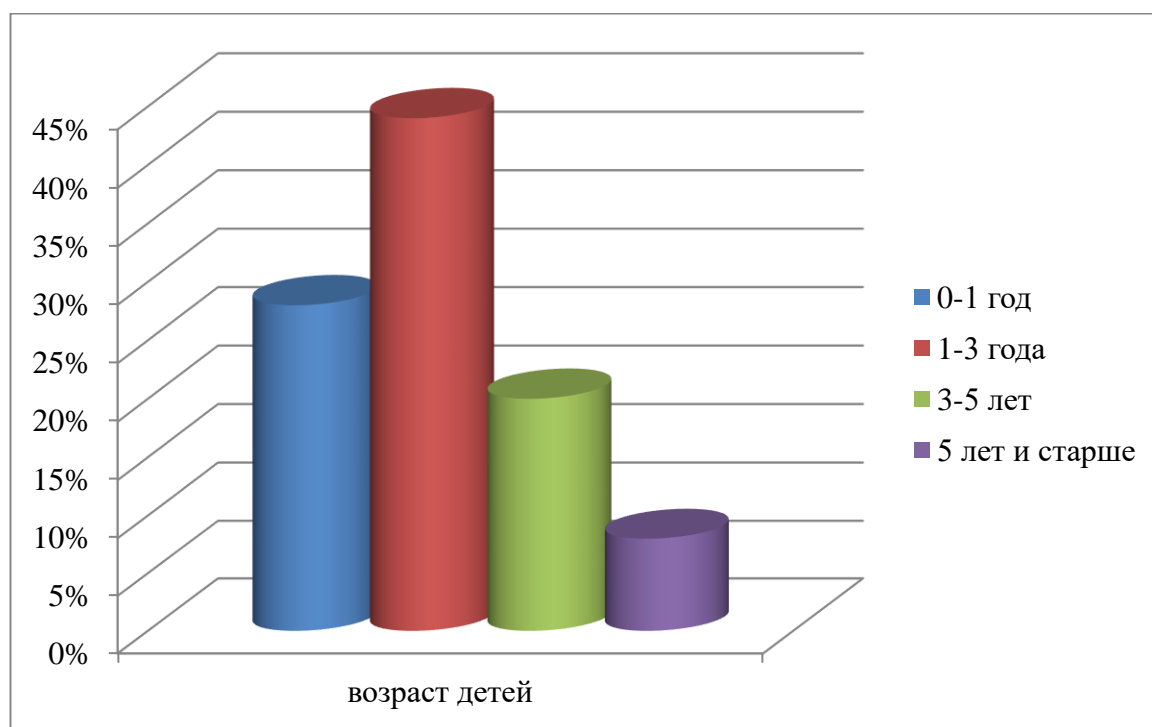


Рис.3 Возрастная категория детей раннего года жизни

Анализ диаграммы показал, что 48% детей в возрасте от 1 до 3 страдают дистрофией, 28% – от 0-1 года, 20% – от 3-5 лет, меньше всего детей с установленным диагнозом в возрасте от 5 лет и старше и составляет 8%, от общего числа заболевших.

Анализ теоретического материала говорит нам, что дистрофия является в основном заболеванием социально-экономическим и его развитие напрямую зависит от уровня жизни и благосостояния родителей, о чем и свидетельствуют результаты нашего дальнейшего исследования. По заключениям медсестры, проводившей дородовый патронаж, мы выяснили условия проживания больных детей, и результаты представили в виде диаграммы (Рис.4).

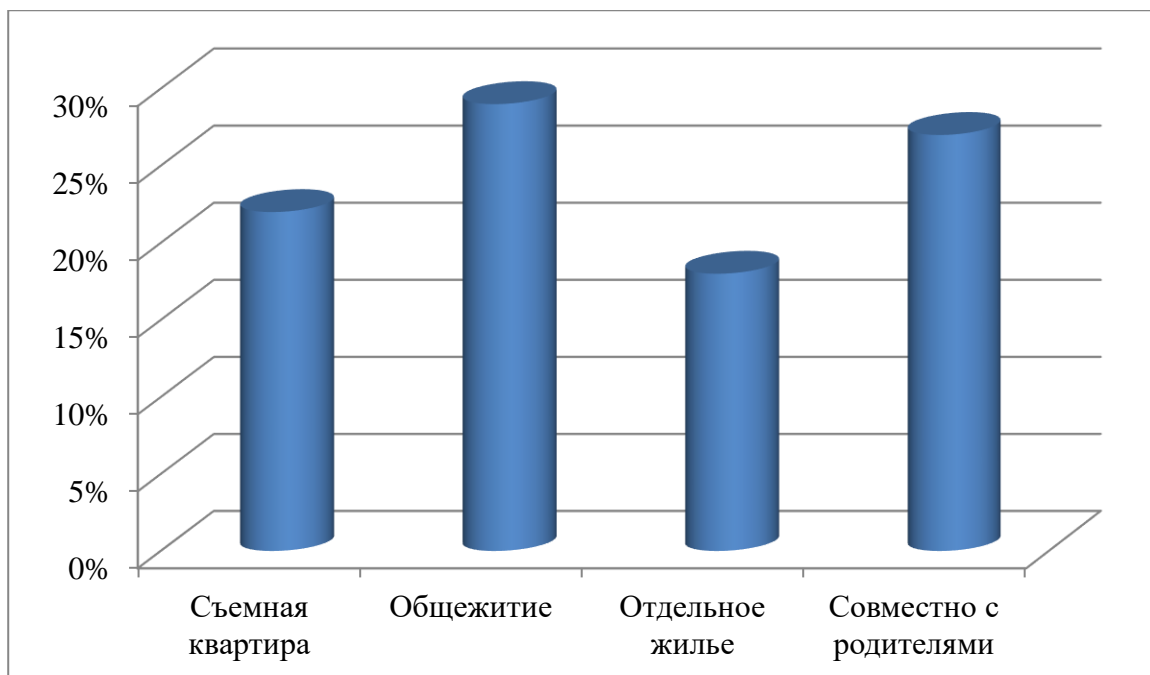


Рис.4 Условия проживания больных детей

Анализ диаграммы показывает, что только 18% больных детей, проживают в отдельной квартире, снимают жилье семьи с больными детьми (22%), проживают с родителями (27%), проживают в общежитии (29%).

Следующим этапом нашего исследования становится выявление статуса семей, с больными детьми (полные, неполные, многодетные семьи). Данные представлены на рис.5.

