

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АНЕМИЙ

Дипломная работа студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051404
Поваляевой Анастасии Николаевны

Научный руководитель:
преподаватель Дроздовская Е.В.

Рецензент: врач-терапевт участковый,
врач общей практики (семейный врач),
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода», поликлиническое
отделение № 1 Сухаревская С.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ АНЕМИЯХ.....	6
1.1. Анемии и их классификация.....	6
1.2. Железодефицитная анемия, классификация, этиология и клинические проявления.....	8
1.3. Особенности диагностики. Лечение. Профилактика.....	14
1.4. Особенности сестринского ухода за пациентами.....	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНЕМИЙ.....	23
2.1. Организация исследования.....	23
2.2. Результаты собственного исследования.....	23
2.3. Рекомендации пациентам с анемиями.....	36
2.4. Рекомендации медицинским работникам при организации профилактики анемий.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

Проблема диагностики и лечения анемий является одной из самых актуальных в современной терапевтической практике. Анемии возникают во все периоды жизни человека. Проблема имеет важное социальное значение. Анемиями страдает одна треть населения Российской Федерации: 40% случаев это беременные женщины, 25-30% это молодой и средний возраст, а в пожилом и старческом возрасте страдает 30% населения. Причинами является экология, питание, неблагоприятные факторы внешней среды, стрессы и нередко различные заболевания. Данная болезнь приводит к нарушению трудоспособности и ухудшению качества жизни пациентов.

Выбор темы «Значение сестринской деятельности в профилактике анемий» обусловлен её актуальностью для практического здравоохранения.

Цель исследования: изучение сестринского процесса при анемии у пациентов гематологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Для достижения поставленной цели исследования необходимо изучить:

1. этиологию и предрасполагающие факторы анемии;
2. клиническую картину и особенности диагностики;
3. методы обследований и подготовку к ним;
4. принципы лечения и профилактики анемии;
5. манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;
6. особенности сестринского процесса при анемии.

Методы исследования

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

- психодиагностический (беседа);
- эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
- объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные).

Предмет изучения: сестринская деятельность при анемиях

Объект исследования: пациенты с анемиями

Практическая значимость:

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи пациентам с анемиями.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Время исследования: 2018-2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ АНЕМИЯХ

1.1. Анемии и их классификация

Анемия - малокровие, состояние, для которого характерно уменьшение количества эритроцитов и снижение содержания гемоглобина в единице объема крови. Анемии являются самостоятельным или сопутствующим симптомом многих заболеваний внутренних органов, инфекционных и онкологических болезней.

Анемия может быть связана с большой кровопотерей, понижением функции красного костного мозга, недостаточным поступлением в организм необходимых для процессов кроветворения веществ, в частности цианокобаламина или железа, а также с инфекционно-токсическим воздействием на костный мозг.

По цветовому показателю крови различают гипохромную и гиперхромную анемию. Гиперхромная анемия характеризуется высоким цветовым показателем крови (более 1,2), При гипохромной - количество гемоглобина в крови снижается в меньшей степени, чем количество эритроцитов (гемоглобин - менее 0,9).

В механизме развития ряда анемий общим, моментом является понижение регенеративной способности красного костного мозга. Потеря способности костного мозга вырабатывать эритроциты приводит к быстрому нарастанию анемии.

Анемии всегда вторичны, то есть являются одним из симптомов какого-то общего заболевания. Наряду с часто встречающимися и легко диагностируемыми формами анемии имеются и очень редкие анемические синдромы, требующие для диагностики сложных методических приемов. Некоторые формы анемии можно диагностировать лишь в специализированных учреждениях.

Классификация

Из многочисленных классификаций, строившихся по этиологическому, патогенетическому и клиническому принципу, наиболее удачными оказались патогенетические.

1. Дефицитные анемии

Преимущественно белково-дефицитные.

Преимущественно витаминно-дефицитные.

Преимущественно железодефицитные.

2. Постгеморрагические анемии

Анемии вследствие острых кровопотерь.

Анемии вследствие хронических кровопотерь.

3. Гемолитические анемии

3.1. Наследственные

а) Мембранопатии

б) Ферментопатии

в) Дефекты структуры и синтеза гемоглобина

3.2. Приобретенные

а) Иммунные и иммунопатологические

б) Инфекционные

в) Витаминдефицитные

г) ДВС-синдром разной этиологии.

д) Гипопластическая анемия, развивающаяся при угнетении функции костного мозга.

1.2. Железодефицитная анемия, классификация, этиология и клинические проявления

Железодефицитная анемия - это патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина в результате нарушения его синтеза вследствие дефицита железа в организме из-за нарушения поступления, усвоения или патологических потерь, а также физиологических состояний и проявляющееся признаками анемии и сидеропении.

Потребность взрослого человека в железе составляет в среднем 12-15 мг в день. При этом 90% суточной потребности обеспечивается за счет реутилизации эндогенного железа после разрушения эритроцитов в клетках РЭС, а 10% компенсируется за счет экзогенного железа, всасывающегося из кишечника. У детей потребность в железе на 1 кг массы тела значительно больше, чем у взрослых, так как детскому организму железо требуется не только для процессов кроветворения, но и для интенсивного роста тканей. Так, ребенок первого полугодия жизни должен получать в сутки не менее 6 мг железа (60% суточной потребности взрослого), второго полугодия - 10 мг (как взрослый человек), в подростковом возрасте (11-18 лет) - 12 мг/сутки.

Причиной дефицита железа является нарушение баланса в сторону преобладания расходования железа над поступлением, наблюдаемое при различных физиологических состояниях или заболеваниях:

- кровопотери различного генеза;
- повышенная потребность в железе;
- нарушение усвоения железа;
- врожденный дефицит железа;

Нарушение транспорта железа вследствие дефицита трансферрина. Железо поступает в организм главным образом с пищей. Лучше всего усваивается

двухвалентное железо, трехвалентное железо для всасывания нуждается в соляной кислоте, под действием которой оно переводится в двухвалентную форму. Однако роль соляной кислоты во всасывании железа весьма ограничена. Она лишь усиливает всасывание трехвалентного железа и практически не влияет на всасывание двухвалентного.

Всасывание железа происходит главным образом в двенадцатиперстной кишке и в верхних отделах тощей кишки. Захват железа из просвета кишечника осуществляется энтероцитами, где оно соединяется с белком апоферритином. Обычно всасывается 1-1,5 мг (максимально 2-2,5 мг) железа в сутки, основная часть его теряется вместе со слущенным эпителием. Поступившее в кровь железо связывается с транспортным белком - трансферрином и доставляется к эритрокарицитам костного мозга, где используется для синтеза гемоглобина, и в органы-депо (гепатоциты, костный мозг, селезенка, мышцы, макрофаги), где содержится в форме ферритина. Некоторая часть ферритина превращается в гемосидерин - соединение, хранящее железо в большем количестве, чем ферритин, но в менее доступной форме. Для мобилизации запасов железа из депо необходимы ионы меди, поэтому дефицит меди в организме может приводить к железодефицитной анемии.

