

76 Баллоб
Фадеева Д.В.
①

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
**"Группы диспансерного наблюдения в
поликлинике"**

Выполнил:
Студент 5 курса 7 группы
педиатрического факультета
Красноглазов Илья Витальевич

Волгоград 2018г.

Содержание

Введение.....	2.
Цель научно-исследовательской работы.....	3.
Задачи научно-исследовательской работы.....	3.
Основные определения и понятия.....	4.
Этапы диспансеризации.....	5.
Отличие диспансеризации от профилактического осмотра.....	8.
Особенности нового порядка диспансеризации.....	9.
Роль и задачи мед. сестры в проведении диспансеризации.....	10.
План проведения лечебно-профилактических мероприятий.....	11.
Санитарно-просветительная работа мед. сестры в диспансеризации...	11.
Проведение мед.сестрой школ для пациентов.....	12.
План сестринских вмешательств.....	13.
Манипуляции выполняемые мед.сестрой.....	16.
Собственное исследование.....	19.
Выводы.....	20.
Заключение.....	21.
Список литературы.....	23.

Введение.

Актуальность темы

Первые десятилетия XXI века характеризуются устойчивыми негативными тенденциями в состоянии здоровья россиян. В частности, уровень общей заболеваемости, по данным обращаемости населения в ЛПУ, за последние годы вырос на 16,6%; количество инвалидов в стране, согласно некоторым данным превышает 14 миллионов. В материалах государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» приводятся данные, согласно которым смертность от болезней системы кровообращения, новообразований и туберкулеза в нашей стране в несколько раз превышает показатели европейских стран. В целом уровень смертности населения трудоспособного возраста в России в 2,5 раза превышает показатели развитых стран и в 1,5 раза - в развивающихся. Соответственно, по показателю ожидаемой продолжительности жизни Россия занимает 134-е место у мужчин и 100-е место у женщин. При этом отмечается низкий уровень рождаемости (10,5‰) и высокий уровень общей смертности (16,0‰). Ситуация усугубляется тем, что ухудшение состояния здоровья населения нашей страны сопровождается существенными экономическими потерями - в среднем из-за болезней теряется до 10 рабочих дней на одного работающего, что в год составляет потери в размере около 1,4% ВВП.

Неблагополучная ситуация с состоянием здоровья россиян в значительной мере обусловлена тем, что к началу XXI века в силу объективных и субъективных причин была утрачена профилактическая направленность отечественного здравоохранения.

В этой связи в последние годы в Российской Федерации все больше внимания уделяется профилактической направленности отечественного здравоохранения, в том числе - диспансеризации населения. Предполагается, что данный метод систематического врачебного контроля состояния здоровья позволит предупредить развитие ряда заболеваний, либо выявлять их на ранних стадиях и повысить эффективность лечения. Соответственно, раннее выявление заболеваний в рамках диспансеризации позволит сохранить жизни и увеличить активные годы жизни сотен тысяч жителей России.

Многолетняя практика показала, что в организации и проведении диспансеризации огромную роль играют специалисты со средним медицинским образованием. Их роль возрастает в условиях реформы отечественного здравоохранения, поскольку они представляют самую многочисленную категорию работников отрасли, в деле обеспечения доступности и качества медицинской и социальной помощи населению,

усиления профилактической направленности в деятельности практического здравоохранения. Как показывает мировая практика, рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов в здравоохранении, большое внимание уделяется профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, так как сестринской практике присущи доступность, разноплановость деятельности, ориентированность на отдельного пациента, семью и общественные группы. Поэтому оптимизация деятельности сестринского персонала и эффективное использование его профессионального потенциала в диспансеризации населения является весьма важной и актуальной задачей отечественного здравоохранения сегодня.

Между тем исследований, посвященных изучению роли среднего медицинского персонала в диспансеризации населения крайне мало. Ранее проведенные исследования в основном посвящены отдельным аспектам деятельности сестринского персонала, тогда как исследования, содержащие результаты оценки роли сестринской деятельности в диспансеризации с учетом ее новой роли в отечественном здравоохранении, и предложения по ее оптимизации практически отсутствуют. В то же время, совершенно очевидно, что от качества деятельности медсестер в проведении диспансеризации зависит здоровье не только отдельного человека, но и населения страны в целом. Это и послужило основанием для проведения настоящего исследования и определило его актуальность.