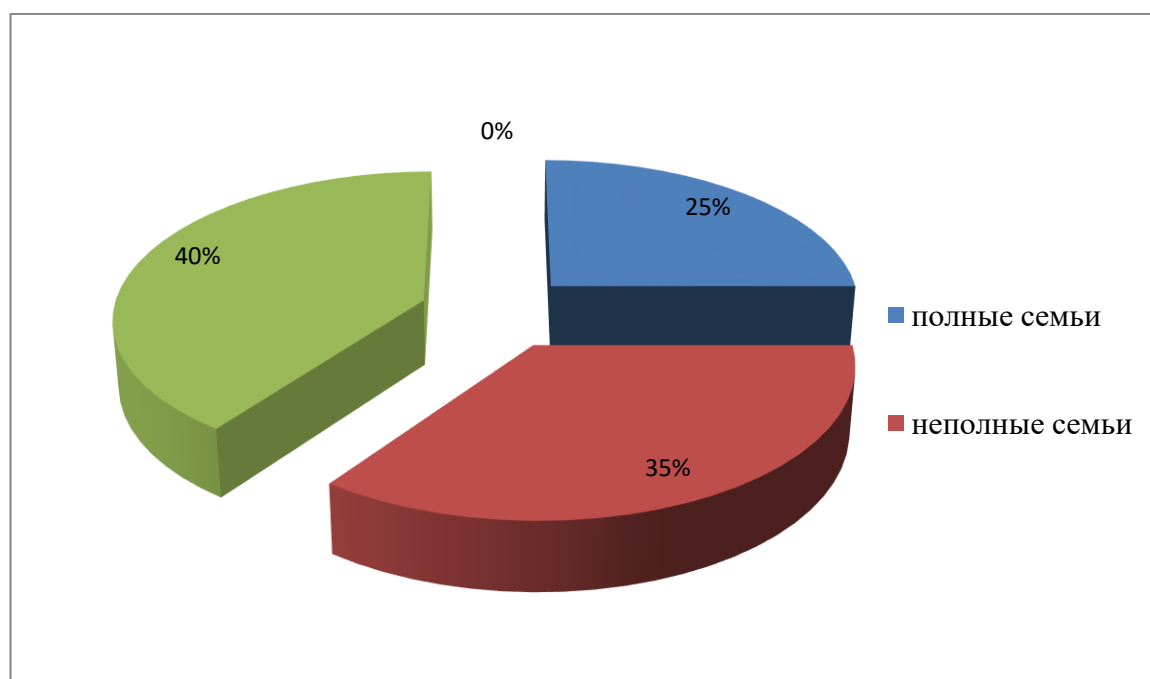


Рис.5 Статус семей с больными детьми

Анализ диаграммы еще раз подтверждает, что дистрофия социально-экономическое заболевание, только 25% больных детей живут в полных семьях, 35% детей проживают в неполных семьях и имеют одного родителя, в основном это мамы, т.к. папы очень часто пугаются проблем, связанных с заболеванием и покидают семьи, ответственность перекладывают на плечи женщины. Хотя в том, что ребенок имеет диагноз дистрофия, виноваты оба родителя. 40% больных детей проживают в многодетных семьях, из-за большого количества детей, больным детям не всегда обеспечивается надлежащий уход.

Подводя итог анализу статистических данных можно сделать следующие выводы:

1. Отмечается динамика роста численности заболеваемости дистрофией у детей раннего возраста и составляет 6-7% ежегодно, если рассматривать отношение числа заболевших в 2016 и число с диагнозом дистрофия за 2018 год, то увидим, что за три года увеличилось число больных на 15-17%.

2. Мальчики подвержены чаще заболеванию дистрофией (65%), чем девочки (35%), разница существенна и составляет 30%.

3. Больше всего (48%) детей в возрасте от 1 до 3 страдают дистрофией, 28% – от 0-1 года, 20% – от 3-5 лет, меньше всего детей с установленным диагнозом в возрасте от 5 лет и старше и составляет 8%, от общего числа заболевших.

4. Анализ статистических данных подтвердил, что дистрофия является в основном заболеванием социально-экономическим и его развитие напрямую зависит от уровня жизни и благосостояния родителей, о чем и свидетельствуют результаты нашего исследования. Только 18% больных детей, проживают в отдельной квартире, снимают жилье семьи с больными детьми (22%), проживают с родителями (27%), проживают в общежитии (29%); 25% больных детей живут в полных семьях, 35% детей проживают в неполных семьях и имеют одного родителя, в основном это мамы, т.к. папы очень часто пугаются проблем, связанных с заболеванием и покидают семьи, ответственность перекладывают на плечи женщины. Хотя в том, что ребенок имеет диагноз

дистрофия, виноваты оба родителя. 40% больных детей проживают в многодетных семьях, из-за большого количества детей, больным детям не всегда обеспечивается надлежащий уход.

2.3 Анализ профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике дистрофия у детей раннего возраста

Для выявления аспектов профессиональной деятельности, нами было проведено исследование роли медицинской сестры в профилактике дистрофия у детей раннего периода развития, для этого была разработана анкета и проведен социологический опрос родителей маленьких пациентов, в количестве 100 человек (Приложение 1).

В рамках дипломной работы были опрошены пациенты, на предмет знания о диагнозе дистрофия (Рис. 6).

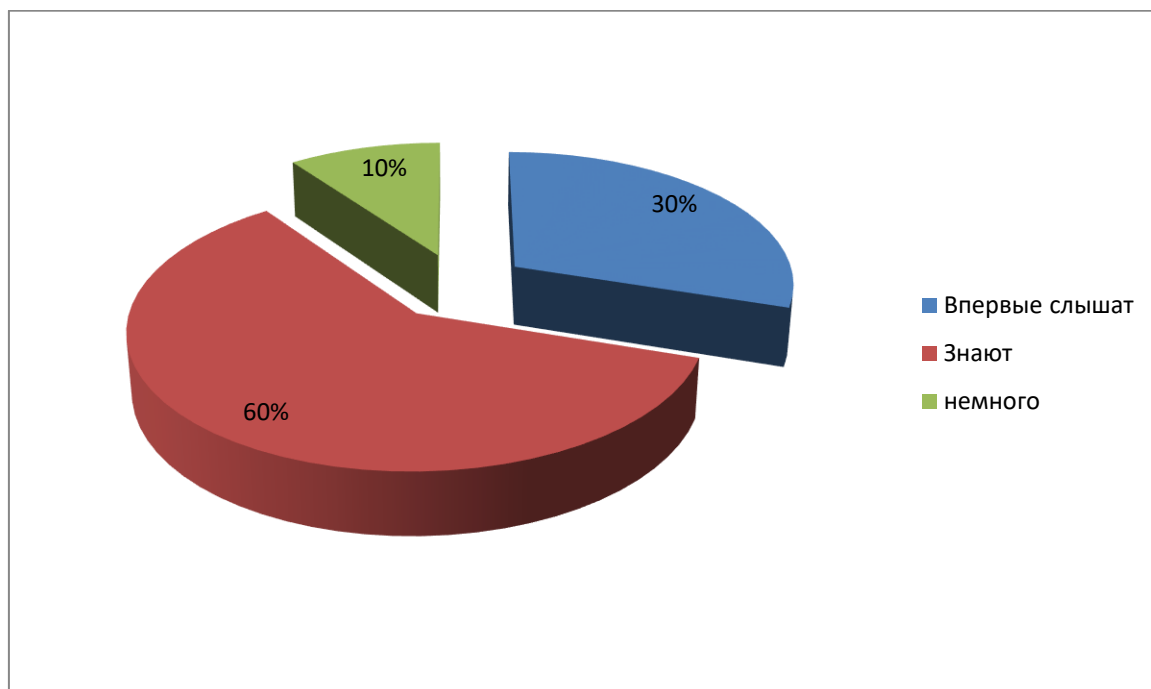


Рис.6 Информированность о знании факторов развития дистрофии

Итак, опрос респондентов показал, что 60 % имеют представление о дистрофии, 30 % ответили, что впервые слышат о таком диагнозе, 10% ответили, что знают, но немного.