Всасывание железа зависит прежде всего от потребности организма. В условиях дефицита железа всасывание его возрастает. Этому процессу способствуют белки и аминокислоты пищи, аскорбиновая кислота, фруктоза, алкоголь. Танин, содержащийся в чае, фосфаты угнетают всасывание. При дефиците железа у грудных детей его всасывание не увеличивается, поскольку для усвоения железа из молока требуются железосодержащие ферменты кишечника.

Дефицит железа в организме обуславливает недостаточное его поступление в эритрокарициты костного мозга, что ведет к резкому снижению в них синтеза

гемоглобина, а также образования железосодержащих ферментов, участвующих в метаболизме самих эритроцитов, каталазы, глутатионпероксидазы.

Вследствие недостатка этих ферментов в клетках эритроидного ряда снижается их резистентность к повреждающему действию перекисных соединений, повышается их гемолиз и в конечном итоге увеличивается доля неэффективного эритропоэза [9].

Железо занимает 4-е место по распространенности в земной коре и 2-е место как причина болезни.

Клиническая классификация железодефицитной анемии

1. Постгеморрагическая железодефицитная анемия на фоне периодических кровопотерь - метроррагии, гематурия и др.

2. Железодефицитная анемия беременных.

3. Железодефицитная анемия, обусловленная патологией желудочно-кишечного тракта и оперативными вмешательствами на нем.

4. Вторичные железодефицитные анемии вследствие инфекций, глистных инвазий, воспалительных процессов и процессов новообразования. Дефицит железа обусловлен распадом тканей и высокой потребностью в железе в очаге воспаления.

5. Эссенциальная (идиопатическая) железодефицитная анемия неясной этиологии, когда лабораторные показатели не выявляют причин железодефицита.

6. Ювенильная железодефицитная анемия, развивающаяся у молодых девушек, связанная с генетическими дисгормональными нарушениями.

7. Железодефицитная анемия множественного генеза, в том числе алиментарного происхождения.

Классификация по стадиям и степени тяжести:

I стадия латентная - расход превышает поступление железа. Компенсаторно увеличивается всасывание железа в проксимальном отделе 12-перстной кишки.

II-V стадии клинических проявлений:

II стадия истощения запасов железа - уровень сывороточного железа ниже 50 мкг/л, насыщение трансферрина (транспортного белка) ниже 16%, нарушение эритропоэза - процесса образования эритроцитов в красном костном мозге.

III стадия компенсированная соответствует легкой степени тяжести, характеризуется содержанием гемоглобина 100-120 г/л крови. Незначительно снижен цветовой показатель (содержание гемоглобина в эритроците относительно нормы).

IV стадия субкомпенсированная соответствует средней степени тяжести с содержанием гемоглобина 70-90 г/л.

V стадия декомпенсированная соответствует тяжелой степени (содержание гемоглобина менее 70 г/л) с гемодинамическими нарушениями и тканевой гипоксией. [13, с. 6]

Причины железодефицитной анемии

Основная причина развития железодефицитной анемии по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это неправильное (несбалансированное) питание. Гораздо реже железодефицитная анемия развивается вследствие кровотечений различной локализации, что приводит к хронической постгеморрагической анемии (ХПА), или глистных инвазий в странах с низкой санитарной культурой. [7]

Основными причинами развития железодефицитной анемии являются:

алиментарный дефицит железа вследствие несбалансированного питания;

повышенные потребности организма в железе вследствие роста организма;

потери железа из организма, превышающие физиологические.

Алиментарно-зависимыми факторами в развитии дефицита железа являются:

недостаточное поступление железа с пищей;

сниженное всасывание железа;

увеличенные потери железа из-за микрокровоотечений из кишечника, обусловленные ранним введением кефира и цельного коровьего молока.

Причинами развития ХПА у лиц мужского пола являются различные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): язвенные кровотечения, полипы толстой кишки, неспецифический язвенный колит, ангиоматоз кишечника, дивертикул Меккеля, кровотечения из геморроидальных образований, опухоли желудка и кишечника. Среди причин ХПА у девушек и женщин репродуктивного возраста на первом месте находятся аномальные 8 маточные кровотечения (АМК), а заболевания ЖКТ занимают второе место. Гендерные различия необходимо учитывать при выявлении причин развития железодефицитной анемии [10, с. 76].

Эпидемиология.

Железодефицитная анемия является самой распространенной и составляет около 80% всех анемий. Основной причиной роста заболеваемости железодефицитной анемией в РФ является скудное питание, неудовлетворительное по содержанию микроэлементов и витаминов³. Частота развития дефицита железа зависит от социально-экономического уровня развития общества. Поэтому решение проблемы железодефицитной анемии зависит от решения социальных вопросов: качества и доступности медицинского обслуживания, раннего выявления латентных форм анемии, доступности поливитаминных и полиминеральных препаратов, качественного питания, в том числе обогащенного железом в развивающихся странах мира и в малообеспеченных (дотационных) регионах РФ. На социально-экономические причины проблемы железодефицитной анемии указывает низкий процент встречаемости дефицита железа в благополучных странах с высоким уровнем жизни.

Клинические проявления

Клиническая картина железодефицитной анемии включает сочетание сидеропенического и анемического синдромов [1].

Сидеропенический синдром обусловлен снижением активности ферментов, содержащих железо.

Его основными проявлениями являются:

изменения кожи (пигментации цвета кофе с молоком) и слизистых оболочек (заеды в углу рта);

изменения ногтей (ломкость, мягкость, поперечная исчерченность, вогнутость);

изменения волос (ломкость, тусклость, раздваивание кончиков, алопеция); • гипотония (мышечная, артериальная);

изменения обоняния (пристрастие к запахам лака, красок, ацетона, выхлопных газов автомобиля);

изменения вкуса (пристрастие к мелу, глине, сырым продуктам). Считается, что наличие большого количества симптомов (4 и более) является клиническим подтверждением дефицита железа.

Анемический синдром обусловлен развитием анемической гипоксии.

Его клинические проявления включают:

слабость, головную боль, головокружение;

плохую переносимость физических нагрузок;

снижение аппетита;

снижение работоспособности, внимания, обучаемости;

бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек;

тахикардию, систолический шум [12, с. 473].

Симптомы анемии неспецифичны (характерны для любой анемии), но значительно утяжеляют течение процесса и снижают качество жизни больного. Несмотря на четко очерченную клиническую картину железодефицитной анемии, при малой распространенности и отсутствии тяжелых и среднетяжелых форм заболевания в популяции симптомы сидеропении и анемии обладают низкой

чувствительностью и не всегда позволяют выявить больных железодефицитной анемией. В связи с этим решающее значение в диагностике железодефицитной анемии приобретают лабораторные исследования.

1.3. Особенности диагностики. Лечение. Профилактика

Диагностика

Первая стадия, латентная, не имеет явных лабораторных проявлений, но есть клинические признаки сидеропенического синдрома: уровень сывороточного железа снижен, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) повышена, что указывает на выраженность «голодания» сыворотки крови и насыщенность железом трансферрина, который повышен. В латентную стадию проявляет себя астеновегетативный синдром (слабость, утомляемость, раздражительность и др.), а признаки сидеропенического синдрома (извращение вкуса, обоняния и др.) могут быть слабо выражены или отсутствовать.