Цель научной работы

Изучить роль медицинской сестры в диспансеризации населения.

Задачи научной работы:

1. Изучить теоретические аспекты диспансеризации населения.
2. Проанализировать роль сестринского персонала в проведении диспансеризации населения.
3. Изучить нормативные документы по вопросам диспансеризации населения.
4. Разработать рекомендации по оптимизации роли медсестры в проведении диспансеризации населения.
5. Разработать план сестринского ухода по результатам обследования пациента по программе диспансеризации.

Объект исследования: организация диспансерного наблюдения в условиях поликлиники.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры при проведении диспансеризации населения.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ литературных источников по данной теме.
2. Эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования:
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. Биографические методы (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации).

Основные определения и понятия.

Диспансеризация - это система мер, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни.

Диспансеризация (ДН) -- метод систематического врачебного наблюдения в диспансерах, поликлиниках, медико-санитарных частях, детских и женских консультациях за состоянием здоровья определенных групп здорового населения (промышленных рабочих, детей до 3 лет, спортсменов и т. д.) или больных хроническими болезнями (напр., ревматизмом) с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений.

Этот комплекс также включает:

- Диагностику, в том числе собственно медицинскую диагностику, диагностику сопутствующих состояний при обращении больных и скрининг.
- Учет больных и наблюдение за ними, включающее поддержание регистров больных, деление больных на группы в соответствии с их нуждаемостью в наблюдении и лечении, лечение таких больных, выработке рекомендаций для пациентов.
- Инициацию мероприятий социальной поддержки больных.

Кроме того, диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска развития, к которым относятся: повышенный уровень артериального давления, повышенный уровень холестерина в крови, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное

потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность и избыточная масса тела или ожирение.

Диспансеризация проводится с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности населения и преждевременной смертности.

Гражданин, имеющий полис ОМС (независимо от региона, где выдан этот документ), может пройти диспансеризацию 1 раз в три года в возрастные периоды (возраст (лет): 21; 24; 27; 30; 33; 36; 39; 42; 45; 48; 51; 54; 57; 60; 63; 66; 69; 72; 75; 78; 81; 84; 87; 90; 93; 96; 99), регламентируемые Приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 декабря 2012 № 1006н.

В 2018 году диспансеризации подлежат граждане **рожденные в 1916, 1919, 1922, 1925, 1928, 1931, 1934, 1937, 1940, 1943, 1946, 1949, 1952, 1955, 1958, 1961, 1964, 1967, 1970, 1973, 1976, 1979, 1982, 1985, 1988, 1991, 1994, 1997 годах.**

В случае если в 2016 году гражданин не попадает в указанные возрастные категории, то в течение года он может пройти бесплатно профилактический осмотр при обращении в поликлинику по месту жительства (прикрепления).

Диспансеризацию можно пройти в медицинской организации по месту прикрепления полиса ОМС. Ответственный за организацию и проведение диспансеризации участковый врач - терапевт.

1.2 Этапы диспансеризации

На 1-м этапе проводится

1. Анкетирование - для определения факторов риска развития заболеваний.
2. Антропометрия - измерение роста и веса.
3. Измерение артериального давления.
4. Клинический анализ крови.
5. Общий анализ мочи.
6. Определение уровня холестерина и глюкозы (сахара) крови.
7. Определение уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин в возрасте старше 50 лет).
8. Для женщин осмотр в смотровом кабинете, включая забор мазков на цитологию - раннее выявление рака шейки матки.