Следующим вопросом нашей анкеты был вопрос о методах лечения и что показал опрос, мы увидим на диаграмме (Рис. 7).

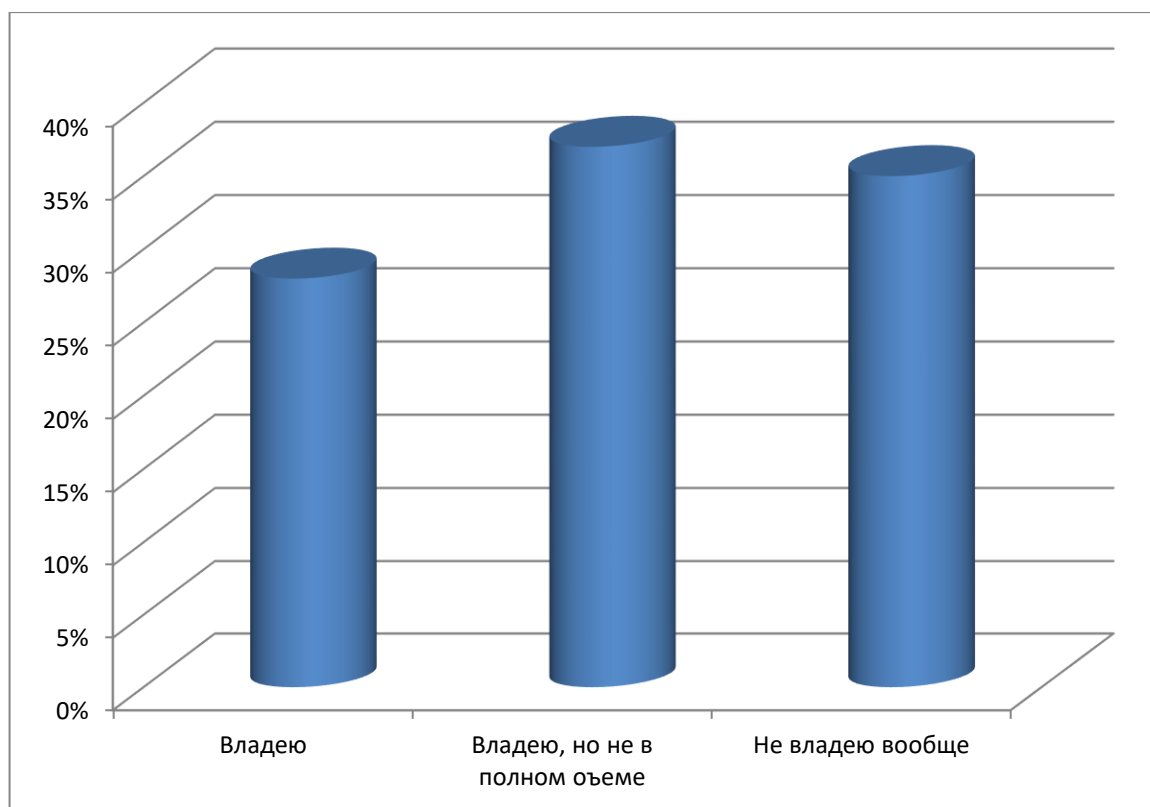


Рис. 7 Информированность о методах лечения дистрофии.

Анализ диаграммы показал, что только 28%, опрошенных родителей владеют методиками лечения и ухода при дистрофии, 37% сказали, что владеют, но не в полном объеме, 35% показали полное отсутствие знаний по данному вопросу, этот пробел необходимо устранить медицинским сестрам.

Главным методом по предотвращению развития дистрофии у детей в раннем возрасте – это сбалансированное питание, богатое витаминами и различными полезными веществами. Но самым оптимальным видом питания для детей раннего возраста является материнское молоко. При дородовом патронаже беременной на дому, медицинская сестра обязана довести до будущей матери важность грудного вскармливания.

Следующий вопрос, на который отвечали респонденты, был вопрос о знании неоспоримой пользы грудного молока в профилактике дистрофии у детей раннего возраста, результаты представлены на диаграмме (Рис.8).

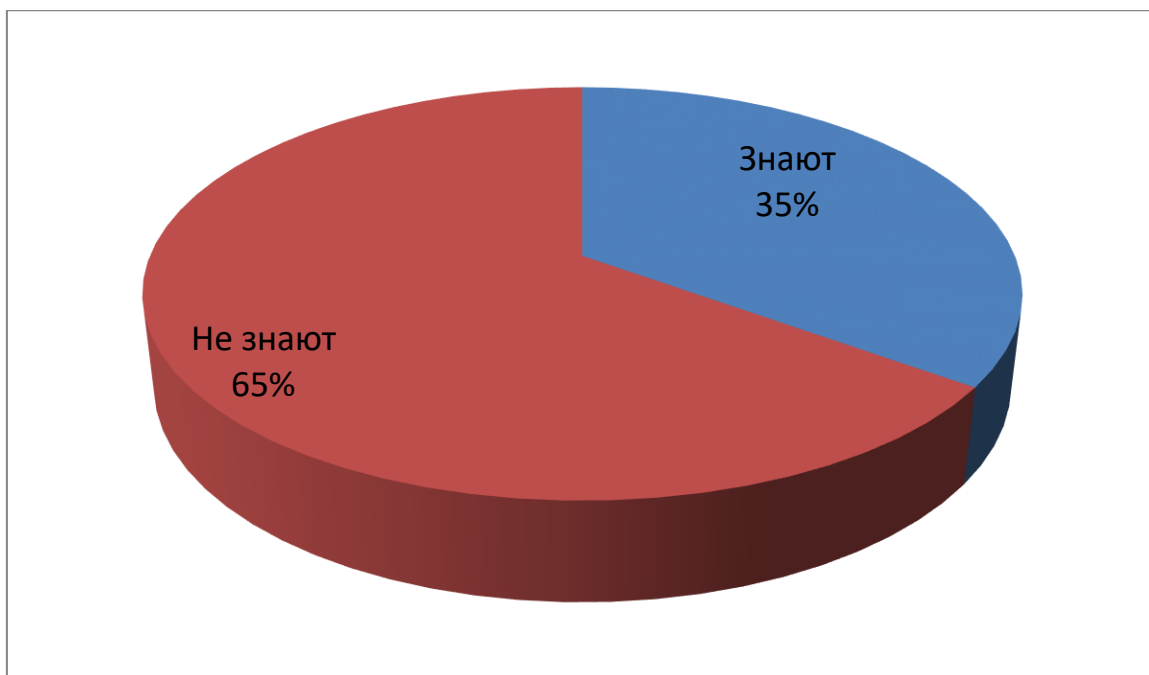


Рис. 8 Информированность о пользе грудного вскармливания

Анализ диаграммы, говорит нам о низкой информированности молодых родителей о несомненной пользе материнского молока, 65% респондентов не имеют достаточного количества знаний в этом вопросе, только 35% будущих мамочек, знают о неоспоримом преимуществе грудного вскармливания перед другими видами питания. Поэтому это тоже является существенным недостатком, выявленным в профессиональной деятельности медицинской сестры.