Вторая и последующие стадии железодефицитной анемии - стадии выраженных клинических проявлений. Характеризуются изменениями в клинической картине крови: снижением содержания гемоглобина и эритроцитов, гипохромии с просветлением в центре при окраске, появлении микроцитов (эритроцитов уменьшенного диаметра), анизоцитоза (эритроцитов неодинаковой формы) и пойкилоцитоза (эритроцитов различной формы), лейкопении, при тяжелых формах - увеличение СОЭ 20-35 мм/ч. [2].

Диагностически значимыми критериями являются: цветовой показатель ниже нормы (ниже 0,86-1,05), гипохромия, микроцитоз, снижение ферритина в сыворотке менее 30 мкг/л. В биохимическом анализе значимы изменения, связанные с патологией, явившейся причиной железодефицитной анемии. [6, с. 216]

Лечение

1. Режим общий, в амбулаторно-поликлинических условиях, кроме тяжелой степени железодефицитной анемии, отягощенной сопутствующей патологией.

2. Лечебное питание – стол ОВД (ранее стол № 11) - высококалорийная диета с мясными продуктами (телятина, говядина, печень), растительные белки в виде бобовых, абрикосы, чернослив, гранаты, изюм, рис, гречка, хлеб и продукты, обогащенные микроэлементами, витаминами, в т.ч. железом, аскорбиновой кислотой, витамины группы В.

3. Немедикаментозное лечение заключается в соблюдении диеты, употреблении продуктов, обогащенных препаратами железа и биологически активных добавок.

4. Медикаментозное лечение включает:

а) Этиотропное лечение (заболеваний ЖКТ с геморрагическим синдромом, воспалительных, инфекционных, гинекологических заболеваний, гельминтозов и др.).

б) Железозаместительную терапию (ферротерапию) с целью восполнения дефицита железа, повышения гемоглобина.

в) Восстановление тканевых запасов железа.

г) Профилактический прием железосодержащих препаратов, поливитаминов (противорецидивная терапия) [3].

За последние 20 лет принципы выбора и назначения препаратов железа не изменились.

Нельзя назначать препараты железа без выяснения причины анемии. Лёгкая степень заболевания не должна оправдывать отказ от поиска причины дефицита железа.

Для профилактики и лечения железодефицитных состояний применяют препараты железа. Диетотерапия в данном случае малоэффективна.

Необходимо длительное использование препаратов железа, которое должно продолжаться и после нормализации уровня гемоглобина для полного восполнения запасов элемента в организме.

Существует две группы препаратов железа, содержащие двух- и трёхвалентное железо. В связи с тем, что препараты первого хорошо всасываются в кишечнике, их обычно назначают внутрь. Приём внутрь предпочтительнее парентерального введения ввиду своей безопасности, тем более что темпы и механизмы восстановления уровня гемоглобина не зависят от путей введения.

Препараты железа назначают парентерально только по специальным показаниям: при тяжёлом энтерите, синдроме недостаточности всасывания, резекции тонкой кишки, при абсолютной непереносимости препаратов железа при приёме внутрь, при необходимости быстрого насыщения организма железом, когда предполагаются оперативные вмешательства у больных с железодефицитной недостаточностью, при ХПН их используют в комбинации с эритропоэтином. Это необходимо для того, чтобы в кратчайший срок восполнить дефицит элемента, связанный с его активным потреблением эритроцитами.

Парентеральное введение показано при постоянной потере значительного количества крови из-за капиллярных или сосудистых поражений, например при врождённой геморрагической телеангиэктазии.

Для приёма внутрь назначают двухвалентное железо в виде закисного сульфата или глюконата, фумарата, хлорида. Препараты трёхвалентного железа для приёма внутрь имеют сопоставимый эффект с двухвалентным железом.

В пролонгированных препаратах используют специальные матрицы, замедляющие высвобождение железа в кишечнике, что способствует повышению его биодоступности за счёт снижения пиковой нагрузки всасывания.

Препараты выпускают в различных формах, в том числе в виде сиропа, раствора, капель для приёма внутрь. Такие формы чаще всего назначают детям.

Кроме того, препараты железа можно разделить на монокомпонентные (содержат только соль железа) и комбинированные (в их состав входят соль железа и другие лекарственные средства, например аскорбиновая и фолиевая кислоты).

Для парентерального введения применяют трёхвалентное железо в виде стабильного комплекса с декстраном, сахарозой или глюконатом натрия [14, с. 37].

Препараты железа для приёма внутрь рекомендуют принимать натощак или между приёмами пищи, так как пища и антацидные вещества снижают всасывание железа. Таблетки удобнее, чем жидкие формы, так как они не окрашивают зубы и язык в тёмный цвет. Однако детям и взрослым при дисфагиях предпочтительнее назначать жидкие формы [11, с. 176].

Взрослым не следует парентерально вводить более 100 мг/сутки, так как вследствие полного насыщения трансферрина не связанное с белком железо может оказать токсическое действие. У детей суточная доза не должна превышать 25-50 мг. Применение препаратов железа парентерально требует тщательного соблюдения правил их введения. Предварительно препарат растворяют в изотоническом растворе хлорида натрия. Желательно вводить внутривенно капельно или с помощью инфузомата.

Длительность введения должна составлять не менее 10 мин. Внутримышечно препараты вводят путём глубоких инъекций с введением шприца по типу буквы Z, чтобы не произошло локального окрашивания мягких тканей. Кратность применения составляет 1-3 раза в неделю.

В начале лечения небольшую пробную дозу (25 мг) вводят глубоко в мышцу или внутривенно медленно в виде инфузии максимально разведённого раствора в течение 30-60 мин. При появлении признаков реакции гиперчувствительности немедленного типа введение прекращают и рассматривают альтернативные виды фармакотерапии.

Использование эритропоэтинов при ХПН позволяет устранить анемический синдром и снизить необходимость гемотрансфузий. Коррекция анемии снижает заболеваемость и смертность главным образом за счёт снижения сердечно-сосудистых и инфекционных осложнений. Подкожный путь введения позволяет уменьшить дозу стимуляторов эритропоэза на 20-40%. Очень важно при этом иметь достаточные запасы железа в организме, т.е. поддерживать уровень насыщения трансферрина железом не ниже 30%, уровень ферритина в сыворотке выше 400 мкг/л. В этих целях используют препараты железа.

Первичная профилактика направлена на:

1. Своевременное выявление скрытого железодефицита.
2. Улучшение социально-экономических условий, в том числе повышение доступности обогащенных пищевых продуктов минерально-витаминными комплексами.
3. Профилактический прием препаратов железа в группах риска (дети, беременные, приверженцы жестких диет, работники физического труда, спортсмены).
4. Профилактику кровотечений при ряде заболеваний, инвазиях.

Вторичная профилактика включает:

1. Этиотропное лечение патологий, вызывающих железодефицитную анемию
2. Противорецидивное лечение
3. Сбалансированное питание
4. Соблюдение режима труда и отдыха.

1.4. Особенности сестринского ухода за пациентами

Сестринский уход - это комплекс мероприятий, осуществляемых медицинской сестрой зависимо и независимо от врача, целью которого является решение проблем пациента. Сестринский уход состоит из пяти этапов:

1. Сбор информации о пациенте с целью выявления его проблем и информированности о заболевании.

2. Постановке сестринского диагноза (определение цели ухода в зависимости от выявленных проблем пациента)

3. Составление плана ухода

4. Реализация плана ухода

5. Оценка результатов. Источником информации служит сам пациент, его семья, сослуживцы, друзья.