9. Проведение флюорографии легких - выявление туберкулеза и других заболеваний легких.
10. Исследование кала на скрытую кровь - ранняя диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта, проводится гражданам 45 лет и старше.
11. УЗИ органов брюшной полости - проводится гражданам 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет).
12. Измерение внутриглазного давления - раннее выявление глаукомы, проводится гражданам 39 лет и старше.
13. Профилактический прием врача-невролога (для граждан в возрасте 51 год и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет).
14. Прием участкового терапевта - по результатам всех обследований врач терапевт определит группу здоровья, проведет профилактическое консультирование. В случае определения у гражданина 2 или 3 группы здоровья направит на второй этап диспансеризации.

2-й этап заключается в дополнительном обследовании и уточнении диагноза, проведении углубленного профилактического консультирования и осмотра специалистами.

На 2-м этапе проводится

1. Дуплексное сканирование брахицефальных артерий - УЗИ сосудов шеи - в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования, по назначению врача-невролога, а также для мужчин в возрасте 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний:

- повышенный уровень артериального давления,
- дислипидемия,
- избыточная масса тела или ожирение.

2. Осмотр (консультация) врача-невролога - в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования у граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу.

3. Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога - для мужчин в возрасте старше 50 лет при впервые выявленном повышении уровня

простатспецифического антигена в крови и (или) выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможных заболеваниях предстательной железы.

4. Эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в возрасте старше 50 лет при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта, или отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям органов желудочно - кишечного тракта).

5. Осмотр (консультация) врача-хирурга или колопроктолога (для граждан в возрасте 45 лет и старше при положительном анализе кала на скрытую кровь).

6. Колоноскопия или ректороманоскопия (для граждан в возрасте 45 лет и старше по назначению врача-хирурга или колопроктолога).

7. Определение липидного спектра крови (уровень общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой плотности, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов) (для граждан с выявленным повышением уровня общего холестерина в крови).

8. Осмотр (консультация) врача-акушера-гинеколога (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии).

9. Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови).

10. Осмотр (консультация) врача-офтальмолога (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление).

11. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на индивидуальное углубленное профилактическое консультирование, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, санаторно-курортного лечения.

12. Результаты осмотров врачами и исследований, проведенных во время диспансеризации, вносятся в маршрутную карту или в медицинскую карту амбулаторного больного с пометкой «Диспансеризация».

1.3 Отличие диспансеризации от профилактического осмотра

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в два года в целях раннего (своевременного) выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний) и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов в те годы, когда диспансеризация для данного гражданина не проводится. Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важнейшими массовыми и высокоэффективными медицинскими технологиями сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Диспансеризации подлежат следующие группы взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше):

- 1) работающие граждане;
- 2) неработающие граждане;
- 3) обучающиеся в образовательных организациях по очной форме на бюджетной основе.

В настоящее время выделяют следующие виды диспансеризации:

- диспансеризация больных, перенесших острые терапевтические заболевания;
- диспансеризация хронических больных;
- диспансеризация декретированных контингентов;
- диспансеризация здоровых людей.

Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, в соответствии с ч. 1 ст. 54 Закона об охране здоровья утвержден приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н.

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении несовершеннолетних:

- страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, а также имеющих основные факторы риска таких заболеваний;

-- страдающих инфекционными заболеваниями, носителей возбудителей инфекционных заболеваний, а также перенесших инфекционные заболевания;

-- находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений).

1.4 Особенности нового порядка диспансеризации .

Диспансеризация проводится 1 раз в три года и включает в себя помимо универсального для всех возрастных групп пациентов набора методов, методы углубленного обследования, предназначенные для раннего выявления наиболее вероятных для данного возраста и пола хронического неинфекционного заболевания. Диспансеризацию не проходят инвалиды Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Житель блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), которые проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

С 2013 года диспансеризация взрослого населения России осуществляется лицам в возрасте от 21 года до 99 лет.

- участковый принцип ее организации;

- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав центра здоровья), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка - на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача) (далее - участковый врач-терапевт);

- двухэтапный принцип проведения диспансеризации;

- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста хронических неинфекционных заболеваний;

- уменьшения числа групп здоровья с шести до трех и новый принцип их определения, позволяющий четко обозначить порядок действий в отношении каждого гражданина;

- обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции факторов риска уже в процессе диспансеризации.

- В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации в полном объеме, медицинская организация заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации.