Следующим этапом нашего исследования становится опрос респондентов, в котором мы выявляли степень значимости профессиональной деятельности со стороны медицинской сестры в профилактике дистрофии у детей раннего возраста.

Ответом на следующий вопрос, мы установили степень удовлетворенности профессиональной деятельностью медицинской сестры (Рис.9).

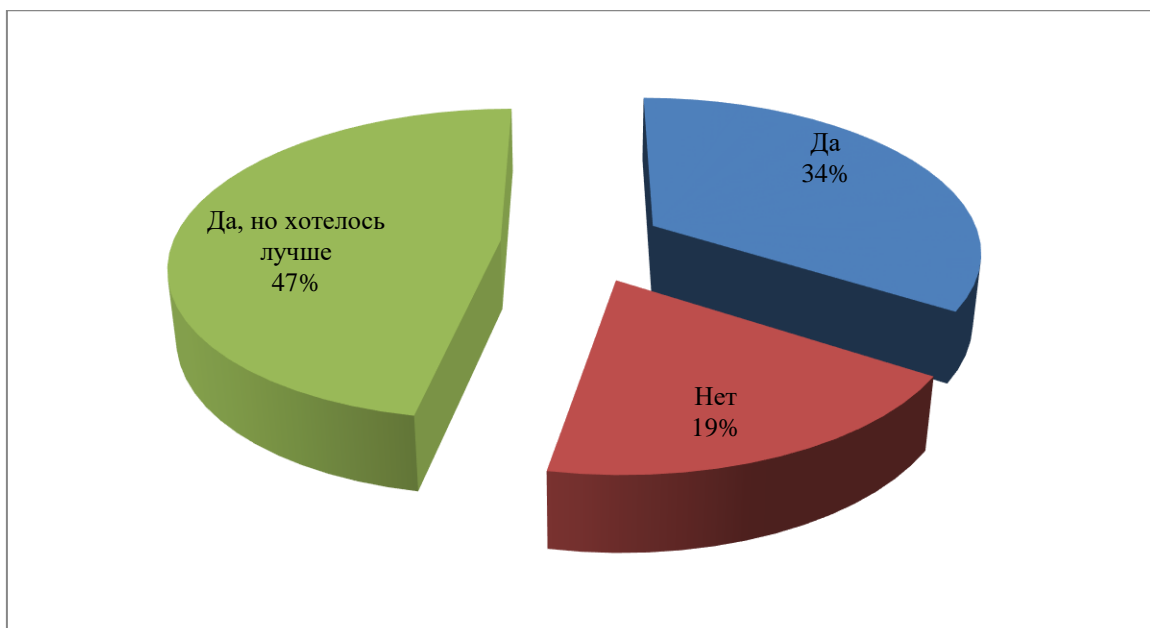


Рис. 9 Степень удовлетворенности профессиональной деятельностью

Анализ диаграммы показал, 34% респондентов удовлетворены в полном объеме профессиональной деятельностью медицинской сестры, 47% – удовлетворены, но не по всем направлениям деятельности, 19% – были категоричны в своих ответах.

Затем, мы опросили респондентов по вопросу удовлетворенности сестринским уходом за детьми раннего возраста, результаты опроса представлены в виде диаграммы (Рис.10).

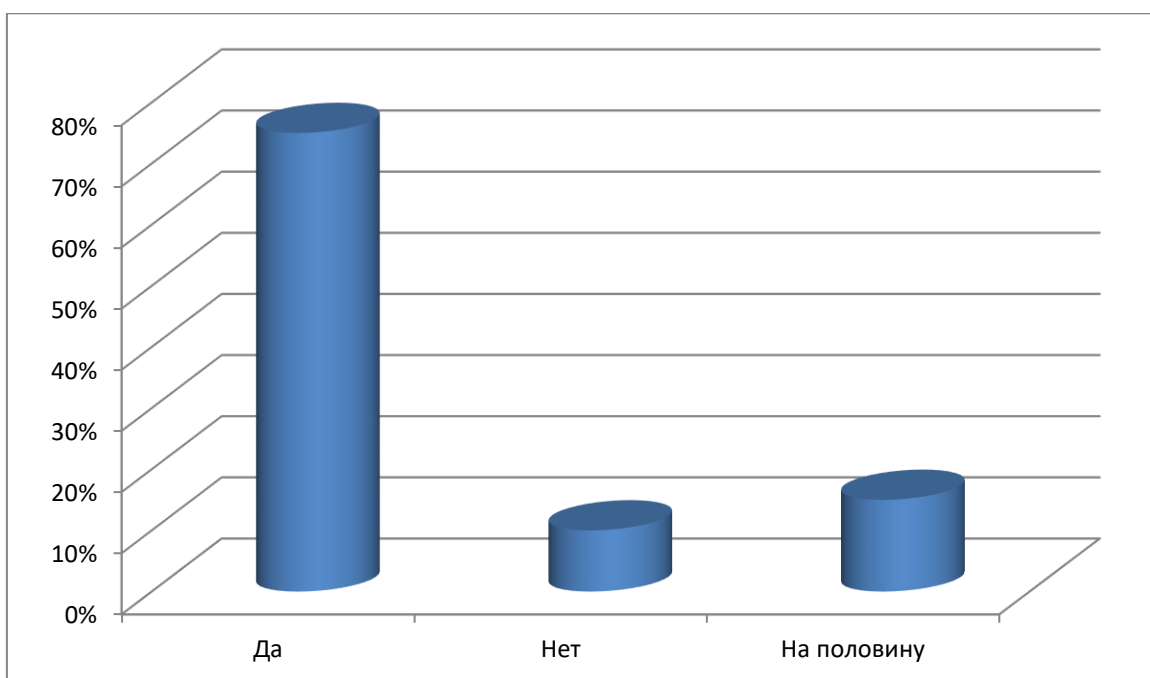


Рис. 10 Удовлетворенность степенью ухода за детьми раннего возраста.

Анализ диаграммы, дает нам следующие показатели: 75% респондентов полностью удовлетворены уходом со стороны участковой медицинской сестры, только 10% опрошенных выразили свое недовольство, 15% молодых мам, сказали, что удовлетворены наполовину.

Следующий вопросом, был вопрос оценки уровня выполнения медицинской сестрой назначения врача-педиатра, результаты представили в виде диаграммы (Рис. 11).



Рис. 11 Оценки уровня выполнения медицинской сестрой назначения врача-педиатра

Анализ диаграммы показал высокий уровень профессиональной компетенции медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника №4 г. Белгорода». 85%, опрошенных указали на полную удовлетворенность работой и выполнением всех назначений врача-педиатра, лишь 15% ответили, что не очень довольны. К назначениям врача относятся: измерения массы и параметров тела ребенка, помощь при манипуляциях, связанных со сдачей анализов, от результатов лабораторных исследований зависит

результативность, назначенного лечения, помощь при принятии воздушных ванн и т.д.