1. Сбор информации

Пациентка 28 лет, место проживания: город, в отпуске по уходу за ребенком 3-х лет.

Субъективно: жалобы на эмоциональную неустойчивость, головокружение, шум в ушах, слабость, сниженное настроение, тревожность, усталость, отечность по утрам, бледность, отсутствие аппетита, тяга к поеданию мела.

Анамнез заболевания: не потребляет животные продукты с 20 лет, ухудшение самочувствия наблюдает в последние 3 года.

Анамнез жизни: условия проживания удовлетворительные, замужем, один ребенок, не работает. Травм и операций не было, на вредных производствах не работала, экологическая обстановка: проживает на проспекте с активным автомобильным движением, рядом с домом проходят железнодорожные пути.

Объективно: антропометрия: нормального телосложения, питание умеренно сниженное, вес 58 кг, рост 168.

Тонометрия: АД 100/60, ЧДД 20/мин ЧСС 86 уд/мин.

Термометрия: 36.4.

Осмотр: кожа и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные, кожа сухая с мелкопластинчатым шелушением в области рук и голеней. Волосы без блеска, тонкие, редкие, ногти короткие, слоятся, легко сминаются. Язык ярко красный, безболезненный.

Результаты лабораторных исследований: клинический анализ крови: Гемоглобин - 74 г/л Эритроциты - 3.4×10^{12} /л Цветной показатель - 0.56 Лейкоциты, тромбоциты в норме, СОЭ - 25 мм/час.

Уровень гемоглобина ниже нормы (менее 120 г/л), количество эритроцитов снижено, гипохромия, анизоцитоз и пойкилоцитоз, цветной показатель ниже 0.8.

Выявлены настоящие проблемы:

1. Нарушенное питание
2. Низкий уровень гемоглобина и эритроцитов. Из них приоритетная проблема: отсутствие аппетита. Потенциальные проблемы:

3. Риск падения и травм
4. Риск развития эрозивных заболеваний ЖКТ.
5. Психологические проблемы: конфликтность
6. Психологический дискомфорт из-за тревожности. Уровень информированности: пациентка имеет представление о железодефицитной анемии, но мало информирована об осложнениях при несвоевременном лечении. [4]

2. Цели ухода

Краткосрочные цели:

1. К окончанию курса терапии пациентка не будет употреблять мел в пищу, улучшится аппетит.

Долгосрочные цели:

2. Пациентка осознает вред и откажется от диеты

3. Повысит мотивацию к приверженности лечению
4. Осознает важность предупреждения рецидивов железодефицитной анемии.
5. Проявит высокую медицинскую активность.
3. Оценка эффективности ухода

При анализе сестринского ухода при железодефицитной анемии выявились следующие важные моменты:

1. Недостаток информации о своем состоянии у пациентки.
2. Недооценка важности коррекции питания и образа жизни пациенткой.
3. Нерегулярный текущий контроль со стороны медперсонала.
4. Недостаток мотивации приверженности плану лечения у пациентки.
5. Несоблюдение диеты после окончания курса медикаментозной терапии. [8]

Данные мероприятия позволили добиться улучшения самочувствия пациентки в комфортных условиях стационара на дому. Для профилактики рецидива железодефицитной анемии пациентка соблюдает высококалорийную диету, принимает поливитамины-полиминеральные препараты и обогащенные железом продукты питания. Для контроля уровня гемоглобина и эритроцитов регулярно проходит в поликлинике обследование и сдает кровь для общеклинического анализа крови. Сестринский уход эффективен, результат достигнут.

Перечень рекомендуемых блюд и продуктов диеты при анемии.

- Хлеб белый и черный (по 200-300 г в день);
- сливочное масло и сахар (по 50 г);
- растительное масло (15-20 г);
- блюда из печени (100-200 г в день), почек, сердца, рубцов, кур, мяса, нежирной рыбы, гематогена, пекарских и пивных дрожжей (100-150 г в день);

- свежая зелень, фрукты, овощи (зеленый горошек, бобы, салат, шпинат, щавель, петрушка, сельдерей, свекла, апельсины, мандарины, лимоны, абрикосы, яблоки, черная смородина, земляника, малина, крыжовник);
- компоты, желе, кисели фруктовые и ягодные, овощные и фруктово-ягодные соки;
- творог, кефир, простокваша, сыр, блюда из яиц;
- каши из различных круп (овсяная, гречневая, рисовая, манная, пшеничная);
- напитки из дрожжей, отрубей и шиповника;
- супы мясной, рыбный, молочный, щи, борщи [5].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНЕМИЙ

2.1. Организация исследования

Данное исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» с целью изучения факторов риска возникновения анемий.

Исследуемую группу составили пациенты в возрастной категории от 25 до 65 лет, имеющих факторы риска развития анемий. Исследование проводилось методом анкетирования по специально разработанной нами анкете, которая состояла из вводной, паспортной и основной части (Приложение 1)

В вводной части содержалось обращение к опрашиваемому, где мы указали, кто проводит исследование, какова его цель и как будут использованы полученные результаты. Кроме того, вводная часть включает инструкцию по заполнению анкеты, где мы указали, как нужно отметить выбранный респондентом ответ.

В паспортной части анкеты содержались вопросы, которые касались объективного положения и статуса опрашиваемого (возраст, семейное положение, уровень образования, общественно-профессиональная группа и др.)

В основной части анкетного опроса содержались вопросы, направленные на изучение уровня сестринской профилактики среди пациентов, в жизни которых присутствуют факторы риска развития анемий.

2.2. Результаты собственного исследования

В самом начале исследования проводилась гендерная и социальная характеристика респондентов.

Пол пациентов показан на (Рис. 1)

40% пациентов были в возрастной категории от 31 до 40 лет, 5% старше 60 лет, 10% от 51 до 60 лет, 20% от 41 до 50 лет, 25% до 30 лет (Рис. 1).

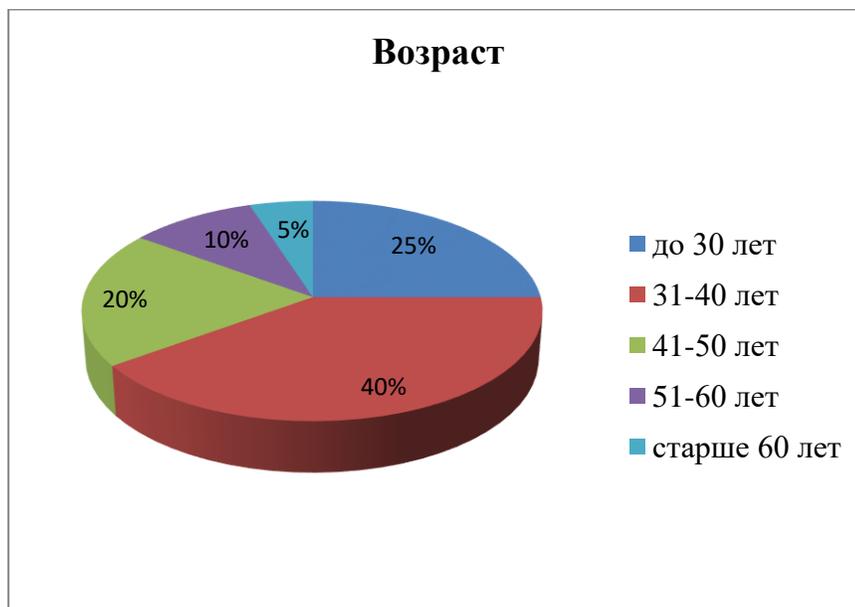


Рис. 1. Возраст

Гендерная принадлежность пациентов показана на (Рис. 2).