- Гражданин проходит диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.

- Гражданин вправе отказаться от проведения диспансеризации в целом либо от отдельных видов медицинских вмешательств, входящих в объем диспансеризации, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- Диспансеризация проводится при наличии информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

- Для прохождения диспансеризации необходимо иметь паспорт и полис.

2.1 Роль и задачи медицинской сестры в проведении диспансеризации населения

С целью решения задач дипломной работы было проведено анонимное анкетирование 30 респондентов. Возраст респондентов от 20 до 55 лет.

Задавались следующие вопросы:

1. Знаете ли Вы, что такое диспансеризация? (ответ: да/нет).
2. Проходили ли Вы когда-нибудь диспансеризацию? (ответ: да/нет).
3. Верите ли Вы в эффективность диспансеризации? (ответ: да/нет).

Результаты представлены в виде диаграммы на слайдах.

Осведомленных респондентов о понятии диспансеризации составило 50%, не знающих что это такое 50%.

Только 33% проходили когда-нибудь диспансеризацию, 67% из опрошенных респондентов никогда её не проходили. Вера в эффективность составляет

лишь 17% от 30 опрошенных, а это лишь 5 человек, 83% отметили, что сомневаются в эффективности диспансеризации.

Основными задачами участковой медицинской сестры являются выполнение лечебных и диагностических назначений врача в поликлинике и на дому, проведение профилактических и санитарно-просветительных мероприятий среди населения участка.

Участковая медсестра играет важную роль в осуществлении подпрограммы «Дополнительная диспансеризация». Она является большим помощником участкового врача в проведении диспансеризации населения. В соответствии с методическими рекомендациями Минздрава 2004 г. «Примерная организационная структура городской амбулаторно-поликлинической организации», должностные обязанности участковой медсестры включают оформление под руководством врача направлений на консультацию и во вспомогательные кабинеты, контрольные карты диспансерного наблюдения, статистические талоны; подготовку предварительных материалов для составления отчета по диспансеризации населения участка.

Также участковая медицинская сестра оформляет санаторно-курортные карты, выписки из медицинских карт амбулаторных больных, направления на МСЭК, листки временной нетрудоспособности, экстренные извещения об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, справки о временной нетрудоспособности, дневник работы среднего медицинского персонала, тетрадь учета работы на дому участковой медицинской сестры и др.

2.2 План проведения лечебно- профилактических мероприятий

Для каждого выявленного больного при диспансеризации составляется план проведения лечебно-профилактических мероприятий, устанавливается периодичность исследований, консультаций специалистами.

В этот план включается обследование условий труда и быта, специализированное поликлиническое и стационарное лечение, санаторно-курортная помощь, трудоустройство по медицинским показаниям, направление для реабилитации в санаторий-профилакторий, назначение диетического питания, в необходимых случаях - предоставление дополнительных отпусков, улучшение жилищных условий и другие виды социальной помощи.

2.3 Санитарно- просветительная работа медицинской сестры в диспансеризации

Обязательной составной частью диспансеризации является санитарно-просветительская работа среди населения. В ней также важную роль играют участковые медицинские сестры.

Формы этой работы разнообразны: разъяснение населению целей и задач диспансеризации, ознакомление населения с ранними признаками заболеваний и мерами по предупреждению их, организация правильного режима труда, отдыха и питания, пропаганда своевременного обращения к врачу и активного лечения.

Санитарное просвещение среди больных, находящихся на диспансерном наблюдении, проводится на дому, во врачебном кабинете, в стационаре, профилактории и санатории: участковые медсестры знакомят больных с целями и задачами диспансеризации, объясняют причины и сущность болезни, подробно обосновывают правила организации труда, знакомят с режимом, диетой.

Активный патронаж больных на дому составляет основную часть профилактической работы участковой медицинской сестры. В задачу медсестры при патронаже входит: наблюдение за динамикой состояния больного, соблюдение им диеты и режима, правильностью приема лекарств. Особое внимание уделяется пациентам, которые заболели впервые, мало знают о своем заболевании, не имеют опыта оценки своего состояния. В этой ситуации роль медицинской сестры может быть неопределимой.