В связи с актуальностью вопроса о лабораторных исследованиях, мы попросили ответить молодых мамочек на вопрос об информированности, о правильности сбора и сдачи анализов, результаты представлены на диаграмме (Рис. 12).

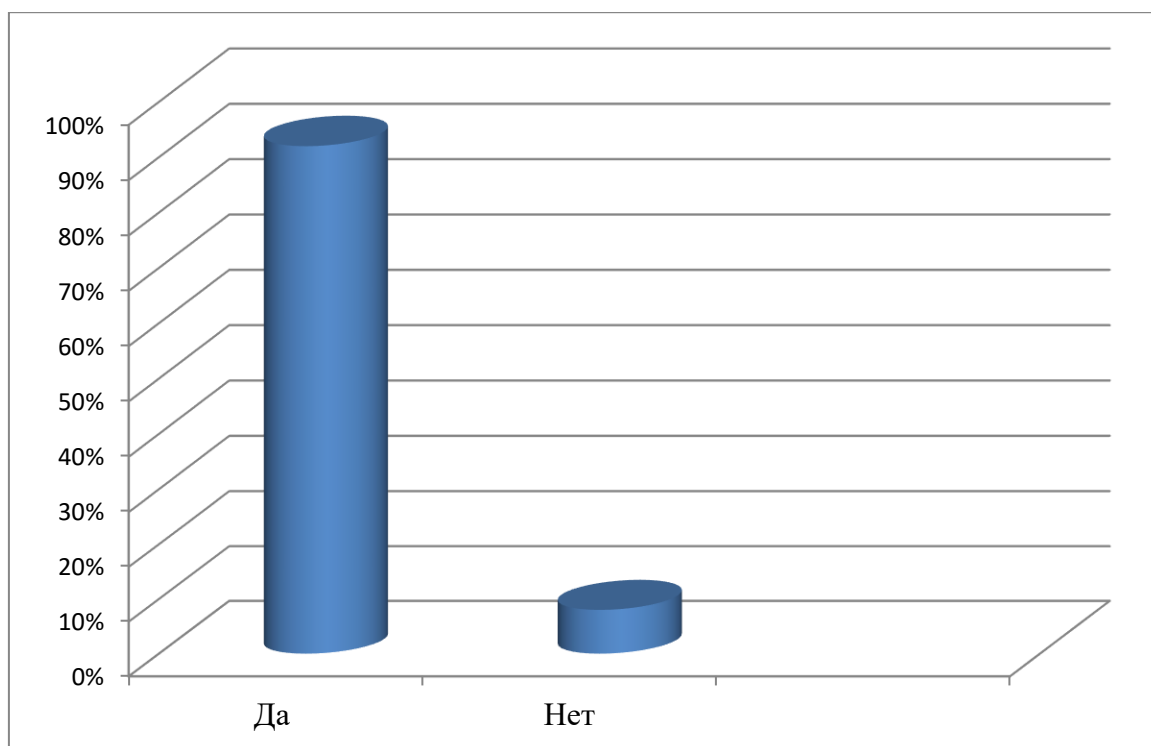


Рис.12 Информированность о правилах сдачи анализов

Анализ диаграммы, показывает, что медицинская сестра в 92% случаях, доводила информацию до молодых родителей о правильности сбора биологического материала, необходимого для лабораторных исследований, в нашем случае это анализ на копрограмму. Только 8% респондентов, сказали, что они не получали никаких практических рекомендаций от медицинской сестры.

При различных медицинских манипуляциях, медицинской сестре необходимо учитывать возрастные особенности, особенно, если это касается детей раннего возраста, поэтому мы спросили у респондентов, о том как,

медицинская сестра относится к маленьким пациентам и результаты представили в виде диаграммы (Рис. 13).

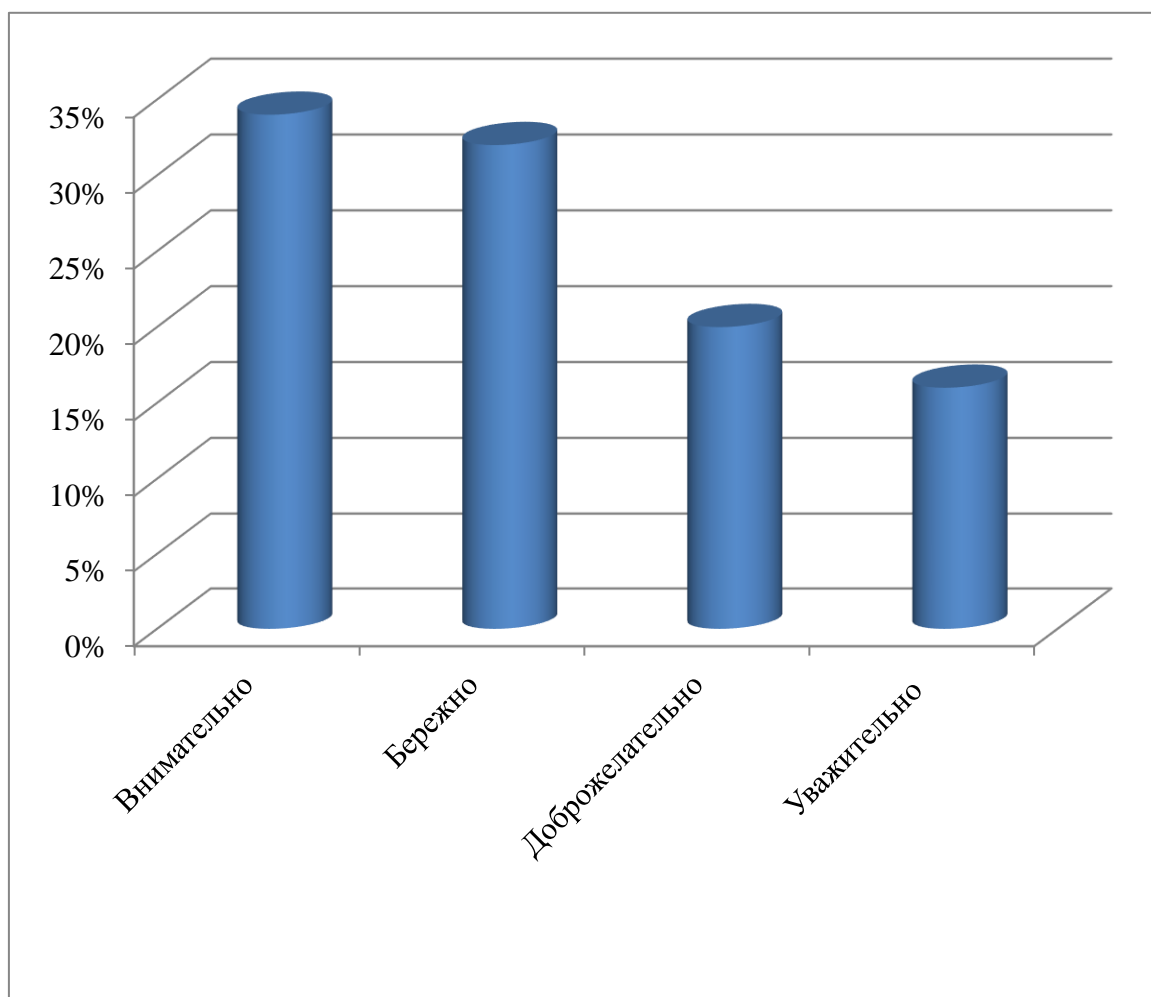


Рис. 14 Отношение к детям

Анализ диаграммы показал, достойное отношение к детям со стороны медицинской сестры, 34 % – отметили внимательность, 32% – бережность, 20% – респондентов отметили доброжелательность, 16% – отметили уважительное отношение со стороны медицинской сестры.