80% анкетированных были пациенты женского пола и 20% мужского пола (Рис. 2).

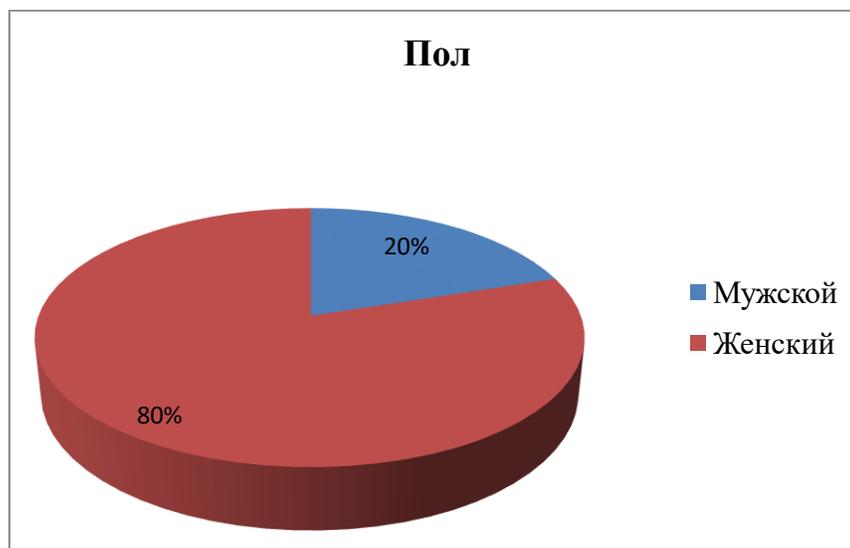


Рис. 2. Пол респондентов

Место жительства пациентов показано на (Рис. 3).

60% анкетированных проживают в городе и 40% в сельской местности (Рис. 3).

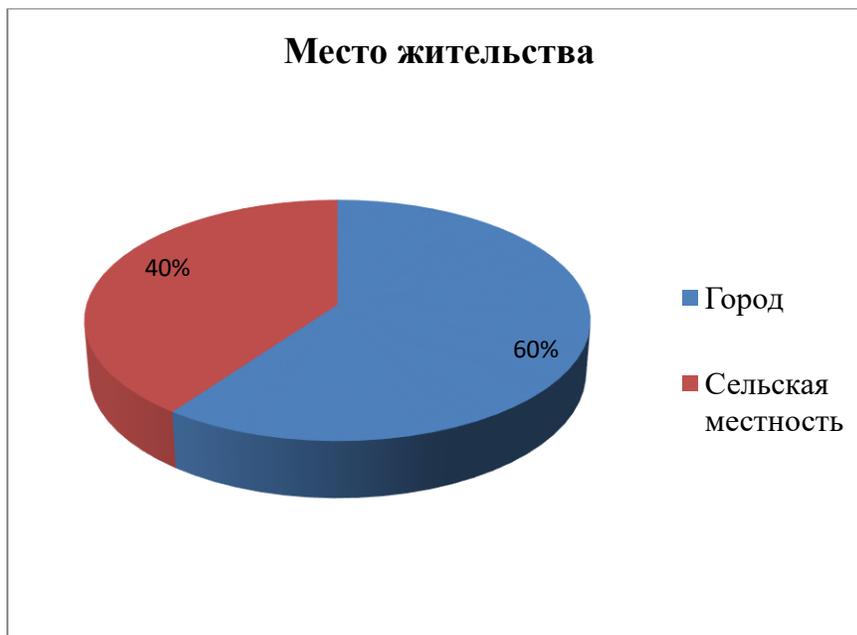


Рис. 3. Место жительства респондентов

Сфера занятости анкетированных показана на (Рис. 4).

45% респондентов принадлежат к работающей категории граждан, 30% пенсионеров и 25% учащихся всего) (Рис. 4).



Рис.4. Сфера занятости респондентов

На следующем этапе исследования мы изучили наличие вредных привычек и избыточного веса у пациентов.

Такая вредная привычка, как курение показана на (Рис.5)

40% пациентов курят постоянно, 25% иногда и 35% вовсе не курят (Рис. 5).

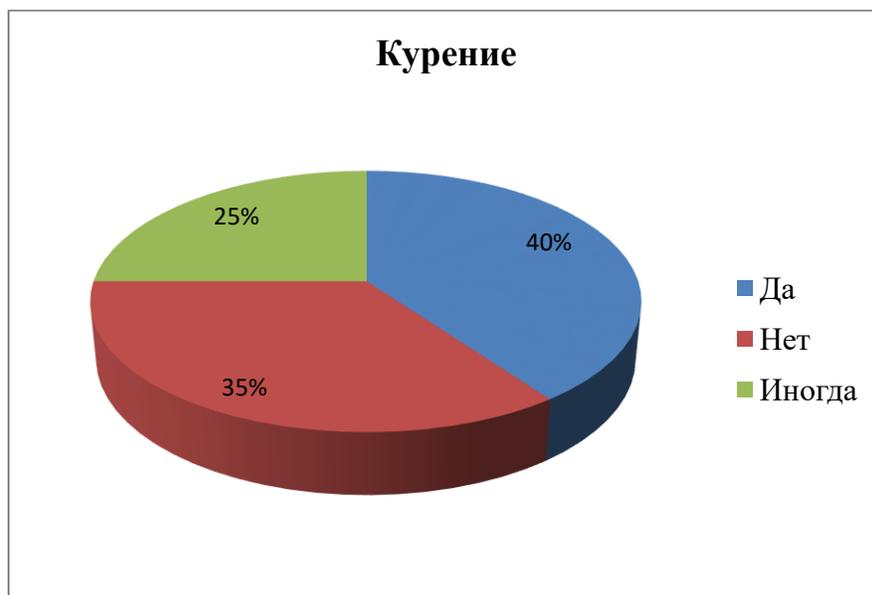


Рис. 5. Наличие вредных привычек (курение)

Употребление алкоголя показано на (Рис. 6).

55% пациентов не употребляют алкоголь, 20% иногда и 25% имеют эту вредную привычку (Рис. 6).



Рис. 6. Наличие вредных привычек (употребление алкоголя)

Наличие избыточного веса пациентов показана на (Рис. 7).

50% пациентов имеет избыточный вес, а 50% не имеет данной проблемы (Рис. 7).