Санитарно-просветительская работа проводится не только среди больных, но и среди членов их семей. Члены семьи больного обучаются медсестрой приемам и правилам ухода, выполнению несложных медицинских манипуляций и оказанию доврачебной помощи при ухудшении состояния.

2.4 Проведение медицинской сестрой школ для пациентов

Чрезвычайно ответственной частью работы медицинской сестры является ведение школ для пациентов. Конечной целью любой школы является подготовка больного к самостоятельному управлению своим здоровьем, улучшение качества жизни, стабилизация течения заболевания, снижение количества осложнений.

В задачи медицинской сестры, ведущей школу, входят разъяснение в доступной форме этиопатогенеза заболевания и его осложнений, возможностей немедикаментозного лечения, обучение методам самоконтроля за своим состоянием, приемам оказания самопомощи. Обучение пациента способам управления хроническими заболеваниями приобретает особый смысл и становится частью ежедневной работы. Находясь на первом этапе просветительской деятельности, медицинская сестра старается установить активное эмоциональное воздействие и в максимально щадящей форме объяснять возникшую проблему у пациента. Медицинская сестра помогает пациентам быть вовлеченными в обучающий процесс и вносит свой личный вклад в профилактику заболеваний, удовлетворенность пациентов лечением.

В зависимости от решаемых задач форма работы может быть разной: индивидуальной, групповой, массовой. В процессе просветительской деятельности медицинские сестры могут использовать различные средства: видео - и аудиоматериалы, информационные буклеты, памятки, плакаты.

Участковая медицинская сестра является творчески мыслящим, активным членом коллектива ЛПУ, ее задача формировать у пациента чувство ответственности за свое здоровье перед собой и родственниками.

В последнее время подчеркивается возрастающая роль сестринского персонала в деле просвещения населения, создания и поддержания позитивных изменений в их образе жизни.

Каждый гражданин должен быть информированным об основных достижениях отечественного здравоохранения. Таким проводником знаний, необходимых для здоровья нации, является самая многочисленная группа работников здравоохранения - средние медицинские работники.

План сестринских вмешательств.

Проблемы пациента

Настоящие проблемы пациента:

- головные боли в затылочной части головы
- головокружение
- одышка при физических нагрузках
- ухудшение зрения
- дефицит знаний о питании, профилактике осложнений, принципах лечения заболевания

Приоритетная проблема пациента:

- головная боль в затылочной части головы

Потенциальные проблемы пациента: риск развития осложнений: гипертонический криз, инсульт, дисфункция почек, нарушение работы сердечной мышцы, травматизм вследствие головокружения

Краткосрочные цели:

- в течение 3-4 дней пациент отметит снижение интенсивности головных болей

Долгосрочные цели:

- через 10-12 дней пациент отметит отсутствие головных болей

I. Независимые

Сестринские вмешательства

1. Контроль предписанных врачом физических нагрузок, режима работы и отдыха.
2. Обучение пациента ведению дневника функционального состояния (Ps, АД, T).
3. Обучение пациента правильному питанию и рекомендованному объему жидкости при его заболевании (основной вариант диеты, максимум 1,5 литра)
4. Провести беседу с пациентом и его родственниками о необходимости постоянного приема назначенных врачом лекарственных средств
5. Обучить пациента самостоятельному измерению артериального давления, пульса.
6. Разъяснить пациенту приемы самопомощи при возникновении неотложного состояния.

Мотивация

1. Для создания психо-эмоционального комфорта и профилактики возможного ухудшения общего состояния пациента.
2. С целью ранней диагностики возможных осложнений и своевременного оказания неотложной помощи.
3. С целью ограничения соли и жидкости для снижения АД.
4. С целью поддержания АД на нормальных цифрах и профилактики осложнений
5. Для уменьшения тревожности.
6. С целью предупреждения возникновения неотложных состояний при гипертоническом кризе.

II. Взаимозависимые

Сестринские вмешательства

1. Своевременно информировать пациента/родственников о предстоящих лабораторных и

Мотивация

1. С целью получения достоверного результата исследования и

инструментальных исследованиях;
проводить беседу о правилах
подготовки к исследованиям.