Следующим вопросом нашей анкеты, был вопрос о времени реагирования на потребность контакта медицинской сестры и родителей, ответы мы систематизировали и представили в виде диаграммы (Рис.15).

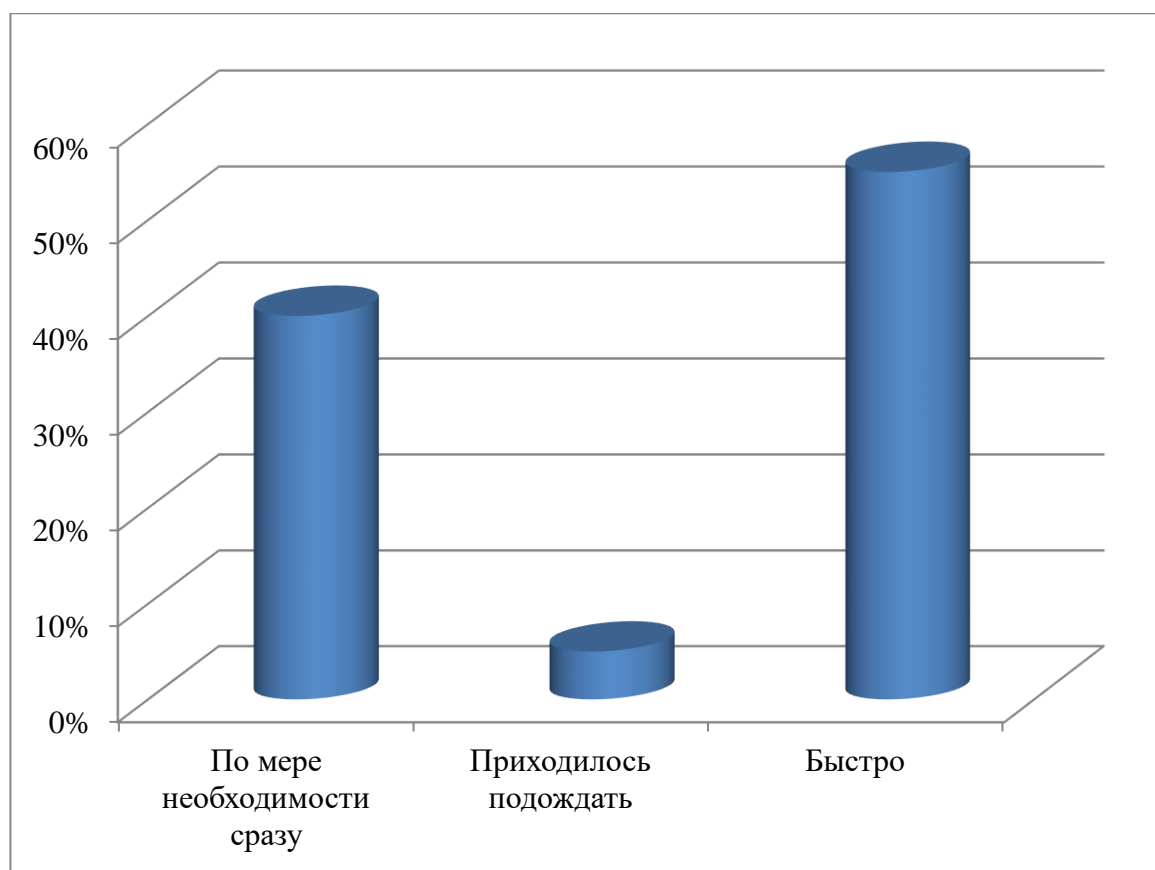


Рис. 14 Период реагирования на потребность контакта медицинской сестры с родителями детей раннего возраста

Анализ диаграммы говорит нам, что медицинская сестра практически сразу реагирует на обращение родителей и активно идет на контакт, о чем свидетельствуют следующие показатели: 55% ответили, что медицинская сестра сразу отвечает на различные просьбы со стороны родителей.

45% респондентов ответили, что в зависимости от важности вопроса медицинская сестра, оценив ситуацию, при первой возможности, контактирует с родителями, лишь 5% – ответили, что не нашли ответа отклика. Это хорошие показатели.

Последним, интересующим нас вопросом, стал вопрос о удовлетворенность родителей уровнем профессионализма медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника №4», результаты опроса представили в виде диаграммы (Рис.15).

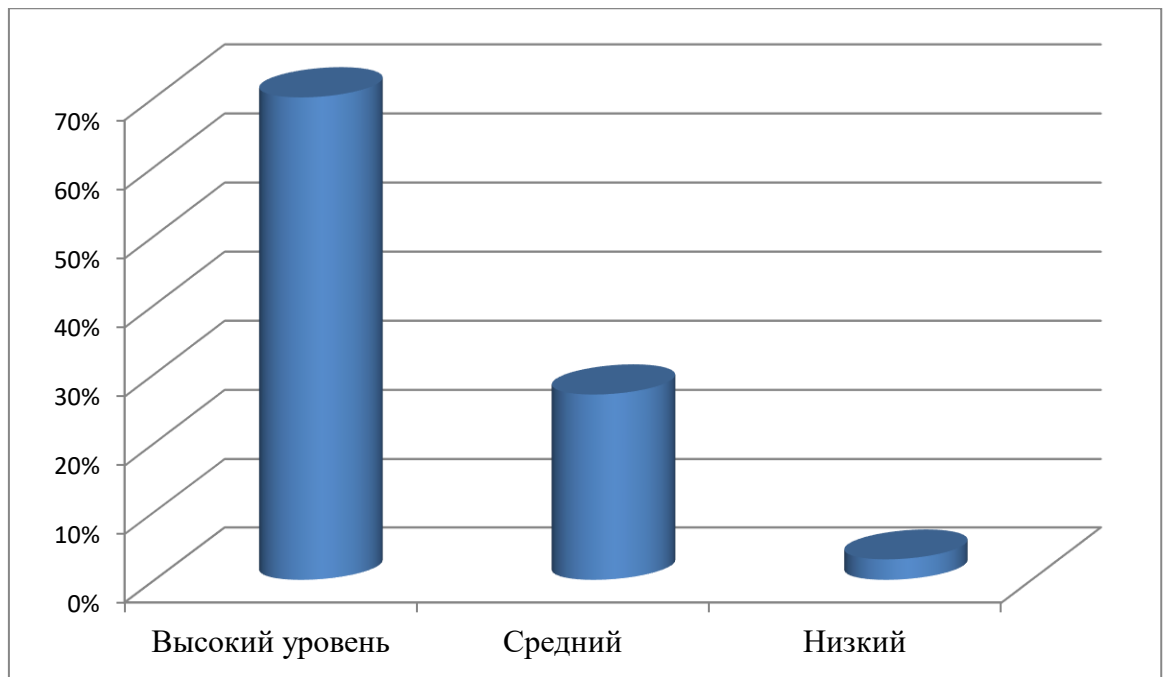


Рис. 15 Уровень профессионализма медицинской сестры

Анализ диаграммы показывает, что 75% опрошенных респондентов считают высокий уровень профессионализма медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника №4», 23% опрошенных, указывают на средний уровень, лишь 2% указали на достаточно невысокий уровень, поэтому, что бы увеличить статистику по данному вопросу, необходимо медицинским сестрам регулярно проходить курсы повышения квалификации и повышать медицинскую грамотность.