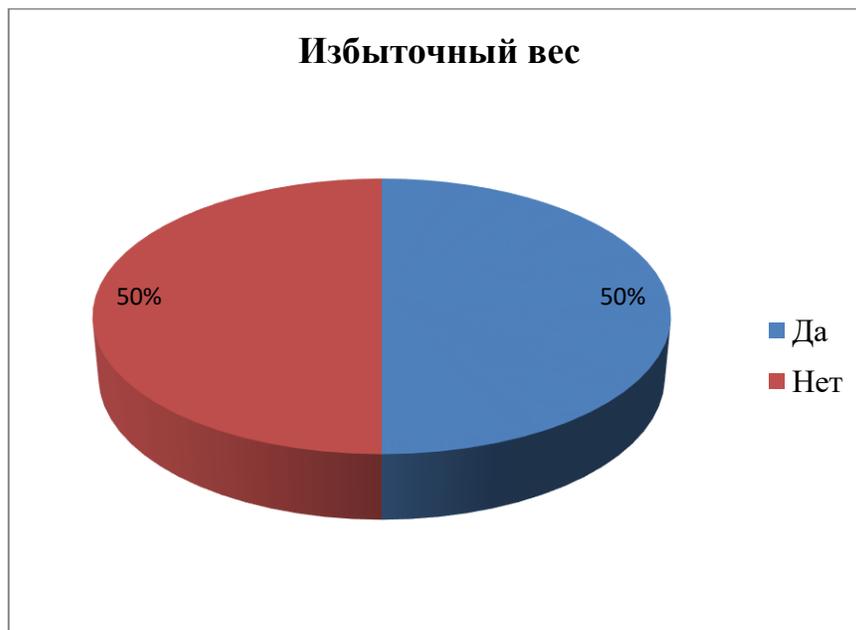


Рис. 7. Наличие избыточного веса у респондентов

Соблюдение принципов рационально питания показано на (Рис. 8).

40% опрошенных соблюдают принципы рационального питания, 30% нет и 30% иногда.



Рис. 8. Соблюдение принципов и рационального питания

Занятие спортом пациентов показано на (Рис. 9).

45% пациентов не занимаются спортом, 30% занимаются спортом и 25% иногда.

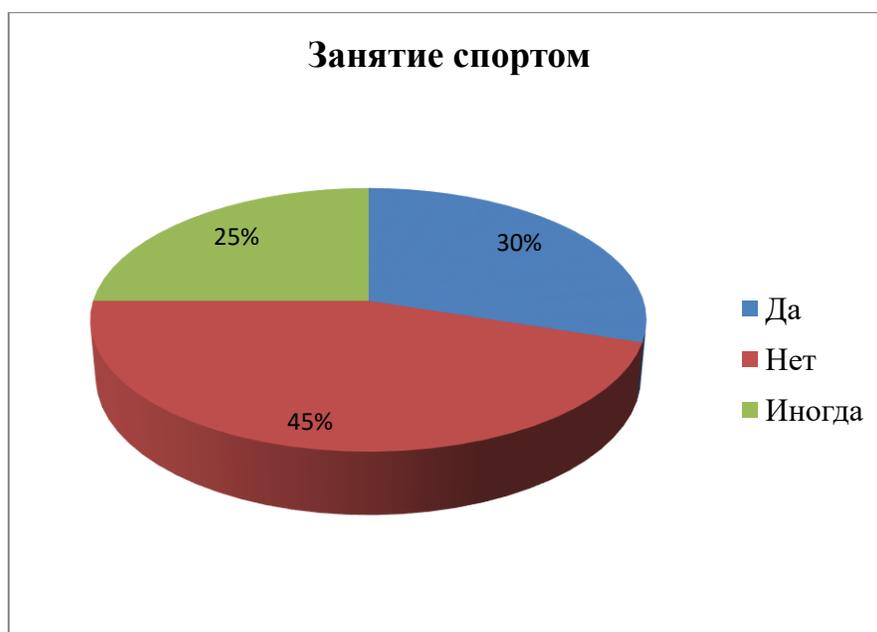


Рис. 9. Занятие спортом или физическими нагрузками

Наличие хронических заболеваний показано на (Рис.10).

65% опрошенных имеют хронические заболевания и 35% нет (Рис. 10).



Рис. 10. Наличие хронических заболеваний у пациентов

На вопрос об источнике информации о железодефицитной анемии респонденты ответили следующим образом (Рис.11).

По данным опрошенных выявлено: 45% респондентов узнали о железодефицитной анемии в ЛПУ, 25% респондентов от друзей и знакомых, 20% респондентов из источников СМИ, 10% респондентов из специальной литературы (Рис. 11).



Рис. 11. Источник информации о железодефицитной анемии

Далее мы узнали об информированности пациентов о факторах риска железодефицитной анемии (Рис. 12).

Из опроса видно, что 85% опрошенных не знают о факторах риска железодефицитной анемии, и всего 15% знают о них (Рис. 12).



Рис. 12. Информированность о факторах риска железодефицитной анемии

Информированность о симптомах железодефицитной анемии показана на (Рис.13)

20% респондентов не знают о симптомах железодефицитной анемии и 80% знают о проявлениях железодефицитной анемии (Рис. 13).

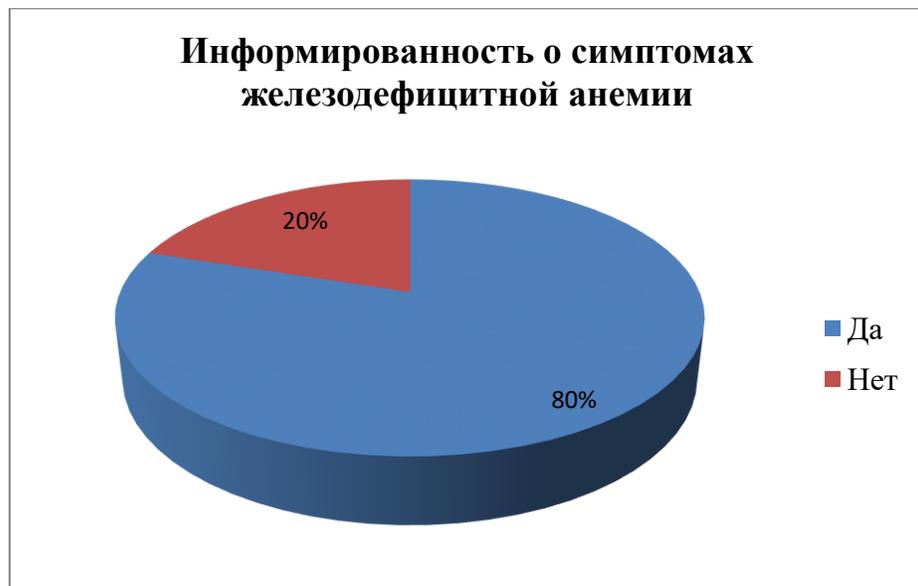


Рис. 13. Информированность о симптомах железодефицитной анемии

Информированность об осложнениях железодефицитной анемии показана на (Рис. 14).

По данным опроса всего 35% респондентов знают об осложнениях железодефицитной анемии и 65% не знают (Рис. 14).