2. При достижении стабильного
состояния на время пребывания в
амбулаторных условиях, обеспечить
регулярные занятия ЛФК с врачом
или методистом по ЛФК.

3. Контролировать своевременную
явку пациента на диспансерные
осмотры.

дальнейшего подбора и
коррекции лечения
врачом.

2. Для скорейшего
достижения компенсации
заболевания.

3. С целью
предупреждения и
раннего выявления
заболеваний,
своевременного лечения и
профилактики
обострений.

III. Зависимые

Сестринские вмешательства

1. Проконтролировать прием
лекарственных средств, назначенных
врачом.

Мотивация

1. С целью улучшения
качества жизни пациента,
достижения компенсации
заболевания.

Оценка эффективности с учетом динамики наблюдения за пациентом

1. На момент следующего посещения поликлиники (3 день), пациент отметил
уменьшение головных болей.

2. Пациент продемонстрировал знание алгоритма измерения давления и
пульса, приема самопомощи при ухудшении состояния.

3. Пациент демонстрирует приверженность к долговременной терапии,
соблюдает предписанный диетический режим.

4. Пациент принял во внимание необходимость проведения диспансеризации.

Итог

Краткосрочные и долгосрочные цели достигнуты.

Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой.

Алгоритм измерения артериального давления

Цель: оценка состояния сердечно - сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: Назначение врача

Оснащение: Тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, температурный лист, салфетка, смоченная спиртом

Алгоритм действия

Обоснование

Подготовка к процедуре

1. Доброжелательно представиться пациенту и уточнить, как к нему обращаться.

Установление контакта с пациентами.

2. Объяснить пациенту ход цель и ход процедуры.

Концентрация внимания пациента на процедуре.
Мотивация пациента.

3. Получить согласие на процедуру. Уточнить понимание процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Предупредить пациента о предстоящей процедуре за 15 мин. до её начала.

Психологическая и эмоциональная подготовка пациента к манипуляции.

5. Подготовить необходимое оснащение.

Достижение эффективного проведения процедур.

6. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

Выполнение процедуры.

- | | |
|--|---|
| 7. Создать удобное положение пациенту. Попросить пациента лечь (если предыдущие исследования проводились в положении «лежа») или сесть к столу. | Для максимального расслабления. Достижение достоверности результатов. |
| 8. Выбрать правильный размер манжеты, измерив окружность плеча сантиметровой лентой. | Обеспечение достоверности результата. |
| 9. Наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки); закрепить манжетку так, между ней и плечом проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией. (Желательно, чтобы пациент спокойно посидел с наложенной манжетой в течение 5 минут). | Исключается лимфостаз, возникающий при нагнетании воздуха в манжетку и пережатии сосудов. |
| 10. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом. | Обеспечение инфекционной безопасности. |
| 11. предложить пациенту правильно положить руку: В разогнутом положении ладонью вверх (если пациент сидит, попросить подложить под локоть сжатый кулак кисти свободной руки) | Обеспечение наилучшего разгибания конечности. |
| 12. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы. | Проверяется исправность и готовность аппарата к работе. |

13. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и поставить на это место мембрану фонендоскопа.

Обеспечивается достоверность результата.

14. Закрывать вентиль на «груше», повернув его вправо, и нагнетать в манжету воздух под контролем фонендоскопа до исчезновения тонов, затем еще на 20-30 мм рт. ст.

Исключается дискомфорт, связанный с чрезмерным пережатием артерии и обеспечивается достоверный результат.

15. Выпустить воздух из манжеты со скоростью 2 мм рт. ст. в 1 сек., повернув вентиль. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показателями шкалы тонометра.

При такой скорости увеличивается достоверность результата.

16. При появлении над плечевой артерией первых звуков (тоны Короткова) «отметить» на шкале и запомнить цифры, соответствующие систолическому давлению.

Регистрация результата измерения систолического давления.

17. Продолжая выпускать воздух отметить величину диастолического давления, которое соответствует ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.