Итак, в ходе нашего исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Только 60 % молодых родителей имеют представление о дистрофии, 30 % ответили, что впервые слышат о таком диагнозе, 10% ответили, что знают, но немного, это связано с тем, что в данное время такая патология как дистрофия не очень распространенное заболевание. В связи с этим существует необходимость проведения санитарно-просветительской работы по информированности населения о видах дистрофии, факторах дистрофии, а также мерах профилактики дистрофии.

2. Всего 28%, опрошенных родителей владеют методиками лечения и ухода при дистрофии.

3. 65% респондентов не имеют достаточного представления о пользе грудного вскармливания, только 35% будущих мамочек, знают о неоспоримом преимуществе грудного вскармливания перед другими видами питания.

4. Отмечен высокий уровень профессиональной компетенции медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника №4 г. Белгорода», 85%, опрошенных указали на полную удовлетворенность их работой и выполнением всех медицинских манипуляций, лишь 15% респондентов ответили, что не очень довольны.

4. Медицинская сестра в 92% случаях, доводила информацию до молодых родителей о правильности сбора биологического материала, необходимого для лабораторных исследований, в нашем случае это анализ на копрограмму.

5. Медицинская сестра практически сразу реагирует на обращение родителей и активно идет на контакт, о чем свидетельствуют следующие показатели: 55% ответили, что медицинская сестра сразу отвечает на различные просьбы со стороны родителей, 45% респондентов ответили, что в зависимости от важности вопроса медицинская сестра, оценив ситуацию, при первой возможности, сразу контактирует с родителями, лишь 5% – ответили, что не нашли ответа отклика. Это хорошие показатели.

2.5 Рекомендации по профилактике дистрофии

Для профилактики дистрофия у подростков на основании работы медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника № 4» нами были разработаны рекомендации, которые представили в виде таблицы 9.

Профилактические мероприятия при дистрофии

№	Настораживающие факторы	Рекомендации
1.	Боязнь проблем, связанных с болезнью ребенка	Помощь родителям в рассмотрении перспектив выздоровления ребенка, проведение беседы о факторах развития дистрофии индивидуально в каждом случае.
2.	Не комфортные условия проживания	Убеждение родителей в создании комфортных условий для роста и развития ребенка
3.	Негативное отношение к необходимости лечения в стационаре	Провести разъяснительную беседу о важности круглосуточного наблюдения медицинскими работниками.
4.	Если дистрофия связано с заболеваниями эндокринной системы	Только направленное лечение заболевания эндокринной системы поможет справиться с дистрофией, никакие народные методы не помогут.
5.	Отсутствие надлежащего ухода за ребенком.	Совместными усилиями доказать необходимость выполнения всех предписаний лечащего врача. Установление постоянного наблюдения за состоянием ребенка, при уходе за ребенком и проведении различных манипуляций строго соблюдать правила гигиены, обеспечивать ребенка диетическим питанием, тщательно рассчитывать ежедневное потребление пищи, при кормлении проявлять терпение, увеличить период сна и отдыха. Для профилактики пневмонии и поддержания эмоционального тонуса необходимо часто брать ребенка на руки.
6.	Сложности	В этот период необходимо

	реабилитационного периода	обучение родителей особенностям ухода за ребенком в домашних условиях, которые заключаются в своевременном удовлетворении физиологических, психологических и эмоциональных потребностей ребенка, поощрении игровой активности ребенка, ласково говорить с малышом, реагировать на его жалобы и просьбы.
--	---------------------------	---

Дистрофия – это заболевание, которое легче предупредить, чем лечить. Важно заметить ранние симптомы, чем раньше выявятся симптомы, тем выше шанс на полное выздоровление. Большое значение имеет организация ухода за ребенком, при дистрофии основу лечения составляет выхаживание ребенка, только терпение, четкость выполнения всех этапов назначений врача, постоянное присутствие медицинской сестры (медицинского брата) приведут к благоприятному исходу данного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проделанной работы нами была выявлена острота и актуальность проблемы дистрофии среди детей раннего возраста.

К основным аспектам профессиональной деятельности сестринского персонала в профилактике дистрофии относится проведение мероприятий, направленных на повышение знаний о данном заболевании, проведение санитарно-просветительных бесед.

Главной задачей медицинской сестры является выявление факторов риска, способствующих развитию дистрофии и их устранение, начиная работать в этом направлении еще пока плод находится еще в утробе матери.

Сестринский процесс основан на продуманном подходе, который рассчитан на удовлетворение потребностей и устранение проблем здорового ребенка, но еще в более глубокой мере, если это касается больного ребенка.

Совместно с врачом-педиатром и медицинской сестрой (медицинским братом) намечаются задачи, определяется степень важности, намечается план по решению, намеченных задач, определяется вид, требуемого ухода, в каждом конкретном случае индивидуально, затем происходит оценка, полученных результатов.

Необходимо отметить, что знание этиологии, клиники заболевания, особенности диагностики, методики лечения заболеваний, а так же знание различных манипуляций помогают медицинской сестре (медицинскому брату), осуществлять работу на всех этапах, при этом проявляя высокий профессионализм.

Исходя из данных, представленных в выпускной квалификационной работе, мы можем сделать следующие выводы:

1. Отмечается динамика роста численности заболеваемости дистрофией у детей раннего возраста и составляет 6-7% ежегодно, если рассматривать отношение числа заболевших в 2016 и число с диагнозом дистрофия за 2018 год, то увидим, что за три года увеличилось число больных на 15-17%.

2. Мальчики подвержены чаще заболеванию дистрофией (65%), чем девочки (35%), разница существенна и составляет 30%.

3. Больше всего (48%) детей в возрасте от 1 до 3 страдают дистрофией, 28% – от 0-1 года, 20% – от 3-5 лет, меньше всего детей с установленным диагнозом в возрасте от 5 лет и старше и составляет 8%, от общего числа заболевших.

4. Анализ статистических данных подтвердил, что дистрофия является в основном заболеванием социально-экономическим и его развитие напрямую зависит от уровня жизни и благосостояния родителей, о чем и свидетельствуют результаты нашего исследования. Только 18% больных детей, проживают в отдельной квартире, снимают жилье семьи с больными детьми (22%), проживают с родителями (27%), проживают в общежитии (29%); 25% больных детей живут в полных семьях, 35% детей проживают в неполных семьях и имеют одного родителя, в основном это мамы, т.к. папы очень часто пугаются проблем, связанных с заболеванием и покидают семьи, ответственность перекладывают на плечи женщины. Хотя в том, что ребенок имеет диагноз дистрофия, виноваты оба родителя. 40% больных детей проживают в многодетных семьях, из-за большого количества детей, больным детям не всегда обеспечивается надлежащий уход.