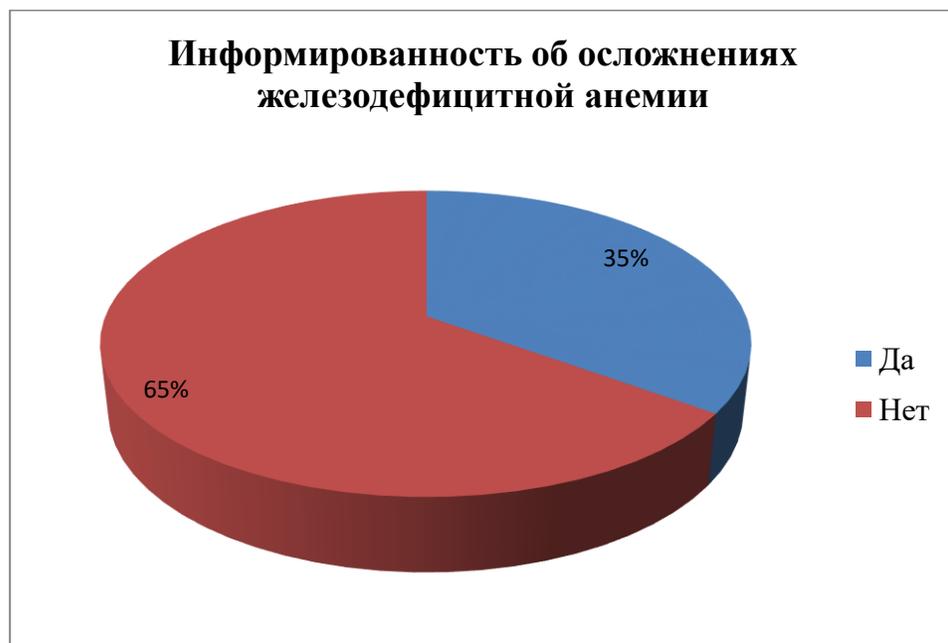


Рис.14. Информированность об осложнениях железодефицитной анемии

Информированность о лечении железодефицитной анемии показана на (Рис. 15).

Из опроса мы выяснили, что 45% пациентов знают о лечении железодефицитной анемии и 55% не знают о ее лечении (Рис. 15).

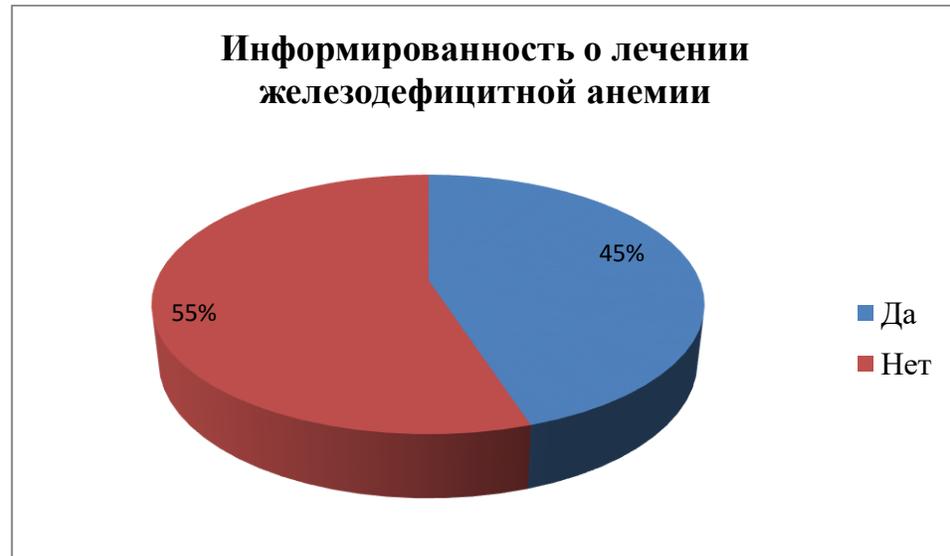


Рис. 15. Информированность о лечении железодефицитной анемии

Информированность о профилактике железодефицитной анемии показана на (Рис. 16).

40% респондентов не знают о профилактике железодефицитной анемии и 60% респондентов знают о профилактике (Рис. 16).



Рис. 16. Информированность о профилактике железодефицитной анемии

Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу железодефицитной анемии показано на (Рис. 17).

85% респондентов ответили «да» на вопрос о проведении медработником санитарно-просветительской работы по поводу железодефицитной анемии и лишь 15% ответили «нет» (Рис. 17).

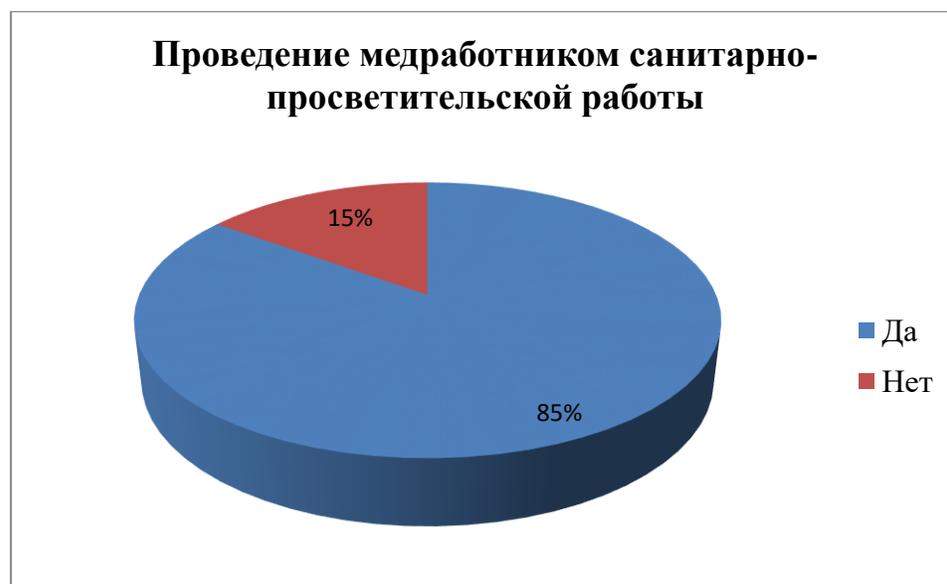


Рис. 17. Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу железодефицитной анемии

Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры показано на (Рис. 18).

85% пациентов ответили «да» на вопрос о наличии моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры, 15% ответили «иногда» и 5% ответили «нет» (Рис. 18).



Рис. 18. Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры

Удовлетворенности качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ показано на (Рис.19).

Опрос показал, что пациенты полностью удовлетворены качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ на 75%, 10% не удовлетворены и 15% не вполне удовлетворены (Рис. 19).



Рис. 19. Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ

На основании проведенной исследовательской работы можно сделать вывод, что:

- Большая часть анкетированных женского пола (80%).
- 60% респондентов проживают в городе.
- 45% анкетированных принадлежит к работающей категории граждан.
- Часть пациентов (40%) имеют такую вредную привычку, как курение и часть (25%) – употребление алкоголя.
- Половина опрошенных (50%) имеет избыточный вес.
- 30% респондентов не соблюдают принципы рационального питания и лишь 30 «иногда».
- Большая часть пациентов (45%) не занимаются спортом.
- 65% опрошенных имеют хронические заболевания.
- О железодефицитной анемии респонденты узнали из разных источников, таких как: ЛПУ (45%), друзья и знакомые (25%), источники СМИ (20%) и специальная литература (10%).