Регистрация результата измерения диастолического давления.

Окончание процедуры.

18. Данные измерения округлить до нуля или пяти, записать в виде дроби (в числителе-систолическое давление, в знаменателе-диастолическое), например, 120/80.

Документирование результатов измерения обеспечивает преемственность наблюдения.

19. Сообщить пациенту результат исследования.	Обеспечивает право пациента на информацию.
20. Повторить пп. 15-16 ещё 2 раза с интервалом 2-3 мин.	Обеспечивается достоверный результат измерения АД.
21. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.	Обеспечение инфекционной безопасности.
22. Записать данные исследования в необходимую документацию.	Документирование результатов измерения АД.
23. Вымыть и осушить руки.	Обеспечение инфекционной безопасности.

Собственное исследование

За время прохождения практики в отделении восстановительного лечения детской поликлиники № 9 выяснил, что в нашем городе-герое Волгограде довольно-таки большое количество детей обращаются к врачу за оказанием медицинской помощи. В ходе обследования врачом, обнаруживаются заболевания, которые требуют лечения и регулярного посещения участкового врача. В этом ничего нет страшного! Диспансеризация позволяет выявить заболевания на ранних стадиях, так же определить их степень тяжести и форму, а так же своевременно назначить адекватную терапию.

Для подведения статистических данных используют следующую формулу:

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы стат. документов
Доля здоровых (I группа), практически здоровых (II группа) и больных (III группа), состоящих на диспансерном наблюдении от общей численности населения на участке (%)	$\frac{\text{Число здоровых лиц, состоящих на диспансерном наблюдении}}{\text{Общая численность населения, проживающего на участке (в районе обслуживания поликлиники)}} \times 100$	ф. 030/у-04

Считаю, что каждый человек обязан приходить к своему лечащему врачу своевременно. Это поможет сохранить своё здоровье и поднять качество российской медицины. В часы моей практики к участковому врачу обратились за помощью:

- Д (I) - 5 человек (3 девочки, 2 мальчика)
- Д (II) - 3 человека (2 девочки, 1 мальчик)
- Д (III) - 1 человек (1 девочка)

Выводы

1. От правильной расстановки приоритетов пациента зависит его жизнь, часто наблюдается халатное отношение пациентов к своему здоровью.
2. Прослеживается недоверие и дефицит информированности о диспансеризации, сомнения в её эффективности как метода раннего диагностирования и профилактики обострений.
3. Необходимо проводить активные патронажи с целью информирования о диспансеризации для предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений.
4. Работа медицинской сестры в системе диспансеризации имеет свои особенности. Здесь лечебно-диагностические методы переплетаются с

личностными взаимоотношениями. От того, насколько медицинская сестра будет убедительна и информирована при общении с пациентом, зависит его здоровье. Это обязывает её иметь большой запас терпения и зачатки преподавательского таланта. Ведь здесь пациент выступает в роли ученика, так как диспансеризация хотя и не новое, но неоправданно заниженное по его значимости мероприятие в системе здравоохранения. Поэтому в 2013 году вновь обратили внимание на эту проблему и установили особенности нового порядка проведения диспансеризации, в котором прописано за кем лежит ответственность за организацию и охват населения, какие методы обследования проходить и т.д.