5. Только 60 % молодых родителей имеют представление о дистрофии, 30 % ответили, что впервые слышат о таком диагнозе, 10% ответили, что знают, но немного, это связано с тем, что в данное время такая патология как дистрофия не очень распространенное заболевание. В связи с этим существует необходимость проведения санитарно-просветительской работы по информированности населения о видах дистрофии, факторах дистрофии, а также мерах профилактики дистрофии.

6. Всего 28%, опрошенных родителей владеют методиками лечения и ухода при дистрофии.

7. 65% респондентов не имеют достаточного представления о пользе грудного вскармливания, только 35% будущих мамочек, знают о неоспоримом преимуществе грудного вскармливания перед другими видами питания.

8. Отмечен высокий уровень профессиональной компетенции медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника №4 г. Белгорода», 85%, опрошенных указали на полную удовлетворенность их работой и выполнением всех медицинских манипуляций, лишь 15% респондентов ответили, что не очень довольны.

9. Медицинская сестра в 92% случаях, доводила информацию до молодых родителей о правильности сбора биологического материала, необходимого для лабораторных исследований.

10. Медицинская сестра практически сразу реагирует на обращение родителей и активно идет на контакт, о чем свидетельствуют следующие показатели: 55% ответили, что медицинская сестра сразу отвечает на различные просьбы со стороны родителей, 45% респондентов ответили, что в зависимости от важности вопроса медицинская сестра, оценив ситуацию, при первой возможности, контактирует с родителями, лишь 5% – ответили, что не получили отклика. Это хорошие показатели.

В обязанности медицинской сестры (медицинского брата) входит знание всех правил ухода за пациентами, умение точно и строго выполнять назначения врача, ясно представлять действие лекарственных средств на организм больного.

Цель и задачи, поставленные в работе, можно считать выполненными, ожидаемые результаты достигнутыми.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алисова, Л.П. Человек и здоровое питание [Текст]: Учеб. Для СПО /Л.П. Алисова, Д.П. Гаджиева. – М.: Просвещение, 2017. – 320с.
2. Беликова, Л.И. Заболевания желудочно-кишечного тракта [Текст] /Л.И. Бельчикова// Тезисы доклада IV съезда специалистов профилактической медицины, 19-20 октября 2016, – Ростов-на-Дону, 2016. – 129 с.
3. Большая Медицинская Энциклопедия [Текст] /ред. А.Н. Баженов. – М.: Гасанов; Издание 2-е, 2017. – 797 с.
4. Бекетова, И. А. Современные аспекты лечения различной степени дистрофии. Уникальный курс рекомендаций по профилактике развития дистрофии [Текст] – М: Аристов, 2018. – 360с.
5. Бондаренко, Г.Л. Атлас анатомии человека [Текст]: учебное пособие в 3-х томах / Г.Л. Бондаренко, В.Н. Никонков. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. – 824 с.
6. Дрозд, Н.А. Дистрофия: английский опыт [Текст] /Н.А.. Дрозд //Профилактика, лечение. – 2016. – №13. – С. 82-92.
7. Елагин, А.Г. Физиология питания [Текст] / А.Г. Елагин. – М.: Эксмо, 2014. –1328 с.
8. Залетов, И.Д. Книга для чтения по анатомии, физиологии и гигиене ребенка [Текст]: Пособие для студентов.3-е изд., испр. / И.Д. Залетов. – М.: Просвещение, 2018. – 224с.
9. Золотухина, С.Н. Валеология. Справочник студента [Текст] / С.Н. Золотухина. – Ростов-на-Дону: ООО «Издательство. БАРО-ПРЕСС», 2014.– 448с.
10. Кобзев, Н.М. Заболевания эндокринной системы [Электронный ресурс] / Н.М. Кобзев// Медицинский журнал «Гений в лечении дистрофия» Режим доступа: <http://ilizarov-journal.com/index.php/go>
11. Кабанов, Н.В. Первая помощь в поликлинике [Текст] / Н.В. Кабанов, Э.Г. Грищук. – М.: Просвещение, 2015. – 320 с.

12. Кирова, И. Современные методы профилактики дистрофия у детей раннего возраста. [Текст] /И. Кравцова. – М: Коронина- Принт, 2015. – 176 с.
13. Кирилленко, Н. П. Рахтит, профилактика, лечение [Электронный ресурс] / Н.П. Кирилленко // Медицинская энциклопедия «Здоровье» Режим доступа: <http://бмэ.орг/index.php/>
14. Косова, В.А. Этиология и патогенетические аспекты дистрофии [Текст] / В.А. Косова. – М. :Просвещение, 2015. – 280 с.
15. Малышев, А.Л. Медицинская энциклопедия [Текст] / А.Л. Малышев, А.В. Лыков. – М.: Эксмо, 2017. – 400 с.
16. Николаев, Г.С. Психология здоровья: учебное пособие [Текст]/Г.С. Николаев. – М.: Инфра-М, 2015. – 451 с.
17. Основы сестринского дела: Учебное пособие [Текст] / Верютина, В.Р., Лобанин.– М.: Просвещение, 2014. – 320 с.
18. Пашетных Л.В., Ленская Е.Е. Рекомендации по лечебному питанию [Текст]. – М.: Инфра-М, 2015. – 451 с.
19. Пташенчук А.Я. Руководство по лечебной физкультуре [Текст]. – М.: Эксмо, 2017. – 400 с.
20. Сизова, М.А., Теоретические и прикладные аспекты выявления заболеваний дистрофией [Текст] / М. А. Соколова//О реализации программы «Здоровая семья» (по материалам Научно-практической конференции). – Новосибирск, 2016. – С.28-31.
21. Сергиенко, А. С. Лечебное питание [Текст] /А. С. Сергиенко. – М.: Просвещение, 2016. – 320 с.
22. Скобеева, М.А. Распространенность нарушений обменных процессов организма [Текст] /М.А.Скобеева, С.Ю. Жукова//Человек и его здоровье. – Санкт-Петербург, 2015. – №9. – С.175-176.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Исследование деятельности медицинской сестры

№	Вопрос	Ответ
1.	Знаете ли вы о такой патологии как дистрофия?	
2.	Владеете ли вы методикой лечения дистрофии?	
3.	Знаете ли вы о пользе грудного вскармливания?	
4.	Удовлетворены вы уровнем профессиональной деятельности в отношении детей больных дистрофией?	
5.	Удовлетворены вы сестринским уходом?	
6.	Удовлетворены вы уровнем выполнения медицинской сестрой назначения врача-педиатра?	
7.	Консультировали вас о правилах сдачи анализов?	
8.	Какое отношение к детям вы отмечали со стороны медицинской сестры?	
9.	Как быстро реагирует медицинская сестра на потребность контакта?	
10	Как вы оцениваете общий уровень профессионализма медицинских сестер ОГБУЗ «Детская поликлиника №4»	