- Респонденты заинтересованы в своевременной и правильной диагностике, и профилактике анемии (40%), и в назначении верного лечения (55%).
- Большинство пациентов знает о симптомах железодефицитной анемии (80%).
- Большая часть респондентов не знает о факторах риска железодефицитной анемии (85%) и об осложнениях железодефицитной анемии (65%).
- Основной группой больных анемией являются взрослые в возрасте от 31 до 40 лет (40%).
- Неотъемлемую роль в профилактике играет медицинская сестра. При правильном плане профилактика будет эффективнее. 75% респондентов ответило, что удовлетворены качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских работников.
 - 80% анкетированных ответило, что медработником проводились санитарно-просветительские работы по поводу железодефицитной анемии.
 - Всего 5% пациентов не наблюдают наличия моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры и 85% наблюдают в полной мере.
 - Определены проблемы в профилактике, мешающие качественному оказанию медицинской помощи (низкая информированность медицинских работников и пациентов, не выполнение стандартов профилактики и диагностики, что может привести к осложнениям).

2.3. Рекомендации пациентам с анемиями

1. Пациенту рекомендуется поддержание полноценной и сбалансированной диеты с включением продуктов животного происхождения (прежде всего красного мяса). Рекомендуется употреблять овощи и фрукты с

высоким содержанием аскорбиновой кислоты. В рационе питания должны присутствовать кисломолочные продукты, содержащие молочную кислоту. Пациента следует предупредить об ограничении в питании крепкого чая, кофе и других продуктов, содержащих полифенолы (бобы, орехи).

2. Пациентам рекомендуется исключить вредные привычки, такие как курение и употребление алкоголя, и начать вести здоровый образ жизни, выполнять физические нагрузки.

2.4. Рекомендации медицинским работникам при организации профилактики анемий

3. Медицинскому персоналу рекомендуется проводить больше бесед и информировать пациентов о симптомах железодефицитной анемии, о факторах риска и ее осложнениях.

4. Рекомендуется тщательно собирать информацию о пациенте, обращая внимание на образ жизни и приверженность диетам.

5. Своевременно предоставлять полную необходимую информацию о его состоянии пациенту и родным на доступном пониманию уровне.

6. Строго по схеме проводить медикаментозную терапию.

7. Рекомендовать способы безопасного передвижения (с поддержкой, вне приступа головокружения и др.).

8. Периодически проводить текущий контроль с коррекцией лечения.

9. Своевременно выявлять нежелательные эффекты от терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе был рассмотрен наиболее часто встречающийся вид анемии, такой как: железодефицитная анемия. Нами был сделан следующий вывод - правильно выбранный уход при анемиях поможет медицинской сестре осуществить квалифицированно все пять этапов сестринского процесса.

Своевременная диагностика анемий позволяет правильно выбрать курс лечения и избежать дальнейших осложнений.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения по уходу за пациентами, умения работать с пациентами как с личностью, а не как с объектом манипуляций. В отделении стационара осуществляется сестринская помощь, которая заключается в поддержании, восстановлении, и удовлетворении основных потребностей пациентов с анемиями.

Опыт работы, высокая профессиональная квалификация специалистов обеспечивают высокий уровень оказания медицинской помощи детям с железодефицитными анемиями. Работа медицинских сестер заслуживает высокой оценки, как со стороны пациентов, так и со стороны врачей. Цели и задачи дипломной работы выполнены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова А.А., Внутренние болезни: руководство к практ. занятиям по факультетской терапии [Электронный ресурс] : учебное пособие / Абрамова А.А. и др. Под ред. В.И. Подзолкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411544.html>
2. Воробьев А.И., Рациональная фармакотерапия заболеваний системы крови [Электронный ресурс] / Воробьев А.И., Аль-Ради Л.С., Андреева Н.Е. и др.; Под общей ред. А.И. Воробьева - М. : Литтерра, 2016. - 688 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785904090050.html>
3. Дементьева И.И., Анемии [Электронный ресурс] : руководство / Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423608.html>
4. Козловская Л.В., Анемии [Электронный ресурс] : краткое руководство / Л.В. Козловская (Лысенко), Ю.С. Милованов; под ред. Н.А. Мухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 120 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436356.html>
5. Маколкин В.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 768 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441572.html>
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Десятый пересмотр. — Т. 1, ч. 1. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1995. — С. 216-222.
7. Мухина С.А., Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / Мухина С.А., Тарновская И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449974.html>

8. Ослопов В.Н., Общий уход за больными терапевтического профиля [Электронный ресурс] : учеб. пос. / Ослопов В. Н., Богоявленская О. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441138.html>
9. Островская И.В., Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439401.html>
10. Протокол ведения больных. Железодефицитная анемия. — М.: Ньюдиамед, 2015. — 76 с.
11. Рукавицын О.А., Анемии. Краткое руководство для практических врачей всех специальностей [Электронный ресурс] / Рукавицын О.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 176 с. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444757.html>
12. Смолева Э.В., Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Смолева Э.В. – Ростов н/Д ; Феникс,. 2016. – 473 с. (Среднее профессиональное образование). URL: <http://www.studenlibraty.ru/book/ISBN9785222263396.html>
13. Тарасова И.С., Чернов В.М., Лаврухин Д.Б., Румянцев А.Г. Оценка чувствительности и специфичности симптомов анемии и сидеропении // Гематология и трансфузиология. — 2017. — Т. 56, №5. — С. 6-13.
14. Тарасова И.С., Чернов В.М., Лаврухин Д.Б., Румянцев А.Г. Становление менструальной функции как фактор риска развития анемии // Гематология и трансфузиология. — 2016. — Т. 55, № 4. — С. 3-7.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для изучения факторов риска и профилактики анемий.

Данное анкетирование проводится с целью изучения факторов риска и организации профилактики анемий.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. **Пол:** а) Женский, б) Мужской;
2. **Возраст:** а) до 30 лет, б) 31-40 лет, в) 41 – 50 лет, г) 51 – 60 лет, д) старше 60 лет;
3. **Место жительства:** а) Город, б) Сельская местность
4. **Сфера занятости:** а) учащийся, б) работающий, в) пенсионер;
5. **Курение:** а) да, б) нет, в) иногда;
6. **Употребление алкоголя:** а) да, б) нет, в) иногда
7. **Избыточный вес:** а) да, б) нет;
8. **Соблюдение принципов рационального питания:** а) да, б) нет, в) иногда;
9. **Занятие спортом или физическими нагрузками:** а) да, б) нет, в) иногда;
10. **Наличие хронических заболеваний:** а) да, б) нет;
11. **Источник информации о железодефицитной анемии:** а) ЛПУ, б) СМИ, в) друзья, знакомые, г) специальная литература;
12. **Информированность о факторах риска железодефицитной анемии:** а) да, б) нет;
13. **Информированность о симптомах железодефицитной анемии:** а) да, б) нет;
14. **Информированность об осложнениях железодефицитной анемии:** а) да, б) нет;
15. **Информированность о лечении железодефицитной анемии:** а) да, б) нет;
16. **Информированность о профилактике железодефицитной анемии:** а) да, б) нет;
17. **Проведение медработником санитарно-просветительской работы по поводу железодефицитной анемии:** а) да, б) нет;
18. **Наличие моральной поддержки и сопереживания со стороны медицинской сестры:** а) да, б) нет, в) иногда;
19. **Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ:** а) да, б) нет, в) не вполне удовлетворены.

Спасибо за участие в опросе!