Заключение

В последние десятилетия состояние здоровья населения нашей страны вызывает у специалистов обоснованную тревогу - возрастает распространенность хронических неинфекционных заболеваний, уровень смертности, остается низкой продолжительность жизни. Очевидно, сложившаяся ситуация является следствием недооценки значимости профилактической работы с населением - в частности, недостаточного внимания к проведению диспансеризации. Между тем, этот метод зарекомендовал себя как весьма эффективный как в выявлении заболеваний на ранней стадии, так и формировании групп риска и проведении профилактической работы со здоровым контингентом, предупреждении осложнений заболеваний и инвалидности. При этом довольно велика роль среднего медперсонала - именно медицинские сестры всегда были ближайшими помощниками врачей. Однако сегодня, в условиях реформирования сестринского дела, роль медсестры в диспансеризации населения неизмеримо возрастает - она функционирует как самостоятельный специалист, выполняющий уникальные обязанности. Между тем, на практике отмечается явная недооценка роли сестринского персонала в диспансеризации, в связи с чем его потенциал используется далеко не полностью. Это послужило основанием для проведения, данного исследования. Анализ теоретических аспектов изучаемой проблемы позволил установить, что диспансеризация является основным методом профилактики неинфекционных заболеваний. Он обеспечивает возможность выявления и коррекции факторов риска развития многих заболеваний, а также позволяет сочетать медицинские осмотры с оздоровительными мероприятиями. В проведении диспансеризации принимает участие все сотрудники ЛПУ, в том числе и медицинские сестры. Сегодня они выполняют собственные функции, направленные на повышение эффективности диспансеризации и оздоровление населения. Основой их деятельности является сестринский уход, который представляет собой гибкий и динамичный процесс, обеспечивающий поиск в уходе и своевременное внесение корректив в план

сестринской помощи. Отмечается недостаточно полный охват населения диспансеризацией, а также низкая активность реализации таких разделов диспансеризации как правовая помощь и гигиеническое воспитание населения, диетотерапия и выявления факторов риска, т.е. тех разделов, в которых самое активное участие должны принимать медицинские сестры. При анализе роли медсестер в диспансеризации населения было выявлено, что они недостаточно осведомлены о целях и задачах диспансеризации. Большинство медсестер в диспансеризации ориентированы на лиц, имеющих хронические заболевания, и не уделяют достаточно внимания профилактической работе. Медсестры преимущественно выполняют функции помощника врача и редко выступают в качестве самостоятельных специалистов. Чтобы это исправить, нужно разработать рекомендации по оптимизации роли сестринского персонала в диспансеризации и проводить обучение для освежения знаний и осознания собственной роли это позволит повысить качество диспансеризации и уровень здоровья обслуживаемого населения.

Список использованных источников

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"
2. Приказ МЗ РФ № 455 от 23.09.2003 года «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации
3. Приказ Минздрава РФ от 05.08.2003 года № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно - профилактических учреждениях Российской Федерации»
4. Приказ ГУЗАО № 9 от 19.01.2013 года «О мерах по улучшению гигиенического обучения и воспитания населения»
5. Приказ ГУЗАО № 314 от 17.11.2009 года «О совершенствовании деятельности по гигиеническому обучению и воспитанию населения Омской области»
6. Постановление Правительства РФ от 24 декабря 2007 г. N 921 "О порядке предоставления в 2008 - 2009 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан".
7. СанПиН 2.1.3.2630-10 от 18.05.2010 года «Санитарно - эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»
8. Алексеева В. М., Костродымов Н. Н., Морозов В. П. Маркетинг в здравоохранении // Экономика и инновационные процессы в здравоохранении: Учебное пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. - М., 2012. - 218 с.
9. Досицкий И. Диспансеризация - общее дело врачей и медсестер //Медицинский вестник. -2009. - 12 марта.- С.15
10. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие.- М.: Форум: Инфа - М, 2010.-386с.
11. Журнал «Для тех, кто лечит» 2009 год ст. Г.А. Герасимова, Н.А. Петуниной

12. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2008. - 544с.- (Профессиональное образование).
13. Основы сестринского дела: Учебное пособие / Вебер В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А., и др. - М.: Медицина, 2008.-496с.
14. Справочник медицинской сестры. - М.: Изд-во Эксмо, 2008. -896с.
15. Справочник врача общей практики. В 2-х томах. / Под ред. Воробьева Н.С. -М.: Изд-во Эксмо, 2008.- 960с.
16. Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии. - Ростов н/Д : Феникс, 2008 - 473с.
17. Яромич И.В. Сестринское дело. Учебное пособие./ 5-е изд. ООО «Оникс 21 век», 2008.-464с.
18. Министерство здравоохранения и социального развития РФ [Электронный ресурс]. - UR L: (<http://www.minzdravsoc.ru>). - (дата обращения: 30.08.2014)

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 7 группы

Красноглезов Илья Витальевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова